



**Thèse Présenté par**  
**FANIDJI, Yaovi**  
**Kassigni**

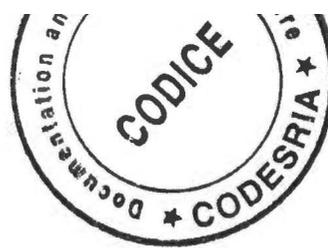
**UNIVERSITE FELIX**  
**HOUPHOUET-BOIGNY**  
**D'ABIDJAN-COCOY**

**Déterminants et implications sociales du recours des**  
**malades du Sida à la médecine traditionnelle au**  
**Togo**

---

**Année académique 2012 -2013**

05 JUN 2013



15.04.01  
FAN  
16065

UNIVERSITE FELIX HOUPHOUET-BOIGNY D'ABIDJAN-COCODY



UFR Sciences de l'Homme et de la Société (SHS)  
Institut d'Ethnosociologie (IES)

Année académique 2012 -2013

THESE UNIQUE DE DOCTORAT DE SOCIOLOGIE

**DETERMINANTS ET IMPLICATIONS SOCIALES DU  
RECOURS DES MALADES DU SIDA A LA MEDECINE  
TRADITIONNELLE AU TOGO**

**Présenté par**

FANIDJI Yaovi Kassigni

**Sous la Direction de**

Monsieur DEDY Séri Faustin  
*Maître de Recherches*

**Soutenu publiquement le 19/11/2012**

**Jury**

M. YAO GNABELI Roch (Professeur Titulaire)

Président

M. DEDY Séri Faustin (Maître de Recherches)

Rapporteur

M. AFFIAN Kouadio (Professeur Titulaire)

Membre

M. GNAGNE Yadou Maurice (Professeur Agrégé d'Anatomie) Membre

## SOMMAIRE

Remerciements.....	2
Abreviations et sigles .....	5
Liste des tableaux.....	6
Liste des figures .....	8
Liste des cartes.....	9
Introduction .....	10
<b>PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE .....</b>	<b>15</b>
<b>Chapitre 1 - Cadre théorique.....</b>	<b>15</b>
1.1 Problématique .....	15
1.2 Revue de littérature .....	23
1.3 Objectifs de l'étude .....	51
1.4 Thèse, hypothèses et approches conceptuelles.....	52
1.5 Variables de l'étude.....	53
1.6 Cadre conceptuel de référence .....	56
1.7 Définition des concepts.....	60
<b>Chapitre 2 - Cadre méthodologique .....</b>	<b>71</b>
2.1 Champs de la recherche .....	71
2.2 Construction de l'échantillon.....	72
2.3 Elaboration des instruments d'observation et de collecte .....	74
2.4 Modèle d'analyse .....	80
2.5 Pre-test.....	87
2.6 Collecte des données.....	88
2.7 Traitement et analyse des données .....	90
2.8 Difficultés rencontrées et limites de l'étude .....	90
<b>DEUXIEME PARTIE : POLITIQUE SANITAIRE ET MTR AU TOGO .....</b>	<b>96</b>
<b>Chapitre 3 : L'organisation et l'administration des services de santé au Togo.....</b>	<b>97</b>
3.1 Politiques et programmes de santé .....	97
3.2 Système de santé au togo.....	101
<b>Chapitre 4 - Contexte géographique, politique, économique de la mtr au togo..</b>	<b>111</b>
4.1 Situation sociodémographique et environnementale du Togo.....	111
4.2 Politique nationale de la médecine traditionnelle au Togo.....	126
4.3 Pratique de la médecine traditionnelle et son évolution au Togo .....	145
<b>TROISIEME PARTIE : CONSTRUCTION SOCIALE DE L'EFFICACITE DE LA MTR... 149</b>	<b>149</b>
<b>Chapitre 5 : Representation sociale de la maladie, de la MTR .....</b>	<b>150</b>
5.1 Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée .....	151
5.2 Représentation et compréhension de la maladie et du SIDA.....	164
5.3 Efficacité « perçue » de la médecine traditionnelle.....	175
5.4 Représentations du statut du tradithérapeute.....	192
<b>Chapitre 6 : Médecine traditionnelle et traitement des malades du SIDA.....</b>	<b>196</b>
6.1. Représentations du SIDA chez les tradithérapeutes.....	196
6.2. Procédés thérapeutiques du guérisseur traditionnel.....	198
6.3 Itinéraires thérapeutiques et impacts de la MTR sur les malades du SIDA.....	213
<b>Chapitre 7 : Analyse des obstacles à la promotion de la MTR.....</b>	<b>229</b>
7.1. Problèmes institutionnels .....	229
7.2 Régulation et promotion de la médecine traditionnelle au Togo .....	235
7.3 Conflits entre médecines moderne et traditionnelle .....	236
7.4 Construction d'un modèle d'intégration de la MTR au système de santé togolais.....	245
<b>Conclusion générale .....</b>	<b>258</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>271</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>283</b>

## REMERCIEMENTS

L'aboutissement d'un travail de recherche comme celui-ci est le fruit de la collaboration de plusieurs acteurs, tant pendant sa conception et sa mise en œuvre que lors du traitement et de l'analyse des données collectées. C'est pourquoi je saisis l'occasion pour remercier tous ceux qui, de près ou de loin ont rendu possible ce travail de recherche. Ils sont nombreux, les hommes et les femmes dont les apports et soutiens ont permis d'atteindre le résultat auquel nous sommes parvenus. Les citer tous est une gageure, ce que nous ne pouvons faire sans remplir des pages interminables. Toutefois, je me permets d'en nommer quelques-uns, tout en notant que les contributions des personnes non citées nommément ne sont pas pour autant négligeables.

Je voudrais mentionner en premier le Professeur Dedy Séri Faustin, mon maître de recherche, qui a guidé mes pas tout au long de ce travail en m'inculquant au fur et à mesure les notions et les règles d'une recherche scientifique ainsi que la rigueur de la concision dans la présentation et l'analyse des résultats de recherche. Qu'il trouve ici l'expression de ma gratitude pour sa disponibilité permanente chaque fois que j'ai eu besoin de ses conseils, quelle qu'en soit la nature.

Mes remerciements vont également au Professeur Amouzou Essè qui a guidé mes pas vers les études doctorales et dont les encouragements m'ont permis de passer l'étape du DEA en sociologie avant d'aborder la phase finale à laquelle nous sommes parvenus à travers cette étude.

Je remercie le Conseil pour le Développement de la Recherche en Sciences Sociales en Afrique (CODESRIA), dont l'appui financier a permis de couvrir la collecte des données sur le terrain et ma participation à un atelier en écriture scientifique.

Je remercie aussi particulièrement le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), mon employeur, et M. Zama Chi, alors Représentant de

l'UNFPA au Togo, pour m'avoir accordé des congés sabbatiques qui m'ont permis de me consacrer entièrement à la préparation théorique et à la collecte des données de cette étude

Mes remerciements vont également à mes amis :

Sadiku Lahissi grâce à qui le contact avec le Professeur Dedy Séri a été établi en 2007 ;

Kouame Clément Kouadio, étudiant en thèse de sociologie qui a été pour moi plus qu'un « assistant et conseiller spécial » tout au long de ce travail de recherche et qui constituait le relais indispensable entre mon directeur de thèse et moi.

Dr Dayoro Arnaud Kevin qui a appliqué à mon égard le principe de « les amis de mes amis sont mes amis », et qui n'a ménagé aucun effort pour m'apporter sa contribution précieuse à une phase décisive de cette thèse en m'apportant son expertise et son savoir faire en sociologie.

Dr Séhi Bi Tra Jamal, dont la perspicacité dans la phase finale de ce travail a permis d'accélérer les derniers réglages avant l'aboutissement de ce travail ;

Je remercie particulièrement les épouses Dr Dayoro, de Kouame Clément et sa fille, pour leurs compréhensions lorsque je « monopolisais » leurs conjoints de jour comme de nuit lors de mes séjours à Abidjan.

Merci à David et à Ayéfounin qui m'ont apporté leur précieuse assistance dans la collecte des données dans les Régions Maritime et de Plateaux. Je n'oublie pas Dodji qui m'a aussi aidé dans le recueil de certaines données historiques liées au contexte sociologique de la médecine traditionnelle au Togo, et Kadignimou qui a transcrit une partie des données issues du terrain.

Merci aussi à M. Djadou, dont la précieuse contribution au traitement

informatique et au tirage des tableaux statistiques ont facilité l'analyse des données quantitatives de cette étude.

Mes remerciements vont également à tous ceux qui se sont prêtés à mes interviews au cours de cette étude, plus précisément les tradithérapeutes et les responsables d'associations que je ne peux citer nommément à cause de la promesse de l'anonymat que je leur ai faite. Ils se reconnaissent eux-mêmes. Ce travail n'aurait aucun sens sans leurs précieuses contributions. Qu'ils sachent que les secrets qu'ils m'ont confiés sont jalousement gardés et que leur confiance ne sera jamais trahie.

Je ne saurais passer sous silence les instructeurs de cette thèse dont les contributions critiques ont permis d'en améliorer le contenu. Il s'agit de Prof. AFFIAN Kouadio, Prof. YAO GNABELI Roch et Prof. GNAGNE Yadou Maurice.

Merci à ma fille Kawodjou qui a joué parfois le rôle de secrétaire de saisie et de relecture de mon premier manuscrit ainsi que des versions ultérieures entre autres, ainsi qu'à ma femme Akouvi dont les encouragements et le soutien moral ne m'ont fait défaut à aucun moment.

## ABREVIATIONS ET SIGLES

Tableau I – Abréviations et sigles

<b>Intitulé</b>	<b>Signification</b>
<b>APAC</b>	: African Population Advisory Committee
<b>ARV</b>	: Anti-retro viraux
<b>CAMEG</b>	: Centrale d'Achat des Médicaments Génériques
<b>CDC</b>	: Center for Disease Control
<b>CNLS</b>	: Conseil National de Lutte contre le SIDA
<b>DISER</b>	: Division Information Statistique, Etudes et Recherches
<b>IB</b>	: Initiative de Bamako
<b>IOM</b>	: Institute of Medicine
<b>IST</b>	: Infection sexuellement transmissible
<b>MEG</b>	: Médicaments génériques essentiels
<b>MEM</b>	: Modèles explicatifs de la maladie
<b>MTR</b>	: Médecine traditionnelle
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONUSIDA</b>	: Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA
<b>OUA</b>	: Organisation de l'Unité Africaine
<b>PNDS</b>	: Plan National de Développement Sanitaire
<b>PVVIH</b>	: Personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
<b>PROMETRA</b>	: Promotion de la Médecine Traditionnelle
<b>SIDA</b>	: Syndrome de l'immunodéficience acquise
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Sciences
<b>TOGO-PHARMA</b>	: Société togolaise de pharmacie
<b>TT</b>	: Tradithérapeute
<b>UA</b>	: Union Africaine
<b>URSS</b>	: Union des Républiques Socialistes Soviétiques
<b>VIH</b>	: Virus de l'immunodéficience humaine

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I – Abréviations et sigles .....	<b>5</b>
Tableau II Algorithmes de la médecine traditionnelle et de la médecine allopathique ...	<b>66</b>
Tableau III Répartition des formations sanitaires publiques et confessionnelles par type et par région en 2001. ....	<b>104</b>
Tableau IV : Taux de morbidité proportionnelle selon les principales causes .....	<b>109</b>
Tableau V Effectif estimé de la population du Togo entre 2000 et 2005.....	<b>113</b>
Tableau VI Effectif de la population de la région maritime.....	<b>114</b>
Tableau VII Répartition des répondants selon le sexe .....	<b>152</b>
Tableau VIII Répartition des répondants selon l'âge .....	<b>153</b>
Tableau IX Répartition des répondants selon la religion .....	<b>154</b>
Tableau X Répartition des répondants selon l'ethnie .....	<b>156</b>
Tableau XI Répartition des répondants selon la profession du père.....	<b>160</b>
Tableau XII Répartition des répondants selon la profession de la mère .....	<b>161</b>
Tableau XIII : caractéristiques sociodémographiques des tradithérapeutes interrogés au cours de l'enquête (*). ....	<b>162</b>
Tableau XIV Profession et âge des malades du SIDA interrogés dans la ville d'Atakpamé..	<b>164</b>
Tableau XV Synthèse des représentations du SIDA dans la population enquêtée par rapport aux diverses significations populaires .....	<b>166</b>
Tableau XVI Modes de contamination du SIDA, selon les répondants.....	<b>167</b>
Tableau XVII Répartition des répondants par rapport à leur représentation de la maladie. ....	<b>170</b>
Tableau XVIII Répartition des répondants selon les types de pathologies jugées hors de portée de la médecine occidentale dite « moderne» .....	<b>178</b>
Tableau XIX Répartition des répondants selon leurs opinions sur l'utilisation des média comme moyen de publicité des thérapies traditionnelles au Togo.....	<b>179</b>
Tableau XX Répartition des répondants selon leur perception de l'efficacité comparée entre médecines traditionnelle et moderne face à certaines pathologies .....	<b>180</b>
Tableau XXI Répartition des répondants selon l'origine du choix de la MTR pour se traiter	<b>182</b>
Tableau XXII Répartition des répondants selon le coût des traitements en MTR.....	<b>183</b>
Tableau XXIII Répartition des répondants selon les sources de financement de leurs traitements en médecine traditionnelle.....	<b>184</b>
Tableau XXIV Répartition des répondants traités en MTR selon le revenu mensuel .....	<b>185</b>
Tableau XXV Répartition des répondants selon les raisons évoquées pour soutenir leurs choix de collaboration entre médecines traditionnelle et moderne.....	<b>188</b>
Tableau XXVI Répartition des répondants selon la direction de la référence entre médecines traditionnelle et moderne.....	<b>190</b>
Tableau XXVII Répartition des répondants selon leurs connaissances de plantes médicinales	<b>190</b>
Tableau XXVIII Les pathologies traitées en automédication par les plantes .....	<b>191</b>
Tableau XXIX Répartition des répondants selon la religion et la première démarche en cas de maladie .....	<b>215</b>
Tableau XXX Répartition des répondants selon le niveau d'étude.....	<b>216</b>
Tableau XXXI Répartition des répondants selon leur situation matrimoniale et leur première démarche en cas de maladie.....	<b>217</b>
Tableau XXXII Répartition des répondants selon leurs revenus mensuels et la première démarche en cas de maladie.....	<b>219</b>
Tableau XXXIII Répartition des répondants selon la perception mystique de du SIDA et l'âge des répondants .....	<b>220</b>
Tableau XXXIV Répartition des répondants selon leur niveau d'étude et la perception mystique	

de l'étiologie du SIDA.....	<b>221</b>
Tableau XXXV Répartition des répondants selon la perception mystique du SIDA et la religion des répondants .....	<b>222</b>
Tableau XXVI Répartition des répondants selon les raisons évoquées pour soutenir leurs choix de collaboration entre médecines traditionnelle et moderne.....	<b>248</b>
Tableau XXXVII Répartition des répondants selon la direction de la référence entre médecines traditionnelle et moderne.....	<b>251</b>

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 Le diagnostic comme centre du système médical (Source : Bibeau G. Organisation Ngbandi des noms de maladies).....	37
Figure 2 Modèle écologique avec paramètres culturels et biologiques (Source : Wellin, 1978 :36 cité par Massé, 1995 : 45) .....	86
Figure 3 Répartition des répondants selon la profession (Source : données collectées par l'auteur) .....	155
Figure 4 Répartition des répondants selon le niveau d'étude (Source : données collectées par l'auteur) .....	157
Figure 5 Répartition des répondants selon la situation matrimoniale (Source : données de l'auteur) .....	158
Figure 6 Répartition des répondants selon la région d'origine (Source : données de l'auteur) ..	159
Figure 7 Répartition des répondants suivant leur perception de la possibilité de transmission du SIDA par la sorcellerie ou l'envoûtement (Source : résultat de l'enquête de terrain).....	168
Figure 8 Répartition des répondants par rapport à leur perception de la maladie (Source : résultat de l'enquête de terrain) .....	169
Figure 9 Répartition des répondants par rapport à leur perception de la guérison (Source : résultat de l'enquête de terrain) .....	171
Figure 10 Répartition des répondants selon le procédé de reconnaissance de l'origine de la maladie selon le milieu (Source : résultat de l'enquête de terrain) .....	176
Figure 11 Répartition des répondants selon leur opinion sur l'existence de maladies hors de portée de la médecine occidentale dite « moderne » (Source : résultat de l'enquête de terrain) .....	176
Figure 12 Répartition des répondants suivant leurs opinions sur la capacité de la MTR à guérir les malades du SIDA (Source : résultat de l'enquête de terrain) .....	181
Figure 13 Répartition des répondants selon qu'ils trouvent le traitement reçu en MTR plus ou moins chers que s'il s'était agi de la médecine occidentale dite « moderne » (Source : résultat de l'enquête de terrain) .....	183
Figure 14 Répartition des répondants selon qu'ils disposent d'une assurance médicale ou non (Source : résultat de l'enquête de terrain) .....	186
Figure 15 Répartition des répondants selon leurs opinions sur le type de collaboration souhaité entre médecines traditionnelle et moderne (Source : résultat de l'enquête de terrain) .....	187
Figure 16 Répartition des répondants selon leurs expériences en référence entre médecines traditionnelle et moderne (Source : résultat de l'enquête de terrain).....	189
Figure 17 Répartition des répondants selon l'appréciation du traitement traditionnel reçu (Source : résultat de l'enquête de terrain) .....	192
Figure 18 Répartition des répondants selon leurs opinions sur le type de collaboration souhaité entre médecines traditionnelle et moderne (Source : résultat de l'enquête de terrain) .....	247
Figure 19 Répartition des répondants selon leurs expériences en référence entre médecines traditionnelle et moderne (Source : résultat de l'enquête de terrain).....	250
Figure 20 Modèle d'organigramme d'une Direction de la médecine traditionnelle (Source : proposition de l'auteur) .....	254

## **LISTE DES CARTES**

- Cartes 1 : La carte du Togo avec les pays limitrophes et les cinq régions administratives .... **96**  
Carte 2 : La carte de la région maritime du Togo, zone d'enquête de l'étude ..... **114**  
Carte 3 : La carte de la région des plateaux du Togo, zone d'enquête de l'étude..... **125**

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## **INTRODUCTION**

La pratique de la médecine traditionnelle remonte à des temps immémoriaux. Cependant de nos jours, les autorités ont tendance à reléguer cette médecine au second plan dans l'élaboration des politiques sanitaires. Cette situation a été évoquée lors de la conférence d'Alma-Ata en septembre 1978 et depuis, l'OMS mène des actions pour y palier et permettre l'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé pour tout Etat membre. C'est ainsi qu'en 2001 le TOGO vota une loi définissant les conditions d'exercice de la médecine traditionnelle dont l'importance est devenue indéniable.

En effet, la médecine occidentale dite « moderne » est inaccessible pour la plupart des malades, ce qui explique leur recours à la médecine traditionnelle surtout en ce qui concerne les séropositifs, depuis l'apparition du SIDA. Vu le nombre élevé de séropositifs et le faible taux de distribution d'ARV, dont les coûts sont d'ailleurs exorbitants, la majorité des malades se tourne vers les tradithérapeutes pour se soigner.

De nombreuses études ont porté sur le phénomène du SIDA depuis son apparition. Dans le domaine de la médecine traditionnelle, les chercheurs se sont surtout penchés sur l'efficacité des plantes médicinales sur certaines pathologies, dont celles relatives aux maladies opportunistes du SIDA. Les dimensions socio-culturelles des interactions entre malades et tradithérapeutes ont été négligées, spécialement pour les malades du SIDA. Or ces interactions sont à la base d'interactions conflictuelles entre professionnels de la médecine traditionnelle et adeptes de la médecine occidentale dite « moderne » dite conventionnelle. C'est notamment le cas au Togo, où le gouvernement a interdit les publicités sur les média modernes vantant l'efficacité de certains traitements traditionnels face au SIDA. D'où la nécessité de faire la lumière sur les déterminants qui militent en faveur du recours des populations à la

médecine traditionnelle pour se soigner, y compris les malades du SIDA, malgré la présence et l'étendue de la médecine occidentale dite « moderne » depuis l'indépendance du Togo en 1960.

La présente étude s'est principalement intéressée aux raisons qui poussent les malades du VIH/SIDA à recourir aux guérisseurs traditionnelles. Ce qui passe par la description de la représentation de la médecine traditionnelle et celle du statut du tradipraticien togolais, la description des stratégies de fidélisation des tradithérapeutes, la détermination des impacts de leurs procédés sur les malades du SIDA au TOGO, la comparaison de l'efficacité des tradithérapeutes par rapport aux guérisseurs modernes en matière de VIH/SIDA.

Après avoir procédé à une analyse du rôle joué par les autorités sanitaires nationales dans la promotion de la médecine traditionnelle et le contexte de son évolution, l'étude s'est achevée sur la construction d'un cadre de collaboration entre médecines moderne et traditionnelle au Togo, en prenant en compte les préoccupations des usagers de ces deux traditions de soins.

Vue l'ampleur des dimensions socioculturelles en jeu, la démarche de collecte de données utilisée dans le cadre de cette étude a combiné à la fois les techniques quantitatives et qualitatives.

Les résultats de l'étude montrent que si les malades ont recours à la médecine traditionnelle, c'est parce que selon eux, elle est efficace. Tout ceci est la traduction de la représentation qu'ils se font de la maladie et de la guérison, de la classification qu'ils font des pathologies qui peuvent être traitées par l'une ou l'autre des deux traditions de soins. Les résultats de l'étude ont également mis en exergue les caractéristiques socio-culturelles des personnes qui fréquentent les tradithérapeutes ainsi que leurs motivations. Elle a permis de mettre en évidence les représentations que les usagers se

font de la médecine traditionnelle et de la médecine occidentale dite « moderne », ainsi que les déterminants de leurs itinéraires thérapeutiques en la matière. D'où la nécessité de définir un cadre de collaboration entre médecine occidentale, dite « moderne », et médecine traditionnelle dans le système de santé dans une optique de complémentarité.

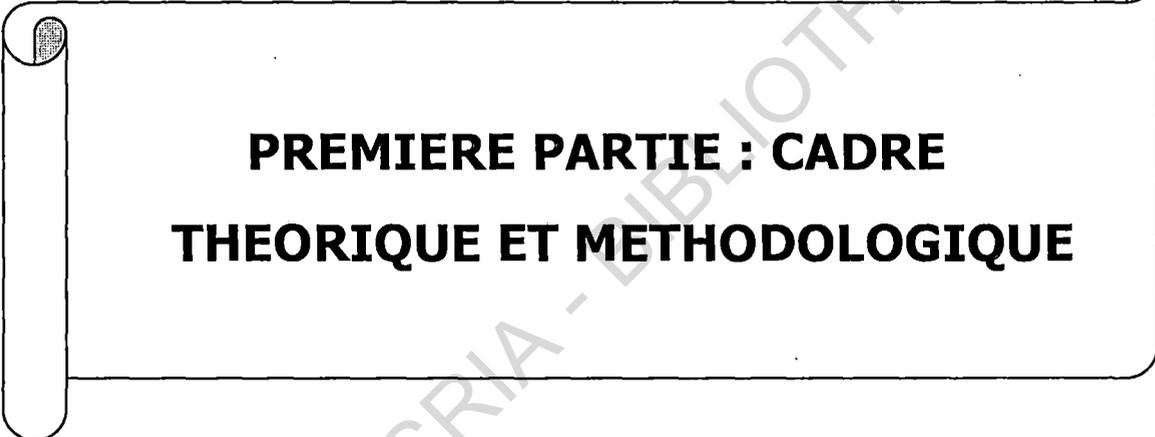
La première partie de l'étude présente le cadre théorique et méthodologique de l'étude. Dans le premier chapitre, consacré au cadre théorique, ont été examinés successivement la problématique, un exposé des ouvrages en rapport avec le thème, les objectifs, la thèse, les hypothèses, les variables, le cadre théorique proprement-dit de l'étude ainsi que la définition de certains concepts. Le second chapitre, consacré au cadre méthodologique, aborde quant-à lui, les champs de la recherche et les moyens de collecte d'informations, principalement les investigations sur le terrain, pour aboutir au traitement et à l'analyse des données recueillies.

La deuxième partie situe la médecine traditionnelle dans la politique sanitaire du TOGO. Le troisième chapitre indique l'organisation et l'administration des services de santé au TOGO. Après une présentation de la politique et du programme de santé, ce chapitre expose le système de santé au TOGO à 3 niveaux, central régional et périphérique. Le quatrième chapitre place la médecine traditionnelle dans son contexte géographique, politique, économique et sociologique. Pour se faire, il présente tout d'abord la situation sociodémographique et environnementale du TOGO, expose sa politique nationale en matière de médecine traditionnelle, avant de s'attarder sur la pratique de la médecine traditionnelle et son évolution dans l'environnement togolais.

La troisième partie traite de la construction sociale de l'efficacité de la médecine traditionnelle, y compris dans la prise en charge des malades du SIDA. Elle comporte trois chapitres. Le premier chapitre de cette partie, soit

le cinquième du document, s'intéresse aux résultats de l'étude et véhicule l'opinion de la population générale en ce qui concerne la médecine traditionnelle. Ce chapitre met aussi en évidence la représentation de la médecine traditionnelle au sein de la population, et qui est fonction d'un certain nombre de variables. Le deuxième chapitre de la troisième partie, soit le sixième chapitre, définit les obstacles à la promotion de la médecine traditionnelle que sont : les problèmes institutionnels, l'absence de cadre juridique approprié, les conflits opposant les praticiens de la médecine traditionnelle à ceux de la médecine dite moderne d'une part et ceux opposant les tradithérapeutes entre eux d'autre part, ainsi que les difficultés d'approvisionnement en plantes médicinales. Le septième et dernier chapitre situe la prise en charge du VIH/SIDA par la médecine traditionnelle. D'abord il définit le SIDA et ses représentations selon l'opinion générale togolaise, analyse ensuite le statut du tradithérapeute, et enfin aborde le cas particulier de la prise en charge du SIDA par la médecine traditionnelle.

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE



**PREMIERE PARTIE : CADRE  
THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE**

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## **CHAPITRE 1 - CADRE THEORIQUE**

### **1.1 PROBLEMATIQUE**

« En Afrique, comme dans les autres continents, ces ressources [les plantes, les animaux et les minéraux] ont été utilisées pendant plus de dix mille ans par les tradipraticiens qui ont acquis leurs connaissances et leur savoir-faire à travers l'observation, la révélation spirituelle, l'expérience personnelle, la formation et l'information directe auprès de leurs prédécesseurs. En général, la médecine traditionnelle africaine est basée sur une approche globale en ce qui concerne la gestion du malade, qui porte sur le corps, l'âme et l'esprit » (Union Africaine, Plan d'action de la décennie de la médecine traditionnelle (2000-2010)).

La Conférence de 1978 à Alma-Ata dans l'ex URSS, consacre au niveau mondial, la nécessité pour les gouvernements des pays membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) d'élaborer des politiques de santé prenant en compte la médecine traditionnelle (MTR). En Afrique, dont les populations utilisent en majorité les méthodes de thérapies traditionnelles, les autorités ont diversement pris en compte cette nouvelle donne dans leurs politiques de santé respectives.

Après la Conférence d'Alma-Ata, et en vue de faciliter la tâche aux Etats membres, l'OMS a élaboré et mis à leur disposition un cadre de référence aux pays désireux d'élaborer des politiques d'intégration de la MTR dans leurs systèmes de santé. Emboîtant le pas à l'OMS, et en collaboration avec elle, l'Union Africaine (UA) créée sur les cendres de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA), a aussi adopté un plan d'action pour la période 2001-2010 en vue d'offrir aux Etats membres un modèle de référence dans la formulation de leurs politiques nationales de promotion de la médecine traditionnelle.

En avril 2008 encore à Ouagadougou, au Burkina Faso, à l'initiative de

l'OMS, les principes de la Déclaration d'Alma-Ata et son importance dans l'amélioration de la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire ont été réaffirmées. Ici encore, les états membres sont instamment invités, entre autres, à :

« promouvoir la collaboration intersectorielle et le partenariat public-privé, y compris avec la société civile et les communautés, afin d'améliorer l'utilisation des services de santé et d'agir d'une manière appropriée sur les déterminants économiques, sociaux, démographiques, nutritionnels, culturels et environnementaux de la santé ... ». (OMS, 2008 : 2)<sup>1</sup>

L'analyse des réponses fournies par 141 des 191 Etats membres à une enquête mondiale de l'OMS<sup>2</sup> sur la prise en compte de la médecine traditionnelle dans les politiques sanitaires montre que le sujet est diversement abordé d'un continent à un autre. Sur les 37 pays africains ayant participé à l'étude en 2001, seuls 12 (soit environ 32%) disposaient d'une politique nationale de médecine traditionnelle ; 8 (soit environ 27%) avaient voté des lois et réglementations y relatives ; 7 (soit environ 21%) avaient mis en place des mécanismes d'enregistrement des médicaments traditionnels ; tandis qu'aucun pays ne disposait d'institut national de recherche en médecine traditionnelle.

La comparaison de la situation africaine à celle de l'Asie du sud-est, dont les populations ont un recours comparable à la médecine traditionnelle (MTR), nous montre que les gouvernements du continent noir ont moins fait preuve de volonté politique en matière de promotion de cette forme de thérapie que leurs homologues asiatiques. Seulement 21% des pays africains disposent d'un mécanisme d'enregistrement de médicaments traditionnels.

Alors que l'OMS et ses démembrements régionaux, rejoints par l'Union

---

<sup>1</sup> OMS, Déclaration de Ouagadougou, 30 avril 2008.

<sup>2</sup> WHO, National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines Report of a WHO global survey. Les références sur la date de publication officielle ne sont pas disponibles.

Africaine comme mentionné plus haut, n'ont cessé de prendre des initiatives pour encourager l'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé depuis 1977 (la Déclaration d'Alma Ata incluant les soins de santé primaires dans le système de santé, l'instauration de journées de promotion de la médecine traditionnelle, la mise en place par l'OMS d'une stratégie de promotion de la médecine traditionnelle pour la période 2002-2005, l'instauration par l'Union Africaine de la période 2001-2010 comme décennie de la médecine traditionnelle en Afrique, etc.), il a fallu attendre l'année 2001 pour qu'une loi définissant les conditions d'exercice de la médecine traditionnelle soit votée au Togo (loi n° 2001/017).

Cette loi de 32 articles, dont l'objet est la réglementation de la « médecine traditionnelle » (terme adopté par le Gouvernement Togolais dans ladite loi) se propose aussi d'en faire la promotion d'autant plus que le recours à la médecine traditionnelle concerne aussi bien les enfants que les adultes. En effet, selon l'OMS<sup>3</sup>, plus de 60 % des enfants africains atteints de forte fièvre sont d'abord traités par la MTR. En ce qui concerne le SIDA, l'OMS estime qu'en Afrique et en Amérique du Nord, 75 % des personnes vivant avec le VIH/SIDA ont recours à la médecine traditionnelle, exclusivement ou en complément d'autres médecines.

Maladie sans remède, le SIDA continue de faire des victimes à travers le monde. En effet, selon l'ONUSIDA, « le nombre de personnes vivant avec le VIH continue d'augmenter, tout comme le nombre de décès dus au SIDA. Un total de 39,5 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2006 - 2,6 millions de plus qu'en 2004 »<sup>4</sup>. Après les premières années qui ont suivi son apparition, divers médicaments ont été proposés aux malades pour ralentir la propagation du virus dans l'organisme des personnes infectées. L'on peut citer

---

<sup>3</sup> Organisation Mondiale De La Santé, Médecine traditionnelle, Rapport du Secrétariat, Cinquante-sixième Assemblée Mondiale De La Santé, Point 14.10 de l'ordre du jour provisoire 31 mars 2003

<sup>4</sup> ONUSIDA, 2006, Le point sur l'épidémie de SIDA

à titre d'exemple ceux qui suivent : Zidovudine, Névirapine, Saquinavir, Didanosine, Efavirenz, Ritonavir, Stavudine . Indinavir Lamivudine Nelfinavir/ritonavir Lopinavir. Mais leurs prix sur le marché les rendaient inaccessibles aux populations pauvres.

Avant la création du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, l'on estimait qu'il fallait entre 150.000 à 300.000 FCFA par mois pour se procurer ces médicaments qui n'étaient en réalité qu'un mirage pour les pays en voies de développement, car même ceux qui avaient les moyens ne pouvaient s'en procurer que par commande spécial dans les pays occidentaux. Par ailleurs, seulement quelques médecins spécialement formés étaient autorisé à prescrire ces médicaments et de faire le suivi de leur utilisation, ce qui contribuait à en limiter l'accès. Qui plus est, il ne s'agit pas encore de guérir le mal, mais d'en stopper la propagation.

Devant cette impuissance de la médecine occidentale, en Afrique comme dans la plupart des continents, les malades se tournent vers les guérisseurs traditionnels pour soigner les maladies opportunistes causées par le virus du SIDA.

De ce fait, avec l'apparition du SIDA, les tradithérapeutes se trouvent en présence d'une « nouvelle pathologie » à laquelle ils doivent trouver des remèdes. Malgré l'inexistence de traitement efficace contre ce nouveau fléau, et l'impossibilité d'en guérir les personnes atteintes, certains tradithérapeutes affirment guérir les malades qui en sont atteints, et qu'ils considèrent comme une vieille maladie selon les milieux. Des annonces publicitaires sont régulièrement passées sur les média, alors qu'aucune preuve de l'efficacité de ces remèdes n'est établie ; ce qui a amené le Ministère de la Santé, sous l'initiative de l'ordre des médecins privés du Togo, à faire prendre par la Haute Autorité de l'Audiovisuel et de la Communication (HAAC), une décision d'interdiction d'annonces par les tradithérapeutes. Cette mesure est jugée par

les tradipraticiens comme destinée à les empêcher d'évoluer.

Dans ce contexte, malgré les campagnes de sensibilisation, une frange de la population n'hésite pas à se représenter le SIDA comme une maladie ancienne déjà connue par les ancêtres qui la dénommaient *alokpli*<sup>5</sup> (APAC, 2005). En effet, *alokpli* est, selon la tradition, la manifestation du châtement résultant d'un crime de relation sexuelle avec la même femme par des proches parents ou des amis intimes.

D'un point de vue étymologique, « *alo* » signifie famille, contrairement à ce que l'on pourrait interpréter comme « main » ; en effet *alo* associe tous ceux qui font partie d'une même descendance. Par extension cette notion s'étend aussi aux amis intimes de la famille. La deuxième partie de cette expression, *kpli*, signifie crime ou péché. *Alokpli* est donc un crime résultant de la violation de l'interdit d'avoir des relations sexuelles avec la femme d'un membre de la famille ou d'un proche parent. L'extension de cette notion de famille aux amis proches de la famille reflète la notion de famille élargie caractéristique de l'Afrique en général. Les maladies liées à *alokpli* sont souvent la tuberculose et les hoquets. Or, en ce qui concerne le SIDA, la tuberculose et le hoquet en sont aussi des manifestations.

Chez les Bété de Côte d'Ivoire, on retrouve cette même approche de la représentation de la maladie. Le mot *bagu*, (*ba* signifiant beauté et *gu* qui veut dire maladie) est utilisé pour désigner le SIDA. Cette combinaison renvoie au concept de maladie du sexe, de par son association à la beauté (*ba*). Le SIDA est donc perçu comme la maladie du sexe, ce qui n'est pas différent de maladie sexuellement transmissible.

Dans les deux situations, le sexe est le point central de la représentation de cette maladie et le non respect des interdits sexuels en

---

<sup>5</sup> Cette révélation est le résultat d'une étude dans le sud-est du Togo en 2004 dont 20% des enquêtés ont fait cette déclaration.

constitue le soubassement du double point de vue nosologique et étiologique. Cette conceptualisation de la maladie du SIDA structure le rapport des malades à la médecine traditionnelle afin de résoudre les problèmes liés, entre autres, à l'accès (coût et disponibilité) des médicaments anti-rétroviraux (ARV).

En effet, dans un pays où l'on estime à environ 110 000 le nombre de personnes séropositives (ONUSIDA, 2006)<sup>6</sup> et où seuls 3000 malades reçoivent mensuellement des Anti-rétroviraux (ARV)<sup>7</sup> à cette époque (CNLS, 2005), il est évident que de nombreuses personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (PVVIH) et de nombreux malades du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) n'ont pour seul recours que la médecine traditionnelle.

En novembre 2007, près de 500 personnes ont participé à une marche de protestation contre les ruptures fréquentes de stocks d'anti-rétroviraux. Cette situation de rupture de stock se justifie, selon la directrice de la Centrale d'Achat des Médicaments Génériques (CAMEG) au Togo, par l'étroitesse du marché togolais qui ne lui permet pas de procéder à de gros approvisionnements sur le marché international.

Comme on le voit, la dépendance vis à vis des médicaments pharmaceutiques occidentaux pour garantir l'accès au traitement des personnes vivant avec le VIH pose des problèmes de disponibilité, d'accessibilité et de pérennisation de l'offre, sachant que le traitement est à vie. Or la médecine traditionnelle contribue à la résolution des problèmes de santé par la disponibilité et le coût des médicaments. En outre, elle favorise l'accessibilité géographique, temporelle, financière tout en offrant un réconfort moral et psychologique au malade du fait de la communication facile et

---

<sup>6</sup> ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. Genève, 2006.

<sup>7</sup> Estimations de la CNLS en 2005. Cette statistique subit des changements au gré des financements mobilisés auprès de la communauté internationale. Le Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, le Paludisme et la Tuberculose est le plus grand donateur du Togo dans ce domaine jusqu'en 2007.

rassurante du guérisseur dont la représentation de la maladie est identique à celui du patient. Le modèle explicatif et interprétatif de la maladie par le tradithérapeute est conforme à celui du contexte sociologique du malade, du fait que l'origine de la maladie n'est pas toujours dans le corps comme c'est toujours le cas en médecine occidentale dite « moderne ».

En revanche, la médecine traditionnelle a été également étudiée, soit comme une alternative à la résolution des problèmes de santé publique, soit en rapport avec les contradictions des systèmes de santé en place. L'état de la question montre que de nombreuses études se sont intéressées, d'une manière ou d'une autre, soit à la problématique du VIH/SIDA, soit à celui de la médecine traditionnelle dans sa prise en compte dans les systèmes de santé des pays étudiés.

Ces recherches ont aussi porté sur l'efficacité pharmacologique de certaines plantes fréquemment utilisées par les tradithérapeutes africains en général, et togolais en particulier. Mais ces études n'ont pas suffisamment approfondi l'analyse sociologique des déterminants du recours à la médecine traditionnelle chez les PVVIH.

L'intérêt de la présente thèse réside dans toute sa démarche épistémologique combinant à la fois les techniques quantitatives que qualitatives pour parvenir à une meilleure compréhension des représentations sociales du SIDA et du statut du guérisseur traditionnel au Togo, afin de proposer un modèle d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé, et qui tienne compte du contexte sociologique et de l'attente des populations et des praticiens de la médecine traditionnelle.

Devant cette situation une série d'interrogations s'enchaînent.

Qu'est ce qui justifie le recours des malades du VIH/SIDA à la médecine traditionnelle malgré l'amélioration quantitative et qualitative de la

médecine occidentale dite « moderne », tant aux plans géographique que technologique depuis l'époque coloniale ? En d'autres termes, il s'agira de savoir si le recours des togolais à la médecine traditionnelle pour se soigner est justifié entre autres par leurs ressources financières limitées ou bien s'agit-il d'un recours motivé par les aspects symboliques propres à leur environnement socio-culturel.

Nous savons que la culture est déterminante dans la construction du rapport à la médecine, sous les angles étiologiques et nosologiques. Ainsi, la perception du SIDA qui s'enracine dans la culture est un lieu de questionnement important. Les représentations permettent de comprendre non seulement le recours à la médecine traditionnelle, mais les possibilités de l'amélioration qualitative de la relation médecine allopathique et médecine traditionnelle, d'où la deuxième question qui suit.

Comment les malades du VIH/SIDA et les populations en général se représentent la médecine traditionnelle et les tradipraticiens ? Dans le contexte d'inexistence de remède efficace, comment l'analyse des pratiques thérapeutiques contribue-t-elle à éclairer le phénomène du recours à la médecine traditionnelle par les malades ?

La culture traverse aussi les pratiques thérapeutiques et détermine la spécificité de la médecine traditionnelle qui transcende les logiques biomédicales.

Dans le cas du VIH/SIDA, comment l'analyse des pratiques thérapeutiques contribue-t-elle à éclairer le phénomène du recours à la médecine traditionnelle par les malades ?

Que l'on soit dans le domaine de la médecine traditionnelle ou non, la relation thérapeutique justifie le niveau de fidélisation des « clients », des malades.

Dans l'optique d'une cohérence de l'offre sanitaire ou encore dans l'optique d'un système de santé cohérent, comment penser la collaboration entre les deux médecines ?

Quelle est la place actuelle de la médecine traditionnelle au Togo ?

Enfin, Quelles mesures faut-il prendre pour asseoir une bonne intégration de la médecine traditionnelle dans le système officiel d'offre de soins ?

C'est à ces questions que nous nous proposons de répondre à travers cette étude.

Mais avant, nous passons en revue la façon dont certains aspects de ces préoccupations ont été abordés par d'autres chercheurs avant nous. En effet la contribution de la médecine traditionnelle à la santé publique a été diversement appréhendée par de nombreux auteurs, surtout ces dernières décennies qui ont vu un regain d'intérêt pour les médicaments à base de plantes.

## **1.2 REVUE DE LITTERATURE**

Nous examinons dans cette partie les ouvrages qui présentent de près ou de loin un intérêt et un lien avec notre thème. Nos commentaires et positions seront exprimés au fur et à mesure de l'évolution de la revue. Sept thèmes seront analysés à savoir :

- le SIDA face à la stigmatisation raciale et des groupes minoritaires ;
- diagnostic et étiologie en médecine traditionnelle ;
- représentation de la santé et de la maladie ;
- représentations du SIDA ;
- systèmes de soins et inégalité d'accès ;
- impact socio-économique de la médecine traditionnelle ou alternative sur la santé en Afrique ;
- analyse critique de la littérature par rapport au thème d'étude.

### **1.2.1 Le SIDA face à la stigmatisation raciale et des groupes minoritaires**

Dès l'apparition du SIDA, une tentative d'explication de son origine a rapidement pris l'allure d'une « stigmatisation raciale » de la part des scientifiques occidentaux. Toutes les stratégies utilisées par ces derniers tendaient à justifier ce que l'on pourrait a posteriori considérer comme des partis pris, les argumentations « scientifiques » avancées pour soutenir leur thèse. Du reste, une position contraire aurait aussi bien pu être avancée, c'est à dire que, comme le soutiennent certains, le VIH/SIDA a été introduit en Afrique par les occidentaux. C'est à juste titre que Gilles Bibeau (1991 : 128) s'insurge contre ces pratiques de chercheurs qui ont fait preuve de légèreté manifeste dans leurs tentatives d'explication de l'origine « africaine » du SIDA dans son article paru dans la revue *Anthropologie et Société*.

« Dans l'état actuel des connaissances, on pourrait, avec autant de preuves ou d'absence de preuves, soutenir que ce sont, par exemple, des touristes ou des coopérants homosexuels américains qui ont introduit en Afrique la souche américaine du virus, et pourquoi ne pourrait-on pas inverser le raisonnement de Rushton et Bogaert et affirmer que ce sont les

homosexuels des Etats-Unis qui ont contaminé Haïti ? » s'interroge Bibeau (1991 : 128) <sup>8</sup>.

Les propos à connotation idéologique et emprunts de parti pris ont créé une certaine crispation et des réactions négatives de la part de certains dirigeants africains qui se sont sentis attaqués dans leur amour propre et qui se sont repliés sur eux-mêmes allant jusqu'à s'opposer à certains programmes destinés à prévenir la propagation du virus au sein des populations. Un sentiment de doute s'est installé dans les esprits et de nombreux africains se sont demandés s'il n'y avait pas un agenda caché derrière les discours des uns et des autres.

Le cas le plus connu est celui de l'Afrique du Sud, où un bras de fer médiatisé a longtemps opposé le Président Tabo M'béki aux organisations humanitaires dans la mise en œuvre de leurs programmes en matière de lutte contre le VIH/SIDA. Les propos tenus par les responsables de ces dernières à travers les média internationaux paraissent souvent exagérés et dénués de courtoisie et de respect, tant pour les personnes infectées que pour les dirigeants politiques, entraînant des conflits dont l'issue est contre-productive.

Le Togo a connu aussi sa phase de « résistance passive », malgré une forte pression de la communauté internationale, jusqu'au décès en 2005 du Président Gnassingbé Eyadéma. De son vivant, ce dernier n'a jamais présidé les travaux du Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS) dont il était pourtant le président de droit. Il a fallu attendre l'arrivée au pouvoir de son fils Gnassingbé Faure, lui succédant en 2005, pour que ce conseil soit effectivement présidé par ce dernier pour la première fois en avril 2007.

En plus de la stigmatisation de l'Afrique noire comme origine du SIDA, sans qu'aucune preuve irréfutable soit portée pour corroborer cette position,

---

<sup>8</sup> Gilles Bibeau, « *L'Afrique Terre imaginaire du SIDA. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes* ». *Anthropologie et Société*, vol. 15, 2-3, 1991 :125-147

les homosexuels ont constitué le 2<sup>ème</sup> groupe à faire les frais de cette attitude, surtout en Amérique du Nord et plus particulièrement aux Etats-Unis. Au début de l'épidémie en effet, tout le monde a pointé du doigt les homosexuels comme étant les responsables de la propagation du SIDA dans ce pays. Une nouvelle forme de discrimination, en plus de la discrimination raciale, voyait ainsi le jour. Les Etats-Unis sont connus pour avoir une prévalence élevée en matière de disparité d'accès aux soins basée sur la race. Les noirs sont les plus défavorisés, suivis par les hispaniques. Comme le prouve de nombreuses études, les relations socio-économiques y sont gouvernées de fait par les considérations raciales. A titre d'exemple, citons ce passage de l'ouvrage de Brian D. Smedley, Adrienne Y. Stith, Alan R. Nelson (2003 : 6) <sup>9</sup>

« ... il est important de noter que les disparités ethniques et raciales existent dans plusieurs secteurs de la vie aux Etats-Unis d'Amérique. Les Afro-américains, les Hispaniques, les Amérindiens, et les résidents des Iles du Pacifique ainsi que les Américains d'origine asiatique sont représentés de façon disproportionnée dans les basses classes socio-économiques, dans les écoles de qualité inférieure dans les secteurs professionnels à revenus inférieurs. Ces disparités persistantes peuvent être attribuées à plusieurs facteurs tels que les modèles historiques institutionnalisés de ségrégation et de discrimination raciales. ... » (Brian D et al., 2003: 6)<sup>10</sup>

Comme pour démontrer le manque de crédibilité de ces affirmations sur l'origine africaine du SIDA, relayées dans la presse internationale, Gilles Bibeau s'est engagé à une réflexion autour de trois thématiques. Comme il le précise lui-même :

« Ma réflexion critique se concentrera autour de trois thématiques : celle de l'origine prétendument africaine du SIDA (*Virus africanus*) qui révèle, selon moi les limites du modèle « historico-géographique » actuellement à la mode chez les microbiologistes et dans les milieux médicaux en général ;

---

<sup>9</sup> Brian D. Smedley, Adrienne Y. Stith, and Alan R. Nelson, *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*, 782p. 2003

<sup>10</sup> traduction personnelle ; l'original est en Anglais.

celle qui affirme dans un schéma sociobiologique simpliste qu'il existerait une programmation génétique (*Homosexualis africanus*) prédisposant les africains à l'absence de contraintes sexuelles, à la polygynie et à plus de maladie transmises sexuellement ; et enfin, la thématique de l'organisation sociale de la sexualité africaine (*Cultura sexualis africana*) me permettra de dénoncer la faiblesse des données ethnographiques et le parti pris des modèles de projections statistiques sur l'expansion de l'épidémiologie du SIDA en Afrique » (Bibeau, 1991 : 126-127).

Les microbiologistes ne sont pas les seuls à aborder avec tant de légèreté l'explication de l'origine du SIDA. Ils ont été suivis dans leur démarche par certains anthropologues et sociologues.

« Les scientifiques, aussi bien les microbiologistes que les sociologues et les anthropologues, ont été victimes d'une confiance exagérée dans les pouvoirs de la biologie, à un tel point que les uns et les autres en sont venus à oublier que les causes d'une infection biologique individuelle ne sont pas les mêmes que celles d'une épidémie, surtout lorsque celle-ci commence à travers les frontières des groupes sociaux et à franchir les océans » (Bibeau, 1991 : 131).

Cette analyse témoigne de la nécessité pour le chercheur en sciences sociales d'observer la première règle chère à E. Durkheim<sup>11</sup>, se débarrasser de ses « prénotions » avant d'aborder toute observation des faits sociaux afin de pouvoir les traiter « comme des choses » pour s'entourer de la neutralité exigée du chercheur en sciences sociales dans son entreprise. Malgré cette mise en garde, on constate toujours ça et là (de l'analyse des écrits de certains chercheurs) que les stéréotypes semblent parfois l'emporter sur les exigences en matière de processus d'objectivation à observer dans toutes recherches en sciences sociales. Ceci n'est pas sans poser le problème de conflit entre engagement et distanciation, comme l'a démontré Didier Fassin<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Les règles de la méthode sociologique, 1894 (version numérique par Jean-Marie Tremblay)

<sup>12</sup> Didier Fassin « *L'anthropologie entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des*

dans un article intitulé « L'anthropologie entre engagement et distanciation ».

Analysant, entre autres, les résultats d'une étude menée par Douglas Feldman (1986) au Rwanda, D. Fassin met en exergue la manière dont ce chercheur, nouvellement diplômé, utilise une méthode de recherche non rigoureuse pour conclure hâtivement, après seulement un mois de travail dans un contexte sociologique qui ne lui est pas familier, que « les entretiens [qu'il a eu] avec les patients confortent le constat de Clumeck selon lequel le SIDA est transmis hétérosexuellement, principalement par les prostituées. Six des dix hommes infectés ont en effet admis avoir eu des relations sexuelles avec des prostituées » (Fassin : 49). Ce faisant l'auteur fait abstraction de certaines données de terrain qu'il a recueillies, qui pourtant auraient dû l'amener à la prudence. Il s'agit notamment de :

*« L'observation que "la plupart des malades avait reçu des injections ou des vaccinations dans les cinq ans précédant le début de leur SIDA" l'auteur poursuit : "Aucune des 158 personnes interviewés à domicile n'ont rapporté de symptôme de SIDA. Deux seulement se plaignaient de signes évocateurs d'une forme débutante/ l'un présentait des ganglions et l'autre une fatigue inexplicable". Malgré le nombre réduit de cas et la faiblesse de l'étayage clinique, l'extrapolation est immédiate : "Si la même fréquence est observée dans une enquête plus large, il y a probablement 2000 personnes à Kigali avec des manifestations précédant le SIDA " » (Fassin, op. Cit. p : 49).*

Cet exemple, qui n'en est qu'un parmi tant d'autres, illustre éloquemment comment un engagement qui fait fi de la distanciation requise dans la conduite d'une étude anthropologique peut conduire un chercheur à des conclusions, à première vue scientifiques, mais qui cachent des motivations personnelles à peine voilées qui auront sans doute une répercussion sur la crédibilité des messages qui en découleront.

D'autres propos polémiques ont alimenté les débats autour de l'origine, voire

de la responsabilité de la survenue du SIDA, lors de rencontres nationales et internationales à travers le monde.

Ces confusions ont provoqué des réactions, surtout en Afrique où « l'ampleur du phénomène a été tour à tour niée, reconnue et puis sans doute amplifiée à travers un discours alarmiste » (Bibeau, Ruth, 1991)<sup>13</sup>.

Plus récemment encore, d'autres voix se sont élevées pour ramener le débat autour de l'origine du SIDA. C'est le cas du Dr. Leonard G. Horowitz<sup>14</sup> selon qui le SIDA n'est ni plus ni moins qu'une invention intentionnelle de l'homme, position qu'il soutient dans une publication intitulée « les virus émergents ; SIDA et Ebola, naturel, accidentel ou intentionnel »<sup>15</sup>. L'auteur fonde son jugement sur les résultats d'une recherche qu'il a effectué aux Etats-Unis sur les contrats et documents officiels entre l'Administration Américaine et la société Litton Bionetics visant la création de virus proche de ce que nous savons être aujourd'hui le virus du SIDA.

Dans un article synthétisant ses découvertes et présenté au cours des « premières rencontres médicales de Libreville », au Gabon, le 29 mai 2001, Horowitz présente les preuves de ses affirmations, qui, si elles se révélaient fondées, constitueraient un véritable motif de vives préoccupations sur les responsabilités des personnes ayant cautionnés de tels actes. Le SIDA quitte alors la sphère de simple maladie pour devenir un véritable phénomène sociopolitique et idéologique.

Des études montrent que cette approche est à la base de nombreux échecs enregistrés par les programmes de santé publique partout dans le monde. Comme il est maintenant reconnu dans la plupart des programmes de

---

<sup>13</sup> Bibeau, G., Ruth M., *Déconstruire l'Univers du SIDA* in *Anthropologie et société*, vol. 15, 2-3, 1991 : 5-11

<sup>14</sup> Horowitz L. G., *L'origine réelle du SIDA* in *Regard, Bibliothèque chrétienne online*, consulté le 03/09/2007 sur le site <http://www.regard.eu.Vie.sociale/TXT.complet.Vie.sociale2/Origine.SIDA.html>

<sup>15</sup> Version originale : « *Emerging viruses : AIDS & Ebola. Nature, Accident or Intentional ?* »

développement mis en œuvre dans les pays dits sous-développés, le refus de prise en compte des savoirs locaux des communautés récipiendaires est un facteur déterminant de ces échecs.

Le Togo n'est pas en dehors de cette approche moralisatrice de la santé publique. Comme nous le verrons plus loin dans l'analyse du contexte de cette étude, les autorités sanitaires nationales s'arrogent le droit de diriger les interventions sanitaires sans nécessairement prendre en compte ou impliquer suffisamment les acteurs communautaires dans la mise en place des stratégies. C'est à peine qu'un ou deux individus sont cooptés pour donner un label de participation élargie aux entreprises en santé publique.

C'est en connaissance de cause que, l'Union Africaine<sup>16</sup> (UA), de son côté, prévoit un mécanisme en vue de permettre aux états membres de mettre sur pieds des instruments et des cadres réglementaires afin de faciliter et d'accompagner l'exercice harmonieux de la médecine traditionnelle. Il s'agit notamment de :

- la formulation de politiques ;
- la mise en place de stratégies et de plans directeurs nationaux ;
- l'élaboration d'un cadre juridique et un code d'éthique à l'attention des tradipraticiens ;
- l'élaboration d'un cadre réglementaire afin d'assurer la protection des droits de propriété intellectuels ;
- l'enregistrement des médicaments traditionnels ;
- les modules de formation sur la médecine traditionnelle et sur les soins de santé primaires à l'intention des tradipraticiens et des praticiens de

---

<sup>16</sup> Union Africaine, Plan d'action de la décennie de la médecine traditionnelle (2000-2010)

la médecine conventionnelle ;

- l'élaboration d'un instrument pour décrire la médecine traditionnelle africaine.

Le Plan d'action de la décennie de la médecine traditionnelle qui couvre la période 2000-2010 veut se focaliser sur les 5 pathologies suivantes :

- le paludisme
- le VIH/SIDA
- la drépanocytose
- le diabète
- l'hypertension

Ces domaines sont du reste les plus couramment traités par les tradipraticiens africains, en plus des dermatoses.

L'élaboration de modules de formation est sans aucun doute un volet majeur par lequel les états africains peuvent donner à la médecine traditionnelle la place qu'elle mérite dans le processus d'amélioration de l'accès aux soins de qualité aux populations. Ces modules doivent intégrer les exigences en matière d'éthique en santé publique lors de leur élaboration et faire l'objet d'un suivi régulier dans leur mise en application, surtout à leur début. Par ailleurs, un plan d'évaluation devrait les accompagner.

Le Plan d'action de la décennie de la médecine traditionnelle de l'UA a certes prévu un mécanisme de suivi/évaluation ; mais pour son application effective, les acteurs pressentis doivent être outillés pour assumer leurs responsabilités. Pour cela il ne suffit pas seulement de distribuer les tâches aux organismes internationaux en fonctions de leurs mandats traditionnel, mais il faut aussi veiller à leurs inscriptions dans les programmes que ces

organismes développent dans les pays en partenariat avec les structures nationales. En 2007, à trois ans de l'échéance du plan d'action, certains acteurs clés de la mise en œuvre au niveau national de certaines de ses composantes ne sont pas encore informés de son existence.

Le plan d'action prévoit aussi que, sous le leadership de la FAO, des politiques nationales et sous régionales en matière de protection soient adoptées en conformité avec les directives de l'OMS sur les bonnes pratiques agricoles et la collecte des plantes. Mais au Togo, suite à nos investigations, nous constatons que rien n'est actuellement réalisé dans ce sens et aucune initiative de ce genre n'est inscrite dans le programme de coopération entre la FAO et le Togo.

Pour élaborer un code d'éthique en santé publique, ce ne sont pourtant pas des documents de référence qui manquent. Partant de l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme selon lequel « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et celui de sa famille... »<sup>17</sup>, le Public Health Leadership Society<sup>18</sup> (2002, 9), publie les principes d'un code d'éthique en santé publique de 16 pages, révisé en 2002 et destinés aux intervenants en santé publique aux Etats-Unis, mais qui pourrait être une source d'inspiration pour tous. Ils sont basés sur 12 principes d'éthiques correspondant à 10 services essentiels en santé publique développés en 1994 par le groupe de travail sur les services essentiels de santé publique du Comité de pilotage des fonctions de santé publique (Essential Public Health Services Work Group of the Public Health Functions Steering Committee). Ces services essentiels tournent autour du diagnostic des problèmes de santé, en passant par l'information du public, la mise en œuvre et le suivi/évaluation des interventions en santé, avec en filigrane

---

<sup>17</sup> Nations Unies – Département de l'Information, Déclaration universelle des droits de l'homme

<sup>18</sup> Public Health Leadership Society, Principles of the Ethical Practice of Public Health, Version 2.2, 2002

l'implication des populations, tant sur les plans individuel que communautaire.

En ce qui concerne les services essentiels servant de point de départ aux actions menées dans ce domaine, le groupe de travail propose la considération d'un ou de plusieurs principes propres à chaque niveau d'intervention, allant de un à trois principes à la fois. A titre d'exemple le comité propose l'observation du principe de collaboration, soit un seul principe, dans la mise en œuvre de la mobilisation du partenariat communautaire dans l'identification et la résolution des problèmes de santé. Par contre, trois principes doivent être observés en ce qui concerne l'application des lois et réglementations protégeant la santé et garantissant la sécurité. Ce sont :

- le respect des droits individuels en santé communautaire ;
- la retro-information de la communauté ;
- la prise en compte de la retro-information issue de la communauté.

Comme le souligne Raymond Massé<sup>19</sup>,

« La santé publique s'est imposée dans la modernité comme institution mandatée par l'État pour créer, gérer et évaluer les programmes de prévention, de protection et de promotion de la santé. En tant qu'institution de gestion des rapports des citoyens aux risques pour la santé, elle fut fréquemment considérée au cours des trente dernières années comme une entreprise normative qui prend le relais de la loi et de la religion pour définir les nouveaux lieux du bien et du mal. » Raymond Massé (2007, 1) »

Ceci ne signifie pas que les normes sont inutiles, mais c'est la conduite des acteurs clés de santé publique qui pose souvent problème. Sous le couvert de cette normativité, la santé publique n'a cessé de s'immiscer dans la vie privée des citoyens violant inévitablement les droits de l'homme en ce

---

<sup>19</sup> Raymond Massé, Les sciences sociales au défi de la santé publique, 19 p., 2007

qu'elle fait fi de l'exigence de respect de la vie privée.

Dans les pays d'Afrique subsaharienne, au nom de la protection et de la promotion de la santé, des campagnes de vaccinations ont parfois prit l'allure d'une chasse à laquelle les parents n'ont même pas la possibilité de soutirer leurs enfants.

Au Togo par exemple, il est arrivé qu'un ministre de la santé rentre dans les maisons pour s'assurer que les enfants sont effectivement vaccinés, quitte à faire des doubles, voire des triples vaccinations au même sujet dans certains cas si la preuve matérielle d'une vaccination antérieure ne peut être fournie, au motif que cela n'est pas nuisible à la santé. C'est justement ce côté coercitif qui fait problème. Nous souscrivons avec Massé que : « ce qui rend une norme « *normative* » est sa capacité à être renforcée et imposée par la coercition. Dans un tel contexte, les sciences sociales, croyons-nous, pourraient retenir cette construction socioculturelle négative des normes comme un objet d'analyse des plus pertinents » Massé (2007, 13).

### **1.2.2 Diagnostic et étiologie en médecine traditionnelle**

Le diagnostic est naturellement la première étape de la prise en charge du malade qui se présente devant le soignant, que celui-ci soit médecin moderne ou thérapeute traditionnel. Les méthodes de détermination de l'étiologie de la maladie sont différentes chez les deux catégories de praticiens. La différence fondamentale provient de la conception de l'origine d'une maladie.

Si le médecin moderne cherche la cause de la maladie dans les microbes qui perturbent le bon fonctionnement de l'organisme, il n'en est généralement pas le cas chez le tradipraticien pour qui la maladie a plutôt une

origine sociale et spirituelle. Selon Twumassi<sup>20</sup> (2005), le tradithérapeute ne cherche pas la cause de la maladie dans les microbes et les virus comme c'est de pratique en médecine allopathique. Le tradithérapeute ne soigne pas que le corps, mais aussi l'esprit.

En matière de diagnostics, il existe plusieurs écrits, surtout au cours des années 1950-1960, sur l'approche diagnostique des communautés non européennes. La plupart de ces écrits ont focalisé leur attention sur l'aspect biologique de la maladie alors qu'en réalité, la maladie dépasse le seul corps humain et englobe des manifestations en provenance du milieu écologique de la personne atteinte. Encore une fois se dégage la réalité d'une analyse approximative du problème du traitement de la maladie dans un contexte non occidental.

Les modes de traitement basés sur les coutumes et les traditions ancestrales des peuples dits primitifs sont souvent mal compris par certains chercheurs, tous issus à l'époque de cultures occidentales, et donnant l'impression de n'avoir pas pris le temps d'immersion requis avant d'entamer leurs travaux de terrain dans les communautés étudiées.

Les résultats de telles études laissent parfois perplexes le lecteur avisé, à cause de contradictions ou d'incorrections dues à des analyses inadéquates, à moins que cette situation ne soit attribuable aux méthodes d'enquête utilisées. Sinon comment expliquer les contradictions entre Field (1960) et Warren (1974) sur la même communauté Bono, l'un affirmant que « la plupart des maladies étaient causées spirituellement » et l'autre que « selon mes analyses ethnolinguistiques du système de classification des maladies (basé sur 1266 noms de maladies), la plupart des lexèmes de maladies ne sont pas considérées comme étant d'origine surnaturelle... la majorité des maladies sont classifiées comme *mogya* mu *yadee* (maladies causées

---

<sup>20</sup> Twumassi P. A., Medical système in Ghana: a study in medical sociology, Accra, Rev. 2005, 178 p.

naturellement ou organiques) et la thérapie de ces maladies ne requiert nullement un composé spirituel, lequel est nécessaire à la thérapie des maladies *sunsun mu yadee* (maladies causées spirituellement) » (Bibeau 1978 : 92-93)<sup>21</sup>.

Il se pose donc un autre problème, celui relatif à la linguistique, comme l'a si bien saisi Bibeau, qui, dans son étude de l'organisation *ngbandi* des noms de maladies, en a d'abord élaboré un répertoire avec leurs significations, avant d'aborder l'étude des méthodes diagnostiques en vigueur au sein de la communauté Ngbandi de l'ex Zaïre.

Au-delà de cette contradiction, ce que Bibeau a aussi voulu mettre en exergue est la quasi-ignorance de la composante culturelle, c'est-à-dire l'orientation biologique de la classification de Warren et de bien d'autres auteurs d'ailleurs, qui n'ont pas suffisamment tenu compte de toutes les « dimensions de la maladie ». C'est le cas notamment de Fabrega et Silver qui, tout en reconnaissant que « ce qui rend la classification du savoir médical particulièrement complexe est que le contenu de ce savoir réfère au comportement tout autant qu'à des prémices morales et existentielles culturellement structurées », procède à une analyse qui a aussi pris une allure essentiellement bio médicale.

Le problème de diagnostic a été abondamment abordé par Gilles Bibeau qui pense que le diagnostic doit embrasser à la fois les aspects organiques c'est-à-dire le corps, ainsi que les aspects sociaux et les culturels. La rencontre du biologique et du socioculturel est obligatoire. Ce qui est sûr, c'est que la médecine traditionnelle aussi procède au diagnostic des maladies dans son processus de traitement. Ce processus a l'avantage de prendre en compte toutes les dimensions de la maladie, contrairement à la médecine allopathique qui ne cherche l'origine du mal que dans le physique en ignorant

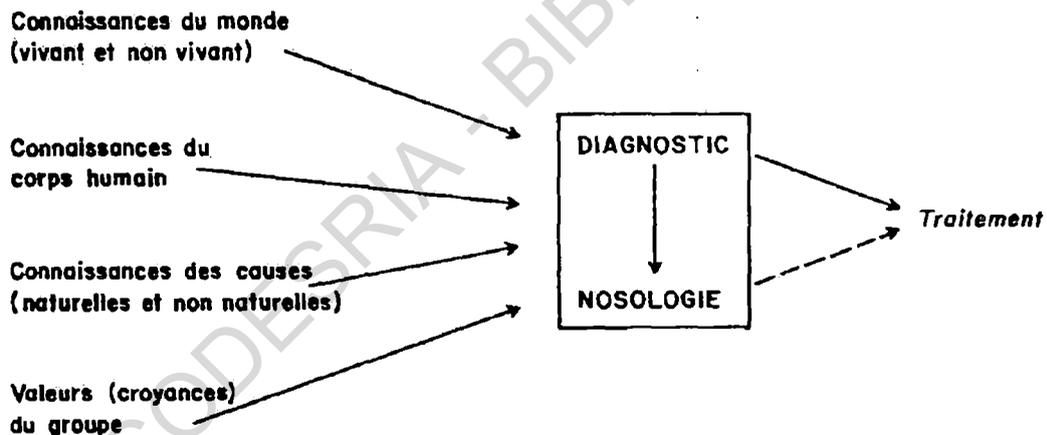
---

<sup>21</sup> Bibeau G., L'organisation Ngbandi des noms de maladies qui in *Anthropologie et société* 1978 volumes 2 n° 3 : 83- 116.

## le côté psychosocial de la maladie et de la guérison.

« Dans les systèmes non formalisés comme le sont les médecines traditionnelles tout le savoir est agi, tout est acté, tout est dit en situation et il n'existe pas une science de concepts qui se maintiendrait par elle-même et qui pourrait être reconstituée en dehors des situations de maladie. La véritable sémantique médicale ne peut donc se construire que sur les actes concrets de diagnostics. Le lieu où les structures médicales fondamentales (conceptions du corps, étiologie, traitements) se concentrent dans leur visibilité maximale, c'est le diagnostic. Il l'est en ce sens qu'il forme le centre de gravité des systèmes médicaux non formels. [...] le diagnostic forme le lieu de l'attache de la maladie au monde» (Bibeau 1978 : 91)<sup>22</sup>.

Pour soutenir son analyse il propose la figure qui suit tirée de son observation de la tradition de traitement des maladies chez les Ngbandi.



**Figure 1 Le diagnostic comme centre du système médical (Source : Bibeau G. Organisation Ngbandi des noms de maladies)**

Le diagnostic dépend du type de maladie en présence. Parfois le diagnostic est d'une telle simplicité que l'on peut en conclure qu'il est inexistant. Mais en réalité le diagnostic peut être sous entendu et muet ; dans ces cas il ne fait l'objet d'aucun rituel particulier. Il ne devient formel et

<sup>22</sup> Bibeau G., (idem)

observable que devant des cas complexes. C'est ce qui aurait suggéré cette observation de Muller qui affirme :

« on a souvent remarqué qu'en Afrique le processus curatif est indissociable, non seulement du diagnostic de la maladie mais aussi de la connaissance de ses causes. C'est vrai pour une grande part mais on aurait tort d'oublier qu'une bonne partie des maladies mineures et des accidents n'exigent pas cette recherche. Mes exemples que nous avons examinés ne posent pas ce genre de problèmes aux Rukuba qui se contentent de soigner une maladie connue ou un accident sans en rechercher la cause puisque de toute façon on sait ce qu'il faut faire et, qu'en cas d'accident, il est un peu tard pour se préoccuper de la cause ultime » (Muller, 19778 :35-36)<sup>23</sup>.

Baser cette affirmation sur ce qu'il nomme « maladie connue », et surtout sur les cas d'accident, devrait être plutôt nuancée car si la soi-disant « maladie connue » n'est qu'une maladie qui rentre dans le type de traitement qui s'effectue dans le cercle familial, cela va de soi. Mais en ce qui concerne les accidents, contrairement à la thèse de Muller, on ne se contente pas seulement de soigner. Au-delà des soins prodigués, qui sont facilement observables, en Afrique, on considère que l'accident n'est généralement pas un évènement fortuit, mais provoqué par une force surnaturelle et la cause en est justement recherchée chez le devin afin de conjurer le sort pour que les courroux desdites forces soient calmés. Selon l'entendement que si rien n'est fait, c'est-à-dire que si on n'identifie pas l'ancêtre ou la force supranaturelle qui, par cet accident envoie un message d'avertissement, ce qui pourrait arriver dans le futur pourrait être plus grave. La consultation du devin ne se fait pas sur le champ certes, mais elle n'est pas forcément exclue.

Malgré la difficile appréciation du degré de rationalité derrière les procédés de diagnostic en thérapie traditionnelle, à cause parfois du caractère mystique qui leur est propre, il n'en demeure pas moins vrai qu'ils conduisent

---

<sup>23</sup> Muller J-C., Maladies, traitements et docteurs chez les Rukuba – Etat du Plateau, Nigeria in *Anthropologie et société* 1978 volumes 2 n° 3 : 29- 52.

à des résultats parfois étonnants. Comme le cas de ce jeune homme décrit par Debrumer et cité par Twumassi (2005 : 36), souffrant d'impuissance sexuelle. Le diagnostic révèle que sa propre sœur, avec laquelle il avait eu une altercation par le passé, en est responsable. Interpellée par le tradithérapeute, elle reconnaît les faits et, pressée de retourner les testicules qu'elle avait déclarés avoir enterrés en un lieu, elle s'exécuta et permit ainsi à son frère de retrouver tous ses attributs masculins. Un an après cet incident, la femme de ce dernier lui donna un enfant, prouvant que son problème est définitivement résolu. Comment un tel cas aurait-il pu être traité en médecine occidentale dite « moderne » ?

Ces procédés de diagnostics ont aussi été relevés durant notre recherche comme nous le verrons plus bas.

### **1.2.3 Représentation de la santé et de la maladie**

« Il est beaucoup plus important de savoir quel sorte de patient a une maladie, que de savoir de quel type de maladie souffre un patient ». William Osler, cité par Carrillo et al.<sup>24</sup>

La place de la culture comme facteur déterminant en matière de santé est de plus en plus reconnue par des spécialistes et des agents de développement à travers le monde, même si un long chemin reste à parcourir pour que sa prise en compte soit systématique et effective dans les programmes élaborés à cet effet. C'est ainsi que des chercheurs se sont focalisés, entre autres, sur la compréhension et l'interprétation de la maladie au sein des communautés pour adapter les interventions de santé publique en leur faveur.

---

<sup>24</sup> Carrillo J. E., Green A. R., Betancourt J. R., in *Cross-Cultural Primary Care: A Patient-Based Approach*, publié dans *Academia And Clinic* American College of Physicians–American Society of Internal Medicine (1999). Traduction de l'original : ("It is much more important to know what sort of a patient has a disease, than what sort of disease a patient has")

Cette évolution a entraîné, au plan mondial, une révision du concept même de santé, comme le met en évidence Denise Jodelet<sup>25</sup>, notamment par rapport à son « appel à la prise en compte de la culture dans le champ de la santé ». Ceci « s'est formellement exprimé lorsque l'OMS, au cours de son congrès d'Ottawa, en 1986, a défini une nouvelle orientation au système de santé : la promotion de la santé, qui ajoutait à l'offre des services cliniques et curatifs, la prise en compte et le respect des besoins culturels ».

La dimension culturelle de la santé est devenue incontournable, or le médecin ne prend pas cette dimension en compte dans sa façon de prodiguer les soins. Cette préoccupation est justement exprimée par JJ. Carrillo et al (op. cit.). L'ignorance ou la mauvaise interprétation des différences culturelles peut donc durablement affecter les relations entre médecin et patient.

La représentation que se fait le malade du mal dont il souffre est aussi déterminante dans son recours au soin. Cette représentation n'est pas seulement individuelle ; elle est inspirée et influencée par la société, c'est pourquoi elle varie en fonction du contexte socioculturel. Pour Jodelet<sup>26</sup>, (2000) il existe un lien de nature à la fois historique et logique entre le champ de la santé et les représentations sociales. Le lien est historique parce que le discours sur la maladie varie selon l'histoire, et il est logique parce qu'il est sous l'effet des logiques sociales.

Il a été particulièrement intéressant de noter que dans son article portant sur les cas analysés au Québec, Tremblay (op. cit.) nous conduit dans l'univers des guérisseurs et de la médecine populaire qui se pratique dans ce pays, même s'il ne mentionne pas la nature des représentations sociales de la

---

<sup>25</sup> JODELET, D. "Culture et pratiques de santé." (2006) in *Nouvelle Revue de Psychologie*, no 1, 2006, pp. 219-239.

<sup>26</sup> JODELET, D. ; OHANA, J. 2000. « Représentations sociales de l'allaitement maternel : une pratique de santé entre nature et culture », dans G. Petrillo *Santé et société. La santé et la maladie comme phénomènes sociaux*, Lausanne, Delachaux et Niestlé, pp. 137-166.

maladie et de la santé recensées dans sa revue documentaire. Ceci serait dû au fait que la plupart des travaux, objet de ces ouvrages, n'étaient pas encore achevés d'une part, et que, d'autre part, la discipline était à ses premiers balbutiements. Comme l'affirme l'auteur,

« il nous faudra attendre que les résultats de ces recherches et de ces interventions soient publiés et qu'ils aient été appréciés par des pairs. Nous espérons que les chercheurs et les intervenants, étant les premiers intéressés, sauront développer des instruments d'évaluation et pourront eux-mêmes, dans un premier temps, jauger à la fois la pertinence et le rendement de leurs contributions respectives et que le champ de la prévention ne conservera pas le statut peu enviable que lui confère un sociologue médical (LAFORÉST, 1976). ».

Dans une tentative de synthèse de la notion de représentation sociale, Denise Jodelet<sup>27</sup> propose de considérer la représentation comme une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social.

Nous empruntons ici la citation proposée par Sylvie Carbonnelle au début de son article *Jalons pour une analyse critique des «représentations de la maladie»*<sup>28</sup> pour illustrer le rôle des représentations sociales dans l'interprétation de la santé et de la maladie.

«La réalité n'est pas ce qu'elle est mais ce qu'elles (les représentations) en font et c'est avec une superbe désinvolture qu'elles se posent pour ce qu'elles paraissent. Ce qui signifie qu'elles n'ont pas besoin de preuves pour être, qu'éventuellement elles tirent les preuves d'elles-mêmes et que, sans se préoccuper d'être elles-mêmes prouvées, elles s'offrent à prouver les choses en dehors d'elles.» Pierre Mannoni, *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 2003 (1ère éd. 1998), p. 7.

---

<sup>27</sup> Denise Jodelet, *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1994, pp. 36-57.

<sup>28</sup> Sylvie Carbonnelle, *Représentations de la santé et de la maladie* in *Bruxelles santé*, N°° spécial 2006

#### 1.2.4 Représentations du SIDA

La réalité n'étant pas ce qu'elle est mais la façon dont elle est perçue, les acteurs de la santé publique sont constamment appelés à tenir compte de cette réalité sociologique dans toutes leurs interventions. Dans un domaine comme celui de la pandémie du SIDA où les actions les plus efficaces sont les stratégies de prévention, il est indispensable de recueillir des informations sur la représentation qu'en ont les populations.

Les contradictions, les doutes et les peurs qui ont suivi l'annonce de la découverte du SIDA ont tout d'abord créé un bouleversement au sein des dirigeants et des populations. Les détenteurs de pouvoir (politique et scientifique), comme à l'accoutumé, se sont arrogés le droit de parole et de donneur de leçons sur les conduites à tenir face au danger menaçant qui pointe à l'horizon et devant lequel l'humanité est sans arme. Comme pour tout phénomène de société, des représentations et des stéréotypes apparaissent.

« La pandémie du SIDA a agi, au cours de la dernière décennie, à la manière d'un révélateur, forçant les uns et les autres, tant dans les pays occidentaux qu'ailleurs dans le monde, à découvrir publiquement ce que l'on avait tendance à occulter et à s'interroger sur un grand nombre de sujets, allant de la manière dont la science se construit à l'origine de nos préjugés et peurs, en passant par le questionnement de notre éthique sexuelle » (Bibeau, Ruth, 1991)<sup>29</sup>.

Ces deux auteurs affirmaient déjà en 1991 que le SIDA pourrait conduire à un effritement des liens de solidarités sociales entre les humains. La stigmatisation que connaissent les malades du SIDA et les PVVIH, et certaines formes de discriminations, même au niveau de certains pays – à l'instar des Etats-Unis qui refusent le visa aux séropositifs sélectionnés par

---

<sup>29</sup> Bibeau, G., Ruth M., *Déconstruire l'Univers du SIDA* in *Anthropologie et société*, vol. 15, 2-3, 1991 : 5-11

leur système de Loto Visa - en constituent aujourd'hui une preuve. Certaines pratiques sociales sont mises à rude épreuve avec l'apparition du SIDA. Comme on devrait s'y attendre, des représentations de cette nouvelle pandémie ont aussi vu le jour.

Depuis les premières heures de la pandémie, de part et d'autre du continent africain, les tradithérapeutes se sont regroupés en associations pour défendre leurs intérêts et ceux des malades qu'ils traitaient. Face à l'implication des tradithérapeutes dans la prise en charge des malades du SIDA à travers les traitements des maladies opportunistes dont souffrent ces derniers, certains acteurs de la santé publique et des spécialistes des sciences sociales se sont sentis interpellés et des études ont été menées en vue de mieux appréhender les interprétations et représentations de la maladie auprès des populations.

Dans l'ex-Zaïre (République Démocratique du Congo) par exemple, suite aux enquêtes menées dans le cadre d'un projet dénommé CONNAISSIDA<sup>30</sup> entre 1985 et 1990, des chercheurs ont relevé les représentations sociales du SIDA dans ce pays africain relativement urbanisé. Selon les résultats de ces études, le SIDA y était considéré comme « une maladie inventée pour décourager les amoureux » (Schoepf B.G, 1991)<sup>31</sup>. Cette représentation suggère que les gens doutent de l'existence de la maladie et ne se sentent pas concernés par elle, réduisant ainsi leur évaluation du risque auquel ils sont exposés.

« L'analyse [des résultats] fait ressortir les contraintes cognitives, culturelles, socio-économiques et émotionnelles qui entravent les changements. ... Parfois ils [blocages cognitifs] sont basés sur des conceptions locales des fluides corporels, dont ... : le SIDA se transmettrait par les urines, bien que cette notion étiologique ne figure pas dans les réponses aux questions

<sup>30</sup> Signification non disponible

<sup>31</sup> Schoepf B.G., *Représentation du SIDA et pratiques populaires à Kinshasa* in *Anthropologie et société*, vol. 15, 2-3, 1991 : 149-166

directes» (Schoepf B.G, 1991 : 153).

Dans cette société on estime aussi que l'on pourrait attraper la blennorragie en marchant à l'endroit où a uriné une personne infectée (cette pratique est semblable à celle, dans certaines localités au Togo où on peut se débarrasser de sa maladie en jetant dans un carrefour une pièce de monnaie préalablement frottée sur le corps de la personne malade). Les IST y sont mêmes regardées comme une preuve de virilité, d'après Schoepf. Pour une autre catégorie de personnes, le SIDA est une punition divine. Pour ceux-là les innocents ne devraient rien craindre. Il était donc nécessaire de connaître ces représentations pour élaborer une stratégie de communication efficace destinée à ces groupes cibles.

Ces représentations ont aussi cours en Afrique de l'Ouest en général et au Togo en particulier. En effet, pour se débarrasser de certaines pathologies, il arrive souvent au guérisseur de prescrire au malade de faire un sacrifice aux forces occultes soit en leurs faisant une offrande sous forme de met spécifique que l'on dépose au carrefour de chemins, soit en se frottant la partie où le mal est localisé d'une pièce de monnaie que l'on jette ensuite.

### **1.2.5 Systèmes de soins et inégalité d'accès**

L'accès équitable aux soins est une notion philosophique que l'on retrouve généralement dans les documents politiques prônant l'accès aux services sociaux. Cette préoccupation fait partie intégrante des textes fondamentaux de la plupart des pays, en écho à la déclaration universelle des droits de l'homme. Mais comme il ne suffit pas que la préoccupation soit reconnue par les textes législatifs pour être effectivement appliquée, des spécialistes se sont penchés sur le sujet.

L'OMS a édité des guides d'orientation pour aider à la confection et à la mise en œuvre de politiques et programmes de développement sanitaire en

faveur de toutes les couches de la population, et plus spécifiquement les pauvres. Avec l'Initiative de Bamako (IB) adoptée en 1987, qui est une réponse au concept de soins de santé primaires dont les stratégies ont vu le jour en 1978 au cours de la conférence d'Alma Ata, une nouvelle initiative a été mise en chantier et a servi de cadre organisationnel de référence aux gouvernements africains en vue de la promotion de la santé des populations.

Cette initiative a fait l'objet d'attention de la part des chercheurs en sciences sociales. Ridde Valéry (2005) a passé en revue les études antérieures sur cette initiative qui, somme toute, a connu des moments difficiles dus aux intérêts divergents des différentes forces en présence dans sa mise en œuvre. Des contradictions originelles ont jalonné le parcours de l'IB dans son opérationnalisation. Elle a été diversement appliquée, les Etats ne voyant en elle que l'opportunité de transférer leur responsabilité financière aux populations, délaissant les principes fondamentaux garantissant l'accès tant souhaité des pauvres aux services de santé. Paradoxalement, la mise en œuvre de l'IB a plutôt agrandi le fossé en ce qui concerne l'accès de ces derniers aux soins de santé primaires si l'on en croit la conclusion de Valéry dont voici un extrait :

« Alors que l'évolution de la société tend à mettre de côté certains sous-groupes, à prôner une justice sociale plus proche de l'égalité que de l'équité et à réduire les comportements de solidarité, cette dérive d'un système de santé qui accorde une priorité à l'accessibilité géographique du plus grand nombre en vertu des croyances véhiculées par la Nouvelle gestion publique (suprématie de la performance) n'a fait qu'agrandir le gouffre dans lequel se trouvent les indigents et les jeter dans une « *medical poverty trap*<sup>32</sup> » (Whitehead, Dahlgren et al. 2001)<sup>33</sup>.

Ce qui semble manquer au succès des programmes de santé en

---

<sup>32</sup> « *medical poverty trap* » que nous traduisons par « Piège de pauvreté médicale »

<sup>33</sup> Ridde Valéry, Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'ouest le cas de l'initiative de Bamako au Burkina Faso, 2005, Thèse.

Afrique, c'est justement le problème de maîtrise par les autorités nationales, des orientations et des actions à mener.

Si les initiatives des organisations internationales permettent de baliser les cadres d'interventions, les autorités nationales n'ont pas assuré la relève en s'appropriant la suite du processus, seule façon d'en garantir la pérennité et l'efficacité. Ceci constitue aussi un indicateur d'échec des programmes appuyés par ces institutions internationales.

Par ailleurs, il n'est pas rare de constater que certains programmes de développement sanitaires ne fassent pas l'objet d'évaluation, sans que cela ne préoccupe les autorités sanitaires des pays récipiendaires. Au Togo par exemple, un programme de développement sanitaire a été élaboré pour couvrir la période 2002-2006. Bien que ce document ait prévu deux évaluations dont une après deux ans et la deuxième à la 5<sup>ème</sup> année, aucune évaluation de ce plan n'a été réalisée et c'est seulement au deuxième semestre de 2007 que le processus d'un nouveau plan de développement sanitaire est enclenché pour la période 2008-2012. L'évaluation n'a finalement lieu qu'à cette occasion, entraînant plus de deux années de retard dans le lancement d'un nouveau programme si l'on prend en compte les lourdeurs administratives propres à ce genre de processus de programmation.

Le problème d'accès non équitable aux services de santé, n'est pas propre aux seuls pays africains, voire non industrialisés. Aux Etats-Unis par exemple, la situation est caractérisée par la disparité d'accès au système de soins entre les races, les noirs étant les moins bien servis, suivis des hispaniques. Ceci suggère que lorsqu'il n'y a pas un système de sécurité sociale efficace en place, l'accès aux soins n'est pas forcément garanti.

Dans une étude conduite en 2003<sup>34</sup>, ce phénomène a fait l'objet d'un examen

---

<sup>34</sup> Brian D. Smedley, Adrienne Y. Stith, and Alan R. Nelson, Editors, Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care Unequal Treatment:

minutieux par les membres d'un comité mis en place à cet effet qui, au terme de ses travaux, a abouti à la conclusion que non seulement les disparités basées sur l'ethnicité sont récurrentes, mais aussi qu'elles sont subies par les gens en fonctions de leurs conditions socio-économiques. En plus, elles demeurent persistantes pour ceux qui ont réussi à changer leur statut socio-économique dans le temps. Selon un extrait de cet examen du comité,

« Les afro-américains infectés par le virus du SIDA sont moins susceptibles de recevoir une thérapie antirétrovirale que les populations non minoritaires (Moore et al, 1994)... Ces inégalités demeurent valides aussi bien au niveau de l'âge, du genre qu'à celui du niveau d'éducation, de la numération des CD4 et de l'assurance maladie (Shapiro et al. 1999) ».

Fort de ces constats, le comité a formulé des recommandations en vue de résoudre les problèmes identifiés, dont celle de renforcer la collecte de données sur le phénomène afin d'en porter les résultats à l'attention du politique.

### **1.2.6 Impact socio-économique de la médecine traditionnelle ou alternative sur la santé en Afrique**

Des recherches ont montré que la médecine traditionnelle, parallèle ou alternative a un impact considérable sur l'économie d'un pays. Quand bien même en Afrique les données statistiques sont rares, voire inexistantes, pour évaluer la contribution du secteur à l'économie nationale, il n'en demeure pas moins vrai qu'une telle contribution est non négligeable.

Aux Etats-Unis par exemple, suite à une étude randomisée auprès de plus de 2000 répondants, on estime à peu près à plus de 27 milliards de dollars américains les dépenses directes de la population pour les thérapies

alternatives en 1997<sup>35</sup>. La même étude estime à 42% les personnes qui ont au moins une fois utilisé une des 16 thérapies alternatives listées dans le cadre de ladite étude.

La Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement estime de son côté à environ soixante milliards de dollars américains le marché du médicament traditionnel.

Si l'on considère qu'en Afrique c'est plus de 80% de la population qui utilise les thérapies traditionnelles, il est aisé de reconnaître que ce secteur social joue un rôle important dans les économies nationales africaines. C'est à juste titre que l'Union Africaine<sup>36</sup> recommande aux états membres de créer « un environnement politique, économique ... favorable au développement de la production locale, de la culture et de la préservation des plantes médicinales et aromatiques ».

Partant du postulat selon lequel ni les gouvernements, ni les particuliers n'ont assez de ressources pour s'attaquer aux maladies prioritaires, Kirigia<sup>37</sup> propose logiquement, comme voie de salut, d'opérer des choix en matière d'affectation des ressources. Ainsi face aux besoins de santé, l'individu fait face à plusieurs choix à opérer : traitement par la médecine allopathique ou par la médecine traditionnelle.

D'un point de vue économique, il est important de retenir que l'individu choisira l'alternative qui lui permettra de maximiser le gain, c'est à dire l'utilité qu'il tirera du traitement. Ce choix dépend d'une part, de plusieurs caractéristiques socio-économiques de l'individu tels que l'âge, la situation familiale, la religion, l'éducation sanitaire, l'éducation séculière, le revenu, l'attitude par rapport au risque, l'état de santé et d'autre part, d'attributs du bien ou service envisagé à savoir les prix du service concerné et des autres

---

<sup>35</sup> Going public, Peer Reviewed, *American Journal of Public Health* :, vol. 92, N° 11 Nov. 2002: 1735

<sup>36</sup> Union Africaine, Plan d'action de la décennie de la médecine traditionnelle (2000-2010)

<sup>37</sup> Kirigia J., Pharmaco-économie de la médecine traditionnelle

biens ou services, les frais de déplacement, le délai d'attente, l'efficacité attendu du bien ou du service.

### **1.2.7 Analyse critique de la littérature par rapport au thème d'étude**

Comme démontré plus haut, la littérature est assez riche sur les problèmes de représentation de la santé et de la maladie. Il est en de même sur les préoccupations relatives à l'accès aux soins tant en Afrique, en Amérique, en Asie que dans le reste du monde. Les aspects aussi bien socioculturels qu'économiques ont été abordés par les différents auteurs.

Toutefois, les représentations de la maladie sont abordées de façon théorique sans s'appesantir sur des cas concrets et le vécu des populations, y compris les tradipraticiens eux-mêmes, dans un contexte sociologique marqué par une compétition entre les procédés traditionnels de guérison et la médecine dite moderne. Les représentations de la médecine traditionnelle par les usagers n'ont pas été abordées. Or elle est susceptible de déterminer l'itinéraire thérapeutique des populations.

Pour le cas particulier du Togo, marqué par une quasi indifférence des autorités, voire une hostilité vis-à-vis des praticiens de la médecine traditionnelle dans leurs efforts de promotion et d'amélioration de la profession, la littérature est peu fournie dans les domaines précités.

La façon dont les populations accèdent aux soins offerts par les tradithérapeutes n'est pas suffisamment couverte par ces études. Or cette réalité, mal maîtrisée par les autorités sanitaires, constituent une source de conflit entre ces dernières et les praticiens de la médecine traditionnelle, surtout vis-à-vis de ceux d'entre eux qui déclarent « guérir » les malades du SIDA, ce qui est l'une des raisons du conflit précité, sans que l'on ait cherché à comprendre l'interprétation du concept de guérison chez le togolais moyen.

L'impact de la médecine traditionnelle a été analysé sous l'angle de l'efficacité des médicaments à base de plantes offerts par les thérapeutes traditionnels aux malades traités. Mais ces études ont été simplement menées sous l'angle de la biomédecine, mettant l'accent sur les principes actifs et leurs effets sur les agents pathogènes ainsi que sur leurs toxicités, sans s'appesantir sur le rôle social et psychologique du tradipraticien de santé sur la personne traitée.

L'efficacité des médicaments a été certes analysée, mais seulement sous l'angle biologique. Le vécu et les croyances des malades ne sont pas abordés. L'histoire de vie des malades et leurs itinéraires thérapeutiques n'ont pas été étudiés. Le rôle joué par l'entourage immédiat n'a pas non plus été pris en compte dans ces études, encore moins les relations entre le patient et son soignant.

Si la question de la collaboration entre médecine occidentale dite « moderne » et celle dite « traditionnelle », qui est d'actualité, a été abordée dans la littérature disponible, elle y est plutôt présentée comme des directives de l'Union Africaine et de l'Organisation Mondiale de la Santé, d'une part, et d'autre part, sous forme de lois incitatives dans cette direction. Des cas de mise en pratique de ces cadres réglementaires n'est pas encore disponibles, surtout de la part des autorités sanitaires nationales togolaises. Et il est nécessaire de faire l'état des lieux par rapport à cette problématique et d'envisager comment opérer les changements qui favorisent cette collaboration en prenant en compte les perceptions et les préoccupations des populations.

C'est donc pour apporter des réponses à ces aspects que nous avons engagé cette étude.

### **1.3 OBJECTIFS DE L'ETUDE**

Dans la présente étude, nous distinguons deux types d'objectifs à savoir l'objectif général et les objectifs spécifiques. L'objectif général est celui qui sera atteint à titre contributif, tandis que les objectifs spécifiques sont ceux dont la réalisation permet d'atteindre l'objectif général.

#### **1.3.1 Objectif général**

La présente recherche vise à mettre en évidence la situation de la médecine traditionnelle dans le système de santé au Togo et sa contribution à l'accès aux soins des populations en général et des malades du SIDA en particulier.

#### **1.3.2 Objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques assignés à l'étude sont :

- décrire la représentation de la médecine traditionnelle et du statut du tradipraticien au sein de la population togolaise ;
- analyser les stratégies de fidélisation des thérapeutes traditionnels ;
- mesurer les impacts sanitaire, psychosocial et économiques des procédés thérapeutiques traditionnels sur les malades du SIDA au Togo ;
- comparer l'efficacité « perçue » des procédés thérapeutiques des guérisseurs à celle de la médecine occidentale (dite moderne ou allopathique), face à certaines pathologies associée au VIH/SIDA ;
- proposer un modèle d'intégration de la médecine traditionnelle au système de santé togolais, en vue de parvenir à terme à une meilleure collaboration les deux traditions de soins, y compris dans le traitement des malades du SIDA.

## **1.4 THESE, HYPOTHESES ET APPROCHES CONCEPTUELLES**

La médecine traditionnelle joue un rôle de premier plan dans l'itinéraire thérapeutique des Togolais en général, et des malades du SIDA en particulier. La non intégration de la médecine traditionnelle dans le système sanitaire national risque de porter atteinte à tout programme visant l'amélioration de l'accès au traitement car la médecine occidentale dite « moderne » ne peut à elle seule permettre cet accès universel aux soins à une majorité de la population.

### **1.4.1 Thèse**

Les préoccupations relatives à l'accès des malades du SIDA au traitement a pris une proportion de plus en plus importante au cours de ces dernières années. Tout en déclarant s'inscrire dans cette voie, les autorités en charge de la santé publique au Togo ne focalisent leur attention que sur la médecine occidentale dite moderne, laissant au second plan la médecine traditionnelle qui continue d'attirer une grande proportion de la population, y compris les malades du SIDA. Or au Togo comme ailleurs, pour faire face efficacement aux besoins sanitaires des populations, y compris les malades du SIDA, qui font massivement recours à la médecine traditionnelle, l'intégration de la « médecine traditionnelle » dans le système de soins est réalisable si un cadre institutionnel adéquat est mis en place et doté de moyens nécessaires à son fonctionnement.

De cette thèse nous formulons les hypothèses qui suivent.

### **1.4.2 Hypothèses**

Deux hypothèses principales se dégagent de cette thèse.

Premièrement, le recours des populations et des malades du SIDA à la médecine traditionnelle s'explique, d'une part, par les algorithmes de cette

tradition de soins, caractérisée essentiellement par son accessibilité à la fois culturelle, psychologique, écologique et financière, et d'autre part, par l'efficacité thérapeutique que ces populations lui attribuent, conformément à leurs conceptions étiologiques et nosologiques des maladies en jeu.

Deuxièmement, l'inadéquation des structures en place face à l'enjeu de la promotion de la médecine traditionnelle est la cause majeure de la situation de laissé pour compte de cette tradition de soins, et qui engendre des conflits entre tradipraticiens et praticiens de la médecine dite « moderne ».

## **1.5 LES VARIABLES EN JEU**

Deux types de variables sont en jeu dans cette étude. Les variables dépendantes et les variables indépendantes.

### **1.5.1 Les variables dépendantes**

Les variables dépendantes sont celles à expliquer et qui portent sur le thème de l'étude. Elles sont le résultat final, l'aboutissement de la variable indépendante. Dans le cadre de cette recherche, nous avons retenu quatre variables dépendantes qui sont :

- le recours à la médecine traditionnelle ;
- la représentation de la maladie et de la guérison ;
- la représentation du SIDA ;
- le statut du tradithérapeute.

Le recours à la médecine traditionnelle : la première variable dépendante de l'étude est le recours à la médecine traditionnelle. Comme évoqué plus haut, nonobstant la médecine occidentale dite « moderne » qui n'a cessé de s'étendre depuis la colonisation jusqu'à nos jours, les togolais, y compris les malades du SIDA, continuent de recourir à la médecine

traditionnelle pour se soigner.

La représentation de la maladie et de la guérison : la représentation de la maladie est une donnée sociologique importante dans l'analyse de l'itinéraire thérapeutique d'un malade en Afrique et au Togo en particulier, d'autant plus que la population classe certaines pathologies comme traitables à l'hôpital et d'autres comme hors de portée de la médecine occidentale dite « moderne».

La représentation du SIDA : la représentation du SIDA, à l'instar de la représentation de la maladie et de la guérison, est importante dans l'itinéraire thérapeutique du togolais. Cette variable sera analysée dans son contexte en tenant compte des différentes façons de l'apprécier, tant par la population que par les tradithérapeutes.

Le statut du tradithérapeute : la perception du rôle et du statut du guérisseur traditionnel est aussi un facteur déterminant dans l'itinéraire du malade. Ce statut met en confiance les malades, ce qui explique le recours massif de ces derniers aux soins prodigués par les praticiens de la médecine traditionnelle, malgré les velléités de certaines autorités de vouloir leur interdire d'intervenir sur certains cas, notamment ceux liés au SIDA.

### **1.5.2 Les variables indépendantes.**

Il s'agit des variables dont les variations influent significativement sur la variable dépendante de l'étude.

Le sexe: Le sexe est un déterminant important dans l'itinéraire thérapeutique dans les milieux africains en général et au Togo en particulier. Dans la majorité des cas, les femmes sont financièrement dépendantes de leurs conjoints. Par conséquent, le sexe pourrait avoir un effet sur l'itinéraire thérapeutique d'un malade.

L'âge : Comme pour le sexe, l'âge est aussi une variable indépendante pouvant affecter le recours à la santé. Les jeunes ont une exposition différente aux services de santé que les adultes, surtout lorsque les problèmes sont en rapport avec les pathologies liées au sexe, qui sont considérées comme des maladies honteuses, comme c'est le cas pour le SIDA qui non seulement est une maladie sexuellement transmissible mais en plus entraîne une stigmatisation des victimes. Les autres voies de transmission telles que la transfusion sanguine et les objets souillés, qui ne rentrent pas dans le champ de cette étude, ne seront pas pris en compte.

L'ethnie: dans les sociétés africaines au sud du Sahara, la sensibilité ethnique continue de jouer un rôle majeur dans les relations. L'ethnie est un facteur de socialisation car c'est à travers elle que tous les savoirs ancestraux sont transmis de génération en génération. Dans la plupart des pays de cette zone géographique, les comportements sont calqués sur l'origine ethnique et les catégorisations y font référence à tous les niveaux de l'analyse des relations sociales et notamment politiques. Les représentations de la maladie ont un lien étroit avec l'ethnie d'origine.

La religion (et les croyances) : La religion et les croyances constituent aussi des déterminants importants dans l'itinéraire thérapeutique du malade au Togo. Malgré les campagnes de sensibilisation en vue de changement des comportements des populations vis-à-vis des questions d'hygiène et de santé, les logiques locales influencées par les croyances de toutes sortes, persistent et influent sur la réaction devant un problème de santé personnelle ou touchant un membre de la famille.

La profession : La profession a un potentiel d'influer sur le recours aux soins. Pour les fonctionnaires, qui ont une couverture d'assurance sanitaire par exemple, l'itinéraire thérapeutique peut différer de celui d'un artisan ou du citoyen moyen qui ne bénéficie pas de cette couverture. Nous avons donc

examiné dans quelle mesure la profession a une influence sur l'itinéraire thérapeutique d'un malade au Togo. La profession des parents aussi a été analysée au cours de l'étude, surtout en vue de dégager l'influence probable qu'elle a sur le comportement du malade.

Le niveau d'étude : Il est attendu que le niveau d'étude influe sur les perceptions et représentations des individus d'une société. A ce titre, nous avons examiné le rôle joué par cette variable dans l'orientation thérapeutique des malades et des personnes bien portantes interrogées.

La situation matrimoniale : tout comme le sexe, la situation matrimoniale détermine l'orientation des malades vers les types de soins, surtout chez les femmes en union, et dans une certaine mesure, chez les hommes mariés.

Le niveau de revenu : le niveau de revenu monétaire est un facteur de classification entre les pauvres et les riches au sein d'une population. En ce qui concerne la présente étude, l'influence de cette variable a été analysée, surtout que la médecine traditionnelle est souvent considérée comme celle des pauvres.

## **1.6 CADRE CONCEPTUEL DE REFERENCE**

Pour permettre au lecteur de bien comprendre notre démarche, il est nécessaire de situer le cadre de référence de notre étude, c'est-à-dire « le champ théorique ou épistémologique dans lequel le problème est placé, prend sens : envergure, allure ou orientation » (N'da, 2006, p.62)<sup>38</sup>.

La présente étude relève du domaine de la santé en général et de la santé publique en particulier. Toute personne infectée par le VIH, même non malade, fait inévitablement face à un problème de santé. De plus, le SIDA

---

<sup>38</sup> Paul N'Da, Méthodologie de la recherche de la problématique à la discussion des résultats – comment rédiger un mémoire, une thèse d'un bout à l'autre

n'est pas une simple épidémie localisée dans une seule zone mais une pandémie reconnue et vécue à l'échelle mondiale. Même s'il est généralement admis que le SIDA n'est plus un simple problème de santé compte tenu des conséquences dramatiques qu'il exerce sur les différents secteurs socio-économiques, il n'en demeure pas moins vrai qu'il s'agit avant tout d'un problème de santé. D'ailleurs, quelle épidémie n'a pas de conséquences néfastes sur les autres secteurs des rapports sociaux ?

Sur le plan disciplinaire, elle peut être classée dans le champ de la sociologie de la santé dans ses rapports avec l'anthropologie de la santé. En effet, les interactions entre le tradipraticien et son client engendrent des rapports sociaux qui se situent dans les domaines aussi bien de la sociologie que de l'anthropologie de la santé. L'anthropologie est la discipline la plus proche de la sociologie parmi les autres sciences sociales à cause de son intérêt pour la dimension culturelle des interactions entre les membres des communautés dans l'explication des phénomènes sociaux.

Pour Jacques Hamel, dans son Précis d'épistémologie de la sociologie (1997 ; p.79), « La sociologie a ... pour objet les rapports qui rendent possible l'action des êtres humains sur la nature et sur eux-mêmes pour assurer leur survie biologique et la vie en commun ». <sup>39</sup> Cette vision de l'objet de la sociologie se situe dans les mêmes courants de pensée que celle d'Alain Touraine et de Bourdieu dans leur entendement de l'action sociale. Comme le précise Jacques Hamel (op. cit.),

« L'action sociale, aux dires de Pierre Bourdieu, est essentiellement constituée de relations sociales ou, selon la nuance apportée par Alain Touraine, de rapports sociaux dès lors qu'il s'agit d'envisager ces dernières sur le plan de la théorie sociologique. Sans en établir la genèse historique, l'expression "rapports sociaux " ».

---

<sup>39</sup> Jacques Hamel, Précis d'épistémologie de la sociologie (1997, p.79)

L'anthropologie de la santé est la sous-discipline de l'anthropologie qui étudie la santé, la maladie et les systèmes de soins dont les populations se servent en cas de dysfonctionnement de leur équilibre biologique, physique et psychologique. Pour Raymond Massé (1995 :15),

« L'anthropologie de la santé est la sous-discipline de l'anthropologie consacrée à l'analyse des façons dont les gens, dans diverses cultures et dans divers sous-groupes sociaux à l'intérieur de chaque culture, reconnaissent et définissent leurs problèmes de santé, traitent leurs malades et protègent leur santé ».

Cette définition a l'avantage de rendre explicite l'implication de la dimension culturelle chère à l'anthropologie en général.

Si, d'un point de vue épistémologique, l'anthropologie de la santé ne fait plus aucun doute aujourd'hui, il n'en a pas toujours été ainsi. Cette sous-discipline de l'anthropologie n'a connu son essor qu'au début des années 1980. Comme le dit si bien Tremblay :

« L'anthropologie de la santé est une discipline scientifique, nul ne saurait le contester. Le modèle d'explication de la santé qu'elle propose (basé principalement sur les notions d'adaptation, d'équilibre et de croissance) découle d'études empiriques transculturelles. Toutefois, en tant que représentation scientifique, elle ne peut être dissociée des contextes socio-historiques de sa naissance et de son évolution ni des univers idéologiques de ses premiers promoteurs. »<sup>40</sup>

L'anthropologie de la santé a pour vocation de porter son intérêt « à la fois sur le biologique, le psychologique et le culturel dans des voies comparatives [et] peut apporter une contribution d'importance dans le rajeunissement des perspectives conceptuelles sur la santé et la maladie et

---

<sup>40</sup>

Tremblay M.-A., "L'anthropologie de la santé en tant que représentation." (1982)

dans la conception de pratiques professionnelles. »<sup>41</sup>

Poursuivant sa réflexion sur l'anthropologie de la santé, Raymond Massé affirme qu'elle vise l'étude « des conceptions populaires et professionnelles des causes des problèmes de santé, la nature des traitements de la maladie, les thérapeutiques qui appliquent des traitements, les processus par lesquels les individus recherchent de l'aide et les institutions qui régissent l'espace socioculturel de la santé » (1995 :15). Massé voit dans l'anthropologie de la santé « la science de la spécificité et du relativisme culturels, mais aussi l'étude de l'unicité de l'homme dans sa diversité biologique et culturelle ».

Quant à la sociologie de la santé, elle constitue une sous-discipline de la sociologie, poursuivant les mêmes objectifs tout en utilisant des techniques et outils qui lui sont propres. On parle aussi, surtout dans les milieux anglo-saxons, de sociologie de la santé et de la maladie (*sociology of health and illness*). Parfois sociologie de la santé et sociologie médicale sont confondues, mais en réalité, une démarcation existe entre les deux notions ; le premier terme, contrairement au second, étant plus associé à la sociologie qu'à la médecine. Dans les milieux anglo-saxons certains auteurs vont jusqu'à mettre une balise entre ce qu'ils nomment « *sociologie in medicine et sociologie of medicine* ; N. Abercrombie, S. Hill et B. S. Turner, dans leur dictionnaire de sociologie, citent le cas de J. Roth (1962).<sup>42</sup>

En bref, l'anthropologie de la santé compare les systèmes de santé, accordant une attention particulière à la dimension culturelle desdits systèmes tandis que la sociologie de la santé, soucieuse de la scientificité de sa démarche, adopte une posture beaucoup plus quantitative dans

---

<sup>41</sup> Tremblay M-A., (op. cit.).

<sup>42</sup> Roth J., (1962), « Management bias in social science research », *Human Organization*, vol. 21, pp. 47-50

l'appréciation des phénomènes étudiés. De ce fait, le sociologue a tendance à oublier le contexte du phénomène, contexte qui a une influence indéniable sur le vécu quotidien de l'être dans sa communauté. C'est ainsi que la sociologie de la santé s'intéresse aux inégalités d'accès à la santé. Dans son analyse la sociologie de la santé se fonde sur la démarche couramment utilisée en épidémiologie de la santé pour expliquer ces inégalités.

C'est à la fois sous ces deux sous-disciplines que s'inscrit cette thèse sur les *déterminants et implications sociales du recours des malades du sida à la médecine traditionnelle au Togo*. Vue la dimension culturelle des représentations sur la santé et la maladie dans les sociétés africaines, une étude sur ce thème ne peut être faite sans prendre en compte cette double dimension. Comme nous le verrons dans le chapitre consacré à la méthodologie de l'étude, nous avons combiné à la fois les méthodes d'observations propres à l'anthropologie à travers les modèles explicatifs de la maladie (MEM) qu'à la sociologie.

## **1.7 DEFINITION DES CONCEPTS**

Conformément aux règles, et afin de faciliter la compréhension de certains concepts clés utilisés, nous procédons d'abord à leur définition. Le thème central de cette étude porte sur la médecine traditionnelle, nous définissons d'abord ce concept ainsi que ceux apparentés tels que médecine traditionnelle et médecine moderne, maladie et guérison en contexte africain

Avant tout une mise au point est nécessaire. En effet, le tradipraticien est désigné par différentes appellations d'un milieu à l'autre. Parfois des noms différents sont utilisés pour le désigner quand bien même ils n'ont pas tous la même signification. On rencontre invariablement les mots comme charlatan, guérisseur, herboriste, marabout, voire sorcier, pour désigner le tradithérapeute. Mais avant tout nous clarifions les concepts de santé publique et les sous-concepts apparentés.

### **1.7.1 Médecine traditionnelle et médecine moderne**

La médecine est, la science qui a pour objet la conservation et le rétablissement de la santé, l'art de prévenir et de soigner les maladies de l'homme. Selon cette définition, il n'y a pas de démarcation entre médecine occidentale dite « moderne » et traditionnelle.

Vue sous cet angle, toute personne qui utilise ses connaissances pour soigner et prévenir les maladies de l'homme peut donc être considérée comme faisant de la médecine. C'est la législation du pays qui déterminera les conditions de la pratique et de la classification des praticiens. C'est ainsi que les termes médecine allopathique, ou médecine conventionnelle, sont invariablement utilisés pour distinguer la médecine dite moderne de toute autre pratique de traitement qu'on appelle médecine non conventionnelle. Des appellations diverses sont utilisées pour désigner ces dernières.

Au Togo, c'est le terme médecine traditionnelle que le gouvernement a retenu dans les instruments juridiques relatives à cette tradition de soin (lois de 2001 et code de santé promulgué en 2009).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) par contre accorde une place importante à la médecine traditionnelle et tente depuis de nombreuses années à convaincre les responsables de santé, surtout dans les pays en voie de développement, et particulièrement en Afrique, à accorder plus d'intérêt à la médecine traditionnelle.

Dans ce contexte comment définir la médecine dite traditionnelle ?

Selon l'OMS la « Médecine traditionnelle » est un terme global utilisé à la fois en relation avec les systèmes de médecine traditionnelle tels que la médecine traditionnelle chinoise, l'*ayurveda* indien et l'*unani* arabe et avec diverses formes de médecines indigènes. Les thérapies de médecine

traditionnelle englobent les thérapies médicamenteuses qui impliquent l'usage de médicaments à base de plantes, de parties d'animaux et/ou de minéraux et les thérapies non médicamenteuses qui sont administrées principalement sans usage de médicaments, comme dans le cas de l'acupuncture, des thérapies manuelles et des thérapies spirituelles. Dans les pays dont le système de santé prédominant est basé sur l'allopathie et où la médecine traditionnelle n'a pas été incorporée au système de santé national, la médecine traditionnelle est souvent appelée médecine « complémentaire », « alternative » ou « non conventionnelle » (Fanidji, 2006).

Au Togo, selon la loi 2001-017,

« 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 ».

Cette définition est très englobante et renferme toute les formes de traitements possibles que l'on peut prodiguer à l'homme, tant en ce qui concerne sa santé physique, psychique que mentale (Fanidji, 2006).

Le mot tradipraticien (ou tradithérapeute) désigne toute personne qui utilise ses connaissances des plantes, des parties d'animaux et des minéraux pour préparer des recettes en vue de traiter des dysfonctionnements de l'organisme, tant sur les plans physique, psychique que mental, de l'être humain. En un mot il s'agit de toute personne prodiguant des soins aux malades sans avoir obtenu un diplôme de soins suivant les normes de la médecine conventionnelle, mais qui fait plutôt recours aux pratiques de la médecine traditionnelle telle que défini ci-dessus.

Selon la loi togolaise de 2001 (op. cit.), les tradithérapeutes englobent les phytothérapeutes, les psychothérapeutes, les ritualistes, les chirokinésiethérapeutes et les phlébotonistes.

D'autres termes sont aussi couramment utilisés comme sorcier, guérisseur, voyant, avec plus ou moins de connotations péjoratives que certains tradithérapeutes considèrent comme dévalorisants. C'est pourquoi de plus en plus de praticiens de la médecine traditionnelle rejettent cette appellation et s'autoproclament naturothérapeutes pour les uns, ethnomédecins pour les autres. Pour une autre catégorie, le mot tradipraticien devrait être accompagné de « de santé », pour différencier les tradipraticiens exerçant dans le domaine de la santé des autres.

Tout au long de ce document, nous utiliserons ces différents termes pour désigner praticien de santé qui n'est pas titulaire de qualification reconnue dans le domaine de la médecine.

Une analyse comparative des deux traditions de soin est présentée dans le tableau qui suit.

### **1.7.2 Maladie et guérison en contexte africain**

Le concept de maladie est un concept qui est propre au contexte écologique dans lequel il est interprété. Vu sous l'angle de la médecine allopathique l'explication de la maladie fait recours à la présence de germes pathologiques dans l'organisme humain qui entraîne le dysfonctionnement de ce dernier. Cette façon d'interpréter la maladie n'est pas la même partout.

En Afrique en général et au Togo, la maladie et la guérison sont l'objet d'interprétations souvent métaphysique, quant bien même l'on a tendance à admettre de plus en plus les agents pathogènes, grâce à l'action de l'éducation et de l'instruction.

La maladie, qui est reconnue comme un dysfonctionnement de l'organisme, est le plus souvent considérée comme la résultante d'une colère divine, sinon la conséquence d'une désobéissance, voire d'une transgression d'interdits ou de tabous. Comprise comme telle, la maladie est perçue comme une sanction provenant d'une force surnaturelle. De ce fait, la culpabilisation de la victime est rapidement établie, et la stigmatisation dont ont été victimes les PVVIH pourrait logiquement s'expliquer à travers cette conception de la maladie, surtout que le SIDA a été associé au vagabondage sexuel.

Parfois même, la maladie est considérée comme provoquée par une personne pour des raisons diverses allant de l'envie ou de la jalousie au désir de faire du mal, comme l'évoque Oussou Kouamé Rémi (1994 : 32-34) dans son mémoire de maîtrise de sociologie<sup>43</sup> C'est pourquoi il n'est pas rare que les populations classent les maladies en 2 grandes catégories qu'elles désignent, comme c'est le cas au Togo, par les termes de « maladies pour l'hôpital » ou de maladies « hors de portée de l'hôpital ». Cette notion de *maladies pour hôpital* et de *maladie non pour hôpital* est si répandue qu'elle est d'usage aussi dans les milieux hospitaliers où parfois les malades sont « discrètement conseillés d'aller chercher les soins chez les tradithérapeutes », surtout lorsque les analyses et test de laboratoire ne donnent pas de résultat de nature à connaître l'agent pathogène de la maladie.

Si la notion de maladie prend une allure métaphysique, la guérison quant à elle, est plus pragmatique. En effet, la guérison est matérialisée par la manifestation d'aptitudes physiques de la part du malade. Aussi simple que cela paraisse, la guérison est constatée par la reprise des activités après un épisode de maladie. « Déjà le jour où un malade se réveille dès le lendemain

---

<sup>43</sup> Oussou, K.R., étude de la représentation de la maladie et de la santé chez les Auaou de Bouaflé, Mémoire de maîtrise, 1994

matin, et estime qu'il a bien dormi, ce jour-là tout le monde sait qu'il est entrain de recouvrer progressivement sa santé ; à partir de là, tout le monde constate que le traitement marche », affirment les participants aux discussions de groupe que nous avons eues avec des PVVIH sur ce sujet en octobre 2007 à Atakpamé. En effet, ces derniers considèrent que la guérison est acquise le jour où le malade reprend ses activités habituelles et ne sent plus les douleurs causées par la maladie.

Devant une telle représentation, l'on est en droit de se demander si les thérapeutes traditionnels qui affirment guérir le SIDA ont tout à fait tort que son patient retrouve sa vigueur et reprend ses activités. Ici il n'est nullement question de test de quelque nature que ce soit pour détecter la présence ou l'absence d'un agent pathogène dans l'organisme. Cette interprétation de la guérison est la pomme de discorde entre les guérisseurs traditionnels et les autorités sanitaires du Togo pour qui une telle affirmation est contre nature, voire proche de l'escroquerie, lorsqu'il s'agit du SIDA, puisqu'aucun remède efficace contre le virus n'est encore découvert par les occidentaux. En plus au-delà de leurs affirmations, les TT ne fournissent aucune preuve scientifique pour étayer leurs propos.

Comme on le voit, les considérations écologiques sont d'une grande importance dans la compréhension des agir des communautés traditionnelles. C'est pourquoi il est nécessaire de prendre en compte les savoirs ancestraux dans la conduite des opérations de développement sanitaire en faveur des populations.

**Tableau II - Algorithmes de la médecine traditionnelle et de la médecine allopathique**

N°	CARACTERISTIQUES COMPAREES	MEDECINE TRADITIONNELLE	MÉDECINE ALLOPATHIQUE (Biomédecine)
1	Accessibilité géographique	Très accessible : le tradithérapeute est souvent proche du malade. Les premiers traitements sont même possibles au sein du cercle familial.	Pour la plupart des populations le centre de santé le plus proche est à plusieurs kilomètres. La grande majorité des pays africains n'ont pas encore atteint la norme d'implantation d'un centre de santé à moins de 5 km recommandée par l'OMS.
2	Accessibilité temporelle	Le temps d'accès est très réduit	En moyenne il faut 1) plusieurs heures de voyage pour arriver à un centre de santé et 2) plusieurs heures d'attente avant de voir un soignant (parfois le consultant doit revenir un autre jour)
3	Accessibilité financière	Les soins sont obtenus à moindre coût. En plus le paiement est 1) négociable 2) non exigibles immédiatement 3) payable en nature	Depuis l'époque coloniale jusqu'à ce jour les soins médicaux sont payables sur une base tarifaire et souvent avant l'administration du traitement dont le montant est souvent hors de porté du citoyen ordinaire.
4	Accessibilité psychologique	Le malade se sent en pleine confiance devant le guérisseur qui est un homme du milieu ou quelqu'un qui est culturellement proche. En cas « d'hospitalisation » le malade reçoit le soutien moral de ses proches en permanence.	Le côté psychologique du traitement est généralement négligé. En plus le soignant a tendance à se poser en donneur de leçons. L'accueil est impersonnel. Le malade hospitalisé est isolé et les visites sont strictement réglementées. Le malade se retrouve dans un milieu qui lui fait peur (peur d'être réprimandé ou même d'être retenu en cas de non paiement des frais).
5	Conformité à la représentation de la maladie et vis-à-vis des coutumes et traditions ancestrales	Symbolique de traitement en conformité avec la culture locale	La représentation traditionnelle de la maladie est considérée comme ridicule et irrationnelle par la médecine allopathique
6	Communication	Le malade communique aisément avec le guérisseur avec qui il parle souvent la même langue	La communication est souvent difficile à cause des barrières linguistiques et des savoirs (populaires et médicales)
7	Holisme	Traite à la fois le corps et l'esprit	Ne traite que le corps en y recherchant les agents pathogènes. Devient impuissant si les examens ne relèvent pas la présence de microbes.
8	Démarche participative (aussi bien le malade que le traitant peut collecter les plantes devant servir à la préparation des médicaments)	Le malade échange avec son soignant aisément et exprime aisément sans peur d'être ridiculisé	Le soignant n'aime pas que le malade l'oriente sur son diagnostic ; cette attitude étant perçu si le malade lui apprenait son métier, ce que le soignant ne manque pas de faire remarquer au malade consultant.
9	Approche étiologique	L'origine de la maladie est recherchée hors du corps	Le corps est le siège de la maladie
10	Diagnostic	Faiblesse des connaissances anatomiques et physiologiques. La cause de la maladie se trouve en dehors du corps.	Le diagnostic est fondamentalement basé sur les connaissances anatomiques et physiologiques et sur le rôle des microbes et des virus.
11	Nosologie	Certaines maladies sont considérées comme hors de porté de la médecine occidentale dite « moderne», tandis que d'autres sont à la fois efficacement traitées par les deux traditions de soins.	Nosologie de type uniquement occidental.

Le tableau ci-dessus démontre que la médecine traditionnelle et la médecine occidentale dite « moderne » ne peuvent évoluer que de façon parallèle et autonome. Cette évolution n'exclut pas la prise en compte, à titre complémentaire, de cette réalité dans les politiques de santé des pays africains, si l'on sait que, malgré l'expansion de la médecine allopathique depuis la colonisation, et malgré l'appui massif qui lui a été consacré et qui continue de lui être accordé encore de nos jours de la part, aussi bien des autorités nationales que de la communauté internationale, elle n'attire et ne dessert qu'une minorité de la population africaine, pendant que la MTR, parent pauvre et même, victime des velléités d'interdictions dont elle a été l'objet pendant la période coloniale, continue d'attirer de 75 à 80% de la population du continent.

### **1.7.3 SIDA et personnes vivant avec le VIH**

Qu'est-ce que le SIDA ? Au début des années 1980 les médecins se sont retrouvés confrontés à des cas de maladies qui ne répondent pas aux traitements couramment utilisés. Les chercheurs du CDC<sup>44</sup> Atlanta aux Etats-Unis arrivent à la conclusion que ce dysfonctionnement de l'organisme, dû à une dépression immunitaire sans étiologie connue, est causé par un virus qu'ils dénommeront HIV (*human immunodeficiency virus*) ou virus de l'immunodéficience humaine (VIH). C'est en 1982 que l'appellation AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) ou syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), sera consacrée. Le SIDA prendra rapidement l'allure d'une pandémie, créant une panique généralisée au sein de la communauté scientifique qui la répercute sur les profanes.

Concomitamment aux recherches du CDC Atlanta aux Etats-Unis, l'Institut Pasteur en France aussi poursuivait ses recherches sur la terrible maladie et fini par isoler le virus responsable en 1983 d'abord baptisé LAV en

---

<sup>44</sup> CDC Atlanta : Center for Disease Control, basé à Atlanta aux Etats-Unis

France, puis HTLV-III aux Etats-Unis en 1984, avant que ne soit finalement retenue la dénomination de VIH reconnue dans le monde entier jusqu'à ce jour. Plus tard, la distinction entre VIH-1 et VIH-2, à la suite de la découverte d'une autre variante du virus en Afrique de l'Ouest, rentrera dans la littérature scientifique.

Devant la contamination grandissante des populations par le virus, des stratégies tout azimut ont été développées pour riposter dans un contexte où aucun remède n'était disponible pour traiter les malades du SIDA. Mais comment reconnaître le malade du SIDA ? Pour répondre à cette question, nous allons passer en revue l'histoire naturelle de la maladie, c'est à dire les principales étapes de son évolution. Précisons que, bien qu'elle fût identifiée depuis plus d'un quart de siècle, la maladie du SIDA continue de faire l'objet de recherches et les connaissances sont en pleine évolution dans ce domaine. A l'étape actuelle, selon la littérature scientifique, trois phases caractérisent l'évolution du SIDA : la primo-infection, la phase asymptomatique et la phase symptomatique.

La primo-infection correspond au premier contact de l'organisme avec le virus. La complexité du virus fait que les réactions sont différentes selon les individus. Pour certains, aucune réaction n'est manifestée dans l'immédiat tandis que pour d'autres, le contact du virus est caractérisé par une réaction de l'organisme entre 7 jours et trois mois. Les réactions les plus courantes sont de deux ordres : celles qui disparaissent rapidement et qui ne permettent pas de diagnostic d'une part (fièvre aiguë, myalgies, arthralgies, rash cutané, dysphagie, céphalées, ...), et celles qui, par contre, en permettent.

Les lymphocytes CD4 subissent une légère baisse puis redeviennent normales. Après cette stabilisation, commence la phase asymptomatique.

La phase asymptomatique est celle au cours de laquelle le porteur ne

ressent plus aucune manifestation du virus. La phase asymptomatique est considérée comme la plus dangereuse sur le plan de la santé publique parce que c'est à ce moment que la propagation est la plus fréquente. Le porteur ne se sachant pas infecté, peut continuer à propager le virus à d'autres personnes sans le savoir. Cette phase est marquée par une baisse constante de lymphocytes CD4.

La troisième phase, la phase symptomatique, commence lorsque le taux de lymphocyte CD4 ne permet plus à l'organisme de se défendre contre les infections ordinaires. Le malade est alors atteint du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Des protocoles de reconnaissance clinique du SIDA sont établis et mis à la disposition des médecins, mais dans tous les cas, seul un test de sérologie à VIH peut permettre de confirmer ou d'infirmer qu'une personne est atteinte du SIDA. Il existe actuellement en la matière deux types de directives : celles de l'OMS utilisées dans la plupart des pays, surtout en Afrique, et celles du CDC Atlanta, appliquées aux Etats-Unis.

D'après le CDC et l'OMS lorsqu'une personne a atteint le stade clinique C de la classification CDC, le retour en arrière n'est plus possible. Autrement dit lorsque l'on a atteint la phase du SIDA, on ne peut plus en guérir. Nous l'avons mentionné, plus haut, ceci est conforme à l'état actuel des connaissances scientifiques et les recherches continuent. Ne soyons pas étonnés si d'ici quelques années cette affirmation n'est plus soutenable. A ce titre, rappelons qu'au début de la pandémie, on donnait pour mort dans les mois qui suivaient l'infection, toute personne porteuse du virus du SIDA. Aujourd'hui les faits nous démontrent le contraire. Des personnes séropositives peuvent survivre jusqu'à 10 ans après l'infection, voire plus, comme pour donner raison à Levin qui déclare que « la demi-vie approximative d'un soi-disant fait de santé est de quatre ans » (Levin, 1987 :58), cité par Massé (2003 : 281), qui nous met en garde contre « le dénis du principe d'incertitude » (2003 :281).

En effet, il n'y a pas de raison valable, alors même que les recherches n'étaient qu'à leur début, d'affirmer avec tant de force le caractère irréversible d'une infection. Encore une fois nous pensons que des positions aussi tranchées ont contribué à créer des doutes dans les esprits de ceux qui ont longtemps opposé une résistance aux messages véhiculés par les campagnes de prévention.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## **CHAPITRE 2 - CADRE METHODOLOGIQUE**

Dans ce chapitre nous aborderons la façon dont l'étude a été conduite pour atteindre les objectifs fixés par rapport aux questions de recherche. Pour ce faire, nous présentons les champs de la recherche (champs social et géographique); la construction de l'échantillon; élaboration des instruments de collecte; la méthode d'analyse; le déroulement de l'enquête et le traitement des données de l'étude.

### **2.1 LES CHAMPS DE LA RECHERCHE**

#### **2.1.1 Champ social**

La population ciblée est hétéroclite et comprend quatre catégories à savoir :

- les tradipraticiens traitant les malades du SIDA et les PVVIH. Pour enrôler les informateurs, nous avons ciblé ceux qui reconnaissent traiter des malades qu'ils reconnaissent comme porteurs du SIDA ou traitant des maladies opportunistes du SIDA
- les malades du SIDA et les PVVIH consultants les tradipraticiens. Pour cette catégorie de répondant, nous avons fait recours aux associations de personnes reconnues comme vivant avec le VIH. C'est la seule façon de s'assurer que les répondants sont effectivement porteurs de VIH. Nous avons également contacté certaines personnes traitées par les tradithérapeutes et porteuses de VIH dans la ville d'Atakpamé où le tradithérapeute nous a montré les résultats d'un test de VIH d'une cliente (sous le sceau de la confidentialité)
- les médecins modernes dits modernes ou conventionnels. Nous avons ciblé les quartiers où exercent les tradithérapeutes enrôlés dans l'étude.

- et les personnes ou personnalités ayant un niveau de responsabilité dans le système sanitaire togolais, tant aux niveaux de la médecine occidentale dite « moderne » que traditionnelle. Pour ce groupe de répondants, nous avons inclus les responsables du ministère de la santé publique au niveau central ainsi que ceux de la Région des plateaux en charge de la médecine traditionnelle.

### **2.1.2 Champ géographique**

Cette étude, dans sa phase de terrain, a couvert deux des cinq régions que compte le pays, à savoir la Région Maritime et la Région des Plateaux. Dans la première région; la collecte s'est concentrée sur la ville de Lomé et les préfectures du Golf. Dans la région des Plateaux, nous avons ciblé la ville d'Atakpamé et les préfectures de l'Ogou et de l'Amou adjacente.

Ce choix des sites a été motivé par le souci de se rapprocher des populations qui ont plus recours à la médecine traditionnelle dans leurs itinéraires thérapeutiques.

La collecte de données s'est déroulée en deux phases. La première phase a eu lieu en 2006 par intermittence, et la deuxième, plus intensive, s'est étalée entre juillet et décembre 2007. Entre janvier et juin 2008, nous avons eu des discussions complémentaires avec certains tradithérapeutes pour affiner certaines informations qui n'ont pu être recueillies au cours des entretiens précédents.

## **2.2 CONSTRUCTION DE L'ECHANTILLON**

L'échantillonnage joue un rôle important dans tout projet de recherche car il influe sur la validité des résultats obtenus. Ceux-ci ne pourront être représentatifs si l'échantillon de l'étude ne l'est pas lui même. Pour garantir la représentativité d'un échantillon, plusieurs méthodes sont souvent utilisées.

Concernant la présente étude, nous avons procédé à un échantillonnage raisonné. Ce choix se justifie, d'une part par l'inexistence de liste officielle des tradithérapeutes, le ministère de la santé n'ayant pas encore procédé à l'enregistrement des tradipraticiens comme prévu par la loi 2001/017.<sup>45</sup> D'autre part, nous avons constaté qu'il n'était pas possible d'utiliser la liste des membres des associations de tradithérapeutes qui n'est pas exhaustive. En effet, selon les responsables de l'Association Nationale des tradithérapeutes du Togo, la liste ne couvre que très partiellement la Région Maritime.

Ainsi il n'est possible de procéder ni à un échantillonnage aléatoire simple, ni à un échantillonnage systématique.

L'échantillonnage raisonné présente pour cette étude deux avantages :

- L'assurance que l'enquête réponde aux critères d'inclusion : s'il s'agit d'un tradithérapeute, nous voulons nous assurer qu'il (ou elle) traite des malades du SIDA ou des PVVIH (ou au moins les malades reconnus comme porteurs du VIH ou supposés comme tels) ; s'il s'agit d'un(e) malade, qu'il (ou elle) soit un (ou une) malade du SIDA ou porteur (se) du VIH et soit traité(e) pour l'une des pathologies reconnue comme maladie opportuniste
- Le souci d'efficacité : une enquête quantitative à grande échelle nécessiterait plus de ressources humaines et financières, ce dont nous ne disposons pas.

Sur la base des considérations précitées nous avons décidé d'interroger 10 tradithérapeutes (4 femmes et 6 hommes) sur les deux sites retenues pour l'enquête de terrain. Finalement 2 femmes et 8 hommes ont été enrôlés dans l'étude.

---

<sup>45</sup> Loi de 2001 op. cit.

Les entretiens ont également touché :

- 8 médecins modernes à raison de 4 par région d'étude
- 2 responsables du ministère de la santé en charge des interventions concernant les IST/VIH/SIDA ou de la MTR
- 4 responsables d'association de tradithérapeutes à raison de 2 par régions d'étude
- 28 personnes malades du SIDA ou séropositives.

Par ailleurs une enquête par questionnaire a touché 126 personnes dont 81 hommes et 45 femmes.

Afin de nous assurer que notre échantillon contienne des répondants vivant avec le VIH/SIDA, nous nous sommes adressés aux associations regroupant de telles personnes. Des discussions de groupe ont eu lieu dans la Région des Plateaux avec cette catégorie de répondants.

Enfin, des informations ont été recueillies auprès des sociétés d'assurance à partir de l'annuaire téléphonique du Togo, quant à leur couverture des traitements offerts par la médecine traditionnelle.

### **2.3 ELABORATION DES INSTRUMENTS D'OBSERVATION ET DE COLLECTE**

La collecte de données primaires a été faite à l'aide d'outils élaborés et pré-testés. Concernant le volet qualitatif de la recherche, les stratégies d'observations et les entretiens semi-structurés ont été privilégiés. Cette dernière approche présente l'avantage de n'être ni totalement directive, ni totalement ouverte. Elle permet de soutenir l'entretien, sans le laisser paraître trop monotone, et de soutenir le dialogue avec l'interlocuteur qui a la latitude de donner ses propres opinions lors de l'entretien, ce qui permet de mieux

apprécier les représentations de l'interviewé et de donner libre cours à ses émotions.

Le volet quantitatif par contre a consisté à l'administration d'un questionnaire standardisé auprès de la population en général.

### 2.3.1 L'observation

Pour une étude plus approfondie de la réalité des prestations des tradipraticiens, deux techniques d'observation ont été utilisées, à savoir l'observation naturaliste et l'observation participante.

« L'observation naturaliste est ... une méthodologie qui met l'accent sur la compréhension et la description de l'action sociale du point de vue des acteurs sociaux. Cette approche insiste sur le fait que ce type de compréhension ne peut émerger que de récits de première main, d'un témoin oculaire, sur la base d'une présence in situ. Elle vise la reproduction ou la représentation fidèle et authentique des modes de vie d'autrui et s'engage à étudier l'action humaine dans un contexte qui n'est pas contraint, manipulé ou artificiellement façonné par l'observateur ; ainsi, le contexte est dit « naturel » ou « se produisant naturellement ». <sup>46</sup>

Cet aspect de l'observation s'est passé dans deux centres de tradithérapeutes à Lomé et chez un ritualiste à Anié dans la Région des Plateaux, et nous a permis d'échanger avec les malades et personnes suivies dans ces structures. Pour minimiser les biais d'observation inhérents à cette technique, nous nous sommes mis dans une posture de clients comme tous les autres visiteurs. Ceci a été facilité par notre maîtrise des deux langues parlées du milieu (*Mina* et *Ifè*).

Nous avons eu recours à l'observation participante<sup>47</sup> pour écouter,

---

<sup>46</sup> Dictionary of Qualitative Inquiry, 2<sup>nd</sup> edition, (Thousand Oaks (California), Sage Publication, 2001, cité par Santé et Services sociaux, Québec dans *Glossaire - Ethique de la Recherche*, consulté en ligne le 18/08/2006 adresse : <http://ethique.msss.gouv.qc.ca/didacticiel/>

<sup>47</sup> Delay, Jean ; Pichot, Pierre. *Abrégé de psychologie*, ed. Masson, 3<sup>e</sup> ed., 1990, 489p.

discuter avec des tradipraticiens et recueillir des données auprès de certains d'entre eux au cours d'un forum national de quatre jours organisé dans la Région Maritime et regroupant environ 200 tradipraticiens venus de tous les coins du pays. Ceci nous a permis de nouer des relations pour les entretiens qui se sont déroulés ultérieurement avec ceux et celles retenus dans le champ géographique de notre étude. Au cours dudit forum, leurs appréciations des relations avec les autorités, leurs interprétations des opportunités offertes par les textes en vigueur, leurs niveaux de connaissance des textes qui régissent leur profession sont autant d'éléments que nous avons recueillis en l'espace de quatre jours. En plus, cette participation au forum nous a permis de faire connaître notre projet de recherche et d'obtenir l'adhésion d'un nombre important de tradithérapeutes qui ont été l'objet des interviews réalisées au cours de l'enquête proprement dite.

### **2.3.2 Les entretiens semi structurés**

Les IST/MST/VIH touchent aux relations sexuelles et, de ce fait, aborder cette question impose une série de précautions. Dans le cadre de cette étude, nous avons procédé à une série d'entretiens pour situer la portée des interventions des tradipraticiens dans le traitement des IST/VIH/SIDA.

Des guides d'entretien ont été conçus pour prendre en compte les différents groupes cibles décrits dans la présentation du champ social. Il s'agit de cinq guides à savoir les guides d'entretien :

- adressé aux tradipraticiens ;
- adressé aux malades du SIDA et les PVVIH ;
- adressé aux responsables du ministère de la santé ;
- adressé aux responsables associatifs de tradipraticiens ;
- adressé aux médecins modernes.

### **2.3.2.1 Guide adressé aux tradipraticiens**

Le guide d'entretien avec les tradipraticiens a été élaboré en vue de recueillir des informations sur les traitements offerts en médecine traditionnelle en général, et aux malades du SIDA et aux personnes vivant avec le VIH en particulier.

Par ailleurs le guide d'entretien avec les tradipraticiens a permis de recueillir des informations sur l'existence de traitements destinés aux personnes présentant des MST/IST/VIH et les malades du SIDA. Il a été structuré autour des thèmes suivants :

- itinéraire et pratique dans la profession de tradipraticien ;
- collaboration avec la médecine occidentale dite « moderne » ;
- relations avec la clientèle et Marketing ;
- opinions du répondant sur l'état actuel de la collaboration avec la médecine occidentale dite « moderne » ;
- suggestions pour l'amélioration de la collaboration avec la médecine occidentale dite « moderne » ;
- représentation des IST et du SIDA dans la communauté.

### **2.3.2.2 Guide adressé aux malades du SIDA et les PVVIH**

Avec les personnes fréquentant les tradipraticiens il s'est agit de recueillir les informations relatives à leur perception des procédés thérapeutiques traditionnels et les raisons qui les poussent à y recourir et les antécédents de traitements de la pathologie concernée. Enfin ce guide a aussi permis de situer la source d'information ayant conduit le malade au tradipraticien traitant ainsi que le résultat du traitement. Il a été structuré

autour des thèmes suivants :

- représentation du SIDA ;
- représentation de la maladie et itinéraire thérapeutique ;
- statut du guérisseur traditionnel ;
- efficacité comparée des médecines traditionnelle moderne ;
- suggestions pour l'amélioration de la collaboration avec la médecine occidentale dite « moderne » ;
- histoire de vie.

### **2.3.2.3 Guide adressé aux responsables du ministère de la santé**

Le guide d'entretien avec les responsables du ministère de la santé a été utilisé pour recueillir des informations sur la politique du gouvernement en matière de médecine traditionnelle en général dans le domaine des IST/VIH/SIDA en particulier. Le guide a été conçu pour collecter aussi des données relatives aux stratégies adoptées par le Gouvernement Togolais pour favoriser une collaboration entre médecine traditionnelle et médecine occidentale dite « moderne ». Il a été structuré autour des thèmes suivants :

- opinions du répondant sur l'état actuel de la collaboration entre la médecine occidentale dite « moderne » et médecine traditionnelle ;
- suggestions pour l'amélioration de la collaboration entre la médecine occidentale dite « moderne » et la MTR ;
- instruments de promotions de la MTR ;
- ressources pour la promotion de la MTR ;

- conditions pratiques d'exercice de la MTR.

#### **2.3.2.4 Guide adressé aux responsables associatifs de tradipraticiens**

Avec les responsables associatifs de tradipraticiens, les échanges ont été structurés autour du système organisationnel des associations concernées et les contradictions auxquelles elles sont confrontées. Il a été structuré autour des thèmes suivants :

- mission de l'association ;
- opinions du répondant sur l'état actuel de la collaboration avec la médecine occidentale dite « moderne » ;
- difficultés rencontrées ;
- suggestions pour l'amélioration de la collaboration avec la médecine occidentale dite « moderne ».

#### **2.3.2.5 Guide adressé aux médecins modernes**

Dans l'optique d'une collaboration entre tradithérapeutes et médecins modernes, il est indispensable de saisir la perception des praticiens de la médecine occidentale dite « moderne » sur le sujet. Le guide a été conçu en fonction de cette préoccupation. Il a été structuré autour des thèmes suivants:

- collaboration personnelle avec un tradithérapeute ;
- opinions du répondant sur l'état actuel de la collaboration entre la médecine occidentale dite « moderne » et la médecine traditionnelle;
- suggestions pour l'amélioration de la collaboration entre la médecine occidentale dite « moderne » et la médecine traditionnelle.

### **2.3.3 Le questionnaire**

Pour la collecte de données au sein de la population, un questionnaire standardisé a été utilisé. Il a été structuré autour des thèmes suivants :

- les données socio-démographiques du répondant ;
- Les antécédents en médecine traditionnelles et l'appréciation des traitements reçus, y compris leurs coûts par rapport aux traitements similaires en médecine occidentale dite « moderne » s'il y a lieu ;
- Leur représentation de la maladie et de la guérison et notamment de la classification des maladies ;
- Le procédé de traitement préféré (choix entre médecine occidentale dite « moderne » et traditionnelle) quant à leur efficacité face à certaines pathologies ;
- Leur représentation du statut et du rôle des tradithérapeutes et des modes de publicité utilisés par ces derniers ;
- Le rôle et la place de la médecine traditionnelle dans le traitement du SIDA ;
- Les déterminants (financiers ou d'efficacité) de l'itinéraire thérapeutique du répondant.

### **2.4 MODELE D'ANALYSE**

La santé publique en Afrique est soutenue par deux traditions de guérisons contradictoires, voire antinomiques : la médecine traditionnelle qui tire ses sources des pratiques ancestrales, et la médecine allopathique introduite avec la colonisation. Or à une tradition de guérison correspond une ère culturelle et ceci nous impose une vision plurielle sur les systèmes de guérisons en vigueur dans chaque milieu écologique. Ce regard pluriel nous

impose également une approche holistique, c'est-à-dire une méthode transdisciplinaire ou multidisciplinaire.

La transdisciplinarité ne peut être saisie qu'à travers 1) une approche structurale permettant de décrire les structures responsables des politiques et programmes de santé, et 2) une approche fonctionnaliste. La mise en présence de ces deux approches (structuralisme et fonctionnalisme) suggère donc que nous sommes face à une approche structuro-fonctionnaliste (chère à Parsons qui en a fait son cheval de bataille autour des années 1950 avant de l'abandonner et de le proscrire de son vocabulaire après 1960 (Boudon, Bourricaud 2004 : 267)), voire une approche systémique. Or on sait que ces approches ont des limites car elles ne rendent pas compte des ruptures ou des changements (leur rôle est de montrer mais elles sont incapables d'expliquer). En effet, comme le soutient Touraine<sup>48</sup>, qui a été très critique sur certains de ces aspects, le fonctionnalisme présente certaines limites dans sa conception par certains auteurs dont Durkheim. Selon ce dernier la société doit le salut de sa stabilité au bon fonctionnement des institutions représentatives alors que la position défendue par Touraine s'inscrit plus dans la logique des rapports sociaux qui sont plus à même de parvenir, par le jeu des interactions, à mieux traduire les réalités sociales. Ces limites nous amènent à nous orienter vers une approche plus dynamique qui d'ailleurs subsume (renferme) les précédentes.

Il s'agit de la méthode dialectique.

#### **2.4.1 La méthode dialectique**

La méthode dialectique est celle qui recherche les contradictions entre les phénomènes sociaux pour mieux les comprendre parce que la réalité sociale est faite de contradictions.

---

<sup>48</sup> Touraine, A. Production de la société, 1973, Paris, Editions du Seuil, 542 p.

Elle est l'approche par laquelle « le chercheur doit traquer et débusquer les contradictions en procédant par recoupements. Il est amené à s'engager dans l'action sociale, passant successivement d'un élément à l'autre des phénomènes sous analyse » (N'da, 2006, p.68)<sup>49</sup>. Selon Madeleine Grawitz<sup>50</sup>, « la méthode dialectique est la plus complète, la plus riche ..., la plus achevée des méthodes conduisant à l'explication en sociologie. Elle part des contradictions très simples qui nous entourent » (2001 : 441). Cette méthode nous permettra donc de débusquer les non-dits et les contradictions de l'action gouvernementale dans la prise en compte effective de la médecine traditionnelle dans le système de santé national.

On attribue généralement à Kant d'être le premier à avoir utilisé officiellement la notion de dialectique au sens moderne du terme. Cependant c'est Hegel et Marx qui ont suffisamment contribué à son développement même si on reproche à ces derniers d'avoir en quelque sorte caricaturé leur approche de la notion de dialectique. Hegel et Marx auraient accordé trop d'importance à l'intuition dans leur approche de la notion de dialectique. Leur ambition d'étendre la notion de dialectique à la nature elle-même paraissant contradictoire car les contradictions ne sont pas, comme ils le soutiennent, source de changement social à tout prix. Autrement nous serions faces à des changements tout le temps puisque les contradictions qui caractérisent notre vie sont quotidiennes dans toutes les sociétés.

Adam Smith a développé, quant à lui, ce qu'il appelle « main invisible », notion selon laquelle certains effets non voulus se produisent par l'action qui les génère. À titre d'exemple il cite, entre autres, le cas de la concurrence entre commerçants qui baissent les prix de leurs produits, non pas initialement dans l'intérêt du consommateur, mais en réalité dans le but d'affronter la concurrence. Le résultat final étant le bénéfice du

---

<sup>49</sup> Nda P., Méthodologie de la recherche. De la problématique à la discussion des résultats.

<sup>50</sup> Grawitz M, Méthodes des sciences sociales, Editions Dalloz, 2001, Paris, 1019 p.

consommateur final qui profite de la baisse des prix sur le marché.

Dans notre tentative de comprendre le phénomène de recours à la médecine traditionnelle chez les malades du SIDA, la méthode dialectique paraît tout à fait indiquée pour prendre en compte ces contradictions qui apparaissent à plusieurs niveaux :

- au niveau individuel, les attitudes des malades peuvent être parfois considérées comme irrationnelles. Or la rationalité n'est pas aussi aisée à saisir ; ce qui paraît irrationnel chez l'un peut paraître rationnel chez l'autre. La rationalité n'est pas absolue mais relative. Du reste, comme nous l'avons démontré plus haut, l'efficacité de la médecine traditionnelle a été prouvée à maintes occasions, mais certaines personnes continuent de s'opposer à sa promotion au motif que les pratiques y relatives ne sont pas rationnelles. Pour cette raison il n'est pas a priori irrationnel que des malades cherchent des solutions à leurs problèmes de santé auprès des adeptes de cette profession
- au niveau institutionnel, où un grand fossé existe entre le discours officiel reconnaissant l'importance de la MTR et la réalité caractérisée par l'inaction en termes d'initiatives devant aboutir à la promotion effective de la profession de tradithérapeute.

Comme toute méthode, la méthode dialectique aussi a ses limites. Les critiques lui reprochent notamment de ne pouvoir parvenir à l'explication des faits, se contentant de mettre à jour les contradictions et oppositions. Pour certains comme Gurvitch<sup>51</sup> cité par Grawitz (op.cit) « en elle-même elle n'explique pas [...] Elle nous ramène au seuil de l'explication mais ne franchit pas le pas ». Pour d'autres, l'orientation idéologique que prend la dialectique sous l'impulsion de Marx et Hegel (on lui reproche son idéologie politique) lui

---

<sup>51</sup> Gurvitch G., il vit la crise de l'explication en sociologie, in cahier international de sociologie, volume 21, nouvelle série, 1956, pp. 3-18.

a également valu des critiques. En effet, comme le relèvent Boudon et Bourricaud :

« Il est aujourd'hui évident que les contradictions, si elles jouent un rôle important dans l'analyse de changement social, ne constituent qu'un cas de figure particulier. Le changement ne dérive pas nécessairement de contradictions. Les contradictions ne sont pas nécessairement génératrices de changement. [...] Ainsi, les exemples de *Misère de la philosophie* et du *Capital* analyse de changement social comme un jeu mécanique des contradictions.... Mais le caractère mécanique et inexorable de siéger est la conséquence de deux hypothèses contestables : 1) la structure du système d'interaction régissant les rapports entre capitalistes est supposée constante ; 2) le système d'interaction entre capitalistes d'un côté et prolétaires de l'autre, est supposé avoir une structure de jeu à somme nulle. Or, à partir du moment où se développe un mouvement syndical important, la deuxième proposition cesse d'être acceptable, puisque le pouvoir syndical a alors la capacité de détourner une partie de l'augmentation de la productivité au profit de la classe ouvrière. De même, la première hypothèse cesse d'être valable à partir du moment où se produit une concentration permettant aux capitalistes de procéder à des ententes. Dans les deux cas le jeu mécanique des contradictions est brisé par l'apparition d'innovation sociale » (Boudon, Bourricaud 2004 : 176-177).

Si elle fait l'objet de critiques virulentes à cause des dérives idéologiques et conservatrices vers lesquelles Hegel et Marx l'ont orientée, il n'en demeure pas moins vrai que la méthode en elle-même, si elle est rigoureusement appliquée, conduit à des résultats probants, dès lors que le chercheur s'entoure de garantie d'objectivité requise. En quelque sorte ce n'est pas le contenant qui serait en cause mais ce que l'on y met, et celui qui l'y met.

Malgré les critiques dont elle est l'objet, la méthode dialectique est un passage obligé pour le chercheur en sciences sociales dont le champ de recherche est jalonné de contradictions, d'oppositions et de conflits, comme c'est le cas pour notre recherche qui met en présence médecine traditionnelle

et médecine allopathique pour offrir des soins aux malades du SIDA dans un contexte de non disponibilité de traitement efficace, de promulgation d'instruments juridiques inachevés par les autorités, en bref dans un milieu où apparemment tout s'oppose. C'est à juste titre que, se référant au préfixe dia du mot dialectique qui signifie à travers, J. Wahl conclut que la dialectique n'est ni le point de départ ni le point d'arriver, mais « la voie prise par l'Humanité en marche pour saisir les totalités réelles mouvantes qui portent de près ou de loin son empreinte »<sup>52</sup>.

La dialectique reconnaît et explique les systèmes. C'est elle qui s'applique à l'étude des phénomènes contradictoires.

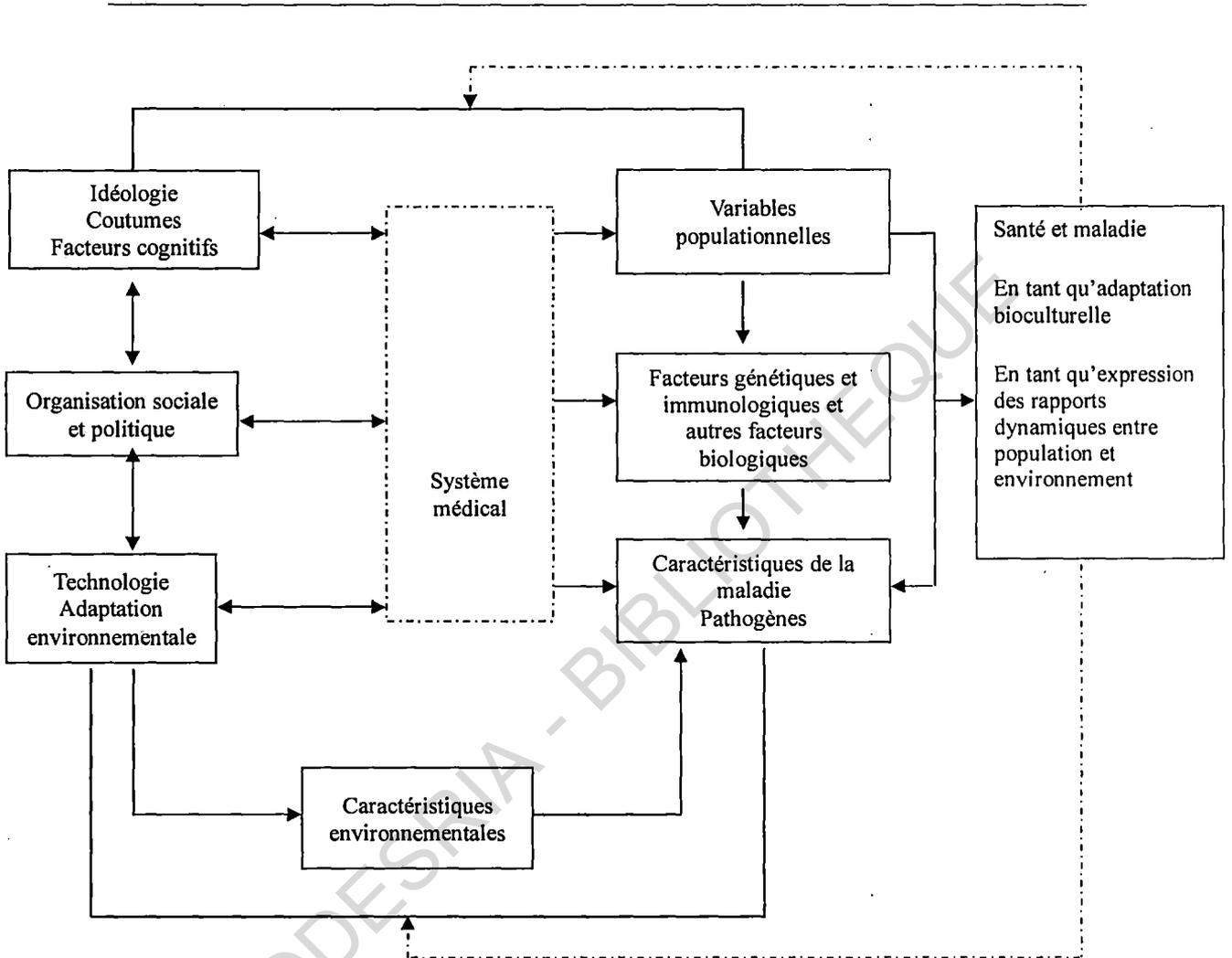
C'est pourquoi le chercheur doit être vigilant et traquer dans les structures les contradictions qui les caractérisent car entre le dire et le faire il y a toujours un décalage.

Ces paradigmes ont constitué le soubassement aux méthodes de collecte et d'analyse des données de notre étude.

---

<sup>52</sup> Grawiz citant Gurvitch (1953) in Méthodes des sciences sociales (op. cit. p 441)

## 2.4.2 Cadre d'analyse



**Figure 2** Modèle écologique avec paramètres culturels et biologiques (Source : Wellin, 1978 :36 cité par Massé, 1995 : 45)

Cette figure nous montre l'importance du facteur écologique dans la compréhension du couple santé et maladies. La santé, vue sous cet angle, est influencée par les coutumes et les traditions et idéologies dominantes

(culture, connaissance, traditions de soins etc.) dans le milieu. La santé est également influencée par l'organisation sociale et politique ainsi que par l'apport de la technologie à l'amélioration des procédés thérapeutiques; elle est également influencée par l'environnement auquel il faudra s'adapter pour pouvoir survivre. Cette influence n'est toutefois pas à sens unique puisque la santé et la maladie influencent à leur tour les éléments précités.

En effet, l'organisation sociale sera affectée par l'état général de santé de la population et il deviendra nécessaire de créer des structures nouvelles pour rétablir l'équilibre sanitaire de la population. C'est souvent le cas face aux épidémies et nous pouvons citer à titre d'exemple la pandémie actuelle du SIDA qui a bouleversé la conduite des affaires à tous les niveaux à travers le monde. Une nouvelle spécialisation est apparue, tant pour la médecine occidentale dite « moderne » que traditionnelle. De nouvelles façons de traitement, de nouveaux modules de formation, de nouveaux protocoles seront élaborés pour faire face aux déséquilibres sanitaire et structurel causés par la maladie. L'influence est réciproque entre la maladie et la santé d'une part, et les facteurs écologiques d'autre part.

Cette approche conceptuelle, basée sur **le modèle écologique avec paramètres culturels et biologiques**, nous a inspiré dans l'analyse des résultats de notre étude.

## **2.5 PRE-TEST**

La pré enquête, qui s'est déroulée d'avril à juin 2007, a permis, dans un premier temps, de mieux connaître le terrain de recherche tel que délimité dans le champ géographique et de faire un sondage en vue de sélectionner informateurs susceptibles de participer à l'étude. Ensuite les outils devant servir à la phase de collecte de données proprement dite ont été testés et affinés.

Enfin les informations recueillies par le biais de l'Association Nationale des Tradithérapeutes du Togo<sup>53</sup> tant sur les modèles thérapeutiques en rapport avec le VIH/SIDA que sur l'identification de spécialistes dans ce domaine ont été édifiantes.

Au terme de cet exercice, certaines questions ont été reformulées pour en faciliter la traduction en langues locales et améliorer la compréhension tandis que d'autres ont été supprimées.

## **2.6 LA COLLECTE DES DONNEES**

La collecte de données comporte deux principales étapes : la revue documentaire et l'enquête de terrain. Par ailleurs nous avons aussi participé à un forum national des tradithérapeutes du Togo et à deux conférences internationales sur la médecine traditionnelle au Togo et au Burkina Faso. Ces rencontres ont été l'occasion d'échanger avec les spécialistes tant sur les aspects liés aux pratiques de guérison que l'avancée des recherches dans le domaine.

### **2.6.1 La revue documentaire**

En plus des ouvrages généraux, des rapports d'activités et d'études, des publications et des thèses et mémoires, qui ont été une source de référence pour une meilleure appréciation des connaissances dans le domaine.

Des ressources électroniques en ligne, la documentation sonore et audio-visuelle, constituée d'enregistrement d'émissions radiophoniques et télévisuelles, ont aussi été utilisées pour compléter le recueil de données sur

---

<sup>53</sup> Cette association, parfois connu sous l'appellation de Comité ad hoc de la médecine traditionnelle au Togo n'a pas encore rempli les exigences d'une association suivant les textes en vigueur mais anime quand même des actions en vue de la promotion de la MTR au Togo. Elle participe du reste aux actions soutenues par le ministère de la santé à l'occasion d'évènements liés à la célébration de la journée de la médecine africaine.

la médecine traditionnelle dans le monde, en Afrique et au Togo. Ce type d'informations a permis de comprendre les stratégies communicationnelles, le contenu des messages et les publics cibles.

Les textes de loi, les documents de politique de santé, ainsi que les discours prononcés lors de cérémonies officielles consacrées à la médecine traditionnelle au Togo ont été exploités pour une évaluation des politiques et programmes nationaux.

### **2.6.2 L'enquête de terrain**

L'enquête de terrain s'est déroulée de façon intensive de juillet à décembre 2007. Entre janvier et juin 2008, des discussions complémentaires avec certains tradithérapeutes ont permis d'affiner certaines informations qui n'ont pu être recueillies au cours des entretiens précédents par manque de temps de nos informateurs tradithérapeutes.

L'immersion de l'auteur dans le groupe des tradithérapeutes au cours du forum des tradithérapeutes du Togo organisé en septembre 2007 à Vogon (ville située au Sud-est du Togo) a favorisé la création de relation de confiance entre le chercheur et les informateurs de cette catégorie. Le recours aux associations de personnes vivant avec le VIH a rendu possible l'enrôlement de malades ou de personnes séropositifs dans l'étude.

Il n'a pas été nécessaire de faire appel aux traducteurs, les agents de collectes et l'auteur maîtrisant les dialectes prédominants dans les champs géographiques de l'étude.

Après la confection et le pré test des outils, nous avons recueillis les données primaires auprès des différents groupes cibles. La collecte de données dans la population avec le questionnaire a été réalisée avec l'appui de deux agents expérimentés et qui ont reçu de l'auteur des orientations sur le contenu et les thématiques de l'étude. Un contact régulier par téléphone a été

maintenu avec ces derniers durant leurs travaux de collecte pour les éclairer sur les difficultés, en définitive mineures, qui se sont présentées à eux.

Pour réduire les biais d'informations, les autres données ont été recueillies par l'auteur lui-même auprès des autres informateurs visés. Plusieurs passages ont parfois été nécessaires auprès de tradithérapeutes pour boucler l'entretien car les données à collecter auprès de ce groupe cible sont très sensibles et denses, et nécessitent la mise en confiance des concernés, ce qui ne serait pas possible avec d'autres personnes que le concepteur de l'étude.

## **2.7 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES**

Après la collecte, les informations obtenues suite à l'administration du questionnaire standardisé ont fait l'objet d'un traitement statistique par l'utilisation du logiciel SPSS 10.0. Les tableaux sortis du traitement par le logiciel SPSS ont été ensuite analysés en relation avec les hypothèses pour déterminer les relations entre les variables d'étude.

En rapport aux données qualitatives, le dépouillement manuel a été la principale technique d'analyse. Il a consisté d'abord à la lecture de l'ensemble des transcriptions, au repérage des mots clés et enfin à la classification des discours en fonction des objectifs de recherche.

## **2.8 DIFFICULTES RENCONTREES ET LIMITES DE L'ETUDE**

### **2.8.1 Difficultés rencontrées**

Les difficultés majeures rencontrées au cours de l'étude sont dues à la sensibilité du sujet et à l'environnement répressif mis en place par le Gouvernement Togolais. Les publicités dans les médias par certains tradithérapeutes de leurs capacités à guérir les malades du SIDA sont réprimées par les autorités, ce qui a renforcé la résistance habituelle des

praticiens de la médecine traditionnelle à nous fournir des informations sur les procédés thérapeutiques et les types de soins prodigués en faveur des malades du SIDA.

Pour contourner cet obstacle, la participation à l'atelier organisé par l'Association Sauve Flore en faveur des tradithérapeutes en septembre 2007 à Vogan (au Sud-est du Togo) a contribué à créer des relations de confiance avec certains d'entre eux.

Parfois, plusieurs rencontres ont eu lieu avec les tradipraticiens avant de boucler l'entretien, ce qui a contribué à rallonger la durée de la collecte des informations. Il a fallu non seulement de s'adapter aux calendriers des concernés, mais aussi de se déplacer pour les retrouver dans d'autres sites, suivant leurs localisations du moment.

### **2.8.2 Limites de l'étude**

Les limites de l'étude portent à la fois sur l'enquête quantitative que qualitative.

La première catégorie de limites de l'étude porte essentiellement sur le processus même d'échantillonnage de l'étude quantitative réalisée au sein de la population générale dans les deux régions couvertes par l'enquête de terrain. Tout procédé de collecte de données basé sur les échantillons comporte en lui le fait que l'échantillon, quels que soient les procédés et les précautions utilisées, ne peut être totalement identique à la population source. La population source est définie comme celle d'où est tiré l'échantillon de l'étude. Plus l'effectif de l'échantillon est élevé, plus la représentativité est aussi élevée, et donc la collecte devient plus onéreuse.

Lorsque le phénomène étudié est très répandu dans la population objet d'étude, même un échantillon réduit permet de disposer d'informations utiles pour apprécier son évolution au sein de ladite population.

Pour déterminer l'effectif (n) de l'échantillon de notre étude, nous avons utilisé la formule d'échantillonnage ci-après, dans l'hypothèse que le phénomène étudié répond à une loi normale:

$$\text{Effectif de l'échantillon} = n = t^2 \times p(1-p) / m^2$$

Dans cette formule :

« n » représente la taille d'échantillon requise ;

« t » représente le niveau de confiance recherché ;

« m » représente marge d'erreur ;

« p » représente la prévalence estimative du phénomène au sein de la population étudiée.

Appliquée à notre étude, nous avons la situation ci- après.

**t**= 1,96 pour un niveau de confiance de 95 % comme généralement admis

**m**= 0,05 pour une marge d'erreur de 5 %

**p**= 0,85. La prévalence estimée du recours à la médecine traditionnelle dans les pays africains au sud du Sahara est estimée entre 80 et 90 %. Nous prenons la moyenne des deux bornes de cet intervalle pour notre calcul.

Connaissant tous ces paramètres, nous pouvons maintenant calculer l'effectif « n » requis pour l'échantillon de l'étude comme suit :

$$n = 1,96^2 \times 0,85(1-0,85)/0,05^2$$

$$n = 3,8416 \times 0,1275/0,0025$$

$$n = 0,4898 / 0,0025$$

$$n = 195$$

Pour une prévalence de 85 %, l'effectif de l'échantillon nécessaire est estimé à 195 personnes. Cependant, les résultats de l'enquête font ressortir une prévalence de 89,5% (soit environ 90%) d'utilisation de la MTR au sein de l'échantillon. Or avec  $p=0,90$ , l'effectif de l'échantillon requis ne serait plus que de 138 personnes si la prévalence est de 90%.

Dans le cadre de cette étude, en dehors des malades du SIDA, l'effectif total des personnes interrogées dans le cadre de l'étude s'élève à 126. Quand bien même nous n'avons pas pu atteindre les 195 personnes requises suivant notre projet de départ, ce nombre est assez proche des 138 nécessaires pour une prévalence de 90%. Aussi, du fait de la prévalence élevée du nombre de personnes qui font recours à la médecine traditionnelle en cas de maladie d'une part, et d'autre part à cause de la saturation observée dans les réponses en terme de contenu après le dépouillement et l'analyse des données, les résultats obtenus peuvent être considérés comme valides et reflétant la situation qui prévaut dans les sites de l'étude au moment de notre passage. Ceci est d'autant plus vrai que plus de 97% des répondants (123 répondants sur 126 interrogés) reconnaissent avoir obtenu satisfaction de l'usage des médicaments traditionnels dans leur traitement récents.

La deuxième catégorie de limites concerne la partie qualitative de l'enquête. Les informations recueillies ne donnent pas toujours la possibilité de vérification par l'auteur, faute de moyen crédible à cet effet. Par exemple, lorsque certains tradipraticiens font état de la prise en compte de la numération des CD4 des patients avant de commencer le traitement, et qu'après ils procèdent de nouveau au contrôle, ils n'ont pas été en mesure de nous montrer de données écrites, puisque les documents sont en possession des personnes soignées. Notre tentative d'en savoir plus auprès d'une patiente n'ont pas abouti à cause du refus de cette dernière.

L'évaluation courante de l'état de santé après le traitement traditionnel

est la forme physique, c'est-à-dire l'embonpoint du malade après le traitement. Or, la médecine traditionnelle ne connaît pas de virus. D'où, l'évaluation de cette affirmation laisse les partisans de la biomédecine insatisfaits. Ceci laisse des perspectives de recherches plus spécifiques des spécialistes en médecine générale ou en pharmacologie, à travers des essais cliniques propres à ces disciplines, pour déterminer l'efficacité des remèdes en cause, suivants les normes généralement admises.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

**DEUXIEME PARTIE : POLITIQUE SANITAIRE  
ET MEDECINE RADITIONNELLE AU TOGO**

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE



## **CHAPITRE 3 : L'ORGANISATION ET L'ADMINISTRATION DES SERVICES DE SANTE AU TOGO**

Nous ne pouvons mener à terme une étude sur les déterminants du recours des malades du SIDA au Togo sans présenter la situation de l'organisation et de l'administration des services de santé du pays. Cette présentation permettra de relever la place de la médecine traditionnelle dans le système en place afin de mieux comprendre les itinéraires thérapeutiques des populations et leurs appréciations sur les traditions de soins en à leur disposition.

Se situant dans la ligne tracée par l'Initiative de Bamako et à laquelle il a adhéré, le Togo initie l'élaboration d'une politique nationale de santé en 1996. Le processus aboutit à sa révision en 1998 avant même d'avoir été finalisé. La politique nationale de santé se fixe 3 objectifs principaux à savoir :

- réduire la mortalité et la morbidité et améliorer le bien-être à travers des soins préventifs, curatifs, promotionnels et ré-adaptatifs ;
- étendre la couverture sanitaire à l'ensemble de la population, notamment aux plus démunis, en assurant des services de qualité et la disponibilité des médicaments génériques essentiels (MEG) ;
- agir sur les déterminants de la santé et rendre le système viable et performant

Depuis cette initiative, des politiques et programmes de santé ont été initiées avec des fortunes diverses.

### **3.1 LES POLITIQUES ET PROGRAMMES DE SANTÉ**

#### **3.1.1 La politique nationale de santé**

Le gouvernement togolais a entrepris en 1996 de se doter d'une politique nationale de santé se fondant sur un certain nombre d'accords

internationaux qu'il a ratifiés dont la Déclaration d'Alma-Ata et l'Initiative de Bamako. Sur la base de l'analyse de la situation qui prévalait à l'époque, les priorités suivantes ont été assignées à ladite politique :

- la réalisation d'une couverture sanitaire aussi large que possible visant le rapprochement des services de santé des populations ;
- le renforcement des actions d'information, d'éducation et de prévention des maladies dominantes ;
- l'incitation du secteur privé à contribuer à l'amélioration de la couverture sanitaire aussi bien en milieu urbain que rural ;
- la réalisation de l'approvisionnement en médicaments essentiels de toutes les formations sanitaires ;
- l'encouragement de la recherche appliquée en pharmacopée traditionnelle ;
- la formation d'un personnel suffisant et adapté aux besoins socio-sanitaires des populations.

Malgré la pertinence de ces priorités, elles ne seront pas toutes inscrites dans les objectifs que se fixe d'atteindre la politique nationale de santé du Togo. En effet, des 16 objectifs spécifiques, aucun ne s'adresse à la problématique de la médecine traditionnelle.

### **3.1.2 Le plan national de développement sanitaire**

Pour opérationnaliser la politique nationale de santé, le gouvernement, avec l'appui des organisations internationales, sous le leadership de l'OMS, adopte un plan national de développement sanitaire pour la période 2002-2006. A l'origine, le PNDS avait suscité beaucoup d'espoir. « Le TOGO, pour la première fois de son histoire inaugure, avec le Plan National de Développement Sanitaire 2002-2006, une nouvelle étape de développement de son système de santé » pouvait-on lire à la première phrase de sa préface.

Il constitue un cadre de référence pour toutes les actions socio-sanitaires du pays.

Mais avec le temps, on s'apercevra qu'un plan, quelle qu'en soit la qualité, ne peut atteindre ses objectifs que si les moyens sont mis à la disposition des acteurs chargés de sa mise en œuvre. L'évaluation en 2007 de ce plan montre que ses objectifs sont loin d'être atteints. Même si le gouvernement a maintenu un minimum de personnel du secteur, les différents programmes n'ont évolué que grâce aux financements des organisations internationales, comme en témoigne l'état de détérioration des infrastructures sanitaires nationales.

### **3.1.2 Cadre stratégique national de lutte contre le SIDA**

Le cadre stratégique national de lutte contre le SIDA est un document de référence pour toutes les interventions en matière de lutte contre le SIDA au Togo. Elaboré pour la première fois en 2001 pour une période de 5 ans, le « Cadre stratégique national 2001-2005 » comporte 14 objectifs allant de l'organisation du cadre institutionnel de mise en œuvre des interventions dans le domaine du SIDA au Togo en passant par l'amélioration des services et la mobilisation des communautés nationales et internationales autour de la problématique de la pandémie.

Une évaluation du cadre, dont le rapport final a été publié en avril 2006 a permis de faire le bilan des réalisations par rapport aux prévisions d'actions. Les conclusions de cette évaluation étaient en faveur d'une réalisation satisfaisante, puisqu'en filigrane, l'on notait une prise de conscience généralisée de la population, suite aux multiples campagnes de sensibilisations organisées et soutenues par les fonds extérieurs, et surtout à l'offre de services de prise en charge des personnes vivant avec le VIH grâce au concours financier du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, le paludisme

et la tuberculose. « De l'analyse de cette revue, il en ressort des résultats positifs significatifs », affirmaient les auteurs<sup>54</sup>.

Toutefois, même si le rapport n'en fait pas clairement état, il y a lieu de s'interroger sur la pérennisation de ce genre d'actions en cas d'indisponibilité des fonds fournis par l'aide internationale. Cette préoccupation a été vérifiée en 2008 à la suite de la suspension de l'approvisionnement en ARV pour cause de mauvaise gestion des fonds que cette organisation mondiale a mis à la disposition du Togo. L'un des plus grands soucis relevé par cette revue est la mauvaise organisation des services et des campagnes sur le terrain.

Les 14 objectifs du cadre stratégique national de lutte contre le SIDA au Togo se présentent comme suit :

- réorganiser le cadre institutionnel de coordination intersectorielle de la réponse nationale en vue de répondre plus efficacement à la problématique actuelle et future de l'épidémie du VIH/SIDA au Togo ;
- renforcer la sensibilisation et la conscientisation par la mise à disposition d'informations correctes sur le VIH/SIDA et sur les moyens de prévention ;
- contribuer à la réduction de la transmission des VIH/SIDA/IST au Togo par le marketing social des préservatifs ;
- améliorer la prise en charge des IST ;
- améliorer la prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH et les malades du SIDA ;
- assurer la sécurité transfusionnelle à 100% sur toute l'étendue du territoire national ;
- prévenir la transmission sanguine du VIH/SIDA en milieu de soins

---

<sup>54</sup> CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, 2006, Rapport final de la revue du cadre stratégique national - 2001-2005 du Togo

et au cours des pratiques traditionnelles ;

- améliorer la surveillance du VIH/SIDA/IST de deuxième génération, couplée avec la surveillance comportementale ;
- promouvoir la recherche opérationnelle et fondamentale en matière de l'infection à VIH/SIDA au Togo ;
- réduire la transmission sexuelle du VIH/SIDA de 25% chez les jeunes de 10 à 24 ans d'ici 2005 ;
- réduire de façon significative la prévalence des IST/VIH/SIDA chez les femmes, d'ici 2005 ;
- réduire la transmission verticale du VIH/SIDA de la mère à l'enfant de 35% à 15% au moins
- réduire la propagation du VIH/SIDA au sein des populations de migrants saisonniers et sédentaires, des militaires, des gardiens de la paix et des routiers, et leurs partenaires ;
- minimiser la propagation du VIH/SIDA dans le groupe des prostituées et leurs partenaires.

### **3.2 LE SYSTÈME DE SANTÉ AU TOGO**

Lorsqu'on parle de système de santé au Togo, l'on fait immédiatement référence à la pratique de la médecine dite moderne. L'analyse des trois niveaux qui le constituent montre que la médecine traditionnelle n'occupe qu'une place marginale dans la politique nationale de santé au Togo.

Le système de santé comporte trois niveaux à savoir : le niveau central, le niveau régional et le niveau périphérique. La représentation sous forme pyramidale du système de santé au Togo, à l'instar de la situation dans la plupart des pays africains, se présente avec une base composée de 35 districts sanitaires : c'est le niveau périphérique, là même où se situent tous les contacts entre la population des usagers des services de santé et le système d'offre de services. Cette base étalée supporte le niveau

intermédiaire qui est le niveau régional. D'un point de vue fonctionnel, le territoire est divisé en six régions sanitaires selon la nomenclature du ministère de la santé. Enfin au sommet de la pyramide se situe le niveau central qui se trouve au niveau du cabinet du ministre et comprend la direction générale de la santé qui en est l'organe politique, avec comme organes techniques, les trois centres hospitaliers universitaires, dont deux situés à Lomé, la capitale du pays, et un troisième à Kara, dans la partie septentrionale du pays.

C'est au niveau central que sont définies les grandes orientations de la politique sanitaire, les normes et les standards de pratique de la médecine en général et l'application des textes gouvernementaux ayant un rapport avec la santé publique. Le niveau central est chargé aussi de l'organisation de la formation des personnels de santé, des recrutements et du déploiement des agents sur toute l'étendue du territoire pour la mise en application correcte de la politique sanitaire. Le niveau central comporte aussi un des départements chargés des relations avec les organisations internationales et notamment du suivi des programmes appuyés par ces dernières.

Le niveau régional constitue le relais du niveau central dans le cadre de la décentralisation de l'administration de la santé dans le pays. Ce niveau constitue en quelque sorte la représentation, dans les régions administratives, de la direction générale, voire du ministère de la santé publique. Entre autres attributions, la direction régionale est chargée de la mise en place et de la coordination des interventions au niveau de tous les districts sanitaires relevant du territoire de la région. En bref, la direction régionale de la santé anime la politique sanitaire de la région couverte.

Quant au niveau périphérique elle a pour mission l'application directe des traitements dans les districts sanitaires. Les actions sont animées par une équipe cadre du district de contrôle des interventions au niveau du district

sanitaire. C'est la courroie de transmission entre l'organe national en matière de santé et la communauté de base.

Le niveau du district sanitaire, la base de la pyramide, déploie les services au sein de la population et conduit les grandes campagnes de santé publique nationales.

Si théoriquement cette structuration apparaît comme une organisation logique et rationnelle, la réalité dans l'application est toute autre. Comme nous aurons à le démontrer dans les chapitres suivants, le ministère de la santé rencontre de nombreux problèmes qui ne facilitent pas la mise en application d'une politique claire de santé publique au Togo. Ces problèmes sont d'ordre structurel et conjoncturel. Depuis le début des années 1990, le pays est plongé dans une crise sociopolitique qui a fortement hypothéqué les maigres acquis des années qui ont précédé cette période.

### **3.2.1 Les infrastructures sanitaires : une amélioration théorique de l'accès**

L'une des principales caractéristiques du système de santé togolais est la vétusté des infrastructures sanitaires à travers le pays. Mais quelle est la situation à l'heure actuelle ?

D'après le plan national de développement sanitaire couvrant la période 2002-2006 le Togo compte « en 2001, 561 formations sanitaires publiques et confessionnelles toutes catégories confondues, dont trois CHU, cinq centres hospitaliers régionaux, 26 hôpitaux de préfecture, 7 hôpitaux confessionnels, 7 polyclinique, 79 centres médico-sociaux, 10 centres de santé, 397 dispensaires et 22 centres de protection maternelle et infantile »<sup>55</sup>

En plus, l'on dénombre des formations privées dont près de la moitié

---

<sup>55</sup> Ministère de la santé publique, république togolaise, Plan national de développement sanitaire du Togo 2002-2006

se situe à Lomé, la capitale du pays. Cette situation crée un déséquilibre entre l'offre de services de santé et son accessibilité pour les populations de l'intérieur du pays. Cette disparité d'accès est encore plus accentuée lorsqu'on quitte les zones urbaines pour les agglomérations rurales. En effet, la recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé selon laquelle les états devraient tout mettre en œuvre pour permettre un accès à une infrastructure de santé à moins de 5 km de l'habitation est irréalisable dans la situation du Togo. La couverture sanitaire, conformément à cette recommandation, ne serait que de l'ordre de 60% en 2003 (OMS, 2004).

**Tableau III - Répartition des formations sanitaires publiques et confessionnelles par type et par région en 2001.**

Type de formation	Lomé	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	Total
CHU	2	-	-	-	1	-	3
CHR	-	1	1	1	1	1	5
Hôpital spécialisé	-	2	1	-	-	1	4
Hôpital de préfecture ou de district	1	4	8	4	6	3	26
Hôpital confessionnel	-	1	4	1	-	1	7
Policlinique	-	3	2	-	1	1	7
Centre médico-social	11	29	19	5	12	3	79
Centre de santé	9	1	-	-	-	-	10
Dispensaire (USP)	3	92	123	58	72	49	397
PMI	-	3	11	-	4	4	22
<b>Ensemble</b>	<b>26</b>	<b>136</b>	<b>169</b>	<b>69</b>	<b>97</b>	<b>63</b>	<b>560</b>

Source : Ministère de la santé publique, République Togolaise.

Une analyse des données disponibles montre une certaine évolution positive des infrastructures sanitaires entre 1993 et 2003. Au cours de cette période le nombre total de formations sanitaires est passé de 408 (1993) à 1244 (2003), quand bien même toutes ne répondent pas aux normes nationales fixées par le ministère de la santé lui-même.

### **3.2.2 Accès et utilisation des services de santé**

Malgré cette évolution positive, le taux de fréquentation des infrastructures sanitaires publiques a subi une baisse drastique, passant de 60,2% en 1988 à 25,7% en 2003, témoignant, si besoin en est, d'un décalage évident entre les attentes des populations et la nature et la qualité des services offerts par les formations sanitaires publiques. Selon l'OMS « l'utilisation effective des services de santé publics s'est considérablement réduite au cours des dernières années en raison de la dégradation continue des infrastructures et équipements, de la pénurie des consommables, de la démotivation du personnel ainsi que du coût relativement élevé des prestations »<sup>56</sup>. Mais doit-on seulement attribuer cette désaffectation des services de santé à ces seuls facteurs ? Que dire des attentes des bénéficiaires ?

Alors que l'on estime que la majorité des populations se tournent vers les tradipraticiens pour leurs problèmes de santé, ceux-là mêmes dont les lieux de prestation n'ont rien de luxueux, il urge de changer de langage et de mode de pensée face aux problèmes sanitaires des populations africaines et de rechercher les vraies causes des problèmes qui surgissent et qui ont besoin de la contribution d'autres spécialistes que les seuls experts en médecine.

### **5.2.3 Les ressources humaines du système sanitaire conventionnel**

Sur le plan des ressources humaines, les statistiques les plus récentes et les plus fiables dont nous disposons font état d'une dégradation de la situation d'année en année. Cette situation se traduit par une augmentation des ratios habitants/médecin et habitants/infirmier qui passent

---

<sup>56</sup> ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, Profil de Système de Santé de Pays, TOGO 2004, Lomé, août 2004

respectivement de 12539 à 16791 habitants/médecin entre 1988 et 2003 et de 2931 à 6220 habitants/infirmier au cours de la même période. Les disparités régionales sont encore plus frappantes dès qu'on s'éloigne de la capitale. En 2003, le ratio habitants/médecin varie de 23963 (Région de la Kara) à 59000 (Région des Savanes) alors qu'il n'est que de 4439 pour Lomé la capitale.

En 2003, on dénombre 296 médecins, 259 assistants médicaux, 799 infirmiers diplômés d'Etat, 348 sages-femmes et 306 laborantins d'Etat. Non seulement l'effectif du personnel est insuffisant, mais en plus il fait l'objet d'un déséquilibre dans sa répartition géographique qui se traduit par la mauvaise performance qu'on lui reconnaît. En effet, suivant la Division Information Statistique, Etudes et Recherches (DISER) « la moitié du personnel qualifié est concentrée à Lomé. Le niveau central, avec sa fonction administrative, absorbe près de 11% des médecins et 43% des cadres supérieurs non « médicaux » (DISER, 2003)<sup>57</sup>.

Cet déséquilibre dans le déploiement du personnel qualifié n'est pas justifiable au regard du manque de médecins dans des structures sanitaires de l'intérieur du pays où l'on constate, suivant les statistiques, que certains centres de santé sont tenus par du personnel non médical et parfois formés sur le tas.

#### **3.2.4 La recherche et la formation**

Si, comme dans la plupart des pays africains, les premiers personnels de santé ont reçu leur formation dans les universités étrangères, et surtout européennes, avant et peu après les indépendances, le Togo a créé un certain nombre d'écoles de formation sur place qui ont contribué à la formation d'une masse critique d'agents de santé que l'Etat mettait à la disposition des

---

<sup>57</sup> Division Information Statistique, Etudes et Recherches (DISER), Annuaire des statistiques sanitaires, Lomé, 2003, 109 p.

infrastructures de santé qui étaient mises en place d'année en année.

Cette évolution s'est poursuivie normalement jusqu'à la crise des années 1980 et son corollaire d'ajustements structurels qui ont mis un coup d'arrêt aux investissements dans les secteurs sociaux des Etats africains qui ployaient sous le poids de dettes démesurées vis-à-vis des institutions internationales.

Une des conséquences de ce nouveau paradigme de développement est la suspension des recrutements de personnels de santé, qui, autrefois, étaient assurés d'être affecté à un poste dans une structure sanitaire après l'obtention de leurs diplômes.

Au Togo, en plus de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie, on dénombre l'Ecole des Assistants Médicaux, l'Ecole Nationale des Sages-femmes et l'Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux. Ces institutions de formation ne sont pas à l'abri des effets des programmes d'ajustements structurels, et sont parfois contraintes de freiner le rythme des promotions formées, voire de fermer momentanément leurs portes, au gré des conditions économiques du pays.

Bien que la formation d'agents de santé se poursuivait, même le remplacement d'agents admis à la retraite n'était pas garanti, rendant parfois inopérant certaines structures sanitaires qui furent abandonnées quelques fois aux personnels non médicaux, surtout après la grande crise sociopolitique que le pays a connu entre 1990 et 2007.

### **3.2.5 Les problèmes spécifiques du secteur de la santé**

Les maladies couramment rencontrées au Togo sont : le paludisme, les anémies, les infections respiratoires, l'hypertension artérielle, les maladies diarrhéiques, les broncho-pneumopathies, les douleurs abdominales, les

infections parasitaires, la tuberculose pulmonaire, les infections du nouveau-né, les maladies cérébro-vasculaires, les marasmes nutritionnels, les gastro-entérites, la méningite cérébro-spinale et les insuffisances cardiaques.

### **3.2.6. Principales causes de consultations dans les formations sanitaires**

D'après les statistiques du ministère de la santé en 2003, les principales causes de consultation dans les formations sanitaires sont de loin le paludisme, qui représente à lui seul plus de 40 % du total des consultations annuelles dans le pays, suivi des plaies et traumatismes (7,4 %) et des infections aiguës des voies respiratoires (6,7 %). Les autres causes, qui représentent 45,3 %, sont constituées essentiellement de maladies diarrhéiques, de dermatoses, d'amibiases, d'anémies et d'autres pathologies statistiquement mineures, ne dépassant guère 2 %.

Pendant ce temps les tradithérapeutes continuent d'attirer les malades pour les diverses pathologies qui font de moins en moins de recette dans les formations sanitaires modernes. D'après les personnes interrogées au cours de notre recherche, certaines maladies citées comme faisant partie de ce qui est communément représenté par les populations togolaises comme « maladies hors de portée de l'hôpital », ou celles dont le traitement à l'hôpital est jugé inefficace, se retrouvent dans la liste des maladies à faible taux de consultation dans les structures de soins modernes. Avant d'aborder plus en détail cette question dans la présentation des résultats de terrain, citons les affections suivantes : les plaies non précisées couramment connues comme des plaies incurables, les fractures, les dermatoses, les anémies, etc.

**Tableau IV - Taux de morbidité proportionnelle selon les principales causes**

Causes	Nombre de malades consultants	Taux de morbidité proportionnelle (%)
Paludisme simple	490 256	40,6
Plaies – traumatismes	89 431	7,4
Infection aiguë des voies respiratoires	81 416	6,7
Maladies diarrhéiques	26 956	2,2
Dermatose	25 362	2,1
Amibiase	24 681	2,0
Gastro-entérites	24 315	2,0
Anémie	23 738	2,0
Conjonctivite	23 415	1,9
Parasitoses intestinales	22 448	1,9
Plaies non précisée	19 366	1,6
Douleurs abdominales	17 637	1,5
Dysenterie	16 111	1,3
Hypertension artérielle	15 821	1,3
Rhumatisme articulaire sans précision	14 811	1,2
Total des principales causes	915 764	75,9
Autres causes	290 472	24,1
Ensemble des causes	1 206 236	100,0

Source : Division Information Statistiques, Etudes et Recherche, Annuaire 2003

### 3.2.7 La place de la médecine traditionnelle dans la politique de santé

L'Organisation Mondiale de la Santé estime qu'environ 80 % de la population togolaise utilisent la médecine traditionnelle pour se soigner. Cependant aucun inventaire exhaustif n'a, à ce jour, été conduit pour savoir le nombre exact de tradithérapeutes exerçant sur l'étendue du territoire national. Les premières tentatives dans ce domaine sont les enquêtes réalisées de 1974 à 1976 par le Dr Koffi-Kouma HODOUTO et KLUGA-OCLOO de l'ex société TOGO-PHARMA, et qui n'ont couvert que quelques zones urbaines réparties sur toute l'étendue du territoire national. Leur enquête avait permis d'établir les statistiques suivantes, qui sont largement en deçà de la réalité. Le détail est présenté dans le tableau ci-dessous. Selon les auteurs,

le Togo compterait alors 672 tradithérapeutes dont 60 à Lomé la capitale. Ici comme dans d'autres domaines, se pose le problème de fiabilité des données statistiques en Afrique.

Le seul moyen d'avoir une vision de la situation réelle serait l'inclusion des questions spécifiques lors du prochain recensement général de la population pour déterminer le nombre de tradipraticiens exerçant dans le pays. Il ne s'agira donc pas seulement de recueillir la profession des personnes recensées, mais d'envisager une question supplémentaire visant à savoir si la personne recensée exerce d'autres activités, car pour beaucoup, la médecine traditionnelle s'exerce comme une deuxième activité. Ce souci est gouverné par les résultats de notre enquête qui montrent que de nombreux tradipraticiens exercent la médecine traditionnelle en deuxième option, tant en milieu urbain que rural.

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

## **CHAPITRE 4 - CONTEXTE GEOGRAPHIQUE, POLITIQUE, ECONOMIQUE ET SOCIOLOGIQUE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE AU TOGO**

Dans ce chapitre, nous présentons brièvement l'environnement global dans lequel se déroule notre étude. Il s'agira de donner un bref aperçu des contours géographique et naturel qui servent de sources d'approvisionnement aux tradithérapeutes ainsi que de l'environnement sociopolitique dont est tributaire la médecine traditionnelle au Togo.

### **4.1 SITUATION SOCIODEMOGRAPHIQUE ET ENVIRONNEMENTALE DU TOGO**

#### **4.1.1- Aspect démographique**

Le Togo est habité depuis le Néolithique comme l'attestent les données archéologiques notamment dans le Nord du pays (Dapaong). Les fouilles microlithiques dégagées par les chercheurs sont datées de 2600 avant Jésus Christ (in GAYIBOR et al, 1997 : P. 44).

Selon les données de la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale, la population togolaise est estimée en 2006 à 5.337.000 habitants avec un taux d'accroissement moyen annuel compris entre 2,4 % et 3% de 1981 à 1998. C'est une population en majorité rurale (70% environ) et jeune (70% des togolais ont moins de 30 ans et 55% moins de 15 ans).

La répartition spatiale de la population présente de fortes disparités. La Région Maritime concentre à elle seule plus du tiers des hommes sur moins de 11% du territoire ; dans la région des Plateaux et dans la Région Centrale, vivent respectivement 24% et 15% des Togolais. Il en résulte une grande variation dans les densités rurales dont le maximum dépasse 150 hab/km<sup>2</sup> dans le Bas-Togo, tandis que le minimum atteint à peine 27 dans les savanes.

La population togolaise est à dominante rurale. En 1960, 90% des hommes habitaient les campagnes. Toutefois, ce taux connaît une décroissance progressive en raison du mouvement de l'exode rural qui s'est révélé très dynamique au cours des dernières décennies. Ce mouvement est attribuable à la fois à l'attrait exercé par les villes sur les ruraux et à l'expansion des zones autrefois rurales et qui sont aujourd'hui urbanisées.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

**Tableau V - Effectif estimé de la population du Togo entre 2000 et 2005**

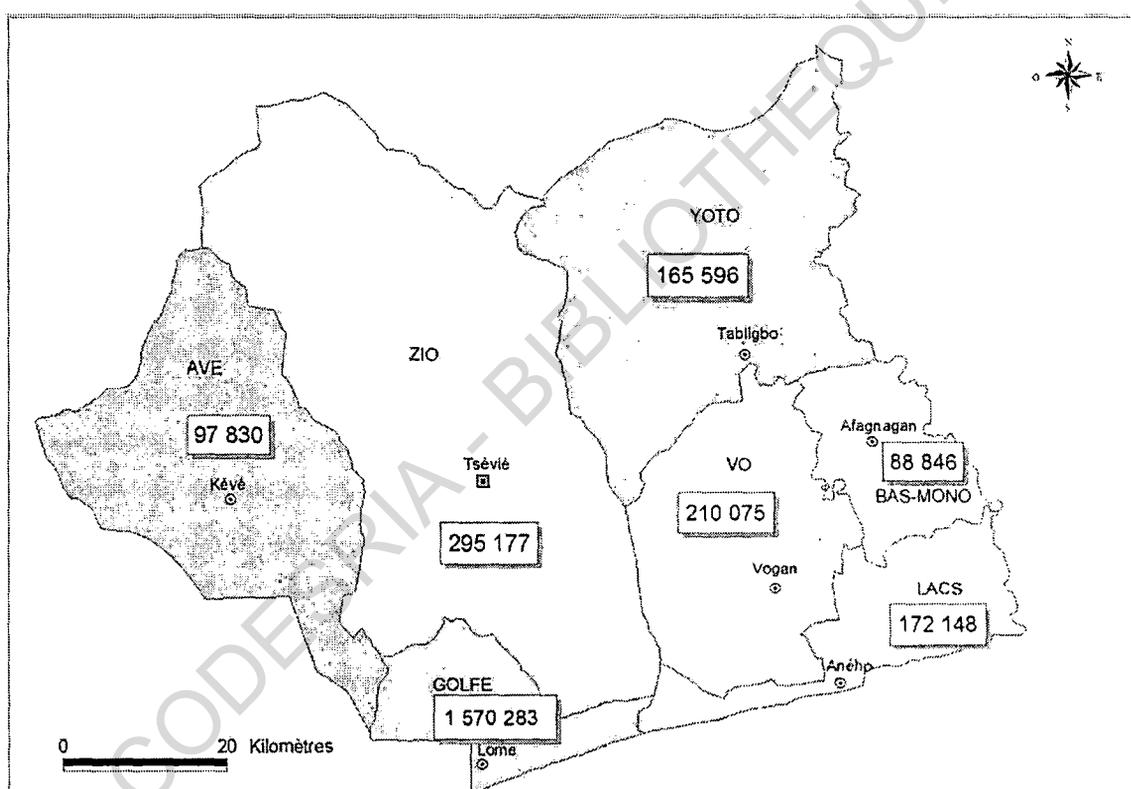
<b>REGIONS ET PREFECTURES</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>REGION MARITIME</b>	<b>1.907.000</b>	<b>1.969.000</b>	<b>2.040.000</b>	<b>2.113.000</b>	<b>2.189.000</b>	<b>2.265.000</b>
Lomé-Commune	730.000	762.000	800.000	839.000	880.000	921.000
Golfe sans Lomé	300.000	318.000	337.000	355.000	374.000	394.000
Golfe avec Lomé	1.030.000	1.080.000	1.137.000	1.194.000	1.254.000	1.315.000
Lacs	213.000	215.000	218.000	221.000	223.000	226.000
Vo	205.000	207.000	209.000	212.000	215.000	217.000
Yoto	142.000	145.000	148.000	151.000	155.000	158.000
Zio	235.000	239.000	243.000	248.000	253.000	258.000
Ave	82.000	83.000	85.000	87.000	89.000	91.000
<b>REGION DES PLATEAUX</b>	<b>1.062.000</b>	<b>1.092.000</b>	<b>1.116.000</b>	<b>1.142.000</b>	<b>1.167.000</b>	<b>1.193.000</b>
Ogou	235.000	241.000	246.000	252.000	258.000	264.000
Est-Mono	70.000	72.000	74.000	75.000	77.000	79.000
Amou	87.000	90.000	93.000	97.000	100.000	103.000
Wawa	145.000	148.000	151.000	154.000	157.000	160.000
Danyi	38.000	39.000	40.000	41.000	42.000	43.000
Kloto	172.000	175.000	179.000	183.000	187.000	191.000
Agou	80.000	81.000	82.000	83.000	84.000	85.000
Haho	175.000	178.000	181.000	185.000	188.000	192.000
Moyen-Mono	66.000	68.000	70.000	72.000	74.000	76.000
<b>REGION CENTRALE</b>	<b>463.000</b>	<b>468.000</b>	<b>474.000</b>	<b>478.000</b>	<b>484.000</b>	<b>489.000</b>
Tchaoudjo	157.000	159.000	161.000	162.000	164.000	166.000
Tchamba	76.000	77.000	78.000	79.000	79.000	80.000
Sotouboua	128.000	129.000	131.000	132.000	134.000	135.000
Blitta	102.000	103.000	104.000	104.000	107.000	108.000
<b>REGION DE LA KARA</b>	<b>626.000</b>	<b>633.000</b>	<b>640.000</b>	<b>647.000</b>	<b>654.000</b>	<b>662.000</b>
Kozah	200.000	202.000	205.000	207.000	209.000	212.000
Binah	62.000	62.000	63.000	64.000	65.000	65.000
Assoli	49.000	50.000	50.000	51.000	51.000	52.000
Bassar	99.000	100.000	101.000	102.000	103.000	104.000
Dankpen	70.000	71.000	72.000	72.000	73.000	74.000
Doufelgou	79.000	80.000	81.000	82.000	83.000	84.000
Kéran	67.000	68.000	68.000	69.000	70.000	71.000
<b>REGION DES SAVANES</b>	<b>571.000</b>	<b>578.000</b>	<b>584.000</b>	<b>590.000</b>	<b>590.600</b>	<b>603.000</b>
Tone	251.000	254.000	257.000	259.000	262.000	265.000
Tandjoare	84.000	85.000	86.000	87.000	88.000	89.000
Kpendjal	110.000	111.000	112.000	114.000	115.000	116.000
Oti	126.000	128.000	129.000	130.000	131.000	133.000
<b>ENSEMBLE DU PAYS</b>	<b>4.629.000</b>	<b>4.740.000</b>	<b>4.854.000</b>	<b>4.970.000</b>	<b>5.090.000</b>	<b>5.212.000</b>

Source : Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité nationale, Lomé

- **La Région Maritime**

La Région Maritime, l'une des régions couverte par notre étude, connaît une croissance démographique plus élevée que la moyenne nationale. En effet, la région maritime est une région densément peuplée. Avec une densité moyenne de 130 hab./km<sup>2</sup>, la Région Maritime regroupe le tiers de la population du pays.

**Carte 2 : La carte de la région maritime du Togo, zone d'enquête de l'étude**



Source : Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale du Togo, décembre 2011

**Tableau VI - Effectif de la population de la région maritime**

REGIONS ET PREFECTURES	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>REGION MARITIME</b>	<b>1.907.000</b>	<b>1.969.000</b>	<b>2.040.000</b>	<b>2.113.000</b>	<b>2.189.000</b>	<b>2.265.000</b>
Lomé- Commune	730.000	762.000	800.000	839.000	880.000	921.000
Golfe sans Lomé	300.000	318.000	337.000	355.000	374.000	394.000
Golfe avec Lomé	1.030.000	1.080.000	1.137.000	1.194.000	1.254.000	1.315.000
Lacs	213.000	215.000	218.000	221.000	223.000	226.000
Vo	205.000	207.000	209.000	212.000	215.000	217.000
Yoto	142.000	145.000	148.000	151.000	155.000	158.000
Zio	235.000	239.000	243.000	248.000	253.000	258.000
Ave	82.000	83.000	85.000	87.000	89.000	91.000

**Source :** Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale

La Région Maritime est une région fortement rurale. L'essentiel de la population urbaine de la Région Maritime est concentrée à Lomé qui se trouve être la capital du Togo.

En effet, les recensements font état d'une grande vitalité de la population urbaine de la Région Maritime. Le rythme moyen de croissance annuelle est estimé à 6,5%. Cette rapide croissance est redevable à l'importance de l'exode rural qui draine des populations des périphéries vers

les centres urbains et dont la concentration soulève de nombreux problèmes d'infrastructures sociales, notamment de santé.

Les ressources des ménages urbains de la région proviennent essentiellement des salaires et du commerce, respectivement 41,65% et 25,18% des ressources. Que ce soit à Lomé ou dans les autres grandes villes de la région, la prédominance des salaires et des revenus du commerce est un fait avéré depuis le lendemain des indépendances.

Les autres sources de revenus des ménages sont l'artisanat (10%), les transferts entre ménages (cadeaux, soutien familial) représentent jusqu'à 9% des ressources totales dans les grandes villes. Il faut souligner que certains ménages ne vivent que grâce à l'aide reçue.

Dans l'ensemble, les ressources dites permanentes (salaires ou revenus du commerce) permettent de couvrir 80% des dépenses des ménages urbains. Cette population est cependant fortement rurale avec un maigre revenu agricole.

L'essentiel des revenus des ménages ruraux de la région provient de l'agriculture, de l'élevage, de la pêche et des activités informelles (artisanat) ainsi que des mandats et cadeaux envoyés par les migrants (mission OIT/PECTA, février-mars 1984).

Mais les conséquences de l'anomalie climatique du bas-Togo sur la production agricole et par conséquent sur les revenus des ménages ruraux de la Région Maritime ont été au cours des dernières décennies à l'origine d'un fort mouvement migratoire des campagnes vers les centres urbains au point où l'écart entre la population rurale et la population est en train d'évoluer en faveur des villes.

- **La Région des plateaux**

Il est varié et caractérisé par une pluri ethnicité et une diversité linguistique. Plus de 70% de cette population vivent dans les agglomérations rurales où se fait principalement la culture du café et du Cacao. En effet, les producteurs de ces denrées, quelle que soit la préfecture, se retrouvent dans les localités rurales.

Dans la Région des Plateaux, les centres urbains ou semi-urbains sont peuplés de gens qui s'investissent beaucoup plus dans les affaires commerciales et autres activités génératrices de revenus. C'est un déséquilibre de répartition géographique tout à fait justificatif au point de vue écologique et pédagogique, les terres propices à l'agriculture caféière et cacaoyère se situant dans les localités rurales constituées par des formes et des villages.

#### **4.1.2 Aspect physique et climatique**

Les conditions physiques et climatiques affectent la disponibilité des plantes médicinales.

Le Togo est un pays de l'Afrique de l'Ouest situé entre les 6° et 11° de latitude Nord et entre 0° et 2° de longitude Est. Avec une superficie de 56.600 km<sup>2</sup>, il est limité par le Ghana à l'Ouest, la République du Bénin à l'Est, le Burkina Faso au Nord et le Golfe de Guinée au Sud. Il s'étire sur 600 km de l'Océan Atlantique au Sud jusqu'au Burkina Faso au Nord.

Le Togo présente deux types de climats : le climat guinéen ou subéquatorial entre le 6<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> degré de latitude Nord et le climat tropical soudanien entre le 8<sup>ème</sup> et le 11<sup>ème</sup> de latitude Nord. Les températures moyennes sont comprises entre 22° et 32°. La pluviométrie varie entre 850 et 1800 mm d'eau par an.

Deux types de climat se partagent le territoire togolais : le climat guinéen et ses variantes que l'on observe de la côte atlantique jusqu'aux environs du 8<sup>ème</sup> degré de latitude Nord et le climat soudanien et ses variantes qui occupent la partie septentrionale du pays. Il convient de relever ici quelques particularités remarquables de ces climats pour bien comprendre les situations qui interfèrent au Togo.

Dans l'ensemble, le climat est marqué par une grande diversité due à l'ouverture du pays sur l'Océan Atlantique, à l'harmattan, vent chaud et sec originaire du Sahara et soufflant jusqu'à la côte, à la mousson et à la présence de hautes altitudes.

Le Togo, de par sa situation, présente quelques entités forestières denses et des mosaïques forêts-savanes dans sa partie méridionale, auxquelles succèdent divers types de savanes sub-soudanaises, soudanaises et soudano-sahéliennes dans la partie septentrionale.

Le climat guinéen est un climat subéquatorial à 4 saisons et la grande saison des pluies dure de mars à juillet avec un maximum en juin. L'originalité de ce climat tient à sa faible pluviométrie et corrélativement au nombre anormalement élevé de mois considérés comme secs.

Le climat soudanien est un climat tropical à deux saisons ; la durée de la saison humide diminue du Sud vers le Nord ; le maximum pluviométrique varie en août et septembre, d'une localité à l'autre ; c'est dire le profil nettement dissymétrique de la répartition des pluies pendant l'hivernage.

#### **4.1.2.1 La Flore**

La flore a un potentiel d'influence sur l'approvisionnement en matières premières intervenant dans la préparation de remèdes traditionnels.

L'évaluation de la flore togolaise effectuée par la mission

ethnobotanique et floristique commandité par l'ACCT et le Gouvernement togolais en 1984, conduite par une équipe de botanistes qui ont utilisé la méthode de relevés itinérants, a permis d'établir des listes partielles de plantes qui constituent la richesse floristique du Togo, avec indication des types biologiques :

- La forêt claire de Cinkassé (90 espèces) ;
- La végétation saxicole des environs de Dapaong (33 espèces) ;
- La forêt classée de la Fosse aux lions entre Dapaong et Tandjoaré (57 espèces) ;
- La savane marécageuse entre Bombouaka et Nano (13 espèces) ;
- La savane des environs de Bombouaka (35 espèces) ;
- La forêt claire de Barkoissi entre Tandjoaré et Mango (46 espèces) ;
- La forêt claire de la réserve de la Kéran entre Mango et Kara (53 espèces) ;
- La savane de la montagne de Défalé aux environs de Kanté (71 espèces) ;
- La forêt classée d'Alédjo, une savane soudano-zambézienne en voie d'évolution vers une forêt dense plus ou moins sèche (135 espèces) ;
- La savane entre Awandjélo et kabou (55 espèces) ;
- Les galeries forestières de la rivière Mô entre Bassar et Sokodé (27 espèces) ;
- De Kolowaré entre Sokodé et Tchamba (20 espèces) ;
- Du Mono entre Sokodé et Tcmaba (21 espèces) ;

- Des environs de Tchamba (24 espèces) ;
- La savane soudano-zambézienne des environs de Sotouboua (34 espèces) ;
- La forêt secondaire de type semi-décidu près de d'Atakpamé (79 espèces) ;
- La forêt ripicole du Mono près de Nagbéto entre Atakpamé et Ountivou (34 espèces) ;
- La forêt dense humide semi-décidue de Klabé-Ofokpa entre Atakpamé et Badou (50 espèces) ;
- La forêt dense humide semi-décidue à 5km à l'est de Badou (50 espèces) ;
- La forêt dense humide semi-décidue des environs de la cascade d'Akloa (42 espèces) ;
- La forêt dense humide semi-décidue du Plateau de Danyi à Hikpa-Dzigbé (42 espèces).

Ces relevés sont néanmoins incomplets compte tenu du petit nombre d'espèces indiquées. Ils reflètent des stades variables et inégaux de la végétation du pays durant le seul mois de juillet.

Le nombre total des espèces recensées excède 860 et représente vraisemblablement le tiers de la flore du Togo.

#### **4.1.2.2 La végétation**

Prairies herbeuses drainées ou hydromorphes, résidus de fourrées et de mangroves, groupements de marécages ou de mares, plusieurs types de savanes, de forêts denses sèches ou de forêts claires, plantations et cultures variées sont les principaux constituants de la végétation du Togo. La

végétation naturelle ou climacique a été fortement remaniée par l'homme qui a réussi par la surexploitation et les mutilations à effacer la physionomie typique de certaines formations fragiles (mangroves, fourrés littoraux etc...).

Le climat et les conditions climatiques affectent la disponibilité en ressources naturelles servant d'intrants à la préparation des remèdes traditionnels. Malgré les changements climatiques, la situation actuelle est encore favorable à l'implantation des champs botaniques dans plusieurs régions du pays et en particulier dans les Régions Maritimes et des Plateaux.

#### **4.1.3- Aspect culturel**

On ne peut parler de médecine traditionnelle sans aborder les considérations socioculturelles de la société d'étude.

Le Togo est habité par une multitude de peuples différents. Le recensement de 1981 a permis de dénombrer 38 ethnies que l'on peut classer en environ 7 groupes géographiques de taille très inégale.

Concernant la religion, on compte au Togo trois grands courants religieux notamment l'animisme ou les religions traditionnelles (59%), le Christianisme (Catholique 22%, Protestantisme 7%) et l'Islam (12%). Depuis la Conférence Nationale de 1990 présidée par un évêque à l'occasion des mouvements politiques réclamant une démocratisation de la vie politique du pays à l'instar de la plupart des pays africains au sud du Sahara, les courants religieux se sont développés dans le pays et cette répartition peut être fondamentalement bouleversée.

#### **4.1.4 Aspect économique**

Les conditions économiques affectent les revenus des ménages et leurs capacités à prendre en charge financièrement leurs problèmes de santé.

Selon les classifications internationales, le Togo est parmi les pays dits

sous développés en général et parmi les pays les moins avancés en particulier. Selon la classification en vigueur depuis deux décennies au sein du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), en 2007, le Togo figure au 159<sup>ème</sup> rang sur 182 classés, avec un indice de développement humain de 0,499<sup>58</sup> juste derrière le Nigeria qui figure dans le groupe des IDH moyens avec un indice de 0,511, et devant le Malawi et le Bénin (160<sup>ème</sup> et 161<sup>ème</sup> respectivement).

Au delà de cette mesure qui prend en compte plusieurs paramètres tels que l'espérance de vie, le niveau d'instruction, le produit intérieur brut entre autres, le Togo est un pays pauvre, voire très pauvre. C'est à ce titre que l'Association internationale de développement (IDA) de la Banque Mondiale et le Fonds monétaire international (FMI) ont convenu en 2008 que le « Togo est admis à recevoir un allégement de la dette au titre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTÉ) renforcée, lui permettant ainsi d'atteindre le point de décision prévu par cette initiative »<sup>59</sup>, avec les avantages liés à son nouveau statut. Malgré son état de pauvreté reconnu, le pays a effectivement une dette très élevée. La seule dette publique extérieure contractée ou garantie par l'État togolais était estimée à 2.208 millions de dollars US en valeur nominale à la fin décembre 2007.

Cette situation affecte négativement les investissements dans les secteurs sociaux, notamment ceux de la santé et de l'éducation. Le niveau de revenus des travailleurs s'en trouve aussi affecté car le niveau des salaires des fonctionnaires est si bas qu'il affecte aussi à la baisse celui des autres salariés du secteur privé, et par ricochet celui des autres acteurs de la vie économique nationale.

C'est ainsi qu'en 2007 le revenu moyen par habitant est estimé à 360 dollars des Etats Unis contre une moyenne de 952 dollars des Etats Unis

---

<sup>58</sup> PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2009

<sup>59</sup> Banque Mondiale, Communiqué de presse n°:2008/144/AFR

pour l'Afrique Sub-saharienne et 578 dollars des Etats Unis pour les pays à faibles revenus<sup>60</sup>.

- **Région maritime**

Relativement petite – 6000 km<sup>2</sup>, soit 10% de la surface du pays, la Région Maritime a le privilège d'abriter la capitale, Lomé. Densément peuplée, bien équipée, possédant d'importantes ressources non encore exploitées, cette région n'en est pas moins pour autant confrontée à un certain nombre de problèmes nés de l'accroissement démographique et d'une planification insuffisante.

La région maritime est caractérisée par un déficit pluviométrique remarquable ; Lomé-ville, la station la moins arrosée du Togo, ne reçoit que 811,3 mm de pluie par an. Les totaux pluviométriques augmentent vers le Nord, en relation avec l'alternance des saisons. La diagonale montagneuse est aussi une diagonale humide ; entre Kpalimé et Atakpamé, on enregistre entre 1412 et 1564 mm d'eau par an, à l'extrême nord du pays, à Dapaong, il ne tombe pas plus de 1033 mm d'eau.

L'analyse des données agro-climatiques indique pour l'essentiel que la région des Plateaux est l'une des plus arrosées du Togo. La pluviométrie – avec quelques disparités par endroits varie de 1200 à 1600 millimètres.

- **Région des Plateaux**

La région des Plateaux est essentiellement agricole et basée sur une économie de plantation. Elle produit d'après les estimations récentes (2005-2006) la quasi-totalité de la production du Café et du Cacao est exportée (environ 90%) en dehors de la transformation du café qui se fait par les moines à Dzogbégan (dans la préfecture de Danyi). Cette transformation qui se fait sur place ne représente qu'environ 3 à 4% des productions naturelles.

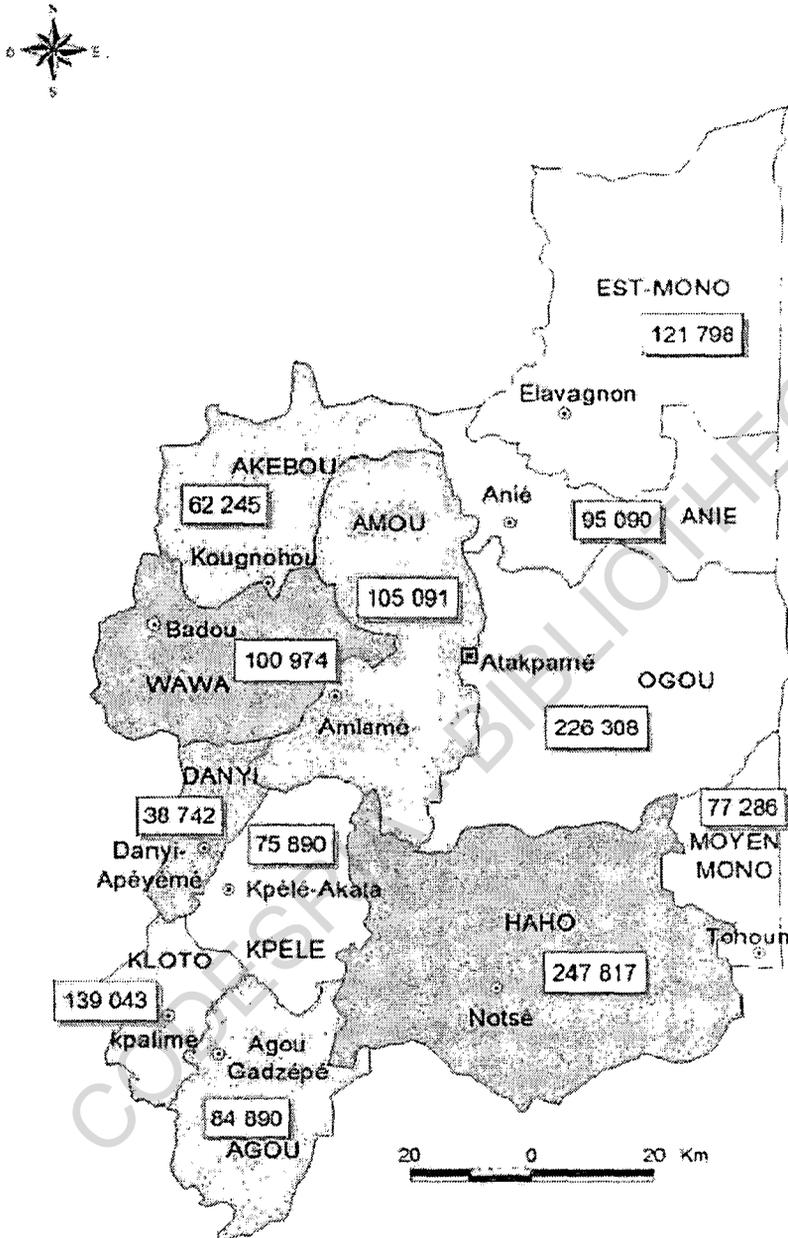
---

<sup>60</sup> Banque Mondiale, Togo at a glance, 2008

La région des Plateaux a une économie essentiellement agricole occupant par voie de conséquence une place importante dans la structure économique du pays ; c'est à raison que la région est dénommée zone de café/cacao qui rivalise avec celle cotonnière qui est aussi non moins importante après le secteur de phosphate. Mais aujourd'hui, la renommée tant reconnue à cette zone est en décroissance eu égard aux chutes que connaissent ces deux denrées au plan commercial.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

**Carte 3 : La carte de la région des plateaux du Togo, zone d'enquête de l'étude**



Source : Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale du Togo, décembre 2011

## **4.2 LA POLITIQUE NATIONALE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE AU TOGO**

Comme partout ailleurs en Afrique, parallèlement à l'utilisation des services qu'offrent les centres de santé et les établissements hospitaliers, une importante fraction de la population togolaise utilise quotidiennement les soins de la médecine traditionnelle qui est plus accessible et reste le premier recours des populations en cas de maladie.

Dans le souci d'assurer des soins de santé efficaces et accessibles à toutes les collectivités, le gouvernement a entrepris depuis plusieurs années, d'intégrer au système national de santé, cet important potentiel que constitue la médecine traditionnelle.

Dans cette optique, des études et recherches sur les plantes médicinales ont donné des résultats qui autorisent tous les espoirs. Cependant, force est de reconnaître que les différents acteurs intervenant dans ce secteur, opèrent dans un certain désordre, faute d'une politique cohérente exprimée dans un document officiel de référence.

Pour combler cette lacune, le Ministère de la Santé Publique en 1996 en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a élaboré un document de politique à l'aide des informations, de la documentation sur la médecine traditionnelle au Togo et en Afrique et à l'aide des consultations au niveau d'une commission de la santé et des membres du gouvernement.

Le texte de ce document s'articule autour d'un certain nombre de points aussi importants les uns que les autres à savoir a) Fondements ; b) Objectifs ; c) Stratégies ; e) Structures et institutions ; f) Coopération

#### **4.2.1 Fondements de la politique nationale de la médecine traditionnelle au Togo**

La politique togolaise en matière de médecine traditionnelle se fonde sur les recommandations de plusieurs assises nationales et internationales dont les plus importantes sont au nombre de 12. Voici quelques exemples de ces assises :

- le premier symposium de l'OUA sur la médecine et la pharmacopée traditionnelles africaines à Dakar en 1968 ;
- la Conférence Nationale Souveraine de 1991 dans ses résolutions sur la santé ;

Toutes ces rencontres ont insisté sur la nécessité d'élaborer et de mettre en œuvre d'une politique nationale, prenant en compte les considérations suivantes :

- comme relevé dans la problématique de cette étude, malgré le développement de la médecine occidentale dite « moderne », on constate que les soins de cette médecine restent limités à 30-40% de la population, tandis que la majorité, pour des raisons d'accès, de coût et de culture, reste encore largement tributaire de la médecine traditionnelle, généralement en zones rurales. Il importe donc, de valoriser la médecine traditionnelle, dans une optique d'équité et de justice sociale ;
- la croissance démographique très rapide par rapport à la croissance économique, risque d'aggraver l'insuffisance de couverture sanitaire et d'accentuer la dépendance extérieure, s'il n'est pas mis en œuvre une politique de valorisation et d'utilisation optimale des ressources locales disponibles, dont la médecine traditionnelle avec son riche potentiel que représentent les plantes médicinales ;

- la médecine traditionnelle est avant tout un héritage culturel, un ensemble de réponses originales de nos ancêtres face à la maladie. Avant la colonisation, elle représentait le seul recours en matière de soins de santé. C'est une marque authentique de notre civilisation et un élément important de notre identité culturelle. A cet effet, elle mérite d'être réhabilitée et protégée des tendances qui la relèguent au rang d'une médecine hérétique ;
- la médecine traditionnelle est un ensemble de savoirs et de savoir-faire, dont les fondements sont encore peu explorés et expliqués scientifiquement. Leur étude systématique et approfondie pourrait permettre la mise au point de certaines techniques thérapeutiques représentant un apport précieux à la médecine occidentale dite « moderne » à l'image de l'acupuncture de la médecine traditionnelle chinoise ;
- si certains tradithérapeutes possèdent une bonne maîtrise de leur art, d'autres par contre ne sont que de vulgaires imposteurs, exploitant la crédulité des malades non avertis. Par leur incompétence, ils constituent un véritable danger pour la santé des populations portant ainsi préjudice à la crédibilité des praticiens authentiques. Il importe donc que des mesures appropriées soient prises pour protéger les populations contre l'esprit de lucre des « faux guérisseurs ».

#### **4.2.2 But et Objectifs de la politique nationale de la médecine traditionnelle du Togo**

Le but visé par cette initiative est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations par l'usage d'une médecine traditionnelle de qualité.

- **Objectif général de la politique nationale de la médecine traditionnelle du Togo**

L'objectif général est de développer la médecine traditionnelle en vue d'améliorer l'accessibilité des populations à des soins et services de qualité.

- **Objectifs spécifiques de la politique nationale de la médecine traditionnelle du Togo**

Les objectifs spécifiques de la politique nationale de la médecine traditionnelle du Togo sont :

- « renforcer le processus d'intégration effective de la médecine traditionnelle dans le système national de santé ;
- encourager la culture et la conservation des plantes médicinales ;
- développer la production locale des médicaments traditionnels améliorés ;
- encourager la recherche/développement sur les plantes médicinales ;
- promouvoir les médicaments traditionnels améliorés à tous les niveaux afin de réduire l'importation massive des médicaments des pays développés ;
- mettre en place des mécanismes de protection des droits de la propriété intellectuelle des tradipraticiens et des médicaments traditionnels.

Pour l'atteinte des objectifs précités, l'intégration doit se concevoir au double plan structurel et fonctionnel.

Au plan structurel : il s'agit d'une médecine traditionnelle reconnue et incorporée dans tous les domaines de la prestation des soins de santé, y

compris la politique pharmaceutique nationale, l'homologation des produits, la réglementation de l'exercice, la déontologie, la création d'infrastructures de médecine traditionnelle, et ce, tenant compte des niveaux du système de santé.

Au plan fonctionnel : il s'agit d'une intégration horizontale entre services de médecine conventionnelle et ceux de médecine traditionnelle.

#### **4.2.3 Renforcement des capacités de recherche et amélioration de la qualité**

La recherche visera l'amélioration de la qualité des produits issus de la médecine traditionnelle. A ce titre, il s'agira de :

- améliorer les connaissances sur la médecine traditionnelle en tant que système médical sous ses différents aspects culturels et anthropologiques ;
- améliorer les pratiques thérapeutiques, en vue de leur rationalisation ;
- évaluer sur la base d'une méthodologie scientifique rigoureuse, l'efficacité, l'innocuité et la qualité des médicaments traditionnels, en vue de leur emploi rationnel à large échelle ;
- favoriser la production industrielle de médicaments à base des plantes.

La recherche doit se réaliser selon trois modalités : les enquêtes de terrain, les études aux laboratoires et les études cliniques.

#### **4.2.4 Renforcement des capacités des ressources humaines**

Les capacités du tradipraticien seront renforcées par :

- l'amélioration des connaissances sur l'étiologie, la clinique, le

traitement et la prévention des maladies pour lesquelles ils sont couramment consultés par les populations ;

- l'amélioration des connaissances sur la préparation, la conservation des recettes et les mesures d'hygiène ;
- la rationalisation des techniques de récolte et de conditionnement des produits végétaux ;
- l'amélioration de la qualité des soins.

Le renforcement de ces capacités devra se faire dans une institution de formation sous forme de séminaires atelier, de modules à insérer dans les curricula de formations existantes ou sous forme de formation qualifiante de longue durée.

Après formation, le tradipraticien, bien que n'étant pas un fonctionnaire de l'Etat, est confirmé comme agent de santé dans le système officiel, avec pour rôle de :

- dispenser des soins de qualité face aux endémies courantes et aux urgences ;
- déférer à temps tous les cas qui sont hors de ses compétences ;
- contribuer à l'éducation sanitaire des populations.

Il est un professionnel exerçant à titre libéral. Il peut bénéficier des subventions de l'Etat ou de tout autre organisme de financement pour toutes fins utiles et nécessaires.

#### **4.2.5 Développement de la production locale**

L'Etat assurera la promotion de ce secteur par une législation appropriée, l'accès aux emprunts, le crédit aux investisseurs, l'accès des

promoteurs à de grandes surfaces de terre pour réaliser les cultures commerciales, un engagement à homologuer et utiliser les médicaments traditionnels améliorés.

#### **4.2.6 Sensibilisation des différents acteurs au développement du secteur**

La sensibilisation passera par :

- la promotion de l'exercice de la médecine traditionnelle ;
- la vulgarisation du code de déontologie lié à la profession de tradipraticien ;
- la promotion des échanges d'expériences entre tradipraticiens de santé, d'une part, entre tradipraticiens et praticiens de la médecine conventionnelle, d'autre part l'information de toutes personnes physiques ou morales soucieuses du développement de la médecine traditionnelle ;
- le plaidoyer pour faire adopter les textes relatifs à la médecine traditionnelle et susciter les moyens nécessaires à la mise en œuvre de la politique nationale.

#### **4.2.7 Le cadre de mise en œuvre**

La mise en œuvre de la politique nationale de médecine traditionnelle est assurée à trois niveaux par le Ministère en charge de la Santé.

Au niveau central, la Direction générale de la santé, à travers la Direction des services sanitaires, et principalement le Service de la médecine traditionnelle, assure l'élaboration des normes d'organisation et de fonctionnement des structures, la réglementation de l'exercice de la médecine traditionnelle et l'enregistrement des tradipraticiens.

L'Inspection générale de la santé est l'institution de contrôle de l'exercice et de l'application des normes.

Le Conseil national de la médecine traditionnelle est l'organe consultatif et d'aide à la décision de la Direction générale de la santé dans la mise en œuvre de la politique nationale de médecine traditionnelle.

Au niveau intermédiaire, les Directions départementales de la santé à travers les Services des actions sanitaires assurent l'appui technique aux structures opérationnelles périphériques.

Les conseils départementaux de la médecine traditionnelle sont les organes consultatifs et d'aide à la décision de la Direction départementale dans la mise en œuvre de ladite politique.

Au niveau périphérique la circonscription socio sanitaire par la section développement communautaire, assure le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la politique nationale au niveau des aires de santé et la supervision des unités fonctionnelles de prestation de soins que sont les cabinets de soins et les centres thérapeutiques.

#### **4.2.8 Coopération**

Compte tenu de la faiblesse des ressources budgétaires de l'Etat, une telle politique nationale n'a de chance de réussir que dans le cadre d'une large coopération au niveau africain et international :

- *au niveau africain* : il s'agit de profiter des expériences positives acquises chez les uns, et d'éviter de s'engager dans des voies qui ont conduit à des échecs chez les autres ;
- *au niveau international* : cette coopération vise à l'obtention de l'information scientifique, l'acquisition du financement et de l'équipement, la formation des chercheurs et l'assistance technique.

En plus du document de politique nationale de la médecine traditionnelle le deuxième instrument réglementant la pratique de la médecine traditionnelle au Togo est la loi de 2001.

#### **4.2.9 La loi de 2001 sur la médecine traditionnelle au Togo**

Face à la recrudescence du recours à la médecine traditionnelle et surtout à l'augmentation exponentielle du nombre de personnes se proclamant « tradipraticiens », le gouvernement togolais a été obligé de légiférer sur le sujet en vue de réglementer dans une certaine mesure le secteur.

Ainsi, selon les dispositions générales de la loi N°2001-017 du 14 décembre 2001 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle au Togo, 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. Ces procédés sont basés sur des fondements socioculturels et religieux des collectivités togolaises. Le tradithérapeute s'appuie sur ses expériences vécues et des observations transmises de génération en génération qui, lui servent à diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre du bien-être physique mental, social ou spirituel.

En effet, comme tel, le terme de médecine traditionnelle, au sens de la présente loi est, de ce fait applicable aux catégories professionnelles suivantes : Tradithérapeutes, accoucheuses traditionnelles, herboristes et médico-droguistes.

Le mode d'installation des médecins traditionnels est aussi très diversifié. Il est important de rappeler que les tradithérapeutes, pour s'installer et exercer au Togo, doivent se conformer aux dispositions prévues

dans la loi n° 2001-017 du 14 décembre 2001 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle au Togo, qui stipule, en son article 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 ».

#### **4.2.10 Les acteurs de la médecine traditionnelle**

Plusieurs acteurs interviennent dans le domaine de la médecine traditionnelle au Togo. Il s'agit d'acteurs étatiques, les ONG, la communauté internationale, la communauté scientifique, les praticiens de la médecine traditionnelle.

- **Les acteurs étatiques**

L'Etat togolais, à travers le Ministère de la santé, constitue l'un des principaux acteurs de la médecine traditionnelle au Togo. Son programme est particulièrement calqué sur le bilan de l'effort colonial en vue de poursuivre la politique de formation sanitaire et a pour conséquence la réduction de la disparité qui existe entre les besoins médicaux des populations en infrastructures et équipements. Le principal enjeu était l'accessibilité géographique des milieux intérieurs en personnel médical.

Depuis la période coloniale, la santé est intégrée aux missions fondamentales de l'Etat et est basée sur le modèle institutionnel et constitutionnel privilégiant la centralisation et la bureaucratie. La construction des infrastructures, équipements, la prise en charge des fonctionnaires relevaient des pouvoirs publics. Le gouvernement avait donc le monopole décisionnel. Le ministère de la santé, la Direction Générale de la Santé et les directions régionales ont pour responsabilité, la planification, l'exécution et le

contrôle de la politique d'offre de soins de santé, en utilisant les ressources de l'Etat et faisait recours à des crédits extérieurs pour financer la réalisation des projets de développement sanitaire. Depuis, l'Etat a donc le monopole du contrôle de l'accès aux soins et, perpétue de ce fait la conception coloniale de la politique sanitaire.

« Au Togo, tout commence concrètement en 1969 où une commission désignée par le Ministre de la Santé Publique et comportant des techniciens de divers horizons, propose de créer au sein de l'office National de la Pharmacie (Togo pharma) un Centre National de Recherche sur la Médecine Traditionnelle et la Pharmacopée Africaines » (AGBETRA, 1982 : 6).

Cinq objectifs fondamentaux furent alors fixés :

- ✓ Etablir des rapports avec les guérisseurs ;
- ✓ Effectuer des enquêtes ethno-botaniques ;
- ✓ Constituer des fiches documentaires ;
- ✓ Recherches les principes actifs des médicaments traditionnels ;
- ✓ Rétablir des thérapeutiques et des essais pharmacodynamiques.

Les activités de recherche s'effectuent à l'Université du Bénin (Département de chimie), à l'Institut National de la Recherche Scientifique (INRS), sous la direction de l'Association Togolaise de Recherche Scientifique (ATRS).

En avril 1976, se tenait sous la présidence du Ministre de la Santé Publique, le premier congrès réunissant tradipraticiens et scientifiques. Le communiqué final insistait sur la nécessité de regrouper tous les tradipraticiens en Association Nationale en passant par les Associations de

préfecture, de créer une Commission Nationale pour réglementer la profession de tradipraticien, enfin la nécessité de réunions périodiques.

Par ailleurs, les articles 8, 11, et 12 de la loi N°2001-017 du 14 décembre 2001 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle au Togo, placent l'exercice de la médecine traditionnelle sous le contrôle et l'autorité du Ministère de la santé. En effet, selon l'article 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 en détermine les critères requis pour être reconnu comme tradithérapeute, accoucheuse traditionnelle, herboriste, médico-droguiste ».

L'article 11 stipule : «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 ».

Selon l'article 12 « Le praticien de la médecine traditionnelle se soumet à tout contrôle ordonné par le ministre de la santé ».

Depuis toujours, les structures du ministère en charge de la santé ont été sous le contrôle des adeptes de la médecine conventionnelle issue de la colonisation. Toutes les interventions de ce ministère se font suivant les normes de cette tradition de soins qui utilise la biomédecine comme norme. De ce fait, la structuration et de cette institution ne favorise guère la promotion de la médecine traditionnelle. Les défenseurs de la médecine allopathique exercent sur elle un certain contrôle, jouant ainsi un jeu de pouvoir qui constituent des entraves à son développement et à sa modernisation.

- **Les Organisation non gouvernementales**

Au Togo, la promotion de la médecine traditionnelle est aussi le fait de certaines Organisations Non Gouvernementales, nationales ou Internationales. On peut citer à ce titre le PROMETRA qui est une ONG Internationale qui coordonne un grand réseau d'organisations certifiées en médecine traditionnelle qui touche littéralement des milliers de personnes à travers le monde. Ces personnes sont sensibilisées et influencées par leurs tradipraticiens au moment de la prise de décision médicale individuelle et de celle de leur famille. Elles sont touchées dans les moments de maladie, joie, douleur, accouchement, décisions matrimoniales et résolution de conflit. Pour s'assurer que cette grande, influente main d'œuvre de santé est suffisamment bien informée sur les méthodes d'infection par le VIH et pour diminuer des incidents du charlatanisme et des pratiques nuisibles, PROMETRA fournit la formation en utilisant la méthode FAPEG<sup>61</sup> et celle éducative.

Au Togo, PROMETRA est sensé assurer la formation des tradipraticiens de santé par la méthode FAPEG (Formation d'Auto Perfectionnement des Guérisseurs) mais la réalité est toute autre. Elle participe aux conférences nationales et internationales sur les médecines traditionnelles. Elle s'atèle à l'unification nationale du mouvement associatif des tradipraticiens de santé. Elle est assistée dans sa dynamique structurelle et ses initiatives associatives, par PROMETRA Gabon et PROMETRA Ghana.

Il convient aussi de souligner le rôle important de l'Association CERMETRA, affiliée à PROMETRA, qui tente de structurer et de réguler le secteur.

- **La communauté internationale**

Les recommandations des organes directeurs de l'OMS et les

---

<sup>61</sup> Formation d'Auto Perfectionnement des Guérisseurs (FAPEG).

orientations de la politique régionale de santé pour tous soulignent l'importance de la médecine traditionnelle et des tradithérapeutes dans le domaine des soins de santé primaire (OMS, 2001 :1).

Ainsi, face à une demande sans cesse croissante des demandes de soins de santé, et vu l'incapacité de l'Etat à produire entièrement des soins garantis en matière de santé, de nouveaux mécanismes sociaux vont se développer afin de palier le manque. C'est ainsi qu'une vaste politique d'encouragement de la pharmacopée traditionnelle, sera mise en place au travers des colloques et conférences partout dans le monde en vue d'une valorisation de cette ressource thérapeutique mise à mal au cours de la période coloniale.

Au colloque d'Abidjan du 25 au 29 Septembre 1979, sous l'égide de l'OUA dont le thème est : « Plantes médicinales et pharmacopées traditionnelles africaines », la pharmacopée était à l'honneur, les gouvernements reconnaissent officiellement l'importance de la médecine traditionnelle en matière de production de soins de santé. « Il faut associer médecine occidentale dite « moderne » et médecine traditionnelle pour le bien-être de nos masses et, pour le progrès de la pratique médicale en République Populaire du Bénin, en reconnaissant l'importance de notre pharmacopée ».

En outre, il y a plus de 20 ans, la Commission scientifique, technique et de la recherche de l'Organisation de l'unité africaine (CSRT/OUA) a publié les Volumes I et II de la Pharmacopée africaine. En outre, la Commission, située à Lagos (Nigeria), a parrainé des enquêtes ethnico médicales au sein de la région et a apporté son soutien à la formation de jeunes chercheurs africains dans les disciplines pertinentes.

Deux centres d'excellence de l'OUA ont été identifiés (à savoir l'Université Obafemi Awolowo, à Ile Ife au Nigeria, et le Centre de recherche

sur les plantes médicinales de Mampong-Akwapim au Ghana). Elle a appuyé la réalisation d'enquêtes scientifiques sur des extraits de plantes médicinales africaines.

Compte tenu de ces événements, la Décision de l'OUA (de juillet 2001) relative à la Décennie de la médecine traditionnelle est considérée comme un engagement politique opportun et majeur, qui nécessite à présent un plan d'action, afin de traduire les nobles intentions en services et produits quantifiables et viables dans un laps de temps donné.

Le Plan d'action qui a été élaboré à cet effet, a pour but de fournir le cadre général destiné à orienter les États membres dans la formulation de leurs stratégies nationales. Onze domaines prioritaires ont été conçus en tant qu'activités stratégiques et portent sur la sensibilisation, la législation, les dispositions institutionnelles, l'information, l'éducation et la communication, la mobilisation des ressources, la recherche et la formation, la culture et la conservation des plantes médicinales, la protection des connaissances médicales traditionnelles, la production en quantités commerciales de médicaments traditionnels africains standardisés, les partenariats ainsi que l'évaluation, le contrôle et la notification. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique est chargé de préparer les documents importants qui faciliteront la mise en œuvre du Plan d'action.

- **La Communauté scientifique**

Parmi les acteurs de la médecine traditionnelle au Togo, il convient aussi de mentionner le rôle de la communauté scientifique nationale composée essentiellement des professeurs et chercheurs de l'université de Lomé.

L'objectif général des travaux dans ce domaine est une meilleure utilisation des ressources naturelles médicinales locales, en vue de faire

bénéficier la population togolaise, du maximum de services de soins de santé primaires. L'objectif de la santé pour tous, d'ici à l'an 2000, est à ce prix et passe par la recherche/développement pour promouvoir la médecine traditionnelle et susciter la création d'industries locales dans les domaines concernés et connexes, de façon à économiser le maximum de devises possibles.

On peut citer l'exemple du Programme de recherche élaboré par le Laboratoire de recherche de Togopharma<sup>62</sup> dans les années 90 dans le but de prospecter et d'exploiter systématiquement la médecine et les pharmacopées traditionnelles togolaises. Même si les résultats sont aujourd'hui à peine perceptibles, il est important de souligner que de telles initiatives méritent d'être encouragées.

Par ailleurs, il convient aussi de mentionner aussi les travaux du Laboratoire de Physiologie/Pharmacologie, Centre de Recherche et de Formation sur les Plantes Médicinales (CERFOPLAM) de la Faculté des Sciences de l'Université de Lomé.

En effet, Les travaux de ce Laboratoire (CERFOPLAM) conduits par les chercheurs togolais tels que Koffi Koudouvo, Adjovi Kavegue, Amégnona Agbonon, Magloire Kodjo, Kodjo Aklikokou, Kouami Kokou, Komlavi Essien et Messanvi Gbeassor, à travers une enquête ethno-pharmacologique dans la Région Maritime du Togo, a permis de recenser les plantes médicinales utilisées traditionnellement dans le traitement du paludisme et celles qui pourraient avoir des effets immunostimulants et antioxydants.

Les résultats de l'enquête ont permis entre autres de recenser 61 espèces utilisées pour soigner le paludisme dans la Région Maritime.

En outre, les scientifiques togolais ont eu à participer à la mission

---

<sup>62</sup> Société Togolaise de Pharmacie

ethnobotanique et floristique effectuée au Togo du 9 juillet au 14 août 1984 organisée conjointement par l'Agence de Coopération Culturelle et Technique (ACCT) et le Gouvernement de la République du Togo pour inventorier la richesse végétale médicinale du Togo.

- **Les praticiens de la médecine traditionnelle au Togo**

Les praticiens de la médecine traditionnelle sont de loin les acteurs les plus nombreux. Le champ de la médecine traditionnelle est investi de différents acteurs. Chaque acteur, afin de pouvoir atteindre sa clientèle, développe des stratégies de distribution de ses produits et contribue ainsi à la production de soins de santé et à l'amélioration de la santé publique.

Mais, le plus souvent, cette stratégie relève des moyens dont dispose le tradipraticien et également, de ses objectifs. Ainsi, dans le champ de la médecine traditionnelle au Togo plus principalement, nous distinguons la pratique de la médecine traditionnelle sous trois principales formes.

Il y a en premier lieu, des pratiquants disposant d'un local dans lequel ils se sont installés avec des structures spécifiques et du personnel qui s'occupent des patients avant, pendant et après la consultation.

Ensuite, la seconde catégorie de pratiquants regroupe ceux qui disposent d'une baraque en guise de kiosque où le patient peut avoir accès aux remèdes aux maux dont il souffre.

Enfin, la troisième catégorie relève de ceux qui, ne disposant pas de local, vont vers les populations eux-mêmes, à la recherche de clients : ce sont les ambulants qui, se promènent de quartier en quartier, de rue en rue, de maison en maison afin de pouvoir vendre leurs produits.

Ces différents acteurs contribuent ainsi, tant bien que mal à la production de soins de santé et donc, participent de ce fait à la gestion de la

santé publique au niveau de la collectivité sociale dans laquelle ils vivent.

Par ailleurs, la loi N° 2001-017 du 14 décembre 2001 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle au Togo stipule en son article 3 qu'est praticien de la médecine traditionnelle, toute personne reconnue compétente par la collectivité dans laquelle elle vit, et par toute association des tradithérapeutes agréée par le ministère de la santé.

Dans ce sens l'inventaire des praticiens de la médecine traditionnelle au Togo donne les résultats suivants :

- ✓ **Les phytothérapeutes** : ceux qui soignent principalement par les plantes. Ils produisent essentiellement des soins de santé au moyen de remèdes à base de plantes médicinales dont ils sont spécialement détenteurs des vertus thérapeutiques.
- ✓ **Les psychothérapeutes** : ceux qui soignent essentiellement par des 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. Le ritualiste dans son intervention thérapeutique, fait appel au sacré et exécute des cérémonies ritualistes, basées sur les rites et croyances populaires. Il fait également appel dans sa préparation des remèdes aux incantations et formules magiques.
- ✓ **Les chirokynésithérapeutes** : ceux qui pratiquent en particulier, 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 des techniques de saigner pour soigner. Le procédé de guérison est

particulièrement douloureux. Ils 'infligent au patient des saignées en vue de rendre aux parties malades leur fonction.

- ✓ **Les accoucheuses traditionnelles :** ce sont des personnes reconnues comme compétentes pour prodiguer à des femmes et à leurs nouveau-nés, avant, pendant et après l'accouchement, des soins de santé basés sur les concepts prévalant dans la collectivité où elles vivent. L'accoucheuse traditionnelle joue un rôle important au sein de la société compte tenu de son rôle. En effet, elle suit l'état de santé la femme enceinte depuis les premiers mois jusqu'à terme, l'aide à accoucher et prodigue des soins de santé au nouveau-né. Elle s'occupe donc des soins de santé post-natale, infantile et maternelle.
- ✓ **Les herboristes :** ce sont des personnes qui connaissent les usages des plantes médicinales et qui les vendent. Ils sont les détenteurs principaux des vertus médicinales des plantes. Leur rôle est primordial car eux seul savent avec exactitude quelles maladies une plante peut guérir. Ils indiquent le procédé de composition et d'utilisation ainsi que les mises en gardes possibles.
- ✓ **Les Médico-droguistes :** ce sont des personnes qui connaissent l'usage des substances médicinales d'origine animale ou minérale et qui, les vendent. Ils interviennent spécialement dans la composition des remèdes magiques. Ils sont les fournisseurs principaux de parties d'animaux (ossements, plumes, peaux...) et minéraux qui interviennent dans l'invocation du sacré en vue de la préparation des remèdes magiques tels que les incantations et les rituels.

### **4.3 LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE ET SON ÉVOLUTION AU TOGO**

Au Togo, comme dans de nombreux pays africains, la pratique de la médecine traditionnelle connaît une grande mutation au cours des temps. Même si elle est continue d'être désignée par le qualificatif « traditionnelle », la pratique se modernise et s'adapte à son époque.

#### **4.3.1 La pratique de la médecine traditionnelle**

Les rapports symbiotiques de l'homme avec son environnement floristique qui remontent à des temps immémoriaux, procurent aujourd'hui de nombreux et grands bienfaits notamment sur le plan thérapeutique. Dans le monde entier, à travers les siècles, l'arsenal thérapeutique s'est continuellement et considérablement enrichi de remèdes d'origine végétale.

A présent, plus du tiers des médicaments utilisés en thérapeutique moderne est d'origine végétale et le nombre de produits ayant dans leur composition des substances actives provenant des plantes, aux côtés des produits de synthèse, est encore plus grand.

En médecine traditionnelle et pharmacopée africaine, les plantes sont utilisées pour environ 92%, les organes d'animaux pour 6,5% et les minéraux pour 1,5%.

Au Togo comme partout ailleurs en Afrique, la médecine traditionnelle continue de jouer un grand rôle dans les soins de santé primaires. « Cette médecine couvre les besoins d'environ 80% de la population » (INRS, 1991 : 40).

Presque tous les togolais ont recours d'une manière ou d'une autre à la médecine traditionnelle, parallèlement ou consécutivement à la médecine occidentale dite « moderne ». Cet attachement solide des populations

togolaises aux remèdes traditionnels dépend de plusieurs raisons comme suit :

- facteurs sociologiques et culturels ancrés au sein des populations ;
- richesse de la flore locale ;
- accès facile et rapide des remèdes traditionnels ;
- moindre risque d'accoutumance ;
- absence d'éléments insolubles non naturellement éliminables ;
- spectre d'activité large pour une préparation médicamenteuse ;
- facilité d'emploi ;
- cherté des médicaments importés ;
- points de ventes des médicaments assez éloignés dans certaines zones rurales.

#### **4.3.2 L'évolution de la médecine traditionnelle au Togo**

L'évolution de la médecine traditionnelle au Togo est en partie calquée sur celle de l'Afrique en général.

En effet, selon Ramanohisoa (1986 : 206), le développement progressif des activités de médecine traditionnelle en Afrique et l'option en sa faveur découlent des événements politiques survenus autour des années 60. Avec l'avènement des indépendances, l'Africain ressent le besoin de retrouver son identité socio-culturelle. La médecine traditionnelle, partie intégrante de cet héritage, va ainsi s'épanouir grâce à ce retour aux sources.

L'OMS distingue trois périodes dans l'évolution de la médecine

traditionnelle dans les pays africains correspondant à des situations politiques et économiques très différentes jusqu'en 1983.

- ✓ **La période précoloniale :** c'était la période faste où les tradipraticiens, guérisseurs, devins, accoucheuses traditionnelles pratiquaient librement leur « art ». Ils étaient du reste les seuls garants de la santé des populations. Malheureusement, de cette période, peu de renseignements existent sur les méthodes curatives traditionnelles. La transmission des connaissances se faisait par initiation au sein d'une même famille ou, tout au plus, d'un même clan. Les pratiques n'étaient donc pas consignées par écrit. Les techniques de diagnostic et de traitement étaient tenues secrètes. Les seuls renseignements connus nous sont rapportés par les premiers missionnaires et explorateurs et sont forcément fragmentaires.
- ✓ **La période coloniale :** cette période correspond à l'introduction par le colon de la religion, de la médecine et de la technologie. Cette médecine occidentale dite « moderne » cherchait avant tout à sauvegarder les intérêts du colonisateur dans les centres urbains. Pendant cette période, la médecine et la pharmacopée traditionnelles devinrent officieuses et clandestines, parce que combattues par le colon.

Sur la base d'un accord tacite, praticiens et utilisateurs s'arrangeaient pour que ces pratiques échappent à la connaissance des autorités. Ainsi, au Togo comme dans la majorité des pays d'Afrique subsaharienne, existaient deux médecines parallèles : l'une officielle, recours d'une fraction de la population (militaires, fonctionnaires, agent des compagnies, ouvriers des colons, etc.), l'autre clandestine, utilisée par la majorité de la population dans les zones rurales, éloignées des centres urbains.

✓ **La période post-coloniale :**

Les indépendances vont amener un changement progressif de la situation. La médecine traditionnelle va reprendre ses droits tandis que se succèdent les tentatives de reconnaissance, d'officialisation, d'harmonisation, de collaboration.

Ces efforts de reconnaissance et de développement de la médecine traditionnelle vont conduire à la déclaration des chefs d'Etat et de gouvernements de l'OUA de Lusaka en 2001 faisant de la décennie 2001-2010 la décennie de la médecine traditionnelle en Afrique. Comme ses pairs, le Togo a activement pris part à cette résolution qui stipule que l'utilisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle constitue un enjeu majeur en matière de santé publique pour la couverture des besoins sanitaires des populations africaines.

C'est justement dans l'optique de la mise en œuvre de cette déclaration de Lusaka que le Togo a adopté la loi N° 2001-017 du 14 décembre 2001 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle au Togo. Mais cette loi n'a pas encore connu un début d'application.

**TROISIEME PARTIE : CONSTRUCTION SOCIALE DE  
L'EFFICACITE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE  
DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADES DU SIDA**

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## CHAPITRE 5 : REPRESENTATION SOCIALE DE LA MALADIE, DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE ET DU TRADITHERAPEUTE

Les évènements ci-après sont survenus à Anié et Yoro, deux localités situées respectivement à une trentaine et une vingtaine de Km de la ville d'Atakpamé, chef lieu de la préfecture de l'Ogou, dans la Région des Plateaux au Togo.

*« M. Ab K. travaillait dans son champ en cette journée du 20 mai 2008 quand il a été mordu par un serpent aux environs de 15 heures. En guise de premier soin, il lui fût placé un garrot, puis conduit à l'hôpital de la localité vers 17 heures. Le médecin retira le garrot puis débuta les soins. Voyant son état s'empirer, il décida de l'évacuer au Centre Hospitalier Régional d'Atakpamé. Mais avant que l'évacuation n'ait lieu, M. Ab K. rendit l'âme à 19 heures. »*

*« Dans la nuit du 30 mai 2008 aux environs de 21heure Mme Sen K. a été mordue à l'orteil par un serpent. Les villageois lui ont fait boire une poudre avec du sodab<sup>63</sup> et lui ont fait mâcher une herbe appelée ododo en Ifè. Après ce traitement faisant office de premiers soins, la victime fût conduite à un tradithérapeute. Celui-ci aspira à la bouche, à l'aide du sodabi, le sang contenu à l'endroit de la morsure.*

*La victime fût ensuite soumise à partir du 31 mai à un traitement d'une durée de sept jours. Ce traitement consiste à prendre matin et soir après les repas, une poudre contenue dans un pot et à fumer, juste après, un mélange de feuilles de quatre différentes plantes. A la fin du traitement le septième jour, le malade donne au tradithérapeute une somme d'argent de 6000 FCFA, deux poules, un coq, une bouteille de sodabi et une bouteille de bière. Pour confirmer la fin du traitement le tradithérapeute organise une cérémonie au cours de laquelle un coq est sacrifié. »*

---

<sup>63</sup> Boisson alcoolisée extraite de vin de palme après distillation

Ces deux récits témoignent de l'importance du sens et de la représentation des pratiques thérapeutiques des localités africaines. Aussi importe-t-il de les saisir dans l'analyse des déterminants sociaux et anthropologiques du recours des malades du VIH/SIDA à la médecine traditionnelle. Toutefois comme les représentations peuvent varier d'un acteur à un autre selon les caractéristiques socio-culturelles, nous abordons ici les caractéristiques socio-démographiques des groupes cibles.

## **5.1 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE**

Cinq groupes de populations ont été ciblés dans le cadre de la collecte de données. Il s'agit des hommes et des femmes âgés de dix-huit ans et plus pour le volet quantitatif, et des tradithérapeutes, des médecins modernes, des malades du SIDA, des autorités sanitaires pour l'aspect quantitatif. Les caractéristiques des différents groupes sont présentées dans les lignes qui suivent.

### **5.1.1 Caractéristiques de la population objet de l'étude quantitative**

Les variables retenues dans le cadre de la présente étude sont le sexe, l'âge, la religion, l'appartenance ethnique, le niveau d'instruction, la région d'origine et la profession des parents.

Sur un échantillon de 126 participants à l'enquête quantitative, la majorité est constituée d'hommes, soit un peu moins d'une femme pour deux hommes (64,31 % d'hommes contre 35,7 % de femmes). Ceci est dû à la difficulté d'enrôler les femmes lors de l'administration du questionnaire, les femmes étant plus nombreuses à refuser d'y participer que les hommes).

**Tableau VII - Répartition des répondants selon le sexe**

SEXE	Effectif	%
Homme	81	64,3
Femme	45	35,7
Total	126	100,0

Source : données collectées par l'auteur

L'âge des personnes interviewées varie entre 19 ans et plus. Les enquêtés sont donc majeure puisqu'au Togo l'âge de majorité est de 18 ans. Nous avons regroupé les participants par classe d'âge pour en faciliter la présentation et la lecture. Cependant, les individus dont l'âge est compris entre 30 et 39 ans sont les plus nombreux (38,1 %), suivis de ceux âgés de moins de 30 ans (33,3 %). Les personnes âgés de 40 ans et plus représentent de façon cumulée 28,6 %. L'étude couvre donc toutes les catégories d'âges. Le tableau qui suit synthétise la distribution des répondants selon leurs âges.

**Tableau VIII - Répartition des répondants selon l'âge**

CLASSE D'AGES	Effectif	%
19-29 ans	42	33,3
30-39 ans	48	38,1
40-49 ans	18	14,3
50 ans et +	18	14,3
Total	126	100,0

Source : données collectées par l'auteur

Comme présenté dans le tableau qui suit, du point de vue de la religion, les grands groupes religieux existant au Togo sont représentés, quoique dans une proportion différente de ce qui est observé dans la population générale. Toutefois, il faut noter que le quota réel en terme démographique reste inconnu à cause de la vétusté des données nationales issues du dernier recensement général de la population qui remonte à 1981. Les enquêtes d'envergure nationales récentes donnent elles aussi des proportions variables selon les modes d'échantillonnage et les milieux de collecte.

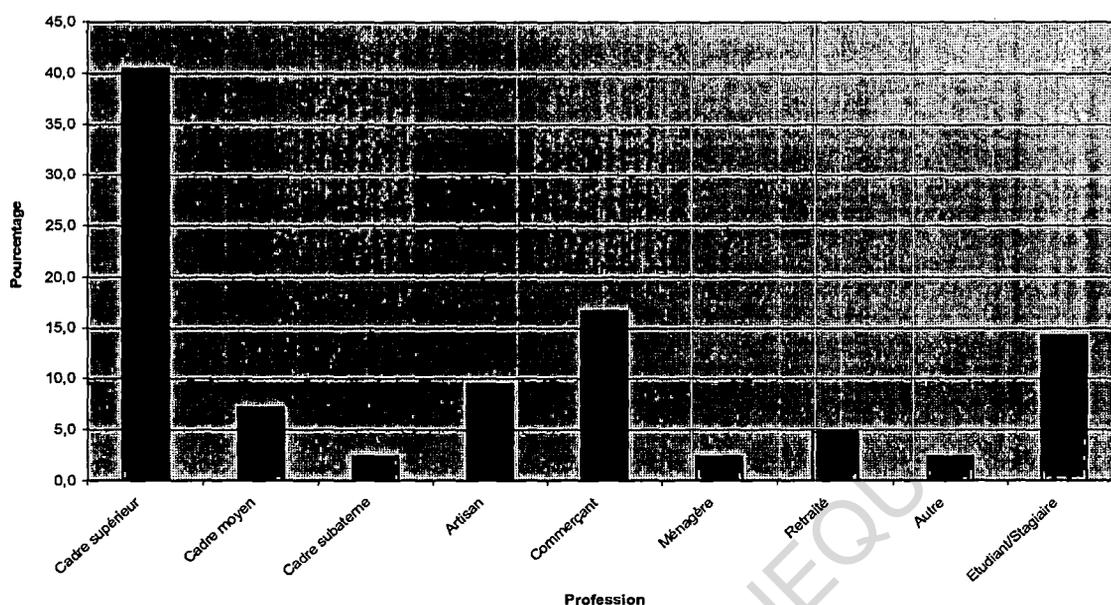
En tout état de cause, les chrétiens constituent la majorité des personnes interrogées (69,1% en tout), contre environ 12 % pour les religions traditionnelles et 19 % pour les musulmans.

**Tableau IX - Répartition des répondants selon la religion**

RELIGION	Effectif	%
Traditionnelle	15	11,9
Islamique	24	19,0
Catholique	36	28,6
Protestante	18	14,3
Autre chrétien	33	26,2
Total	126	100,0

Source : données collectées par l'auteur

Par rapport à la profession des personnes interrogées, nous remarquons ici également une couverture assez variée, avec les cadres supérieurs qui constituent la majorité. Ceci serait dû au fait que la collecte de données a été faite dans des agglomérations urbaines ou périurbaines des localités concernées. Comme pour le cas de la religion, cette situation est loin de représenter la répartition réelle dans la population générale, quand bien même nous ne sommes pas en mesure de savoir le niveau exact de ces variables par manque de statistiques fiables et récentes. La figure qui suit la répartition des répondants en fonction de leurs professions.



**Figure 3 Répartition des répondants selon la profession (Source : données collectées par l'auteur)**

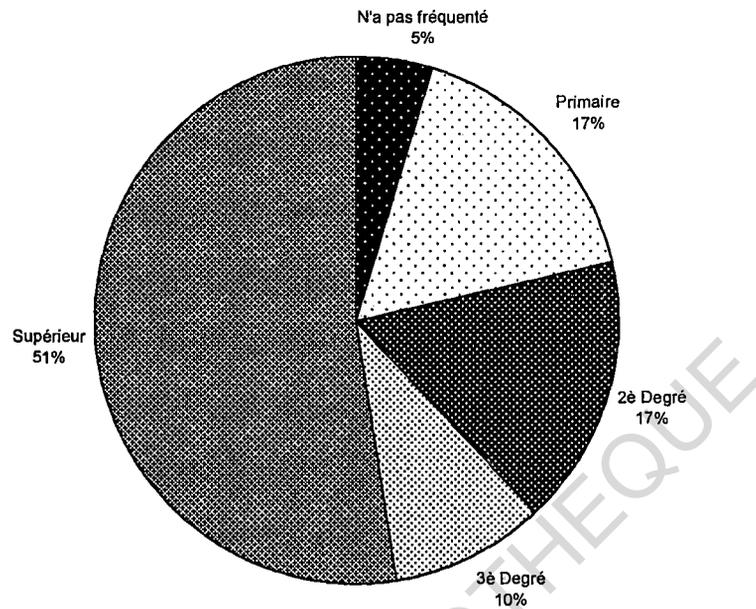
Les ethnies représentées à travers les personnes interrogées couvrent les 5 grands groupes ethniques existant au Togo selon la classification nationale. Le groupe Ewé-Adja qui est le plus fortement représenté dans notre échantillon est aussi celui ayant la proportion de membres généralement le plus élevé dans le pays, selon les résultats du dernier recensement général de la population et de l'habitat de 1981.

**Tableau X - Répartition des répondants selon l'ethnie**

ETHNIE	Effectif	%
Ewé-Adja	39	31,0
Akposso-Akébou	18	14,3
Ana-Ifè	27	21,4
Kabye-Tem	27	21,4
Paragourma	9	7,1
Autre	6	4,8
Total	126	100,0

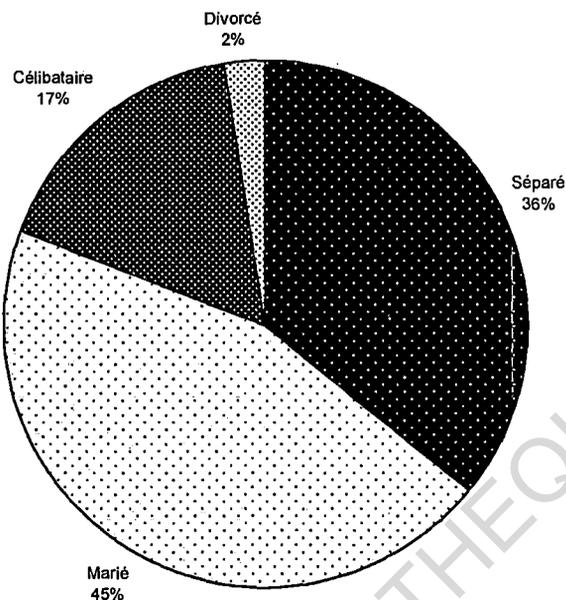
Source : données collectées par l'auteur

Nous remarquons que les personnes interrogées ayant un niveau d'étude supérieure (bac +) constituent plus de la moitié des répondants (52,4%). 26,2% ont le niveau de l'enseignement secondaire, 16,7% ont le niveau de l'enseignement primaire et enfin 4,8 % sont les non scolarisés.



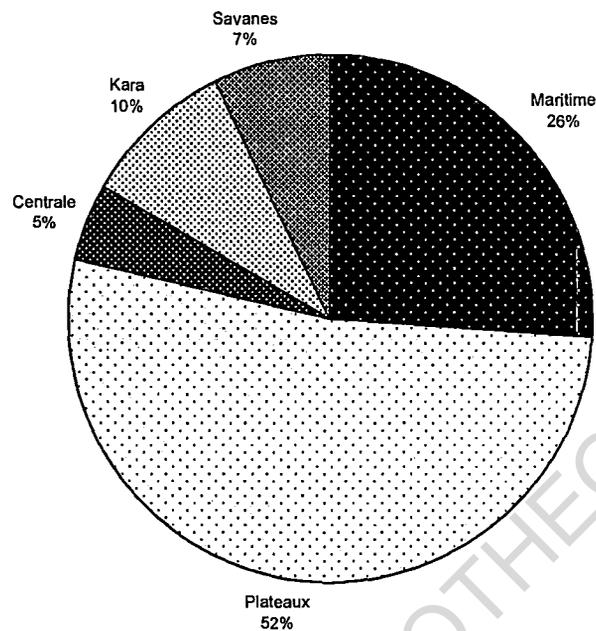
**Figure 4 Répartition des répondants selon le niveau d'étude (Source : données collectées par l'auteur)**

En rapport à la situation matrimoniale, les personnes qui ont connu une fois le lien du mariage sont de loin les plus nombreuses et représentent plus de 83 % de l'échantillon. 45,2 % sont mariés ; 38,1% sont séparés/divorcés. Le groupe de célibataires représente 16 %. Aussi, ceux qui ont déclaré vivre sans conjoint (séparés/divorcés et célibataires représentent-ils plus de la moitié de l'échantillon, soit 54,1 %). Les spécificités socioculturelles du pays sont donc présentes au sein de l'échantillon.



**Figure 5 Répartition des répondants selon la situation matrimoniale (Source : données de l'auteur)**

Bien que les sites de l'enquête aient été choisis, la distribution des résultats selon l'origine des répondants montre que toutes les régions du pays sont représentées. Les ressortissants de la Région des Plateaux constituent plus de la moitié des répondants (52 %) et la Région Maritime vient en seconde position avec la moitié des effectifs de la Région des Plateaux (26,2 %). Le reste se répartissant entre les régions de la Kara (9,5 %), des Savanes (7,1 %) et Centrale (4,8%).



**Figure 6 Répartition des répondants selon la région d'origine (Source : données de l'auteur)**

La profession des parents constitue un facteur déterminant dans l'itinéraire thérapeutique d'un individu au Togo. Elle influence la façon dont les parents ont l'habitude de prendre en charge les problèmes de santé de leurs progénitures, et par conséquent, d'influencer leur façon de réagir en cas de maladie. C'est pourquoi nous nous intéressons particulièrement à cette variable dans le cadre de la présente étude.

La majorité des répondants qui se sont exprimés sur la profession de leurs pères au cours de l'interview (n = 63) sont des descendants de père cultivateur (près de 43%). Les autres répondants sont issus de famille dont le père est, ou a été un agent salarié, ou un cadre de l'administration publique ou privée (38 %) ; un artisan, ou un commerçant (19 %).

**Tableau XI - Répartition des répondants selon la profession du père**

PROFESSION DU PERE	Effectif	%
Cultivateur	27	42,9
Cadre supérieur	3	4,8
Cadre moyen	6	9,5
Cadre subalterne	3	4,8
Artisan	6	9,5
Commerçant	6	9,5
Retraité	12	19,0
Total	63	100

Source : données collectées par l'auteur

Les mères des répondants sont majoritairement ménagères pour plus de la moitié (54 %), c'est-à-dire des femmes au foyer. Une mère sur cinq est commerçante, et mes autres occupent une profession quelque peu semblable à celle des pères mais dans une proportion très réduite (artisan, 3,2 % ; cadre subalterne 3,2 % ; cadre moyen, 3,2 %).

**Tableau XII - Répartition des répondants selon la profession de la mère**

PROFESSION DE LA MERE	Effectif	%
Cultivateur	9	9,7
Cadre moyen	3	3,2
Cadre subalterne	3	3,2
Artisan	3	3,2
Commerçant	18	19,4
Ménagère	54	58,1
Autre	3	3,2
Total	93	100,0

Source : résultat de l'enquête de terrain

### **5.1.2 Caractéristiques des médecins modernes interrogés**

Les médecins modernes interrogés sont au nombre de 8, à raison de 4 par région. Cet effectif est composé de quatre médecins exerçant dans le secteur privés et 4 dans le secteur public.

Leurs expériences professionnelles varient entre 10 et 22 ans avec une moyenne de 15 ans et leurs âges se situent entre 36 et 56 ans, soit une moyenne de 46 ans.

### 5.1.3 Caractéristiques des tradithérapeutes interrogés

Dix (10) tradithérapeutes, dont deux femmes ont été interrogés. Leur âge varie entre 42 et 86 ans avec une moyenne de 52 ans. Le nombre d'années d'exercice dans la profession varie entre 12 et 50 ans avec une moyenne de 27 ans. Leurs niveaux d'étude varient du cours élémentaire première année à l'université. Les deux femmes du groupe ont arrêté leurs études en classes de CE1 et 3ème tandis que 4 hommes ont le niveau universitaire, ce qui leur a permis d'approfondir leurs connaissances en botanique entre autres. Le niveau d'étude le plus bas chez les hommes de l'échantillon est celui de la classe de cours moyen première année, deux se situant au niveau du baccalauréat. Une autre caractéristique des tradipraticiens est leur lien de parenté avec un parent plus ou moins lointain ayant eu un passé de tradipraticien. Tous sauf un, sont descendants de parent ou d'arrière parents eux-mêmes anciens praticiens de la médecine traditionnelle.

**Tableau XIII - Caractéristiques sociodémographiques des tradithérapeutes interrogés au cours de l'enquête (\*).**

Variables	Caractéristiques sociodémographiques des tradithérapeutes										Moyenne
Age	50	62	54	45	43	48	44	42	48	86	52
Sexe	F	M	M	M	M	M	F	M	M	M	
Sit. Matri	M	M	M	M	M	M	C	M	M	M	
Expér.	22	32	34	19	15	33	12	24	30	50	27
Etude	CE1	U	U	CM2	BAC1	BAC1	3è	CM1	U	U	
Parent. TT	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	

Source: données collectées par l'auteur

(\*) F= Féminin ; = masculin ; C= Célibataire ; U= Universitaire ; CE1= Cours élémentaire 1<sup>ère</sup> année ; CM1= Cour moyen 1<sup>ère</sup> année ; C2= Cours moyen 2<sup>ème</sup> année ; BAC1= Probatoire ;

#### **5.1.4 Caractéristiques des malades du SIDA interrogés**

Les caractéristiques des malades du SIDA interrogés figurent dans le tableau qui suit. Sur les 28 personnes concernées, 20 sont des femmes contre 8 hommes. Ils sont de professions diverses, les commerçants étant les plus nombreux, avec 9 personnes contre seulement 2 fonctionnaires.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

**Tableau XIV - Profession et âge des malades du SIDA interrogés dans la ville d'Atakpamé**

PROFESSION	SEXE		TOTAL
	HOMME	FEMME	
Artisan	4	0	4
Commerçant	0	9	9
Paysan	1	3	4
Ménagère	0	7	7
Fonctionnaire	1	1	2
Autre	2	0	2
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>20</b>	<b>28</b>

Source : données collectées par l'auteur

## **5.2 REPRESENTATION ET COMPREHENSION DE LA MALADIE ET DU SIDA AU SEIN DE LA POPULATION TOGOLAISE**

La représentation de la maladie influence l'itinéraire thérapeutique du malade. En effet, si le malade ou son entourage ne croit pas que tel spécialiste de la santé est en mesure de traiter le mal dont il souffre, il ne devrait pas le consulter. C'est pourquoi il est fondamental de saisir la représentation que le malade ou ses proches se font de la maladie en général, mais aussi et surtout de la guérison, car cette interprétation structure les rapports conflictuels entre tradithérapeutes et autorités sanitaires nationales au Togo. Nous présentons donc dans les lignes qui suivent, certaines de ces représentations.

## 5.2 .1 Une lecture ethnoculturelle de la maladie et du SIDA

D'une localité du pays à l'autre, chaque groupe ethnique a une façon de désigner ou de se représenter le SIDA. Chaque désignation renvoie à la signification que l'on se fait de la maladie et de l'attitude à adopter face à elle et à celui ou celle qui en souffre.

L'appellation « *dikanakou* », qui est de loin la plus populaire, est celle qui circule à travers les média audio-visuels et qui véhiculent une dénomination dans la partie australe du pays, dominée par le groupe ethnique Ewe-Adja. *Dika* signifie maigrir et *naku* veut dire mourir. Comme dans la plupart des localités concernées, le SIDA est associé à une mort certaine qui survient après un amaigrissement continu. Les significations données à ces différentes appellations apparaissent dans le tableau qui suit.

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

**Tableau XV - Synthèse des représentations du SIDA dans la population  
enquêtée par rapport aux diverses significations populaires**

INTERPRETATION FAITE DE LA MALADIE	Effectif	%
Maladie d'amaigrissement extrême	45	35,7
Maladie des prostituées	9	7,1
Maladie des infidèles	15	11,9
Maladie de la mort	27	21,4
Maladie inguérissable	21	16,7
Nouvelle maladie	6	4,8
Ne sait pas	3	2,4
Total	126	100,0

Source : résultat de l'enquête de terrain

La représentation du SIDA comme une maladie entraînant l'amaigrissement est commune chez plus des 2/3 des 126 répondants, dont au moins 1/5 l'associent à la mort, tandis que 16,7 % des personnes interviewés la considèrent comme une maladie inguérissable. La plus infime minorité des interviewés considère le SIDA comme une nouvelle maladie tandis que 7,1 % le considèrent comme la maladie des prostituées. Quant aux modes de contamination le tableau suivant en présente la synthèse.

**Tableau XVI - Modes de contamination du SIDA, selon les répondants**

COMMENT ATTRAPE-T-ON LE SIDA	citations	%
Rapport sexuel non protégé	111	40,7
Transfusion de sang	114	41,8
Rapport sexuel avec des partenaires multiples	6	2,2
Transmission mère - enfant	42	15,4
Total	273	100,0

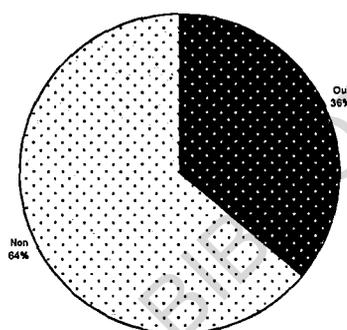
Source : résultat de l'enquête de terrain

En général, les interprétations que les personnes interviewées se font du mode de contamination du SIDA sont conformes aux messages éducatifs diffusés par les médias et lors des campagnes de sensibilisation à l'attention du public. Toutefois, les deux modes de transmission les plus connus sont « les rapports sexuels non protégés » qui constituent près de 41 % des cas cités pour près de 42 % pour les transfusions sanguines, alors que la transmission de la mère à l'enfant ne constitue que 15,4 % des modes de transmissions cités. Les rapports sexuels avec des partenaires multiples n'ont été cités que six fois sur le total des 273 citations recueillies (soit 2,2 %).

Il est aussi intéressant de sonder l'opinion des personnes enquêtées sur la représentation de l'origine mystique de la transmission du SIDA car dans la société togolaise comme dans la plupart des sociétés africaines, cette réalité est largement répandue.

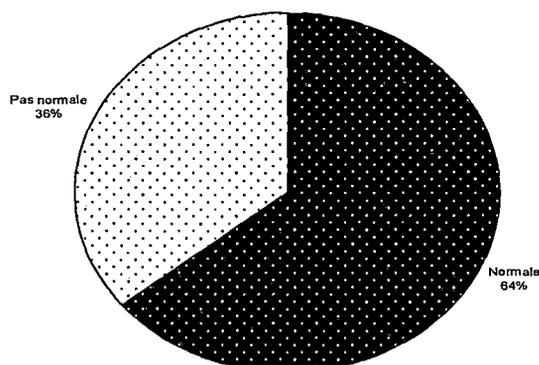
## 5.2.2 Interprétation mystique de la maladie et mesures de protection Contre le SIDA

Plus du 1/3 des répondants (n = 108) à cette enquête, estiment que la transmission du SIDA par sorcellerie est possible, autrement dit, sans qu'aucun contact physique n'ait lieu entre le transmetteur et sa victime. De facto, par rapport aux méthodes de protection contre le SIDA, nous remarquons que ces réponses sont conformes aux solutions proposées pour se protéger du SIDA, comme le montre le tableau qui suit.



**Figure 7 Répartition des répondants suivant leur perception de la possibilité de transmission du SIDA par la sorcellerie ou l'envoûtement (Source : résultat de l'enquête de terrain)**

Comme présenté plus haut, la contamination mystique du SIDA est une préoccupation au sein d'une frange relativement importante de la population togolaise. Près de 26 % des réponses proposées pour se prémunir contre l'infection du SIDA font état de préparation spirituelle, contre seulement 24 % en faveur de l'utilisation d'un condom, et 8,6 % pour l'abstinence sexuelle, malgré les nombreuses campagnes de sensibilisation sur ces thèmes.

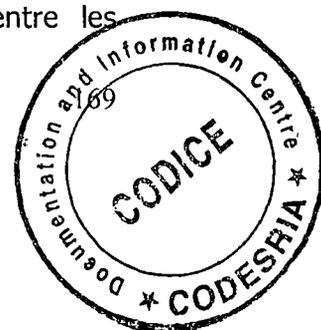


**Figure 8 Répartition des répondants par rapport à leur perception de la maladie**  
(Source : résultat de l'enquête de terrain)

### 5.2.3 Représentation biomédicale du SIDA

Près des 2/3 des personnes bien portantes interrogées (n = 126) estime que la maladie est un évènement normal dans la vie d'un homme (64,3 % contre 35,7 %). Presque dans la même proportion, elles répondent que l'on doit obligatoirement tomber malade. Cette appréciation correspond à celle que nous avons recueillie lors des discussions de groupes avec certaines personnes vivant avec le VIH. « La maladie est normale, seulement, en ce qui concerne notre maladie, c'est parce qu'il n'y pas de médicament efficace contre elle que nous sommes inquiets » affirmait une femme qui répondait à cette même question. « En fait, celui qui ne tombe jamais malade est une personne en danger, parce que souvent, ce sont des gens comme ça qui meurent dès qu'ils attrapent une petite maladie » renchérit une autre.

Cette question est d'autant plus importante qu'elle nous permet de sonder ensuite l'opinion des répondants sur leur interprétation de la guérison, interprétation qui constitue souvent une pomme de discorde entre les



tradithérapeutes et les autorités du Ministère de la Santé du Togo, selon ceux d'entre eux qui affirment guérir le SIDA.

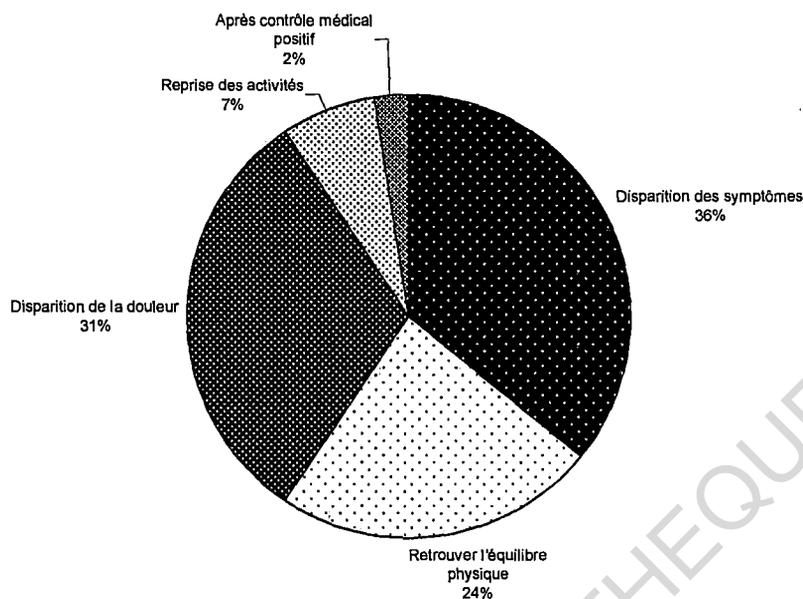
Pour six répondants sur dix, la maladie est une atteinte au bon fonctionnement de l'organisme tandis que pour près d'un tiers, la maladie est directement associée à la mort, tant en terme de danger de mort qu'en terme de menace pour la vie.

**Tableau XVII - Répartition des répondants par rapport à leur représentation de la maladie**

SELON VOUS QUE REPRESENTE LA MALADIE	Effectif	%
Mauvais fonctionnement de l'organisme	75	59,5
Danger de mort	18	14,3
Changement d'état périodique	15	11,9
Menace pour la vie	18	14,3
Total	126	100,0

Source : résultat de l'enquête de terrain

La représentation de la guérison est symbolisée par la disparition des symptômes de la maladie et des douleurs y associées, ce qui se traduit parfois par une reprise des activités habituelles. C'est le cas chez près de 97.6 % des enquêtés, alors que seulement 2,4 % la définissent par rapport à un contrôle médical positif.



**Figure 9 Répartition des répondants par rapport à leur perception de la guérison (Source : résultat de l'enquête de terrain)**

Par ailleurs il ressort des données de l'enquête que, comme premier recours en cas de maladie, l'automédication par les plantes est plus prisée que tout autre moyen de recours au soins (47,6 %). Viennent ensuite les médicaments pharmaceutiques dont les sources d'approvisionnement sont aussi bien les pharmacies modernes (40,5%) que les marchés et les marchands ambulants (33,3 %). Le recours aux formations sanitaires comme première démarche en cas de maladie n'intervient que pour 21,4 % pour le secteur public et 4,8 % pour le privé. Les groupes de prières n'occupent que 4,8 % des premiers recours en cas de maladie, le recours à la médecine chinoise n'en constituant pas une référence pour les 126 personnes impliquées dans cette étude.

Certains facteurs influencent les représentations sociologiques des populations d'une communauté. Comme précédemment annoncé et présenté, nous examinons dans les lignes qui suivent l'influence des plus importantes pour notre thème qui sont l'âge, le niveau d'étude et la religion.

- **Age et perception mystique de l'étiologie du SIDA**

Comme nous l'avons fait ressortir précédemment, la perception mystique du SIDA est répandue dans toutes les classes d'âges des enquêtés, avec les personnes se situant dans la classe d'âge des 30-39 ans qui représentent 46,2% de tous ceux qui sont d'avis que le SIDA peut être transmis par les méthodes mystiques à un individu. D'un point de vue statistique, cette différence est significative par rapport aux autres classes d'âge des répondants. Dans toute société, les conceptions et perceptions évoluent de génération en génération. C'est donc normal que certaines différences soient observées entre elles.

L'analyse des données nous montre que la classe des 30-39 ans était âgée de 10 à 15 ans au moment où les premières campagnes sur les dangers du SIDA commençaient à prendre de l'ampleur. En général, à cet âge les jeunes sont plus réceptifs aux messages que les personnes plus âgées. Qu'est-ce donc qui a justifié que ces derniers soient parmi ceux qui croient le plus à la force mystique de transmission du VIH sans contact ni sexuel, ni sanguin ?

Une réponse possible à cette interrogation est le fait que les messages n'utilisaient pas les canaux sur lesquels étaient branchés ces jeunes et adolescents de l'époque, qui n'avaient certainement pas accès aux média modernes de communication, que ne possédaient que quelques familles plus ou moins aisées, d'une part, et qui ne présentaient pas d'intérêt pour les enfants, d'autre part. Les messages étaient diffusés sans se soucier si les canaux utilisés étaient appropriés ou pas. Par ailleurs, la génération en question devrait normalement être dans la période de scolarisation et peu de gens s'adressaient à cette époque aux établissements scolaires, à l'exception de quelques privilégiées sélectionnées pour des études pilote d'IEC. A tout ceci, il faut ajouter le doute et la lassitude que suscitaient les messages de

l'époque.

- **Religion et perception mystique de l'étiologie du SIDA**

Les religions autres que traditionalistes influencent la perception que les adeptes ont du SIDA. Comme démontré dans le chapitre 7, ces religions ont une influence sur la perception mystique de l'étiologie du SIDA auprès de leurs adeptes. Représenté comme tel, les adeptes de ces religions auront naturellement tendance à rechercher la solution à leur mal auprès de ceux qui, dans la société, sont détenteur d'un pouvoir sur les forces maléfiques. Il s'agira soit dans un premier temps de recourir aux prières au sein de leurs groupes religieux immédiat, et en cas d'échec, de se tourner vers ceux-là à qui l'on prête des pouvoirs sur les forces du mal, les tradithérapeutes.

Il n'est pas étonnant de constater que tous les malades du SIDA interrogés au cours de l'enquête ont eu recours à la médecine traditionnelle pour se soigner, avec des fortunes diverses certes, et certains d'entre eux continuent encore à le faire. Dans ce groupe, toutes les personnes interrogées se déclarent être des chrétiens.

Quant au facteur religieux dans la perception mystique de l'étiologie du SIDA, nous avons relevé que c'est parmi les chrétiens que l'on rencontre le taux le plus élevé de personnes qui croient que le SIDA peut se transmettre par la sorcellerie. Pourquoi cette perception est-elle plus élevée chez les répondants chrétiens ?

Une justification serait la farouche opposition de l'église catholique aux méthodes de préventions préconisées pour éviter la contamination, telles que l'utilisation des préservatifs, bloquant du coup l'accès des fidèles à l'information. La religion catholique serait donc un facteur de blocage à l'accès à l'information juste pour se prémunir du SIDA.

Par ailleurs le fait que les adeptes de l'islam, la deuxième plus grande religion non traditionnelle au Togo soit classée après la religion catholique serait de nature à démontrer que les religions non traditionalistes constituent des facteurs favorables à la croyances au rôle joué par les forces occultes dans la transmission du SIDA.

Cette conclusion est renforcée par le fait qu'aucun adepte de religion traditionnelle, ne figure parmi ceux qui croient que le SIDA peut-être transmis de cette façon-là. Toutefois, une prudence s'impose car depuis quelques années, le fait de se déclarer chrétien est comme une mode, surtout après la Conférence Nationale de 1990 présidé par un évêque et qui a abouti à la libéralisation de l'accès des populations à certaines sectes d'obédience chrétiennes qui étaient par le passé dans la clandestinité d'une part, et d'autre part, l'apparition de média spécialisés dans la diffusion d'information religieuses. En attendant un autre recensement général de la population pour confirmer ou infirmer cette tendance, il apparaît qu'une redistribution de la répartition de la population selon la religion est en train de se dessiner.

Il n'est donc pas exclu que certaines personnes se déclarent chrétiennes tout en restant plus fidèles aux pratiques traditionnelles ancestrales qui les a moulées et conditionnées toute la vie. C'est le cas d'une femme malade du SIDA qui nous a dit être devenue chrétienne à la suite de la persistance de sa maladie, ce qu'elle situait à environ moins d'une année de notre passage. Nous pouvons aussi citer le cas d'un homme qui nous a dit être chrétien parce que ses parents l'ont baptisé quand il était petit.

- **Niveau d'étude et perception mystique de l'étiologie du SIDA**

Comme démontré dans le chapitre 7, la perception mystique de l'étiologie du SIDA augmente avec le niveau d'étude et cette différence est significative passant du simple au double entre les analphabètes et les répondants de niveau d'étude primaire, avec la même tendance du simple au

double entre les répondants de niveaux primaire et ceux du secondaire. La tendance est presque maintenue entre le niveau secondaire et le niveau d'étude supérieure avec une certaine atténuation, toutefois elle est du simple au triple entre les répondants du niveau d'étude primaire et ceux du supérieur.

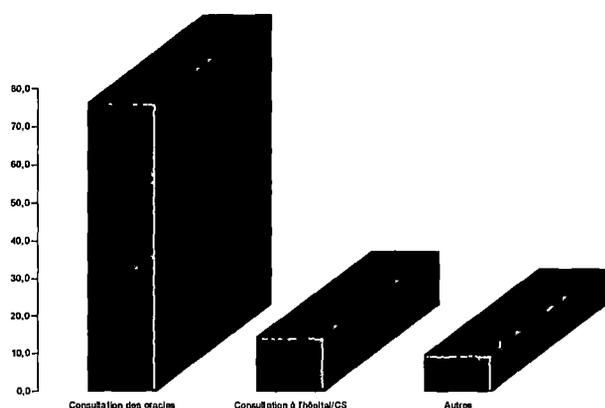
L'âge, la religion et le niveau d'étude constituent des facteurs influençant la représentation que les togolais se font du SIDA et par conséquent leurs itinéraires thérapeutiques face à cette maladie.

### **5.3 L'efficacité « perçue » de la médecine traditionnelle**

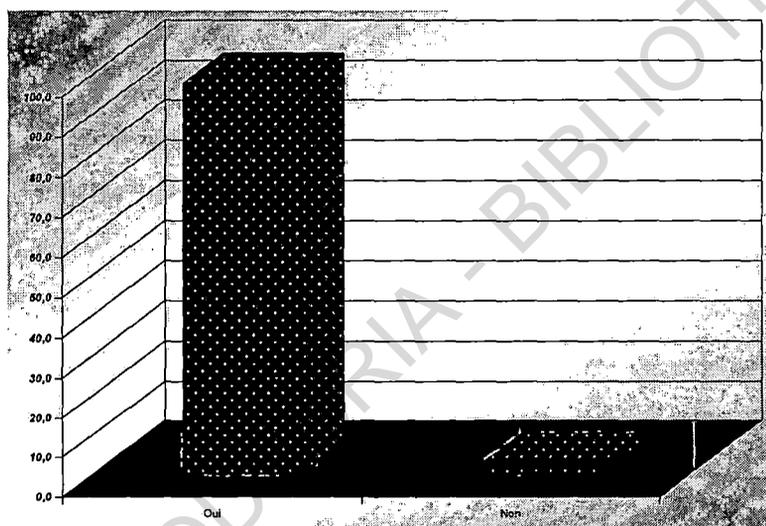
Le recours à la médecine traditionnelle pour se soigner ne se fait pas exclusivement par l'utilisation des plantes médicinales. Jusqu'à 97,6 % des enquêtés reconnaissent associer à la fois les thérapies modernes et traditionnelles en cas de maladie, que ce soit en combinaison ou séparément. Cette association de médicaments modernes et traditionnels a également été constatée au cours des entretiens individuels avec certaines personnes vivant avec le VIH.

#### **5.3.1 Les formes de diagnostics sollicitées par la population**

Le diagnostic est une étape importante dans le traitement des maladies, que ce soit en médecine occidentale dite « moderne » ou traditionnelle. Selon les personnes interviewées sur ce sujet, plus des  $\frac{3}{4}$  citent la consultation des oracles comme moyen de diagnostic en cas de maladie, les consultations à l'hôpital ne constituant que moins de 15 % des moyens que les populations reconnaissent comme à même de les aider à diagnostiquer l'origine de leurs maladies.



**Figure 10 Répartition des répondants selon le procédé de reconnaissance de l'origine de la maladie selon le milieu (Source : résultat de l'enquête de terrain)**



**Figure 11 Répartition des répondants selon leur opinion sur l'existence de maladies hors de portée de la médecine occidentale dite « moderne » (Source : résultat de l'enquête de terrain)**

Dans les populations africaines, les maladies sont souvent classées en deux catégories : celles qui, selon elles, peuvent être traitées à l'hôpital, et celles face auxquelles la médecine occidentale, dite « moderne » est impuissante. Parmi les personnes interviewées au sein de la population

générale, presque tous reconnaissent cette catégorisation sociale des maladies. Seulement 2,4 % des répondants sont d'un avis contraire.

Dix huit pathologies sont considérées par les personnes interviewées comme hors de portée de la médecine occidentale dite « moderne ». En tête de ces pathologies on retrouve les maladies dites mystiques (42,3 %), et l'épilepsie.

Nous regroupons les maladies citées en 4 catégories selon qu'elles sont des maladies liées au corps, les maladies de l'esprit, les anomalies biologiques ou autres pathologies qui ne peuvent être classées sous l'une des trois précédentes. De ce classement, il ressort que près de la moitié des pathologies considérées par les répondants comme étant hors de portée de la médecine occidentale dite « moderne » concerne le corps, et le tiers est constitué des maladies spirituelles, les autres anomalies biologiques ne constituant que 12,7 % des cas cités.

Des résultats qui précèdent, l'on peut déduire que les personnes interrogées reconnaissent à la médecine occidentale dite « moderne » des capacités de traitement indéniables quant aux pathologies biologiques, soit à plus de 87%, tout en lui reconnaissant des limites pour certains problèmes de santé. D'où la nécessité indéniable de la reconnaissance de la complémentarité entre les deux traditions de soins que sont la médecine traditionnelle et la médecine occidentale dite « moderne ».

**Tableau XVIII - Répartition des répondants selon les types de pathologies jugées hors de portée de la médecine occidentale dite « moderne»**

EXEMPLE DE MALADIES CITEES	Effectif	%
Maladie du corps	102	47,9
Maladie de l'esprit	72	33,8
Anomalies biologiques	27	12,7
Autres	12	5,6
Total	213	100,0

Source : résultat de l'enquête de terrain

Pour sept choix sur dix, le tradithérapeute est perçu comme une personne investie d'un pouvoir divin de guérison, et la reconnaissance de ce pouvoir provient des témoignages des uns et des autres ; tandis que 57,1% des cas voient en lui quelqu'un qui détient son pouvoir de façon héréditaire. La reconnaissance de ce pouvoir par les autorités traditionnelles représente 38% des cas évoqués. Par contre, la formation des tradithérapeutes dans des instituts de formation spécialisés est aussi bien perçue comme voie pour devenir tradipraticien de santé.

**Tableau XIX - Répartition des répondants selon leurs opinions sur l'utilisation des média comme moyen de publicité des thérapies traditionnelles au Togo**

POUR OU CONTRE L'USAGE DES MEDIA POUR FAIRE LA PUBLICITE SUR LES THERAPIES TRADITIONNELLES	Effectif	%
Pour	54	47,4
Contre	48	42,1
Indifférent	12	10,5
Total	114	100,0

Source : résultat de l'enquête de terrain

Près de la moitié des répondants (47,4%) sont favorables à l'utilisation des média modernes de communications pour faire connaître les thérapies traditionnelles tandis que 42,7 % sont contre et 10,5 % restent indifférents.

### **5.3.2 Déterminants de l'efficacité thérapeutique « perçue »**

L'efficacité perçue est celle qui reflète l'interprétation et le jugement des informateurs. Elle est basée sur leurs expériences et vécus quotidiens face aux traitements reçus par eux ou leurs proches. Certaines pathologies sont jugées mieux traitées en médecine traditionnelle que d'autres. Selon les réponses des personnes interrogées, les déficiences sexuelles recueillent plus de points que toutes les autres maladies en traitement traditionnel (71,1%). Suivent par ordre d'importance décroissante les maladies mentales (62,2%), les fractures (60%), les plaies (57,9%) et les problèmes d'infécondité. Elles sont donc largement reconnues comme étant plus efficacement traitées en thérapie traditionnelle qu'en médecine occidentale dite « moderne ».

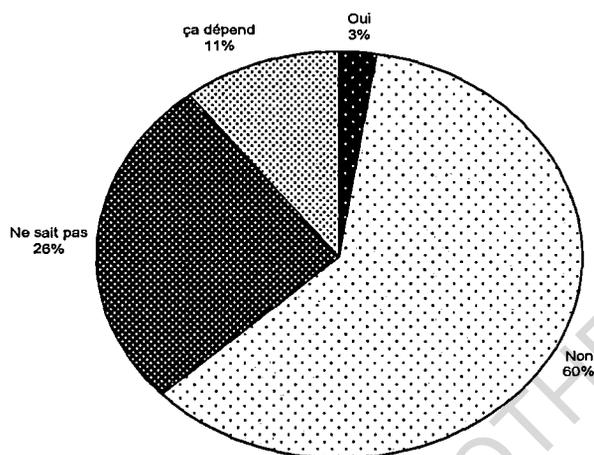
**Tableau XX - Répartition des répondants selon leur perception de l'efficacité comparée entre médecines traditionnelle et moderne face à certaines pathologies**

Efficacité comparée des médecines traditionnelles et modernes	TT		MM		Ne sait pas		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
LES MAUX DE TETES	51	43,6	66	56,4			117
LES IST	27	25,0	78	72,2	3	2,8	108
LES PROBLEMES D'INFECONDITE	63	55,3	45	39,5	6	5,3	114
LES FIBROMES	21	18,4	81	71,1	12	10,5	114
LES PROBLEMES D'ESPACEMENT DES NAISSANCES	6	5,6	102	94,4			108
LES DIARRHEES	36	30,8	81	69,2			117
LES ASTHENIES	21	18,4	87	76,3	6	5,3	114
LES AMAIGRISSEMENTS	27	25,0	72	66,7	9	8,3	108
LES MALADIES DE LA PEAU	42	38,9	63	58,3	3	2,8	108
LES FRACTURES	72	60,0	48	40,0			120
LES PLAIES	66	57,9	30	26,3	18	15,8	114
LES INSOMNIES	33	30,6	72	66,7	3	2,8	108
LES PERTES D'APPETIT	21	18,9	78	70,3	12	10,8	111
RENFORCEMENT DU SANG	3	2,8	90	83,3	15	13,9	108
LES MALADIES MENTALES	69	62,2	33	29,7	9	8,1	111
q501p IMPUISSANCE SEXUELLE	81	71,1	18	15,8	15	13,2	114
q501q LES TOUX	12	11,1	96	88,9			108
q501r LE PALUDISME	27	23,7	84	66,7	3	2,6	114

Source : résultat de l'enquête de terrain

Dans la population, un certain nombre de personnes pensent que les tradithérapeutes peuvent guérir les malades du SIDA. Ainsi, 2,6% des personnes répondant à la question sur la capacité de la médecine traditionnelle à guérir les malades du SIDA affirment que cela est possible ; 1 répondant sur 10 sont d'avis que le guérisseur traditionnel pourrait guérir les

malades du SIDA sous certaines conditions, et 1 répondant sur 4 dit ne pas savoir si cela est possible ou non. Quant à la grande majorité des répondants (60,5%) le tradithérapeute ne peut pas guérir un malade du SIDA.



**Figure 12 Répartition des répondants suivant leurs opinions sur la capacité de la MTR à guérir les malades du SIDA (Source : résultat de l'enquête de terrain)**

- **Rôle de l'entourage dans l'itinéraire thérapeutique traditionnel des togolais**

Parmi les personnes interrogées qui se sont exprimées sur la question, la moitié a été aiguillonnée vers la médecine traditionnelle grâce à un parent, tandis que près de 4 personnes sur 10 disent y être parvenu par les conseils d'amis. Seulement à peine une personne sur dix a pris de lui-même la décision de recourir à la médecine traditionnelle pour se soigner. Enfin, il faut remarquer que près de 3 personnes sur 100 disent avoir été orientées, pendant leur séjour à l'hôpital, par un agent de santé vers un tradithérapeute.

**Tableau XXI - Répartition des répondants selon l'origine du choix de la MTR pour se traiter**

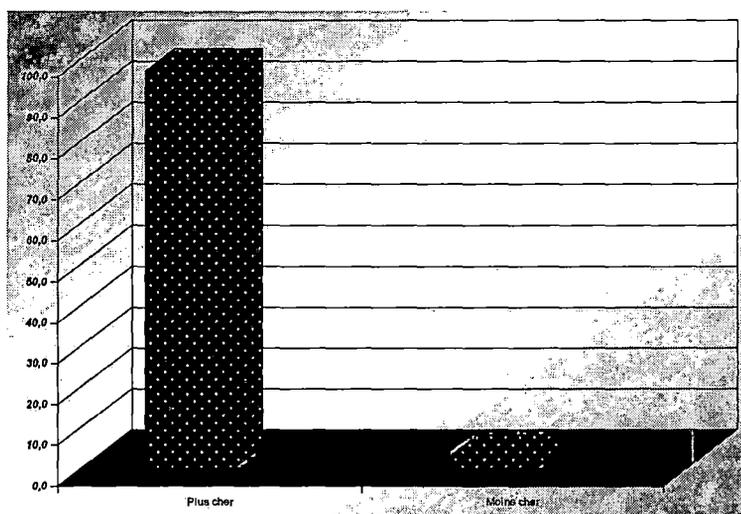
COMMENT ETES-VOUS PARVENU A CE CHOIX	Effectif	%
Moi-même	9	8,8
Par un ami	39	38,2
Un parent	51	50,0
Hôpital	3	2,9
Total	102	100,0

Source : résultat de l'enquête de terrain

- **Déterminants financiers dans les traitements en médecines moderne et traditionnelle**

Près de la moitié des 75 répondants qui ont pu déterminer le coût approximatif de leurs traitements, 44% ont déboursé moins de 1000 FCFA (soit 1,53 Euro) pour se soigner ; ils sont en tout 68% à payer moins de 2000 FCFA pour le faire et ceux qui ont dépensé plus de 10.000 FCFA (15,3 Euro) pour se soigner par la MTR ne représentent que 12% des répondants.

Près de 97 personnes sur 100 estiment que l'équivalent du traitement qu'ils ont reçu en médecine traditionnelle leur aurait coûté plus chers si c'était en médecine occidentale dite « moderne », contre 3 personnes sur 100 qui affirment le contraire. Ces résultats justifieraient-ils le label de médecine des pauvres qu'on attribue souvent à la MTR ? Nous reviendrons sur cette question lors du croisement de certaines variables de l'étude.



**Figure 13 Répartition des répondants selon qu'ils trouvent le traitement reçu en MTR plus ou moins chers que s'il s'était agi de la médecine occidentale dite « moderne » (Source : résultat de l'enquête de terrain)**

**Tableau XXII - Répartition des répondants selon le coût des traitements en MTR**

DEPENSE MENSUELLE POUR LE TRAITEMENT	Effectif	%
0 F	30	35,7
500-999 F	3	3,6
1000-9999 F	12	14,3
10000-19999 F	9	10,7
20000-29000 F	9	10,7
30000-50000	18	21,4
100000 F et +	3	3,6
Total	84	100,0

Source : résultat de l'enquête de terrain

La majorité des répondants (63%) autofinancent leurs traitements tandis que 23% déclarent que les parents constituent la source de financement des soins, 6,7% reçoivent un financement complémentaire de leurs parents et la même proportion reçoit l'appui financier de leurs maris. Le traitement est donc principalement une affaire de famille et non des seuls individus malades.

**Tableau XXIII - Répartition des répondants selon les sources de financement de leurs traitements en médecine traditionnelle**

SOURCES DE FINANCEMENT	Effectif	%
Moi-même	57	63,3
Parent	21	23,3
Moi et parent	6	6,7
Mari	6	6,7
Total	90	100,0

Source : résultat de l'enquête de terrain

Le tableau XXV montre que la majorité des répondants (53%) ont un revenu supérieur à 50.000 FCFA, ce qui est largement au dessus du seuil de pauvreté généralement admis pour le Togo. Ceux qui gagnent moins de 30.000 FCFA par mois représentent 1/5 des répondants et ¼ ont un revenu mensuel compris entre 30.000 et 50.000 FCFA. L'impact du revenu sur le recours à la tradithérapie sera examiné dans un tableau croisé plus bas.

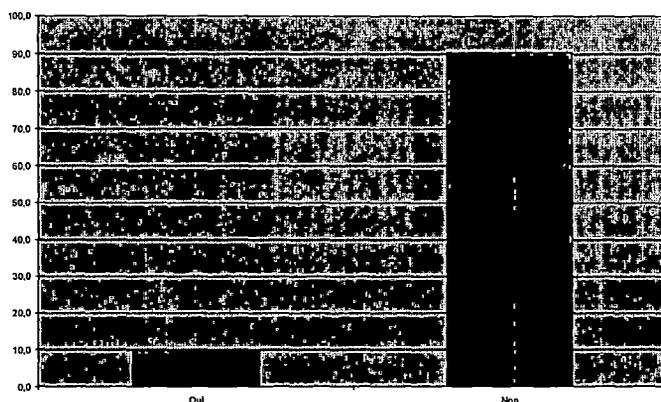
**Tableau XXIV - Répartition des répondants traités en MTR selon le revenu mensuel**

REVENUS MENSUELS	Effectif	%
Moins de 30000	21	21,9
30 à 50000	24	25,0
> 50 000	51	53,1
Total	96	100,0

Source : résultat de l'enquête de terrain

- **Protection sociale et médecine traditionnelle**

Les régimes de protection sociale en cas de maladies pourraient contribuer dans une certaine mesure à influencer l'itinéraire thérapeutique des assurés en général, du moment où ces derniers, qui paient des primes d'assurance périodiques, ont tendance à vouloir faire recours à la protection sociale soutenant les contrats entre assureurs et bénéficiaires en cas de maladies. Ainsi, le problème de financement des traitements ne se poserait plus au moment de la survenue des risques couverts. Théoriquement, le rejet de la couverture des frais de traitements de certaines maladies pourrait déterminer cet itinéraire. C'est pourquoi nous avons cherché à comprendre le comportement des malades, assurés ou non, en liaison avec la médecine traditionnelle.



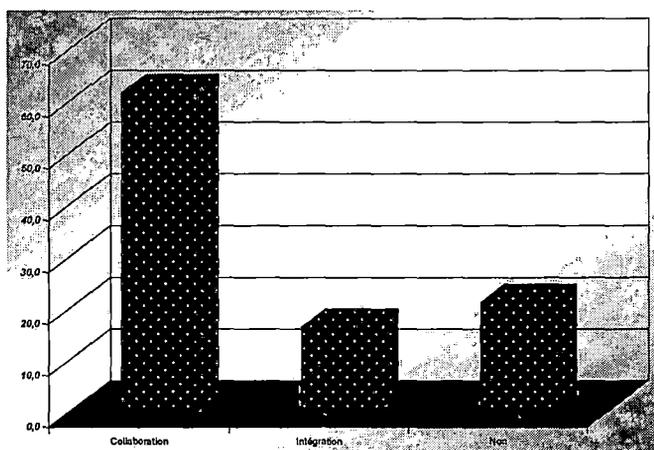
**Figure 14 Répartition des répondants selon qu'ils disposent d'une assurance médicale ou non (Source : résultat de l'enquête de terrain)**

Seulement 10% des 123 répondants à cette question ont déclaré avoir une assurance médicale et ceux-ci déclarent tous que leurs polices d'assurance ne couvrent pas les frais liés aux traitements traditionnels.

Le résultat de l'enquête auprès de la population montre qu'aucune compagnie d'assurance ne rembourse les frais de traitements effectués par les tradithérapeutes, ce qui est conforme aux résultats de notre enquête auprès des trois sociétés citées comme offrant des polices d'assurances médicales au Togo, et auprès de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS).

### **5.3.3 Collaboration « perçue » entre médecines moderne et traditionnelle**

S'exprimant sur le type de collaboration qui devrait exister entre les médecines traditionnelle et moderne, un peu plus de 6 répondants sur 10 optent pour la collaboration parallèle tandis que 16,7% préfèrent l'intégration des deux systèmes de soins dans une même infrastructure sanitaire. Un peu plus d'une personne sur cinq s'opposant à toute forme de collaboration entre les deux. Diverses raisons sont évoquées pour soutenir l'option choisie par les répondants.



**Figure 15 Répartition des répondants selon leurs opinions sur le type de collaboration souhaité entre médecines traditionnelle et moderne (Source : résultat de l'enquête de terrain)**

Pour les partisans de la collaboration entre médecines traditionnelle et moderne, les raisons évoquées pour soutenir leur position sont :

- La collaboration est un moyen de promouvoir la médecine traditionnelle (12,2%). Elle est indispensable à cause de l'impuissance de la médecine occidentale dite « moderne » face à certaines maladies (7,3%).
- Pour d'autres, la collaboration est nécessaire parce que les deux types de traitement se complètent (31,7%) tandis que 3,2% des répondants pensent que la pratique existe déjà et que pour cela on ne devrait que la continuer.
- Un autre groupe de répondants est favorable à la collaboration entre les deux traditions de soins parce qu'elle permet l'accélération de la prise en charge efficace du patient (7,3%).

**Tableau XXV - Répartition des répondants selon les raisons évoquées pour soutenir leurs choix de collaboration entre médecines traditionnelle et moderne**

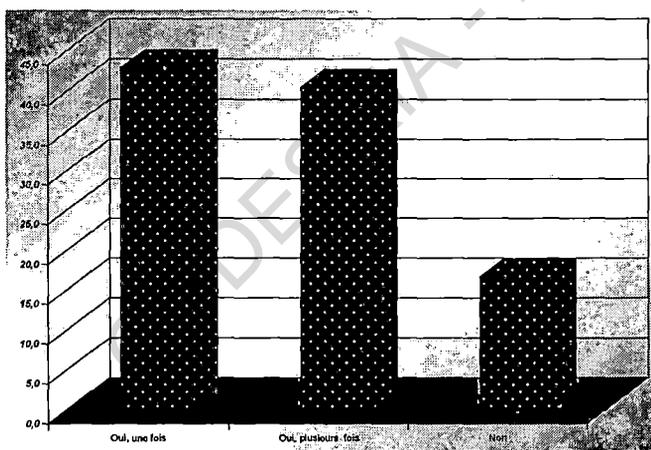
Raisons évoquées pour soutenir son opinion	Effectif	%
Promotion de la médecine traditionnelle	15	12,2
Impuissance de la médecine occidentale dite « moderne » face à certaines pathologies	9	7,3
Deux domaines qui se complètent	39	31,7
La pratique existe de fait déjà	3	2,4
Contribue de la médecine occidentale dite « moderne»	9	7,3
Accélération de la prise en charge efficace du patient	9	7,3
Incompatibilité des traitements	27	22,0
Préservation des secrets des TT	3	2,4
Situer les responsabilités	3	2,4
Autre	6	4,9
Total	123	100,0

Source : résultat de l'enquête de terrain

Pour les adversaires de la collaboration quelle qu'en soit la forme, chaque tradition de soins doit évoluer de son côté à cause de l'incompatibilité des traitements qui sont donnés par chacune d'elles (22% des répondants) ; la séparation, selon certains d'entre eux permettrait de situer les responsabilités en cas d'effets collatéraux indésirables.

Nonobstant ces positions contraires, la collaboration se pratique entre les deux traditions de soins, selon les enquêtés. Plus de 8 personnes interrogées sur 10 disent avoir connaissance de référence entre médecine occidentale dite « moderne » et traditionnelle, soit pour l'avoir vécu personnellement, ou soit parce que connaissant quelqu'un qui a eu cette expérience dans sa vie. Parmi eux, au moins 4 personnes sur dix l'ont vécu une fois, et presque autant l'ont expérimenté plusieurs fois dans leur vie. Seulement 16,7% disent ne pas avoir vécu une telle expérience.

Il est aussi intéressant de savoir qui initie la référence des malades en directions des traditions de soins. D'après les répondants à cette question, plus des  $\frac{3}{4}$  des références émanent de la médecine occidentale dite « moderne», alors que seulement moins de 2 références sur dix sont l'initiative des tradithérapeutes, suggérant que les médecins togolais sont plus à même de reconnaître leurs limites que les tradipraticiens de santé.



**Figure 16 Répartition des répondants selon leurs expériences en référence entre médecines traditionnelle et moderne (Source : résultat de l'enquête de terrain)**

Les références d'une tradition de soins à l'autre sont à 76,5% une initiative d'un médecin moderne en direction d'un tradipraticien de santé, tandis que la référence inverse ne représente que 17,6%.

**Tableau XXVI - Répartition des répondants selon la direction de la référence entre médecines traditionnelle et moderne**

SI OUI DITES NOUS COMMENT ÇA S'EST PASSE	Effectif	%
TT à MM	18	17,6
MM à TT	78	76,5
Sans Opinion	6	5,9
Total	102	100,0

Source : résultat de l'enquête de terrain

Les informateurs interrogés connaissent des plantes médicinales dont ils se servent pour se soigner en automédication. 78% des répondants déclarent en connaître et s'en servir et seulement 27% sont ignorants dans ce domaine.

**Tableau XXVII - Répartition des répondants selon leurs connaissances de plantes médicinales**

CONNAISSEZ-VOUS UNE PLANTE MEDICALE QUE VOUS UTILISEZ EN CAS DE MALADIE	Effectif	%
Oui	96	78,0
Non	27	22,0
Total	123	100,0

Source : résultat de l'enquête de terrain

Sur 123 répondants, soit 97,6% des personnes interrogées, plus des ¾ affirment connaître une plante médicinale utilisée en cas de maladie. Les pathologies couramment traitées dans ces conditions sont récapitulées dans le tableau XXXI qui suit.

**Tableau XXIII - Les pathologies traitées en automédication par les plantes**

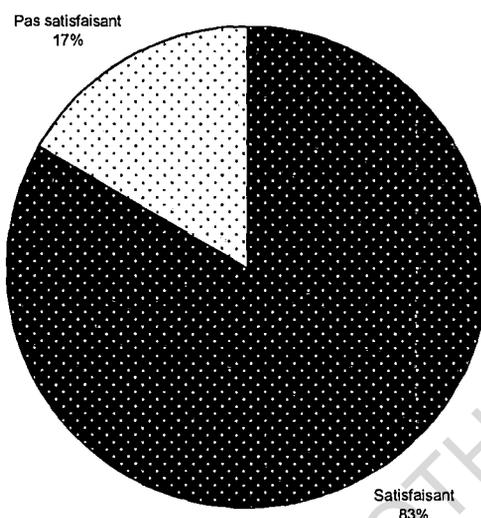
Constipation	Amibe	Fièvre typhoïde	Nausée
Paludisme	Dermatoses	Gastrites	Prostate
Diarrhée	Fièvre	Maux de tête	Envoûtement

Source : résultat de l'enquête de terrain

Comme on le voit, les connaissances traditionnelles en matière de prise en charge des pathologies sont très variées au sein de la population togolaise. Nous avons délibérément choisi de ne pas associer les plantes citées avec les pathologies qu'elles sont sensées traiter selon les répondants, pour éviter de créer la confusion quant à leurs utilisations comme recettes validées, ce qui n'est pas le but de notre étude. Somme toute, nous ne sommes ni en mesure de confirmer où d'infirmer la valeur thérapeutique de ces plantes sous une quelconque forme. Par exemple, nous avons relevé que parfois une même plante est associée à des vertus thérapeutiques différentes par des personnes différentes et dans des localités différentes.

Les données montrent que la maladie que les gens savent traiter avec des médicaments à base de plante est de loin le paludisme (près de la moitié des cas cités) qui règne de façon endémique en Afrique subsaharienne. Viennent ensuite les amibiases (près de 13%) et les maux de ventre (près de 10%). Les tableaux détaillés concernant ces données sont en annexe.

Parmi les 126 personnes interrogées, 102 des 114 répondants, soit 89,5%, ont déjà eu recours à la médecine traditionnelle durant un épisode de maladie au cours des 12 derniers mois. Nous présentons dans le graphique ci-dessous leurs appréciations des traitements reçus. Sur 90 répondants 83,3% sont satisfaits du traitement reçu.



**Figure 17 Répartition des répondants selon l'appréciation du traitement traditionnel reçu (Source : résultat de l'enquête de terrain)**

#### **5.4 Représentations du statut du tradithérapeute**

L'attachement des populations à la médecine traditionnelle en raison de sa plus facile accessibilité, a été à l'origine d'un accroissement important du nombre de tradithérapeutes au Togo au cours des dernières années. Mais comment acquièrent-ils le statut de soignant ?

Au Togo, les praticiens de la médecine traditionnelle acquièrent le statut de soignant dans leurs communautés par divers processus.

##### **5.4.1 Un statut valorisé par « révélation »**

Elle est l'une des voies par lesquelles les tradithérapeutes ont acquis le statut de tradipraticien et de pouvoir s'exercer au sein de la communauté comme médecin traditionnel. La révélation s'opèrerait en général par le truchement des divinités ou entités surnaturelles. Elle pourrait se faire aussi

par l'intermédiaire des ancêtres, des animaux sauvages qui, au cours de leur apparition aux individus, leur révèlent les vertus thérapeutiques des plantes.

D'après Didier FASSIN (1992 :215) « la révélation échappant à toute démonstration et à toute vérification, constitue certainement un moyen idéal pour les nouveaux venus dans le champ thérapeutique, de s'affirmer en homme de savoir (...), se peut ainsi dire guérisseur ».

La révélation apparaît de ce fait comme le moyen le plus facile par lequel tout individu peut facilement s'improviser tradithérapeute et échapper à tout contrôle. Cette situation est potentiellement observable dans les villes et dans les milieux où l'on n'est pas connu, à la différence du village où les relations de parenté, d'alliance et de voisinage sont très fortes. C'est ce qui favorise la multiplication de marabouts et « faux prophètes » dont il a été question au cours des entretiens semi-structurés.

#### **5.4.2 Appartenance à une lignée de guérisseurs comme source de valorisation statutaire**

Dans certains milieux l'héritage constitue la voie qui confère le pouvoir nécessaire pour rentrer dans le cercle des tradithérapeutes. C'est à travers la lignée familiale que sont transmis les savoirs et les pouvoirs thérapeutiques en héritage. L'héritage constitue selon les mots de D. FASSIN (1992 : 216), « (...), ce qui confère plus de légitimité traditionnelle que se soit dans les lignages de guérisseurs, dans les descendances de marabouts ». C'est le cas observé chez les Ifè d'Atakpamé avec le phénomène de Tchakaloké, ces spécialistes de traitement de fractures qui sont réputés dans tout le Togo et auxquels même certains médecins réfèrent des cas compliqués.

Ce moyen constitue la méthode par laquelle la connaissance thérapeutique est perpétuée au sein d'une famille ou à l'intérieur d'un clan par la transmission des savoirs de génération en génération. Il sert à instituer

les vertus thérapeutiques que dispose une famille en tradition et à les perpétuer tout au long de la lignée. Cette approche, dans des communautés où aucun autre système de protection intellectuelle n'existe, permet de garder le secret des savoirs au sein de la famille, étant donné les avantages qui en découlent.

#### **5.4.3 Un statut valorisé par la socialisation professionnelle**

L'on peut également accéder au statut de tradipraticien par apprentissage. Cette autre démarche dans l'acquisition des connaissances dans le domaine de la MTR est omniprésente chez la plupart des tradipraticiens rencontrés. Contrairement à ce que certains peuvent penser, l'apprentissage du métier n'est pas facile car celui-ci exige de nombreuses contraintes et rigueurs dans le comportement du praticien. Des interdits et des tabous sont légion. Comme disait un TT à Atakpamé, « ce n'est pas un travail de paresseux », parlant des contraintes liées à la collecte de plantes médicinales qu'il faut parfois aller chercher à l'aube en prenant soins de ne pas toucher une femme la nuit précédente. C'est un long et difficile processus au cours duquel l'apprenant intériorise les vertus thérapeutiques des plantes qui lui sont enseignées par un maître à qui le disciple doit soumission et obéissance. Didier FASSIN (1992 :222) écrit à ce propos : « Chez les guérisseurs, l'apprentissage auprès de maîtres est souvent très long et difficile ; le savoir se mérite, s'achète ou s'échange ».

L'apprentissage intervient dans le processus de formation selon que l'on soit fils de guérisseur, étudiant en médecine ou disciple de marabout. « Tous sont avant la fin du processus d'acquisition du statut de soignant, des apprentis ». C'est au cours de cette formation que le disciple apprend progressivement les façons de faire et assimile les connaissances ; ce qui lui permettra d'acquérir le statut de soignant et donc être socialement accepté et

reconnu comme tradipraticien. Parfois la fin de l'apprentissage est sanctionnée par une cérémonie riche en couleur qui n'a rien à envier à ce qui est observé dans les universités occidentales. Mais avant, l'apprenti a eu le temps de s'exercer sous le contrôle de son maître.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## **CHAPITRE 6 : MEDECINE TRADITIONNELLE ET TRAITEMENT DES MALADES DU SIDA**

Les maladies couramment traitées par la médecine traditionnelle chez les malades du SIDA sont de tous ordres. Les plus couramment rencontrées sont les maladies diarrhéiques, les infections cutanées, le paludisme, les cas d'amaigrissement et de manque d'appétit et les cas indéterminés.

Comme nous l'avons démontré à travers cette étude, la médecine traditionnelle est omniprésente dans tous les aspects de la santé publique au Togo. Cette présente s'observe également chez les malades du SIDA, depuis son apparition il y a plus de deux décennies. Dans ce domaine spécifique, le tradipraticien de santé, premier contact pour plus de 80% des Africains, intervient dans des étapes différentes de la maladie et joue un rôle de premier plan dans la prise en charge des malades. Pour mieux comprendre et apprécier le rôle du tradithérapeute dans la prise en charge des malades du SIDA, il faut tout d'abord analyser et comprendre les représentations du SIDA tant au sein de la population que chez les tradithérapeutes d'une part, et d'autre part appréhender le statut du tradipraticien de santé et son évolution au sein de cette population.

### **6.1. REPRESENTATIONS DU SIDA CHEZ LES TRADITHERAPEUTES**

Comme nous l'avons présenté dans le chapitre précédant sur les résultats de l'enquête quantitative, la représentation du SIDA au sein de la population est la combinaison des informations diffusées par les média et la perception traditionaliste des tradithérapeutes. La confusion née des messages de peur diffusés au début de la pandémie a créé des perturbations au sein de la population alors que la prise en charge n'était pas disponible, comme l'a déploré un tradipraticien à Atakpamé. Cette situation a désorienté, non seulement les malades, mais aussi les tradithérapeutes qui sont interdits

d'intervenir dans ce domaine, comme ci-dessus présenté. Nonobstant ces velléités d'interdiction faites aux tradithérapeutes, beaucoup ont continué à traiter les cas qui se présentaient à eux avec plus ou moins de succès en fonction de l'état du malade au moment de la consultation. Et les malades, non plus, n'ont pas arrêté de fréquenter les tradithérapeutes.

Or dans les milieux traditionnels, le SIDA n'existe pas comme il est présenté par les médias, d'après les données recueillies au cours de l'entretien avec les tradithérapeutes. Mais cette nouvelle signification donnée à une maladie considérée comme ayant toujours existé jette du trouble au sein de la population, si l'on en croit les tradipraticiens. Selon ces derniers, la maladie qu'on appelle SIDA aujourd'hui existait déjà depuis longtemps et c'est parce que les blancs n'avaient pas les moyens et ne la connaissaient pas chez eux qu'on n'en parlait pas. Cette maladie s'appelle *tetrenou do*, c'est à dire « la maladie qu'on attrape debout et on maigrit jusqu'à en tomber un jour », affirme un tradithérapeute à Bè, un quartier populaire de Lomé. « Certains disent à tort que c'est la maladie appelée *alokpli* mais les vieux ont rejeté cette interprétation. Car *alokpli* se caractérise par le hoquet et le ballonnement du ventre, c'est à dire la cirrhose du foie » poursuit-il.

La rhétorique autour d'*alokpli* a été souvent entendue au cours de l'enquête. Tout en confirmant la même position, un autre tradithérapeute l'explique à sa manière comme suit:

« Nous disons que la maladie existait depuis ; ce n'est pas aujourd'hui. Alors quand on dit que la personne souffre de diarrhée, n'arrive pas à manger, les parents traitaient ces maladies là avant notre arrivée. La maladie s'appelait KADIDI : la personne ne meurt pas mais souffre et maigrit beaucoup. La maladie ne tuait pas si le malade est traité. C'est quand le traitement manque que la personne meurt. Or voyez-vous, les autorités nous interdisent de traiter le SIDA, semble-t-il quand quelqu'un

ose dire qu'il traite le SIDA, « on le met à l'ombre »<sup>64</sup> Il y a trop de pression sur les TT qui déclarent qu'ils traitent le SIDA. Ce qui tue les malades du SIDA, c'est que le malade n'est pas pris en charge très tôt à cause de tout ce qu'on dit sur le SIDA. Les gens sont malades et se cachent jusqu'au moment où ils ne sont plus récupérables. Même ses intestins sont déjà endommagés avant qu'il n'arrive pour le traitement. Et là, son ventre ne peut plus supporter les médicaments que nous donnons.

Pour moi le SIDA est une maladie qui existait depuis longtemps. C'est pourquoi il faut faire recours à la MTR pour son traitement ».

Après une pause méditative, il poursuit :

« Les blancs sont responsables de beaucoup de choses qui nous arrivent. Moi je les considère comme des dieux sur la terre. Quand on voit tout ce qu'ils arrivent à faire, franchement, ils sont capables de tout. De bon comme de mauvais. Quand vous voyez ce qu'ils nous apportent à manger, .... Parce que nos parents ne souffraient pas de tant de maladies. Des parents vivaient très vieux avant de mourir mais aujourd'hui ... Quand on dit qu'il y a la guerre quelque part, c'est les blancs qu'il y a derrière. Notre misère provient d'eux ... ».

Pour la plupart des tradipraticiens, le SIDA n'est pas une nouvelle maladie. Il n'est donc pas étonnant de les entendre dire qu'ils le traitent et guérissent ceux qui en souffrent, dans leurs propres représentations de la maladie et de la guérison.

## **6.2. LES PROCEDES THERAPEUTIQUES DU GUERISSEUR TRADITIONNEL**

Au Togo, les procédés thérapeutiques traditionnels sont très variés et se retrouvent dans toutes les localités couvertes par l'étude, à l'exception de certaines spécialités qui sont propres à certaines localités, voire à certaines familles, comme c'est le cas de *Tchakaloké*, qui n'est localisé que dans la ville

---

<sup>64</sup> On le tue.

d'Atakpamé et ses environs, au sein desquelles les secrets se transmettent de génération en génération, de père en fils et ou de mère en filles.

Comme dans tout procédé thérapeutique, la médecine traditionnelle procède toujours par le diagnostic de la maladie avant de commencer à administrer les soins appropriés aux malades se présentant en consultation. Vient ensuite la phase de traitement proprement dite et, selon les cas, le contrôle et la confirmation de la fin du traitement. Entre ces trois étapes, différentes interventions ont lieu, allant de la récolte des ingrédients devant entrer dans la préparation des remèdes et leur administration.

### **6.2.1. Le diagnostic en médecine traditionnelle au Togo**

Le diagnostic n'est pas l'apanage de la seule médecine occidentale dite « moderne ». En médecine traditionnelle, le traitement n'intervient qu'après la pose d'un diagnostic dont le résultat détermine le type de traitement à utiliser. Comme nous l'avons mis en exergue lors de la présentation des résultats de l'enquête au sein de la population, et des entretiens individuels avec certains malades du SIDA, la méthode de diagnostic la plus utilisée est le recours aux oracles.

Ce recours se fait de différentes manières. Certains tradipraticiens utilisent des miroirs, d'autres font usage d'unealebasse remplie d'eau, d'autres encore recourent à des sortes de chapelets fabriqués avec des coques fendillées et évidées de certains fruits à coque. Les procédés de diagnostic utilisant ces méthodes cherchent l'origine du mal dans l'environnement hors du corps du malade. En d'autres termes, l'origine de la maladie, même si celle-ci affecte le corps, provient d'ailleurs. C'est la dimension écologique du diagnostic en milieu traditionnel. Ce type de diagnostic n'intervient généralement qu'après l'échec de plusieurs remèdes. C'est alors que le patient passe chez les spécialistes de la géomancie ou les

oracles.

### **6.2.2. Le diagnostic en médecine traditionnelle classique**

Certains tradipraticiens sont spécialistes en diagnostic, tandis que d'autres ne peuvent commencer le traitement que lorsqu'ils ont reçu le résultat du travail des premiers. Cette pratique est courante dans les régions Maritimes et des Plateaux. Ce genre de recours pour diagnostiquer survient surtout lorsque la maladie persiste après plusieurs épisodes de traitements infructueux.

Ces procédés font souvent appel aux ancêtres qui sont considérés comme détenteurs de pouvoirs mystiques et de contrôle sur leurs descendances encore dans le monde des vivants. Ces derniers, selon les milieux et les pratiques coutumières, sont censés leur faire des offrandes de temps en temps pour les remercier de la protection qu'ils continuent d'exercer sur eux. Cette croyance est si répandue que même certains médecins n'hésitent pas à conseiller discrètement à certains patients d'aller consulter les ancêtres. Cette fonction de diagnostic est souvent assumée par les psychothérapeutes. Ceux-ci font recours, dans la partie australe du Togo, au *Fa*, intermédiaire entre les divinités et les humains.

*Fa*, aussi désigné *Ifon* ou *Ifan* chez les populations *Ifè* originaires de la préfecture de l'Ogou dans la Région des Plateaux, et *Afan* chez les *Mina* et *Ewe* dans la Région Maritime, est une référence importante dans le processus de diagnostic dans les deux régions d'étude. *Fa* est une divinité très connue et répandue sur la cote du Golfe du Bénin, allant du Togo au Nigeria. Les échanges entre initiés des trois pays sont très fréquents, tout en notant que pour les Togolais, les pèlerinages dans l'Etat d'*Ifè* au Nigeria, pour ceux qui en ont les moyens, est la norme. « Je voulais élargir mon spectre de connaissances et je me suis inscrit pendant six mois à un an à l'université

d'Ifè au Nigéria. Mais à cause de la barrière linguistique, j'ai arrêté avec l'université d'Ifè. Mais j'ai quand même été édifié de constater que ce que nous faisons ici au Togo ce retrouve aussi au Nigéria » nous déclarais un ethnomédecin à Lomé.

C'est au *Fa* qu'on se réfère pour connaître les causes de ce qui ne va pas et qui affecte tant les individus que toute la communauté. *Fa* est considéré comme la source de vérité et de paix. Il permet de se projeter dans le futur comme de se référer aux causes passées de certains événements qui affectent le quotidien des individus et des communautés. En cas de catastrophe, c'est au *Fa* que l'on fait recours pour en déterminer les causes et les offrandes à faire pour conjurer le mal qui frappe la contrée ou le village. « La plupart des auteurs constatent que *Fa* est le dieu, ou le génie de la divination, l'intermédiaire entre homme et dieux. Il est donc consulté à tout propos. » (Maupoil, 1981:5)<sup>65</sup>. La consultation du *Fa* est donc un moyen de diagnostic par excellence au sein de la population togolaise. Même en cas de disparition d'un objet avec soupçon de vol, c'est au *Fa* que l'on fait appel, tel que relaté par un tradithérapeute à Atakpamé.

« Je reçois aussi les gens qui ont envie de savoir les causes de leurs problèmes divers tels la perte d'un objet précieux afin de les aider à identifier l'auteur. En général pour ces cas, AFAN nous aide à identifier l'auteur en le décrivant. Nous en faisons un portrait « robot ». AFAN nous aide à amener la personne à se dévoiler. On fait une recommandation aux fétiches ; les fétiches provoquent chez la personne un dérangement qui l'emmène à venir confesser son forfait. Chez les gens qui essaient de résister, la personne tombe malade mais ne meurt pas ; on traite partout ça ne guérit pas et elle est obligée ainsi de confesser son forfait. A la suite de quoi elle est amendée ».

La consultation du *Fa* se fait de deux manières: l'une propre au commun des mortels et l'autre aux personnes qui ont reçu le *Fa*, c'est à dire les adeptes à qui ont subit les cérémonies nécessaires jusqu'à être détenteurs

---

<sup>65</sup> Maupoil, B, *La Géomancie à l'ancienne Côte des Esclaves*, Paris, 1981, 690 p.

de leur propres Fa à travers ce que l'on nomme *Kpoli*. Dans le second cas, c'est le jeu de noix constituant le Fa de l'intéressé qui est utilisé. Comme le présente si bien Kakpo, « On recourt à cette seconde méthode d'une part lorsqu'un individu qui a reçu Fa dans la forêt sacrée tombe malade et l'on souhaite en identifier la cause, d'autre part lorsque l'on veut faire une consultation pour toute une communauté en situation difficile ou encore lors de l'intronisation d'un roi. » (Kakpo, 2006: pp 47-48)<sup>66</sup>. Dans tous les cas, l'opération débute par des prières propitiatoires après qu'une pièce d'argent soit déposée par terre par le consultant.

En ce qui concerne les maladies courantes, le diagnostic est parfois standardisé chez certains tradithérapeutes dont la logique tourne autour d'une pathologie principale qui est considéré comme la cause fondamentale d'une série de maladies. C'est le cas de l'hémorroïde, connu sous le nom de *koko*, et qui serait responsable de nombreux dysfonctionnements de l'organisme.

Voici la thèse d'un tradipraticien spécialisé dans le traitement des malades du SIDA et installé à Agoè, à l'extrême nord de Lomé.

« Selon la conception traditionnelle, l'hémorroïde est à la base de plusieurs maladies. Les hémorroïdes entraînent la faiblesse sexuelle, le palu répétitif, l'anémie. Donc, comme les hémorroïdes entraînent l'anémie, ça affaiblit l'immunité. Or le palu lui-même aussi entraîne l'anémie, les bourdonnements intestinaux, les hémorroïdes entraînent aussi le manque d'appétit et même l'insomnie. Quand vous ne mangez pas bien avant d'aller au lit, c'est normal qu'on ne pourra pas bien dormir. En résumé nous traitons les hémorroïdes dans plusieurs cas de maladies qui nous sont présentées parce que l'hémorroïde est à la base de la plupart de toutes ces maladies.» affirme-il.

Le diagnostic démarre souvent par des paroles incantatoires que les TT considèrent comme la base du diagnostic. « Ce sont des invocations du sacré.

---

<sup>66</sup> Kakpo M, Introduction à une poétique du Fa, Cotonou, 2006, 176 p.

C'est des paroles forces » nous dira un autre tradipraticien. Quand je « charlate » (sic) aujourd'hui c'est la suite de ce que mon papa faisait ».

Avec *afan* la personne arrive et parle à voix basse sans que personne ne puisse l'entendre sur un objet qui lui est donné par le TT. Après cette phase, le TT commence une prière suivie du maniement des oracles.

« Je prie et commence par poser les oracles par terre et ce sont les esprits qui donnent le résultat de la consultation. Une fois la cause de ce qui dérange la personne défectée, il faut trouver le remède. Car on peut détecter la maladie et ne pas avoir le remède qu'il faut pour guérir le malade. C'est alors que nous faisons appel à un collègue dont on connaît la capacité pour la maladie diagnostiquée », poursuit notre interlocuteur.

En dehors de ces explications, nous avons pris part à des diagnostics de trois personnes chez un autre adepte de la géomancie dans la ville d'Anié située à environ 30 Km au Nord d'Atakpamé et les diagnostics se sont déroulés comme décrit ci-dessus.

Le diagnostic du SIDA aussi n'échappe pas à ces procédés, même si certains praticiens déclarent demander un diagnostic à l'hôpital en cas de soupçon de l'infection au VIH. Voici le témoignage d'un tradithérapeute sur son approche même chez les personnes infectées par le VIH.

« Déjà en voyant la personne on commence par soupçonner de quoi elle souffre. Après la consultation spirituelle nous communiquons avec le malade pour lui dire ce que nous avons diagnostiqué. Il faut aussi noter que les personnes malveillantes peuvent « envoyer » le SIDA à quelqu'un. Les sorciers sont capables de tout. C'est pourquoi moi je fais un « lavage »<sup>67</sup> au malade du SIDA. Je sanctifie les gens quand la personne a commis un acte répréhensible tels que tuer quelqu'un, faire un avortement, etc... Quand quelqu'un a commis de tels actes, on ne peut pas le soigner chez moi sans l'avoir au paravent purifié. Après la consultation, je déclare à la personne ce que les esprits révèlent et la personne est obligée d'accepter. Pour les cas

---

<sup>67</sup> L'informateur n'a pas accepté de nous décrire en quoi consiste ce lavage.

de suspicion de SIDA, j'envoie les cas que je soupçonne vers la médecine occidentale dite « moderne ». Mais beaucoup de gens arrivent en connaissant déjà leur situation » poursuit-il.

### **6.2.3. Récolte et conservation des plantes médicinales**

La brousse et les forêts africaines sont remplies de plantes possédant différentes vertus thérapeutiques dont l'efficacité a été éprouvée et prouvée à travers les âges. Pour le profane, il suffit de rentrer dans la brousse ou dans la forêt pour y recueillir la quantité de feuilles, d'écorces ou de racines nécessaire à la préparation du médicament dont on a besoin. C'est ainsi qu'avec la croissance démographique des populations africaines et l'une de ses conséquences, la déforestation, et dont les causes sont multifformes, certaines espèces commencent à se raréfier, voire à disparaître. En plus, l'exploitation irrationnelle des forêts par des multinationales européennes installées en Afrique depuis la période coloniale et exploitant les bois des forêts ne rend pas la tâche facile.

La disparition progressive des espèces utilisées en médecine traditionnelle préoccupe non seulement les tradipraticiens de santé, mais aussi toute la communauté internationale et particulièrement les défenseurs de l'environnement. Au Togo, cette réalité préoccupe énormément les tradithérapeutes qui reconnaissent que l'approvisionnement en plantes médicinales commence par connaître de sérieuses difficultés. La commercialisation des essences médicinales en est une autre cause, à cause de coupures systématiques à l'approche des jours de marché sans que cela ne corresponde à un besoin réel immédiat.

La récolte et la vente de plantes médicinales est devenu une occupation professionnelle bien structurée au Togo. Il y a ceux qui vont recueillir les plantes directement dans les forêts et qui les transportent pour

les vendre en gros aux détaillants souvent installés dans les villes et les agglomérations d'importance moyenne, les marchés hebdomadaires, et les détaillants qui mettent en permanence les produits à la disposition des utilisateurs finaux ou semi finaux. Il existe aussi des marchés de plantes médicinales où s'approvisionne toute la population, ce qui favorise l'automédication courante dans le pays. Sans être l'apanage du seul Togo, ces marchés existent dans la plupart des pays africains, en l'occurrence ceux au sud du Sahara.

Malgré l'existence de ces marchés les tradithérapeutes continuent encore d'aller récolter certaines matières premières eux-mêmes. Ces cas sont souvent justifiés par le souci de ne pas faire connaître tous les secrets de leurs préparations médicamenteuses à tout venant. Ce n'est donc pas rare que les patients soient envoyés eux-mêmes chercher certaines plantes, soit en brousse, dans les champs, voire les alentours des maisons, où à défaut dans les marchés aux plantes médicinales. Le tradithérapeute se réserve le privilège d'ajouter au mélange l'élément sans lequel le médicament ne sera pas efficace. Les tradithérapeutes entourent souvent la préparation médicamenteuse de mythes de toutes sortes, dont les effets, réels ou supposés, peuvent être dramatiques si l'on ne respecte pas certains rituels et si l'on ne tient pas compte de certains signes annonciateurs des interdictions de cueillir. Comme le disait un tradipraticien dans la ville d'Atakpamé au cours de notre entretien:

« Avant d'aller cueillir la plante, la veille tu ne dois pas avoir de contact avec une femme. Le lendemain tu te réveilles à l'aube sans te débarbouiller et, sans parler à personne, tu prends le chemin de la brousse. Arrivé devant la plante ou l'herbe à cueillir tu l' observes pour obtenir son autorisation. Cette autorisation est communiquée par plusieurs signes. Si par exemple tu vois un serpent dans les alentours de l'arbre, et tu essaies de le renvoyer sans succès, alors ça veut dire que la réponse est négative. Tu retournes à la maison sans chercher à aller vers une autre plante. Si tu insistes, le

médicament ne sera pas efficace. Tu peux même avoir un malheur. Surtout il ne faut pas tuer le serpent. »

Ces réalités, qui sont souvent considérées comme des mythes, sont reconnus par la plupart des observateurs. Dans une certaine mesure, les mythes constituent, dans une société sans loi ni règlements protégeant les droits d'auteurs, le moyen de protection contre les « exploiters », comme le présentait un tradithérapeute.

Au sujet de récolte de plantes, un autre tradithérapeute de Lomé réagit comme suit:

« 80% des plantes que nous utilisons sont cueillis par nous mêmes. Nous insistons sur les exigences de qualité de la plante à utiliser pour faire un médicament. Nous allons très loin dans la brousse pour éviter les zones polluées car la qualité de la plante compte beaucoup dans la qualité du médicament qui en sortira. La préservation de l'environnement nous préoccupe aussi beaucoup, surtout lorsque l'on prélève les racines. La plante a besoin de retrouver sa forme pour que toutes les vertus recherchées y soient présentes. »

L'approvisionnement en plantes médicinales n'est pas chose aisée. En effet, « La récolte de plante médicinale est très pénible et ce n'est pas un travail de paresseux. C'est un travail pénible et exigeant parce qu'il y a des tabous à respecter » ajouta le tradithérapeute d'Atakpamé.

Pour se servir des racines, il est nécessaire d'observer certaines précautions pour éviter de tuer la plante et les spécialistes en sont conscients:

« je ne coupe jamais la racine mais j'en taille délicatement l'écorce de manière à ne pas la dénuder complètement. C'est la partie de l'écorce de la racine qui reste qui lui permet de se régénérer et 3 mois après, quand tu reviens, la racine redevient normale et tu peux encore en récolter. Autrement, la plante finit par mourir », ajouta encore le tradithérapeute précité.

C'est dire que loin de ce que l'on peut croire, les tradipraticiens sont conscients de la nécessité de préserver l'environnement pour éviter la disparition de certaines espèces qui leur permettent de perpétuer leur profession.

En dehors des parties de plantes, les guérisseurs traditionnels utilisent aussi différents matériaux. « J'utilise aussi bien les feuilles, l'écorce, les racines de plantes, y compris les herbes, que certaines parties d'animaux, et même de l'argile, pour soigner. » En dehors des végétaux, les autres matériaux entrant dans la préparation des médicaments sont les plumes d'oiseaux rares tels que les perroquets, les éperviers et même les vautours, les ossements de différentes parties ayant des symboliques particulières : certaines parties de l'animal sont prisées dans la préparation de produits aphrodisiaques. Un autre guérisseur de la Région des Plateaux a cité l'argile et l'eau de mer comme éléments constitutifs de préparation de médicaments.

Après la récolte, la plante est soit immédiatement transformée en médicament, soit conservée pour une utilisation future. Dans ce dernier cas, certaines précautions s'imposent pour ne pas détériorer le principe actif contenu dans le matériau. Les méthodes couramment utilisées sont le lavage et le séchage. L'extrait d'un entretien avec un naturothérapeute à Lomé résume la conduite à tenir dans le stockage des matériaux avant leur transformation en médicaments.

« Une fois les plantes arrivées à la maison, quand on ne savait pas, on mettait tout ça là dans l'eau pour laver, ... or en mettant dans l'eau on modifie la structure de la molécule ou bien le marqueur et ça peut ne pas donner le résultat attendu. On ne les lave pas. C'est au moment où on veut préparer un médicament qu'on prélève la quantité nécessaire qu'on lave. Il faut alors veiller à éviter des endroits poussiéreux lors du stockage. Donc pour éviter cet inconvénient on nettoie les racines avec des brosses métalliques, on découpe et on sèche. Chaque partie de la plante a son mode de séchage. Des racines, les parties charnues et les fruits au soleil.

Les feuilles et certaines fleurs et toutes les matières flaves qui sont sensibles au soleil se sèchent à l'ombre, surtout les plantes aromatiques. »

#### **6.2.4 Les procédés traditionnels « évolués »**

Au cours de notre enquête, nous avons constaté que la plupart des praticiens en médecine traditionnelle utilisent invariablement les méthodes de diagnostic propre à la médecine occidentale dite « moderne », prouvant, si besoin est, de l'avance de ces derniers sur les autorités en matière de collaboration entre médecines moderne et traditionnelle. Nous avons qualifié ces procédés d'« évolués ». Pour montrer l'ampleur de la situation, nous citerons abondamment les informateurs dans ce paragraphe.

« Nous avons des paramètres rapides que nous prenons qui sont des choses préliminaires qu'il faut connaître sans quoi, on ne peut pas bien diagnostiquer. Donc chez nous ici, nous prenons la tension, on ne peut pas guérir quelqu'un sans une prise de tension. La prise de la tension est très importante, la tension artérielle. Nous prenons le poids pour voir si le poids est rationnel, est normale avec la taille. Nous prenons la température, le pouls c'est très important ; nous avons un appareil qui nous permet de déterminer l'énergie corporelle, l'énergie de santé d'un individu. Même si cet appareil n'était pas là, au moins la tension, le poids, le pouls, la température et puis regarder la langue du patient, parce que un scientifique Français a dit que la langue est la lumière de tout le corps. Bon, si on fait la physiologie réellement, il faut savoir aborder le patient en regardant la personne dans son ensemble avant de poser un diagnostic et en fonction du diagnostic précis, fiable et efficace, donner les médicaments qu'il faut ... ».

Répondant à une question spécifique sur le diagnostic du VIH, un autre tradipraticien de Lomé ajoute :

« Il y a deux cas. Pour certains, ils arrivent déjà en connaissant leur statut sérologique. Pour d'autres nous les convainquons d'aller à l'hôpital, en essayant de leur faire comprendre que ce n'est pas une maladie qui tue et il nous ramène les résultats qui nous permette de commencer le traitement. *Surtout qu'on veut savoir la charge virale pour la CD4 ou la CD8, ça nous*

*permet de faire un dosage approprié du médicament, surtout quand il n'y a pas de symptôme de telle ou telle maladie.*

Quand il y a symptômes, déjà c'est la maladie là que nous attaquons. C'est pourquoi finalement nous disons *que nous ne traitons pas le SIDA parce qu'il est difficile à définir. D'abord dans le milieu traditionnel et nous ne traitons que tout ce qui l'entoure, c'est à dire les maladies opportunistes.*»

Cette prudence affichée par ce praticien est à l'image de la pression dont la profession fait l'objet à la suite de l'interdiction de faire la publicité sur le traitement du SIDA par les tradithérapeutes. Elle rappelle le cas du tradithérapeute ivoirien Mian Ehui dont parle Dozon, à savoir « la relative prudence ...à l'égard de la tentation – à laquelle d'autres guérisseurs succombent - de se déclarer sans nuances guérisseur du SIDA » (Dozon, 1995 :190).

Selon le tradithérapeute précité, pour les cas où le SIDA est soupçonné, il fait procéder à un test de dépistage à l'Institut d'Hygiène de Lomé où toutes demandes d'analyses sont bien accueillies sans discrimination.

« Nous devons vous assurer que dans ce domaine la collaboration est très bonne avec l'Institut d'Hygiène. Nous avons ouvert ce centre en 1998 depuis ce temps le nombre de malades que nous avons envoyés à l'institut pour les analyses est incomptable. Et jamais nous n'avons essuyé un refus de leur part. Tous les cas que nous leur avons envoyés ont été reçus correctement et les tests ont été effectués correctement. Il n'y a pas de rejet parce que c'est un centre de tradithérapeutes qui demande le test. »

Cette évolution du diagnostic chez les TT est un signe précurseur de la prédisposition des praticiens de la médecine traditionnelle à établir une collaboration avec la médecine occidentale dite « moderne » là où c'est possible.

### **6.2.5 Les différentes formes galéniques des**

## médicaments traditionnels rencontrés au Togo

Les médicaments en médecine traditionnelle se présentent sous différentes formes, en fonction du moment de leurs administration, du matériel dont ils sont issus et voire même de la quantité à utiliser au moment du traitement. Certains médicaments sont préparés pour être consommés immédiatement et ne sont plus efficaces quelques temps seulement après leur préparation. D'autres par contre, du fait de la rareté des matières qui concourent à leur préparation selon les saisons, doivent être préparés et conservés à titre préventif. C'est pourquoi la forme galénique, c'est à dire la forme de présentation du médicament, est différente d'un produit à l'autre.

**Pour les solutions** nous avons les méthodes de préparations qui suivent.

A l'étouffé. Exemple pour les plantes aromatiques, on met le contenu dans un thermos, on verse l'eau chaude dessus et on ferme. Donc l'essence ne peut pas s'échapper. « Mais si vous mettez l'eau bouillante sur la plante aromatique comme ça vous n'aurez rien. » prévient l'informateur. « Pour éviter tout ça, même si c'est à ciel ouvert, vous laissez l'eau tiédir avant de la verser sur la plante aromatique, la teneur de la solution que vous aurez en aromate sera très importante. »

Infusion. Elle peut se faire avec de l'eau tiède ou bouillante ; la température d'eau qu'il faut variera selon la consistance de la matière. C'est l'infusion et le produit obtenu, c'est à dire la forme galénique, s'appelle l'infusé.

Macération. Parfois on peut même mettre de l'eau froide dessus si la matière ne peut pas supporter de l'eau chaude. Il y aura dissolution. La durée de la macération dépend du niveau de concentration recherché. Une macération peut être appliquée aux feuilles, aux racines et aux écorces. Tout dépend de ce qu'on veut obtenir. Le produit obtenu, c'est à dire la forme

galénique, s'appelle le macéré.

La décoction. Parfois on peut porter à ébullition un matériel donné. On le fait bouillir compte tenu de la surface à atteindre. Plus le grain est gros et plus on a besoin de prolonger le temps d'ébullition pour faire sortir le marqueur. Le produit obtenu, c'est à dire la forme galénique, s'appelle le décocté.

Les alcoolatures sont obtenues soit des feuilles, soit des écorces, des différentes parties de la plante qu'il faut mettre dans une liqueur donnée et qu'on laisse au soleil pendant un temps donné pour faciliter la libération du marqueur. Quand on a plusieurs parties de différentes plantes dans une liqueur on fait de l'élixir.

Teinture mère. C'est comme pour les alcoolatures mais plus concentrée et la durée de préparation est plus longue. « On ne peut pas prendre une cuillerée de teinture mère, mais seulement quelques gouttes », précise notre informateur.

**Pour les poudres** nous avons les méthodes de préparations suivantes.

Le calcinât qui est le grand père de toutes les formes galéniques. On met plusieurs produits dans une marmite, sans y verser de l'eau, qu'on fait calciner jusqu'à en obtenir une poudre noire qu'on conserve dans de petites gourdes appelées *Ti-goé*, au sud où *Ti* signifie poudre, et *goé* petite gourde; et à Atakpamé la même petite gourde s'appelle *Ado*. C'est d'habitudes dans ces gourdes accrochées au toit (maximum 3 ou 4 chez les grands tradithérapeutes, chacun avec ses propriétés et l'ensemble peut traiter plusieurs maladies à la fois).

Du sud au nord du Togo les gens aspergent le calcinât d'un peu de liqueur pendant qu'il est encore chaud et vient d'être retiré du feu, pour renforcer le produit. Une fois aspergé et laissé séché on les met dans les *Ti-*

goé. « C'est ça qui est resté en Europe et transformé en comprimés du médicament connu sous le nom de « charbon », qui est fabriqué à base de troncs d'eucalyptus. » précise un de mes informateurs au cours de l'entretien.

Les poudres. Elles s'obtiennent à partir des feuilles, des écorces, les racines qu'on pile. « Pour les racines il vaut mieux piler tout de suite. Mieux vaut piler entre bois et bois qu'entre bois et métal. Mais parfois, ça dépend du temps de préparation. Parfois c'est entre pierre et pierre, entre métal et métal entre bois et bois. »

Pour les pommades. Certaines personnes utilisent la vaseline ou du beurre de karité. Ça dépend de ce que l'on veut faire. On peut aussi utiliser les graisses animales. On utilise les graisses de boa, de baleine, de poisson, de bœuf, chèvres, etc. qu'on peut utiliser pour le corps ou même une pommade à lécher pour anéantir toute inflammation de la gorge par exemple.

Embrocation. L'extrait d'un entretien avec un tradithérapeute résume le procédé comme suit :

« Nous on fait la forme galénique qui s'appelle embrocation qui consiste à mettre le matériel dans du beurre de karité ou graisse animale. Vous y ajoutez de l'eau et vous faites bouillir jusqu'à ce que l'eau disparaisse et qu'il ne reste que la graisse et vous tamisez à l'aide d'un tamis fin. On peut utiliser l'huile végétale, si on veut faire de l'huile goménolée par exemple, et le beurre de karité selon la destination du produit. Si on veut utiliser l'huile de palmiste, il faut enlever la matière qui rancit en le faisant bouillir à blanc. Idem pour l'huile de palme. »

### **Autres formes : les granulés**

Les granulés. Cette nouvelle forme de conditionnement de médicament à base de plantes a été mentionnée par un naturothérapeute rencontré dans le quartier d'Agoè en périphérie de Lomé. Voici sa description de son procédé:

« Les granulés c'est des matières totales que nous utilisons en poudre fines.

Si c'est les feuilles on réduit en poudre comme on prépare la farine du maïs. On sèche d'abord et puis après, on stérilise et on met ça à une température élevée pour préserver contre les bactéries; et on met à une phase de transformation en granulés comme les MILO et les OVALTINE ; vous avalez et puis ça dissout rapidement. Ce processus empêche le développement de bactéries comme ça se fait dans les laboratoires pour empêcher les médicaments de contenir les agents pathogènes. »

Comme nous le voyons, les tradithérapeutes ont plusieurs méthodes pour produire et conserver les médicaments. Avec une tendance à la modernisation des procédés thérapeutiques en médecine traditionnelle, la conservation des médicaments prend des allures qui permettent d'envisager leur développement et leur distribution à grande échelle.

### **6.3 ITINERAIRES THERAPEUTIQUES ET IMPACTS DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE SUR LES MALADES DU SIDA**

#### **6.3.1 Déterminants du recours à la médecine traditionnelle comme premier choix de l'itinéraire thérapeutique**

Comme nous l'avons vu dans le tri à plat des données, certaines variables nécessitent un examen plus approfondi en relation avec d'autres variables étudiées pour savoir leurs influences réciproques. Les moyens pour y parvenir consistent à croiser certaines de ces variables qui sont déterminantes dans les hypothèses de départ.

#### **Relation entre l'âge et la première démarche en cas de maladie**

Nous voulons savoir si l'itinéraire thérapeutique du malade dépend de l'âge de celui-ci ou non. Le recours à la médecine traditionnelle comme première démarche en cas de maladie est de 22,2% chez les personnes de moins de 25 ans et devient plus marquée entre 25 et 49 ans (33,3%) avant de baisser à 11,1% à partir de 50 ans et plus.

D'après le test du Ki2 nous pouvons conclure que la différence n'est pas significative quelle que soit la classe d'âge, autrement dit, l'âge n'est pas un facteur déterminant dans l'itinéraire thérapeutique de la personne qui fait recours à la médecine traditionnelle en cas de maladie.

Vu le caractère parfois magico religieux des traitements en médecine traditionnelle, l'on est en droit de s'interroger sur l'influence de la religion dans le recours à cette tradition de soins.

### **Relation entre la religion et la première démarche en cas de maladie**

Le tableau qui suit, présente la répartition des répondants en fonction de leur religion et la première démarche en cas de maladie chez les personnes interviewées.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

**Tableau XXIX Répartition des répondants selon la religion et la première démarche en cas de maladie**

RELIGION	PREMIERE DEMARCHE EN CAS DE MALADIE						Total	
	TT		MM		Autres		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Traditionnelle			9	15,0	3	8,3	12	9,8
Islamique	9	33,3	12	20,0	3	8,3	24	19,5
Catholique	12	44,4	12	20,0	12	33,3	36	29,3
Protestante			12	20,0	6	16,7	18	14,6
Autre chrétien	6	22,2	15	25,0	12	33,3	33	26,8

Khi-2 pour q103 RELIGION croisé Q302 Première démarche en cas de maladie=19,534; ddl=8; p=0,012

Source : résultat de l'enquête de terrain

L'on serait tenté d'affirmer que la médecine traditionnelle est plus prisée que la médecine occidentale dite « moderne » par les adeptes de religions traditionnelles, alors que la situation inverse serait observée chez les adeptes des religions judéo-chrétiennes. Mais les résultats de l'étude nous montrent pratiquement le contraire.

En effet, les personnes qui recourent aux thérapies traditionnelles comme première démarche en cas de maladie sont constituées en majorité de chrétiens (44,4% de catholiques et 22,2% d'autres chrétiens), suivi de musulmans (33,3%) contre 0% de pratiquant des religions traditionnelles (n=123).

Quant à la médecine occidentale dite « moderne » 15% de ceux qui y recourent sont des traditionalistes, 20% des catholiques, 20% des protestants et 25% d'autres chrétiens. Aucune différence significative n'est observée.

## Relation entre le niveau d'étude et la première démarche en cas de maladie

Sur la base des données recueillies au sein de la population, nous avons construit le tableau qui suit en croisant le niveau d'étude et la première démarche en cas de maladie. Il en ressort que les personnes qui ont des niveaux d'études les plus élevés, même si elles font recours à 55% à la médecine occidentale dite « moderne » pour se soigner, sont majoritaires parmi les personnes qui utilisent la médecine traditionnelle comme premier recours en cas de maladie (33% de répondants de niveau d'études supérieures contre 22% qui n'ont jamais fréquenté et 11% de niveau d'enseignement primaire).

**Tableau XXX Répartition des répondants selon le niveau d'étude**

NIVEAU D'ETUDE	PREMIERE DEMARCHE EN CAS DE MALADIE						Total	
	TT		MM		Autres		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
N'a pas fréquenté	6	22,2					6	4,9
Primaire	3	11,1	9	15,0	9	25,0	21	17,1
2è Degré	9	33,3	9	15,0	3	8,3	21	17,1
3è Degré			9	15,0	3	8,3	12	9,8
Supérieur	9	33,3	33	55,0	21	58,3	63	51,2
Khi-2 pour q106 NIVEAU D'ETUDE croisé Q302 Première démarche en cas de maladie=35,923; ddl=8; p=0,000								

Source : résultat de l'enquête de terrain

## Relation entre la situation matrimoniale et la première démarche en cas de maladie

La situation matrimoniale peut aussi avoir un impact sur certains comportements des individus. En Afrique en général et au Togo en particulier, l'on sait que l'épouse joue un rôle déterminant dans les préparations

alimentaires. Dans le domaine des préparations médicamenteuses, cette réalité n'est pas exclue. Un homme est plus à même de prendre des médicaments à base de plantes s'il est marié qu'un célibataire. Comme le montre le tableau qui suit, les mariés qui se tourne vers les traitements à base de plantes en premier recours en cas de maladies sont six fois plus nombreux que les célibataires (66,7% contre 11,1%) et trois fois plus nombreux que les séparés. En comparaison avec le recours à la médecine occidentale dite « moderne», les mariés et les séparés y font recours au même degré (24% pour chaque groupe) avec 12% pour les célibataires. D'autres méthodes de soins ont été citées par une majorité de répondants pou ce type de soins (27%).

**Tableau XXXI Répartition des répondants selon leur situation matrimoniale et leur première démarche en cas de maladie**

SITUATION DE FAMILLE	PREMIERE DEMARCHE EN CAS DE MALADIE						Total	
	TT		MM		Autres		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Séparé	6	22,2	24	40,0	15	41,7	45	36,6
Marié	18	66,7	24	40,0	12	33,3	54	43,9
Célibataire	3	11,1	12	20,0	6	16,7	21	17,1
Divorcé					3	8,3	3	2,4

Source : résultat de l'enquête de terrain

## **Niveau de revenu et itinéraire thérapeutique**

Le niveau de revenu détermine l'itinéraire thérapeutique : la médecine traditionnelle est la médecine des pauvres, entend-on souvent. Ceci suppose que seules, ou tout au moins la grande majorité, des personnes à bas revenus sont les utilisateurs de la médecine traditionnelle. Si cette affirmation est vraie, plus le niveau de revenus est élevé, moins l'on aura tendance à recourir à la médecine traditionnelle pour se soigner.

Près de 43% des répondants utilisant la médecine traditionnelle comme premier recours ont un revenu mensuel compris entre 30.000 et 50.000 FCFA, alors que ceux qui ont un revenu mensuel supérieur à 50.000 FCFA constituent 28,6%. Ce niveau est identique à celui des personnes gagnant moins de 30.000 FCFA par mois. Donc 71,5% des personnes utilisant la médecine traditionnelle comme premier recours en cas de maladie ne sont pas dans la catégorie des togolais pauvres. Sur cette base nous pouvons conclure que la médecine traditionnelle est tout aussi prisée par les togolais à revenus faibles que par ceux à revenus moyens et à revenu élevée. L'hypothèse selon laquelle la médecine traditionnelle est la médecine des pauvres est donc rejetée.

**Tableau XXXII Répartition des répondants selon leurs revenus mensuels et la première démarche en cas de maladie**

REVENUS MENSUELS	PREMIERE DEMARCHE EN CAS DE MALADIE						Total	
	TT		MM		Autres		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%		
Moins de 30000	6	28,6	6	12,5	6	25,0	18	19,4
30 à 50000	9	42,9	12	25,0	3	12,5	24	25,8
> 50 000	6	28,6	30	62,5	15	62,5	51	54,8

Source : résultat de l'enquête de terrain

### 6.3.2 Perception mystique de l'étiologie du SIDA

Selon le discours social, les voies classiques de transmission du SIDA ne constituent pas les seules, et le SIDA peut être transmis par des méthodes ésotériques. Des personnes malveillantes dotées de pouvoir mystique sont symboliquement capables de transmettre, par des techniques de sorcellerie, le SIDA. Sur la base des résultats des interviews réalisées, tant au sein de la population qu'auprès de tradipraticiens de santé, cette pratique mystique de transmission du SIDA est largement citée. Sur 108 répondants 36% pensent que ce phénomène est possible. Cette croyance peut aussi dépendre d'autres facteurs tels que l'âge, le niveau d'étude, voire la religion.

#### Age et perception mystique de l'étiologie du SIDA

Dans toute société, certaines croyances évoluent et changent de génération en génération. Il est donc indiqué de comprendre si la perception mystique de la transmission du SIDA est influencée par l'âge des répondants ou non. Nous observons que quand bien même la perception mystique de l'étiologie est répandue dans toutes les tranches d'âges, ce sentiment est plus

prononcé entre les personnes âgées de 30 à 39 ans (46,2%). Avec un p-value de 0,041 inférieure à la p-value théorique de 0,05 nous en déduisons que la différence est statistiquement significative pour cette tranche d'âge par rapport aux autres.

**Tableau XXXIII Répartition des répondants selon la perception mystique de du SIDA et l'âge des répondants**

CLASSE D'AGES	LES PERSONNES MALEFIQUES PEUVENT FAIRE ATTRAPPER LE SIDA EN JETANT UN SORT A QUI ELLES VEULENT. EST-CE POSSIBLE ?					
	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 25 ans	6	15,4	6	8,7	12	11,1
25-29 ans	3	7,7	21	30,4	24	22,2
30-39 ans	18	46,2	18	26,1	36	33,3
40-49 ans	6	15,4	12	17,4	18	16,7
50 ans et +	6	15,4	12	17,4	18	16,7

Source : résultat de l'enquête de terrain

- **Niveau d'étude et perception mystique de l'étiologie du SIDA**

A l'exception des répondants de niveau d'étude secondaire, la perception mystique de l'étiologie du SIDA a tendance à croître avec le niveau d'étude. Contre toute attente, parmi les 108 répondants des 126 personnes interrogées, ceux ayant un niveau d'étude universitaire sont les plus

nombreux à croire ce mythe (46,2%), suivis de ceux du niveau d'étude de second degré (30,8%) et de ceux du niveau primaire (15,4%). Les répondants n'ayant pas fréquenté ne représentent que 7,7% des personnes qui ont une perception mystique de l'étiologie du SIDA au Togo. Avec un p-value de 0,41 on peut donc conclure que le niveau d'étude influe positivement sur la perception mystique de l'étiologie du SIDA.

**Tableau XXXIV Répartition des répondants selon leur niveau d'étude et la perception mystique de l'étiologie du SIDA**

NIVEAU D'ETUDE	LES PERSONNES MALEFIQUES PEUVENT FAIRE ATTRAPPER LE SIDA EN JETANT UN SORT A QUI ELLES VEULENT. EST-CE POSSIBLE ?					
	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
N'a pas fréquenté	3	7,7	3	4,3	6	5,6
Primaire	6	15,4	12	17,4	18	16,7
2è Degré	12	30,8	9	13,0	21	19,4
3è Degré			12	17,4	12	11,1
Supérieur	18	46,2	33	47,8	51	47,2

Source : résultat de l'enquête de terrain

- **Religion et perception mystique de l'étiologie du SIDA**

Concernant l'influence de la religion dans la perception mystique de l'étiologie du SIDA, le tableau qui suit nous montre qu'à l'exception des traditionalistes, la perception mystique de l'étiologie du SIDA est répandue chez les adeptes de toutes les croyances religieuses classiques d'origine non

africaine existant au Togo. Elle est plus répandue chez les chrétiens toutes tendances confondues (77%) : 30,8% chez les catholiques, 38,5% chez les autres chrétiens et 7,7% chez les protestants, contre 23,1% chez les musulmans. Toutefois la différence n'est pas significative (p-value = 0,05).

**Tableau XXXV Répartition des répondants selon la perception mystique du SIDA et la religion des répondants**

	PERSONNES MALEFIQUES PEUVENT FAIRE ATTRAPPER LE SIDA EN JETANT UN SORT AQUI ELLES VEULENT. EST-CE POSSIBLE					
	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
RELIGION						
Traditionnelle			12	17,4	12	11,1
Islamique	9	23,1	12	17,4	21	19,4
Catholique	12	30,8	18	26,1	30	27,8
Protestante	3	7,7	15	21,7	18	16,7
Autre chrétien	15	38,5	12	17,4	27	25,0

Source : résultat de l'enquête de terrain

### **6.3.3 Impact sanitaire, psychologique, social et économique de la médecine traditionnelle sur les malades du SIDA**

Comme démontré au cours de cette étude, l'impact de la médecine traditionnelle sur les malades du SIDA se situe à plusieurs niveaux à savoir :

- l'impact sanitaire,

- l'impact psychologique
- l'impact social et
- l'impact économique.

En référence à l'approche dialectique qui caractérise l'analyse des résultats de cette étude, les impacts des procédés thérapeutiques du tradipraticien se présentent sous un double angle. Ainsi l'impact est reconnu comme globalement « positif », selon que le TT (tradithérapeute) se trouve dans le groupe des « bons tradipraticiens » ou « négatif » s'il est dans celui des « escrocs ».

Pour la plupart des médecins, le bon tradipraticien est celui là qui a hérité ses connaissances de ses ancêtres et qui exerce dans ce cadre. C'est donc une pratique qui se transmet de génération en génération, de famille en famille et de père en fils. Il s'agit ici en quelque sorte de cercles fermés d'où les membres ne devraient pas sortir.

Mais avec l'évolution, certains se regroupent et forment des associations qui leur permettent de s'organiser pour améliorer leurs prestations et mieux défendre leurs intérêts. Tant bien que mal, ces regroupements sont de plus en plus acceptés, surtout avec la pression des organisations internationales telles que l'OMS et l'UA. Cette dernière catégorie est souvent constituée de membres d'un certain niveau d'éducation qui utilisent leurs connaissances scolaires, voire universitaires, au profit de leurs groupes. On y compte souvent des universitaires de renom, voire parfois des médecins reconvertis. Ceux-ci sont considérés comme évolués et ils n'hésitent pas à mettre sur le marché des médicaments avec des emballages de type moderne.

La reconnaissance accordée aux procédés thérapeutiques traditionnelles est donc fonction de cette catégorisation par la médecine

occidentale dite « moderne», comme en témoigne cet extrait d'entretien :

« La médecine traditionnelle a deux vitesses chez nous ici. Les tradithérapeutes qui sont dans l'association des tradithérapeutes sont plus améliorés que ceux qui sont au-dehors. C'est que l'association est animée par des gens qui sont allés à l'école, des gens qui se sont formés dans des instituts spécialisés comme au Ghana, donc ils ont un raisonnement scientifique ».

Si l'on se fie à cette classification des tradithérapeutes, il suffit d'être membre d'une association de tradipraticiens ou d'être situé en milieu rural pour être crédible et l'inverse pour tous les autres. Appliquerait-on la même classification aux praticiens de la médecine occidentale dite « moderne » ?

Les autres tradipraticiens sont aussi classés en deux groupes : ceux qu'on pourrait appeler " les vrais tradipraticiens" et qui sont dans leurs villages, par opposition à ceux désignés sous l'appellation de "faux tradipraticiens" que tout le monde considère comme des escrocs. Les premiers sont dits « honnêtes et efficaces » tandis que les autres « ne se préoccupent que de commerce ». « Il y a aussi il y a des truands qui font des mélanges dont ils ne maîtrisent rien ; pour eux c'est de l'argent. C'est ceux-là qui sont dangereux. » affirme un médecin au sujet de ces derniers. Cette appréciation est identique à celle de multiples personnes interrogées au cours de cette étude.

- **Impact sanitaire**

Sur le plan sanitaire, l'impact des traitements traditionnels est généralement reconnu au Togo par tout le monde, y compris par certains praticiens de la médecine occidentale dite « moderne», nonobstant les praticiens véreux. Mais au delà de ce problème de comportement se trouve aussi celui des effets secondaires causés par les médicaments à base de plantes. Tout médicament est un produit chimique qui affecte l'organisme

d'une manière ou d'une autre. D'après certains médecins, l'on déplore en particulier le problème d'insuffisance rénale qui serait la conséquence d'utilisation de médicaments à base de plantes.

« ... parfois les médicaments traditionnels créent des insuffisances rénales chez les patients, ce qui demande une prise en charge plus coûteuse, et certaines maladies chroniques comme les ulcères, parce lorsqu'on traite quelqu'un avec des produits qui renferment des épices. ... pour le cas de l'ulcère qui est une maladie chronique, le malade sera obligé d'acheter des pansements toute sa vie. » affirme un médecin.

- **Impact psychosociologique**

Sur le plan psychosociologique les médecins modernes reconnaissent l'impact psychologique positif indéniable des procédés thérapeutiques traditionnels sur les malades. La plupart des personnes interrogées sont unanimes sur ce point. Les tradipraticiens sont plus proches de la population et arrivent à les convaincre facilement, selon un médecin de la Région des Plateaux. Pour un autre, l'impact positif va au delà de cette simple perception. Le tradipraticien est comparé à un psychiatre. Comme l'exprime ce médecin : « ... parfois ils nous aident en psychiatre parce que lorsqu'ils disent qu'ils peuvent désenvoûter les patients ceux-ci trouvent en eux un libérateur et le mal est parti. Alors que lorsque vous donnez des antidépresseurs sans dire ça, ... le mal se trouve ailleurs. »

Cependant bon nombre de médecins ne sont pas de cet avis, surtout à cause du côté mystique de leurs pratiques. En effet, selon le médecin précité, « le défaut qu'on trouve dans la médecine traditionnelle c'est qu'elle met toujours le mystique dans le médicament ».

Dans le domaine du SIDA, la critique est encore plus acerbe de la part des praticiens de la médecine occidentale dite « moderne ». Comme nous le savons tous, le SIDA est une maladie causée par un virus, mais le

tradithérapeute ne raisonne pas sur la base du virus. « Les tradithérapeutes ne voient pas le virus, ils voient une maladie. Ce qui fait la différence. Donc ils vont même jusqu'à prendre des risques et s'infecter et devenir, sans le savoir, un distributeur du virus car ils ne se protègent pas. C'est là où la MM peut intervenir et aider. »

Pour les malades du SIDA les difficultés liées à l'observance du traitement qui exige la prise des médicaments tous les jours et à des heures précises, couplées avec le manque d'argent pour l'achat des médicaments, affectent aussi le psychique des malades.

- **Impact économique**

Sur le plan économique, l'on estime généralement que la médecine traditionnelle est financièrement abordable. Certains n'hésitent pas à la considérer comme la médecine des pauvres pour cela. Sur ce point de vue, les résultats de l'étude confirment le coût généralement abordable des traitements en médecine traditionnelle.

Par ailleurs, la comparaison des cas de malades du SIDA est édifiante. "Le bilan coûte au moins 35.000 F. Et comme c'est des patients du privé, le protocole coûte cher. Le moins cher est de 5.000 F par mois pour la Triomine, et il faut compter avec les fréquentes ruptures de stock au niveau de la CAMEG<sup>68</sup>" reconnaît un médecin interrogé à Lomé. En plus il s'agit d'un traitement à vie. Les maladies opportunistes coûtent entre 10.000 et 20.000 FCFA par mois, selon un autre médecin de la Région des Plateaux.

En dehors de cette considération plus orientée vers le patient, il y a aussi le côté du prestataire qu'est le tradipraticien. Ce dernier est vu comme un agent économique qui contribue à l'économie nationale, à la fois comme entrepreneur et comme employeur. Vu sous cet angle, il crée des emplois et

---

<sup>68</sup> Centrale d'Achat des Médicaments Génériques

produits des biens et des services qu'il met à la disposition de la population en général et des clients qui le fréquentent en particulier.

Au Togo, la situation du tradipraticien est encore plus complexe. Nonobstant les textes qui stipulent que les tradithérapeutes doivent s'inscrire au Ministère de la santé avant d'exercer leurs activités sur toute l'étendue du territoire, les résultats de l'étude montrent que c'est au ministère du commerce qu'a lieu cet enregistrement. Le TT est donc vue par les pouvoirs publics comme un commerçant et non plus comme un prestataire de soins de santé. Ce que nous considérons comme le paradoxe togolais en matière de promotion de la médecine traditionnelle.

D'autre part, toutes les personnes interrogées reconnaissent sans exception que le traitement en médecine traditionnelle est financièrement plus abordable qu'en médecine occidentale dite « moderne ». Les coûts de traitement peuvent varier du simple au double, voire au triple et plus pour certaines pathologies. En plus, en médecine traditionnelle, les traitements sont encore possible même si le patient n'a que peu d'argent, avec l'espoir qu'une forme de reconnaissance et de rétribution peut intervenir ultérieurement, surtout à l'occasion de cérémonies dite « de libération », comme le présente un tradithérapeute.

- **Impact social**

Sur le plan social les avis sont plutôt négatifs selon les médecins modernes interrogés. Ces derniers sont plus préoccupés par les discordes créées au sein des familles par les prédications tendant à trouver les responsables des maladies chez un membre de la famille ou d'une famille voisine. « Le diagnostic posé par un tradipraticien s'oriente toujours vers une tierce personne et conduit souvent les gens à accuser des voisins de sorcellerie et ça crée des querelles et des dysfonctions sociales qui sont quand même regrettables. », affirme un médecin de Lomé. Nous retrouvons

ici une différence fondamentale entre les pratiques traditionnelles et la médecine occidentale dite « moderne ». Chez les premiers, la maladie trouve son origine à l'extérieur du corps tandis qu'en médecine occidentale dite « moderne », le mal est plus recherché dans le corps, siège de tous les maux dont souffre le malade.

Dans ce domaine un malade mobilise toute la famille, donc toute une économie. « Comme les gens pensent que c'est une punition divine, il y a risque de rejet. Ce qui crée un état psychologique négatif car le patient s'auto-accuse et tombe dans une dépression terrible », poursuit-il.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## **CHAPITRE 7 : ANALYSE DES OBSTACLES À LA PROMOTION DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE AU TOGO ET CONSTRUCTION D'UN MODELE DE COLLABORATION**

### **7.1. LES PROBLÈMES INSTITUTIONNELS**

Dans tout système, la place et le rôle des institutions dans l'organisation sociale sont des facteurs qui influent sur les résultats attendus de ces dernières. De ce constat, il ressort aussi que les résultats dépendent de l'adéquation ou non de l'ancrage institutionnel responsable de la mission qui leur sont confiées. C'est dans cette optique que l'on est en droit de se demander si l'ancrage institutionnel de la médecine traditionnelle au Togo est conforme à ce à quoi l'on devrait s'attendre pour en faire la promotion, ce que nous examinons sous différents angles dans les lignes qui suivent.

#### **7.1.1. Adéquation (ou inadéquation) de l'ancrage institutionnel**

L'ancrage institutionnel est capital dans la mise en œuvre de toute politique gouvernementale. C'est sous cet angle que nous examinons l'implantation et la promotion de la médecine traditionnelle au Togo pour faire ressortir les forces et les faiblesses de la mise en œuvre de la politique gouvernementale dans ce domaine.

Au niveau organisationnel, l'organigramme<sup>69</sup> du ministère de la santé place la médecine traditionnelle sous la tutelle de la division de la santé communautaire qui compte cinq services dont le service de la médecine traditionnelle. Depuis sa création (année de création) ce service a été placé sous la responsabilité d'un médecin qui n'a jamais eu de collaborateur. Par ailleurs, il avait d'autres responsabilités et n'intervenait dans ce domaine que comme un point focal, c'est-à-dire quelqu'un à qui sont adressées les

---

69 Voir l'organigramme à la fin du présent chapitre.

questions relatives à la médecine traditionnelle en plus de ses autres tâches. Il est au sein du ministère de la santé publique celui à qui sont adressés les dossiers en rapport avec le domaine, et qui devait représenter le gouvernement lors des rencontres nationales et internationales le concernant. Il est indéniable qu'il soit impossible pour une seule personne de remplir correctement une telle mission, surtout en l'absence de politique et de stratégie d'intervention clairement défini.

Au début de l'année 2008, le ministère de la santé publique a procédé au recrutement d'environ 500 nouveaux agents qui ont pris fonction en mai 2008 mais aucun personnel n'a encore une fois été affecté à ce service. Est-ce par manque de volonté politique ou s'agit-il d'une manifestation de conflit d'intérêt ? L'on est en droit de se poser cette question si l'on sait que tous les responsables du ministère sont des médecins formés « en médecine occidentale dite « moderne » de type occidental ... opposée à la médecine traditionnelle », comme disait un responsable dudit ministère. Selon lui, l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de soins officiel ne serait pas possible à cause de l'incompatibilité des deux traditions de soins.

### **7.1.2. Les ressources destinées à la promotion de la médecine traditionnelle**

L'importance que le gouvernement accorde à un secteur de développement et de bien-être des populations se mesure généralement par la proportion des ressources qui lui sont affectées dans le budget national. C'est pour cette raison que, pour inciter les pays membres à accorder une importance aux secteurs sociaux qui bénéficiaient, il y a encore quelques années, de la portion congrue des ressources financières qui leur étaient destinées, l'OMS a fixé un quota minimum de 10% des budgets à l'attention du secteur de la santé dans les pays sous développés comme le Togo.

En ce qui concerne la médecine traditionnelle, nous nous sommes intéressés

à deux aspects de cette affectation des ressources, à savoir les ressources humaines et les ressources financières.

#### **7.1.2.1 Les ressources humaines**

L'examen de l'organigramme du ministère de la santé publique et les entrevues que nous avons eues avec les responsables centraux et régionaux dudit ministère font ressortir que la médecine traditionnelle au Togo ne bénéficie pas encore de l'attention proclamée dans les discours officiels lors des cérémonies marquant la célébration de la Journée Africaine de la Médecine Traditionnelle.

D'après l'organigramme du ministère de la santé publique (voir la fin du présent chapitre) la médecine traditionnelle est placée sous le contrôle du chef de la division de la santé communautaire et n'avait plus de titulaire depuis le départ à la retraite il y a quelques années, de l'agent qui occupait ce poste. De fait, le poste n'avait pas réellement été pourvu puisque c'est le chef de division qui cumulait cette fonction avec ses responsabilités traditionnelles axées sur la médecine occidentale dite « moderne ». Son remplaçant à la tête de la division assumait aussi théoriquement cette fonction jusqu'à son départ à la retraite en décembre 2007. Jusqu'au 11 avril 2008, ce dernier n'avait pas encore été officiellement remplacé et continuait à offrir quelques heures de service au département selon les besoins et sa disponibilité.

La raison évoquée par les responsables interrogés pour justifier une telle situation est l'insuffisance des ressources humaines affectées au département par le ministère de la fonction publique. Cette justification est du reste conforme à celle reprise dans le plan de développement sanitaire 2002-2006 qui reconnaît que le service créé au sein du ministère de la santé publique « n'est pas fonctionnel » (Plan national de développement sanitaire 2002-2006 ; 40).

### **7.1.2.2 Les ressources financières destinées à la promotion de la médecine traditionnelle**

Le développement fait au paragraphe qui précède laisse entrevoir la suite logique du contenu de celui-ci. Quel est le montant des ressources financières affectées à la promotion de la médecine traditionnelle au Togo ? La réponse à cette question est sans équivoque. Il n'en existe pas. Toutes les activités organisées à l'occasion des journées africaines de la médecine traditionnelles sont financées par l'OMS et l'UNICEF, selon un responsable du ministère de la santé publique.

Les demandes d'assistance des acteurs pour l'organisation des ateliers et séminaires de formation dans le domaine de la médecine traditionnelle sont automatiquement transférées à ces agences onusiennes précitées pour financement. Or il est connu que ce qui n'est pas planifié et budgétisé d'avance ne peut être normalement financé par un budget. Cette réponse traduit la réalité de la situation d'abandon de certaines priorités nationales aux organisations internationales spécialisées, surtout les agences onusiennes qui supportent pratiquement les secteurs sociaux au Togo, comme c'est aussi le cas dans un certain nombre de pays africains au sud du Sahara.

Notre entrevue avec un personnel de l'OMS en charge de la médecine traditionnelle confirme cette situation qui n'est pas de nature à assurer une promotion rapide de la médecine traditionnelle dans le pays.

### **7.1.3. Inexistence d'un cadre d'application**

La loi sur la promotion de la médecine traditionnelle au Togo prévoit un certain nombre d'instruments à mettre en place par le ministère de la santé en vue de la promotion de la médecine traditionnelle dans le pays comme préconisés par l'Union Africaine. Il s'agit de :

- politique nationale en matière de MTR.

- outils indispensables à l'institutionnalisation de la MTR dans les systèmes de soins de santé.
- politique nationale sur l'accès à la biodiversité et la protection des connaissances de la MTR (loi-type de l'UA)
- centres d'excellence/centres collaborateurs de l'OMS pour la recherche et le développement des médicaments traditionnels utilisés dans la thérapie des maladies prioritaires.
- institution d'une semaine nationale de la MTR.
- système d'enregistrement des médicaments Traditionnels normalisés sur la liste nationale essentielle des Médicaments Traditionnels
- structure permanente au sein du Ministère de la Santé permettant de mettre en œuvre des programmes de la MTR.

De ces instruments, le Togo n'en dispose que deux : la loi de 2001 et la célébration des journées africaines de médecine traditionnelle depuis son institution.

Une politique explicite de médecine traditionnelle n'existe pas encore au Togo, et le pays se réfère, jusqu'à présent, à la politique nationale de santé de 1996 qui lui aménage une partie. Le Burkina Faso et la république du Congo ont, quant à eux, adopté récemment leurs politiques nationales de santé pour baliser la voie à une nouvelle dynamique de la promotion de la médecine traditionnelle. Quant au Cameroun, la situation est encore plus avancée. Les chercheurs et praticiens de ce domaine ont à leur disposition des institutions nationales leur permettant de tester et d'enregistrer les médicaments qu'ils vendent et que les usagers achètent en toute connaissance de cause. Ici, comme au Bénin et dans certaines autres pays

d'Afrique Sub-saharienne, et contrairement au Togo et la publicité des tradithérapeutes se fait sur les média modernes sans interdiction.

#### **7.1.4. Problèmes communs aux deux traditions de soins : états des lieux de principes d'éthique claires dans la mise en œuvre de la politique de santé au Togo**

Les responsables du Ministère de la santé publique du Togo n'ont pas été en mesure de nous confirmer l'existence de principes d'éthique qui réglementent la pratique de la médecine dans le pays. Tout au plus, chaque personne interrogée se contente de déplorer le fait que certains tradithérapeutes se soucient peu de la déontologie médicale et ne pensent qu'à leurs gains. Pour une bonne organisation et gestion d'un secteur d'une envergure comme celle de la médecine traditionnelle qui est longtemps reconnue comme faisant partie intégrante des soins de santé primaires, et dont l'importance a été encore réaffirmée dans la Déclaration de Ouagadougou du 30 avril 2008, une meilleure organisation s'impose. Se contenter de plaintes et d'interdictions de publicité par les tradithérapeutes ne constitue guère la solution.

En ce qui concerne la médecine occidentale dite « moderne », des mécanismes d'enregistrement des structures de soins privés existent certes, mais une fois installés, les membres de ce corps de métier aussi sont plus ou moins laissés à elles-mêmes. Les principes d'éthique sont censés être connus des praticiens qui sont regroupés au sein de différents ordres évoluant en autonomie et agissant comme des syndicats défendant les seuls intérêts de leurs membres. C'est d'ailleurs pourquoi, c'est l'ordre des médecins privés du Togo qui a pris les devants pour demander aux autorités du ministère de la santé et de la Haute Autorité de l'Audio-visuel et de la Communication (HAAC) d'interdire les publicités faites par les tradithérapeutes dans les médias,

pratique que l'ordre juge contraire à la déontologie médicale qui n'autorise pas que les médecins fassent la publicité. Prenant partie en faveur des praticiens de la médecine occidentale dite « moderne », médecine officielle s'il en est, la HAAC a publié un communiqué dans ce sens.

## **7.2 RÉGULATION ET PROMOTION DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE AU TOGO**

Les textes réglementaires sont généralement initiés avec l'appui des organisations internationales. Il arrive souvent que ces derniers soient abandonnés en état de document de travail inachevé et non validé par un mécanisme national officiel. Pour les rares cas où lesdits textes sont validés, les textes d'applications ne sont pas rédigés pour en faciliter l'exécution, quand bien même les documents initiaux prévoient et instruisent les ministres compétents de compléter le dispositif réglementaire par lesdits instruments. C'est le cas de la loi de 2001 dont les textes d'application ne sont pas disponibles quand même cela ait été prévu dans ladite loi.

Les comités d'éthiques permettent de réguler les secteurs concernés pour une pratique qui réponde aux normes établies dans le domaine de la santé publique. Or, comme mentionné plus haut, un tel organe n'existe pas encore, ce qui ne permet pas un suivi adéquat des textes promulgués par décret du président de la république.

En l'absence de cadre juridique approprié, aucun organe de promotion de la médecine traditionnelle n'est en place dans le pays. Par conséquent, aucun programme n'est en place dans ce sens et les tradithérapeutes sont laissés pour compte. Par ricochet, ceux-ci n'ont pas d'organe de recours en cas de difficulté dans l'exercice de leur profession. Les praticiens de la médecine traditionnelle ne disposent même pas de structure leur permettant de se faire enregistrer comme tels, le seul choix dont ils disposent est l'enregistrement comme commerçants au ministère du commerce comme

c'est le cas de deux praticiens interrogés au cours de cette étude. Une réponse pourrait être la création d'un observatoire de la médecine traditionnelle au Togo, comme nous suggérons dans le modèle d'intégration de la médecine traditionnelle à la fin de ce chapitre.

### **7.3 CONFLITS ENTRE MÉDECINES MODERNE ET TRADITIONNELLE : AMPLEUR, CONSÉQUENCES ET PERSPECTIVES.**

Les conflits dans le domaine sont de deux ordres. Les conflits entre acteurs de la médecine occidentale dite « moderne » à qui incombe la responsabilité de la gestion et de la promotion de la médecine traditionnelle d'une part, et d'autre part les conflits internes aux tradithérapeutes.

#### **7.3.1 Etat des relations entre médecins modernes et traditionnels**

Les médecins modernes interrogés au cours de l'étude ont presque tous eu, d'une manière ou d'une autre, une relation passée avec un tradithérapeute. Leurs expériences dans le domaine du SIDA sont variées. En général, selon la typologie des médecins modernes, il existe deux groupes de tradipraticiens : ceux désignés comme « honnêtes (font du "bon travail") » et le groupe considéré comme celui des « escrocs (commerçants et vendeurs d'illusions) ». Cette classification n'est pas très différente de celle des autres membres de la société interrogés, qu'il s'agisse des malades du SIDA ou les simples usagers, voire les tradithérapeutes eux-mêmes.

Concernant l'efficacité des traitements offerts par les tradithérapeutes, l'appréciation qui en est faite va dans le même sens que la classification précitée. Pendant que certains médecins modernes croient que la classifications des maladies entre ce qui est connu comme « les maladies pour l'hôpital » et « les maladies hors de portée de l'hôpital » provient d'une publicité des tradithérapeutes dans le cadre d'une concurrence qu'ils

considèrent comme déloyale, d'autres par contre reconnaissent l'impuissance de la médecine occidentale dite « moderne » à prendre en charge correctement tous les problèmes de santé des population. La majorité des médecins modernes reconnaissent aux tradithérapeutes le don de psychothérapie, ce qui fait défaut en médecine occidentale dite « moderne».

Ceci confirme l'algorithme selon laquelle en biomédecine le corps est le siège de la maladie tandis que la médecine traditionnelle place à la fois le corps et l'esprit dans la balance. La spécificité de la médecine traditionnelle est globalement reconnue par les médecins modernes. Elle prend mieux en charge « certaines maladies d'ordre spirituel », ce qui échappe aux praticiens de la médecine occidentale dite « moderne», reconnaît un médecin moderne de Lomé.

La collaboration entre les deux traditions de soins n'est possible, selon certains médecins, qu'à condition qu'elle soit parallèle, c'est à dire que chacun exerce sa profession de son côté et réfère les malades à l'autre. Il n'est donc pas question pour eux de se retrouver dans la mêle enceinte pour s'occuper des malades. Cette opinion rejoint celle de la majorité des patients et des personnes interrogées au sein de la population générale. Cette forme de collaboration préserve la structure traditionnelle de la médecine traditionnelle.

Les tradipraticiens « ont leur place dans la médecine. Ils étaient les seuls dans l'antiquité et dans les villages. Ils viennent en aide aux populations rurales encore de nos jours », affirme un médecin interrogé à Lomé. Pour d'autres, les vrais tradithérapeutes se recruteraient dans les villages parce qu'ils sont peu enclins à la malhonnêteté qui caractérise ceux des villes. « Les tradithérapeutes de villages qui sont honnêtes et qui utilisent les recettes héritées des parents sont efficaces dans les domaines qui les concernent. Ils sont honnêtes à tel point que lorsqu'ils sont devant des cas qui les dépassent, ils passent facilement la main » affirme cet autre médecin installé à Lomé.

De cette interprétation, transparaît la préoccupation relative à la concurrence exercée par les praticiens de la MTR dans les villes, surtout que ceux tenant les propos précités exercent en privé et voient à travers les tradithérapeutes des concurrents qui les menacent.

Si la plupart des opinions reconnaissent une certaine efficacité à la médecine traditionnelle, les limites qui lui sont propres sont tout aussi l'objet de sérieuses préoccupations de la part des médecins.

De nombreux effets secondaires sont attribués à l'utilisation abusive des médicaments à base de plantes. L'on cite notamment les effets de la phytothérapie sur les reins et le foie des patients. Sur le plan sanitaire parfois les médicaments traditionnelles créeraient des insuffisances rénales chez les patients, et certaines maladies chroniques comme les ulcères, « parce lorsqu'on traite quelqu'un avec des produits qui renferment des épices, pour le cas de l'ulcère qui est une maladie chronique, le malade sera obligés d'acheter des pansements toute sa vie », selon un médecin.

Nous avons aussi enregistré cette réaction d'un naturothérapeute de Lomé qui est remonté contre certaines pratiques de la médecine occidentale dite « moderne », notamment sur la prise de médicaments à vie pour traiter une maladie comme c'est le cas du SIDA.

« Quand on vous dit que certaines maladies sont des maladies pour lesquelles il faut utiliser des médicaments à vie, moi je dis que ce n'est pas scientifique. Si nous mangeons des légumes ou bien des fruits à vie c'est différent. Ce sont des choses biologiques compatibles à notre santé. Mais en matière médicale, on nous dit que ce médicament de synthèse scientifique, on vous dit d'en utiliser à vie ; ça peut présenter un danger parce que ce sont des produits toxiques.

Quand on vous dit que quelqu'un est hypertendu, est diabétique, on vous dit qu'il doit utiliser un médicament à vie, c'est des gens deux ans, cinq ans, dix ans, après ils sont moribonds, totalement fatigués, totalement esquinés

parce que c'est des produits qu'il faut utiliser et arrêter à un moment donné ; il faut supprimer cette pratique. Ce n'est pas normal.

On nous dit que c'est les plantes qui bloquent les reins. Vous buvez des médicaments comme ça qui ne vont pas vous bloquer les reins, des produits de synthèse classiques qui ne bloquent pas les reins ? Il faut aller dans les pays développés ; vous allez voir ce sont ces produits plutôt qui bloquent les reins. *Ce qu'ils sont entrain de constater c'est que la médecine traditionnelle est entrain de faire la concurrence à la médecine occidentale dite « moderne » .... C'est tout* ». (Entretien individuel avec un tradithérapeute à Agoè, Lomé).

Et cet autre tradithérapeute qui s'insurge littéralement contre les autorités qui les empêchent de faire leur « travail salutaire » en faveur des malades sans même chercher à étudier ce dont ils sont capables. Répondant à une question sur ce qu'il pense de la manière dont les activités sur le SIDA sont conduites, voici sa réponse :

« Il y a à mon avis des abus. Quand on se rassemble quelque part, c'est pour parler du SIDA. Alors que franchement si on pouvait laisser les TT démontrer leur capacité, on aurait plus d'évolution que d'être là à bloquer les TT et à dire que ce mal là, on ne le guérit pas. Mais la MTR a beaucoup de recettes. On essaie de nous effrayer ; on ne demande pas si les TT peuvent faire quelque chose dans cette affaire ; on nous dit seulement de ne pas en parler sans chercher à vérifier ce qu'ils sont capables de faire ».

Un autre reproche courant à l'encontre de la médecine traditionnelle est la « malhonnêteté » de certains d'entre eux. Pour ceux installés dans les agglomérations urbaines, il leur est reproché de faire des publicités mensongères et de ne respecter aucune déontologie. Ils agissent sans contrôle et abusent de la faiblesse psychologique des malades qui se présentent à eux. A ces tradithérapeutes qualifiés par certains « d'escrocs qui ne pensent qu'à leurs poches », il est reproché de faire la publicité mensongère et de compliquer la situation des patients qui les fréquentent.

Si ce genre de reproche est reconnu par la plupart des personnes interrogées à travers cette étude, il n'en demeure pas moins vrai que les accusations proférées par certains médecins relèvent d'un jugement trop partial. En effet, pour cette catégorie, les inconvénients de la MTR sont aussi d'ordre financière parce que les médicaments à base de plante coûteraient trop chers, contrairement à la majorité des opinions exprimées par les utilisateurs et tous ceux qui ont comparé les prix des phyto-médicaments et autres traitements traditionnels à ceux de la médecine occidentale dite « moderne».

Un autre biais d'appréciation des praticiens de la médecine occidentale dite « moderne » réside dans la non reconnaissance par certains d'entre eux du rôle joué par les tradipraticiens à certaines impuissances de la médecine occidentale dite « moderne». C'est notamment le cas que nous relatons ci-dessous, tiré d'un entretien que nous avons eu avec un médecin moderne installé en privé à Lomé.

Le médecin: « ... Le cas d'une ancienne patiente qui s'est confiée à un TT parce que cherchant un enfant, est à ce titre édifiant. Un jour cette dame, que je traitais et que j'ai perdu de vue pendant quelques temps, est revenue par suite d'un traitement par un TT qui lui avait promis de résoudre son problème d'infécondité. C'est une ancienne patiente qui, après de multiples traitements, n'arrivait pas à concevoir. Son mari, que j'ai invité, en vue d'un test de spermogramme, n'a jamais voulu répondre jusqu'au jour où cette femme est revenue ici à la suite d'une hémorragie consécutive au traitement du tradipraticien qui lui a fait introduire un produit dans le vagin. D'après la femme, le tradipraticien lui a dit que le traitement entraînerait certaines perturbations dans son organisme avant qu'elle ne puisse concevoir. Vous savez, les tradithérapeutes arrivent à convaincre les malades à tout faire, jusqu'à introduire n'importe quoi dans leur vagin. J'ai réussi à arrêter l'hémorragie et à sauver cette femme, sinon elle aurait pu mourir ».

Nous : *La femme a-t-elle fini par avoir d'enfant ?*

Le médecin: « Oui. Mais c'est à la suite des traitements complémentaires que je lui avais donnés après ce malheureux incident. »

Il est aisé de se rendre compte que ce cas traduit deux réalités : l'accaparement possible par le médecin du résultat positif du traitement donné par le tradipraticien d'une part, et d'autre part la nécessité d'une collaboration entre les deux traditions de soins.

Au sujet de l'accaparement, le médecin ne veut pas reconnaître que le traitement du tradipraticien pourrait bel et bien être à la base de la conception ultérieure de la femme. Si l'on s'en tient aux propos du médecin, l'hémorragie est logiquement la conséquence de ce traitement, puisque le tradipraticien avait pris soin de prévenir la consultante des perturbations qui devaient survenir. Les propos ayant été rapportés par le médecin qui voulait citer cet exemple comme un mauvais traitement de tradithérapeute n'a peut-être pas voulu dire que les perturbations en questions étaient l'hémorragie, ce qui aurait été perçu comme une maîtrise du tradipraticien de sa science. Le fait que la femme ait fini par concevoir après cet incident serait donc probablement attribuable au tradipraticien et non aux « soins complémentaires » du médecin qui reconnaît que c'est suite à son propre échec que la femme s'est finalement tournée vers la médecine traditionnelle. Or il reconnaissait que la femme s'était tournée vers le TT après sa vaine tentative de faire faire un spermogramme à son mari. Certes il n'est pas non plus exclu que le traitement complémentaire du médecin ait joué un rôle positif lorsque la femme se trouvait mal car une hémorragie trop abondante peut en traîner la mort de la patiente.

Une collaboration formelle et structurée entre les deux traditions médicales aurait permis au praticien modernes de référer, en bon ordre, certains patients à la médecine traditionnelle et vice versa.

Dans ce domaine de collaboration entre médecines moderne et

traditionnelle, les avis sont partagés. Dans l'exemple précité, si la collaboration existait entre les deux traditions de soins, le médecin aurait pu chercher à établir une relation avec ce TT et mieux comprendre comment fonctionnait le produit administré à son ex patiente par ce dernier. Or, il s'est mis dans la posture de la plupart de ses collègues médecins qui estiment ne pas être en mesure de collaborer avec la médecine traditionnelle car elle est contraire à leur déontologie : « Le médecin ne doit pas administrer les médicaments qu'il ne connaît pas à fond. La seule collaboration envisageable est celle ayant pour but de recenser et analyser scientifiquement leurs recettes, pour connaître leurs principes actifs et redonner le côté positif à exploiter » affirme un médecin.

Cette dernière position est l'une des sources de conflit entre médecines moderne et traditionnelle. Le TT ne veut pas communiquer le contenu de ses médicaments de peur de l'exploitation qui en sera faite par les scientifiques pour s'enrichir à leur dépend comme nous l'avons entendu au cours de l'enquête. Or au Togo aucune mesure de protection de la propriété intellectuelle des praticiens de la médecine traditionnelle n'est en place pour les protéger. Ceux d'entre eux qui le peuvent se tournent vers le Ghana pour l'inscription de leurs combinaisons médicamenteuses car ce pays voisin du Togo dispose de structures appropriées en la matière.

Pour un autre médecin exerçant lui aussi dans le secteur privé, une collaboration non seulement est possible. Il est arrivé à cette position suite à une expérience du traitement d'une femme malade du SIDA qu'il avait lui-même échoué de traiter et qui selon ses propres propos, était en phase terminale du SIDA.

Voici un extrait de notre conversation

Le médecin : « oui, j'ai travaillé avec 2 TT peuls qui sont basés à Sokodé (ville située dans la Région Centrale du Togo).

Nous : « *et comment c'est arrivé ?* »

Le médecin : « C'est que j'avais traité une dame qui était parvenue déjà à un stade du SIDA et ses parents ont décidé de l'amener au village. Arrivée, elle a été traitée par un tradithérapeutes peul et son état s'est amélioré. Un jour, quelle ne fut ma surprise de voir cette dame débarquer dans mon bureau et je lui ai demandé « toi comment tu as fait ? » Et elle m'a dit qu'elle était arrivée chez le peul pratiquement en coma. Il l'a traitée et au bout de quelques jours elle s'est réveillée et ça a commencé à aller mieux. Et depuis lors elle se sent bien. Et pourtant le test était positif et elle avait tous les signes de la maladie de SIDA. C'est comme ça que j'ai cherché à aller connaître le peul en question pour discuter avec lui... »

Malgré ces exemples, certes peu connus des autorités sanitaires nationales, et bien entendu du public, la collaboration entre médecines moderne et traditionnelle est perçue comme impossible en terme d'intégration. Les médecins les plus libéraux admettent seulement une collaboration parallèle dans laquelle chacun doit évoluer de son côté.

« En principe la MTR évoluerait mieux de son côté, les TT restent là où ils sont et la MM aussi reste de son côté. Une intégration ne marcherait pas parce que le TT doit être libre de ses recettes. Les MM doivent les aider à mettre plus d'hygiène dans la préparation et la conservation de leurs produits. » Selon cet autre médecin.

La collaboration entre médecine occidentale dite « moderne » et traditionnelle pourrait être officialisée après avoir procédé à une organisation de cette dernière et après avoir trié parmi les praticiens de ce domaine pour qu'ils se conforment à certains principes élémentaires à définir par les autorités sanitaires nationales.

### **7.3.2 Conflits au sein de la famille des tradithérapeutes au Togo**

A la suite de nos investigations, il ressort qu'aucun dispositif de

résolution des conflits n'est encore en place pour connaître et traiter des cas qui surviendraient, laissant les praticiens à leurs propres sorts. Visiblement les tradipraticiens font face à certaines situations pour lesquelles ils auraient souhaité recourir à un organe neutre et impartial. Les conflits internes aux associations de TT sont en général celui du leadership pour la conduite desdites associations, ce qui engendre une multiplication d'associations à durée éphémère. Cependant, l'association la plus connue et servant d'interface auprès des autorités du ministère de la santé publique est l'Association Nationale des Tradithérapeutes du Togo (ANTT). Au cours de notre enquête, nous n'avons pu obtenir le statut et les règlements intérieurs de ladite association. Il en a été de même des autres tradithérapeutes interrogées et qui occupaient une position de responsable associatif, c'est-à-dire membre de l'organe dirigeant.

Les tradithérapeutes qui se sont prononcés sur cette question ont fait état de choix de certains représentants de la profession par les autorités sanitaires sur une base tribale lorsque le ministère doit envoyer une participant à une conférence ou séminaire, tant au niveau national qu'international. Un cas bien cité est celui du représentant des TT qui siège au sein de la Commission Nationale de lutte contre le SIDA (CNLS). Il s'agit d'un ressortissant de la région de la Kara basé dans la ville de Kara au Nord du Togo et qui n'a été découvert comme représentant des TT au sein de cet organe que suite à sa propre déclaration lors de l'atelier organisé par une association de TT lors de la célébration de la 4<sup>ème</sup> Journée de la Médecine Traditionnelle en Afrique à Vogon (ville située au sud-est du Togo). Il se trouve que le responsable du service de MTR au Ministère de la Santé Publique est de même origine ethnique. Cette situation est à l'image de la façon dont la MTR est organisée au Togo. Un autre problème, affirment les TT, c'est que l'organe reconnu par le Ministère de la Santé Publique « est dirigé de façon autocratique avec un président qui est à la tête de

l'Association Nationale des Tradithérapeutes du Togo (ANTT) depuis des décennies alors qu'il n'apporte rien aux tradithérapeutes », comme l'affirme un TT s'exprimant sur ce sujet au cours de notre entretien. A cause de cela, notre interlocuteur déclare ne plus participer aux activités de ladite association et avoir décidé de créer sa propre association dont il est le président.

### **7.3.3 Difficultés d'approvisionnement en plantes médicinales**

Un autre obstacle auquel font face les TT est l'approvisionnement en matières premières constituées essentiellement de plantes dont les différentes parties rentrent dans la préparation de médicaments. Le déboisement de plus en plus poussé dû à la pression démographique entraîne une raréfaction de plus en plus prononcée de plantes qui rentrent dans la préparation des médicaments issus de la médecine traditionnelle. Or aucune mesure n'est prise par les autorités pour remédier à cette situation qui ne semble pas vraiment émouvoir ces dernières, au vu des observations recueillies au cours de cette étude. En effet, selon les personnes interrogées, aucune mesure n'a été prise par les autorités pour tenter d'apporter une réponse à cette situation. Par contre, à part l'Université de Lomé qui a pris l'initiative d'implanter en son sein un jardin botanique, et une organisation non gouvernementale qui en a implanté un autre dans les périphéries de la ville de Vogan dans la Région Maritime, les sources d'approvisionnement en matières premières pour les praticiens de la médecine traditionnelle reste la nature à l'état sauvage.

### **7.4 Construction d'un modèle d'intégration de la médecine traditionnelle au système de santé togolais**

Après l'analyse de l'environnement de la médecine traditionnelle au Togo, nous abordons dans les lignes qui suivent le modèle d'intégration de

cette tradition de soins dans le système de santé au Togo. Dans ce domaine, au moins deux approches sont possibles, à savoir une approche d'intégration systématique ou une autre fondée sur la collaboration parallèle entre les deux systèmes de soins.

L'approche d'intégration consisterait à faire cohabiter la médecine traditionnelle et la médecine occidentale dite « moderne » au sein d'une même structure dans laquelle les patients auraient le libre choix du type de traitement auquel ils feraient recours au cours de leurs épisodes de maladies.

Quant à l'approche de collaboration parallèle, elle consiste à renforcer les capacités des tradithérapeutes pour leur donner plus de visibilité dans leurs prestations tout en les maintenant des structures de soins séparés de ceux des praticiens de la médecine occidentale dite « moderne ». Dans certains pays d'Asie ces deux modèles existent, notamment au Vietnam et en Chine.

#### **7.4.1 Etat de la réflexion au sein de la population**

S'exprimant sur le type de collaboration qui devrait exister entre les médecines traditionnelle et moderne, un peu plus de 6 répondants sur 10 personnes interrogées au cours de l'enquête optent pour la collaboration parallèle tandis que 16,7% préfèrent l'intégration des deux systèmes de soins dans une même infrastructure sanitaire. Un peu plus d'une personne sur cinq s'opposant à toute forme de collaboration entre les deux. Diverses raisons sont évoquées pour soutenir l'option choisie par les répondants.

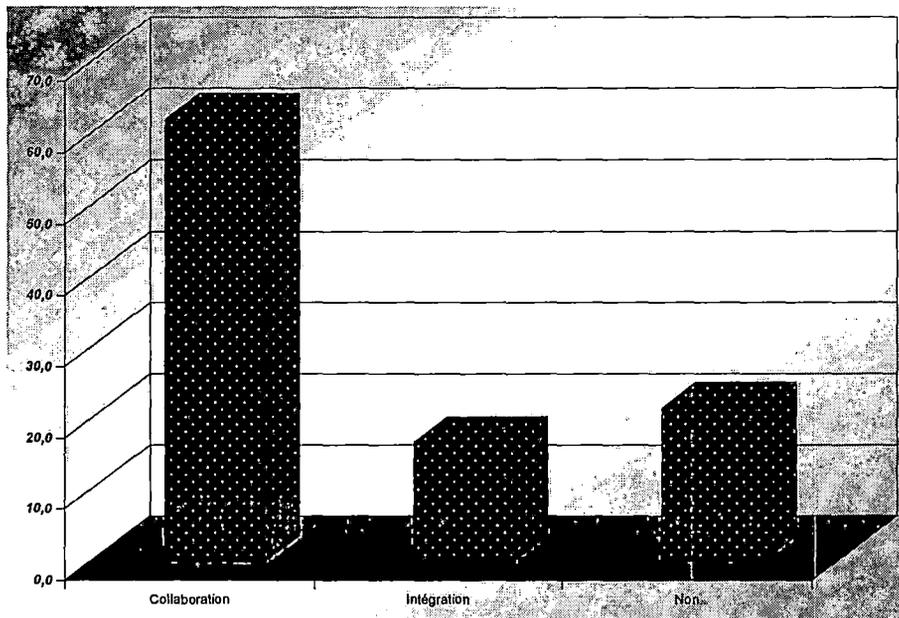


Figure 18

**Répartition des répondants selon leurs opinions sur le type de collaboration souhaité entre médecines traditionnelle et moderne (Source : résultat de l'enquête de terrain)**

Pour les partisans de la collaboration entre médecines traditionnelle et moderne, les raisons évoquées pour soutenir leur position sont :

- La collaboration est un moyen de promouvoir la médecine traditionnelle (12,2%). Elle est indispensable à cause de l'impuissance de la médecine occidentale dite « moderne » face à certaines maladies (7,3%).
- Pour d'autres, la collaboration est nécessaire parce que les deux types de traitement se complètent (31,7%) tandis que 3,2% des répondants pensent que la pratique existe déjà et que pour cela on ne devrait que la continuer.
- Un autre groupe de répondants est favorable à la collaboration entre les deux traditions de soins parce qu'elle permet l'accélération de la prise en charge efficace du patient (7,3%).

**Tableau XXVI Répartition des répondants selon les raisons évoquées pour soutenir leurs choix de collaboration entre médecines traditionnelle et moderne**

Raisons évoquées pour soutenir son opinion	Effectif	%
Promotion de la médecine traditionnelle	15	12,2
Impuissance de la médecine moderne face à certaines pathologies	9	7,3
Deux domaines qui se complètent	39	31,7
La pratique existe de fait déjà	3	2,4
Contribue de la médecine occidentale dite « moderne»	9	7,3
Accélération de la prise en charge efficace du patient	9	7,3
Incompatibilité des traitements	27	22,0
Préservation des secrets des TT	3	2,4
Situer les responsabilités	3	2,4
Autre	6	4,9
Total	123	100,0

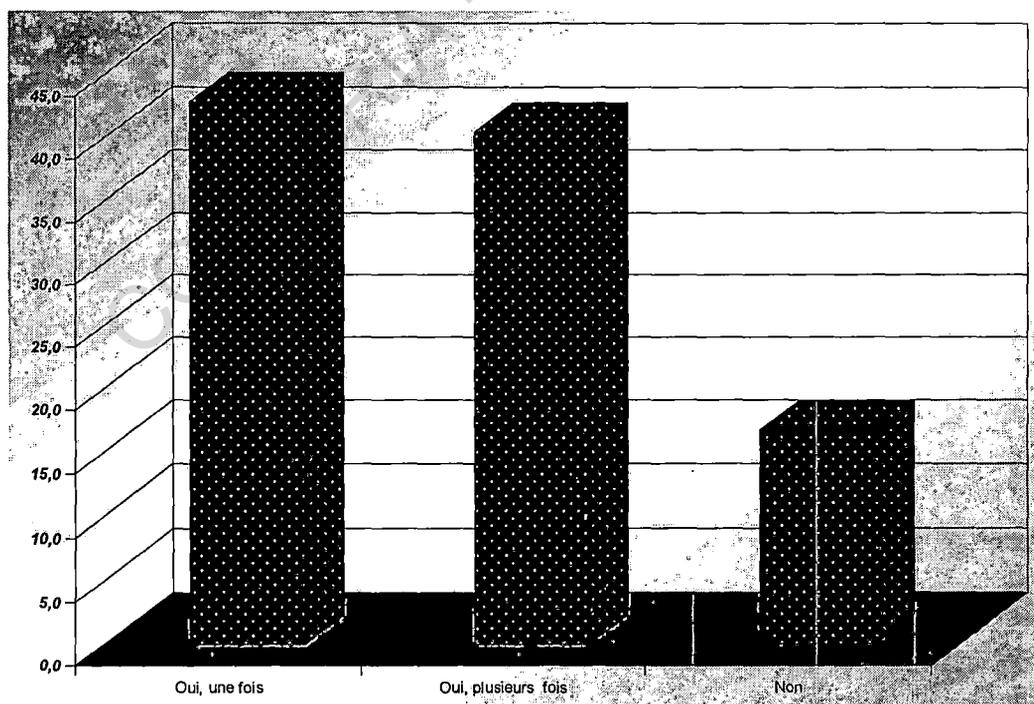
Source : résultat de l'enquête de terrain

Pour les adversaires de la collaboration quelle qu'en soit la forme, chaque tradition de soins doit évoluer de son côté à cause de l'incompatibilité des traitements qui sont donnés par chacune d'elles (22% des répondants) ; la séparation, selon certains d'entre eux permettrait de situer les responsabilités en cas d'effets secondaires indésirables.

Nonobstant ces positions contraires, la collaboration se pratique entre

les deux traditions de soins, selon les enquêtés. Plus de 8 personnes interrogées sur 10 disent avoir connaissance de référence entre médecine occidentale dite « moderne » et traditionnelle, soit pour l'avoir vécu personnellement, ou soit parce que connaissant quelqu'un qui a eu cette expérience dans sa vie. Parmi eux, au moins 4 personnes sur dix l'ont vécu une fois, et presque autant l'ont expérimenté plusieurs fois dans leur vie. Seulement 16,7% disent ne pas avoir vécu une telle expérience.

Il est aussi intéressant de savoir la direction de l'orientation de la référence, c'est à dire, de qui émane l'initiative de référence entre médecine occidentale dite « moderne » et médecine traditionnelle. D'après les répondants à cette question, plus des  $\frac{3}{4}$  des références émanent de la médecine occidentale dite « moderne », alors que seulement moins de 2 références sur dix sont l'initiative des tradithérapeutes, suggérant que les médecins togolais sont plus à même de reconnaître leurs limites que les tradipraticiens de santé. Les deux tableaux qui suivent synthétisent ces observations.



**Figure 19 Répartition des répondants selon leurs expériences en référence entre médecines traditionnelle et moderne (Source : résultat de l'enquête de terrain)**

Les références d'une tradition de soins à l'autre sont à 76,5% une initiative d'un médecin moderne en direction d'un tradipraticien de santé, tandis que la référence inverse ne représente que 17,6%. Ceci suggère que les médecins modernes sont potentiellement plus ouverts à la collaboration qu'on ne l'aurait pensé, si l'on s'en tient à leurs déclarations officielles selon lesquelles les deux traditions de soins ne peuvent collaborer à cause de leurs modèles de références différentes. Ce refus officiel de collaboration entre médecine occidentale dite « moderne » et tradithérapie est mise sur le dos de la déontologie médicale qui interdirait au médecin d'administrer aux patients des « médicaments qu'il ne connaît pas à fond ».

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

**Tableau XXXVII Répartition des répondants selon la direction de la référence entre médecines traditionnelle et moderne**

SI OUI DITES NOUS COMMENT ÇA S'EST PASSE	Effectif	%
TT à MM	18	17,6
MM à TT	78	76,5
Sans Opinion	6	5,9
Total	102	100,0

Source : résultat de l'enquête de terrain

Les résultats de l'étude montrent que trois tendances se dégagent quant à la préférence en termes de collaboration entre médecines moderne et traditionnelle. Certaines personnes (la majorité des répondants) sont favorable à une collaboration parallèle suivant laquelle chaque prestataire reste dans son coin et réfère les malades vers l'autre acteur. D'autres ont une préférence pour une collaboration intégrée selon laquelle les deux traditions de soins sont logées dans un même site et offrent leurs prestations aux malades. Ces derniers constituent le deuxième groupe, tandis que le troisième groupe est constitué de personnes qui n'ont pas d'opinion particulière à exprimer face à cette préoccupation. Devant cette situation, l'on serait tenté de pencher pour l'opinion majoritaire dans la prise de décision quant au modèle de collaboration à instituer entre médecines moderne et traditionnelle de soins au Togo. Nous nous proposons dans les lignes qui suivent, d'analyser les avantages et les inconvénients de chacune des deux options.

Selon l'option intégrationniste, c'est-à-dire celle qui voudrait que médecines moderne et traditionnelle soient logées dans le même site pour

offrir les traitements aux malades, cela suppose une refondation totale des structures existantes pour les adapter à cette nouvelle exigence. Or les infrastructures sanitaires actuellement en place depuis l'époque coloniale sont conçues et bâties suivant le modèle occidental. De ce fait, tout l'environnement de traitement est conforme à ce modèle. Vouloir changer ce système de fonctionnement du jour au lendemain entraînerait des coûts énormes. D'autre part, l'on doit tenir aussi compte des prestataires qui ont été formés suivant la culture occidentale d'offre de soins de santé, basée sur la biomédecine. Si l'on sait que l'état togolais ne dispose pas de ressources suffisantes pour faire face aux besoins sanitaires suivant l'approche actuelle du système de santé, il semble donc illusoire de préconiser l'option intégrationniste de collaboration entre médecines modernes et traditionnelle au Togo.

Quant à l'approche collaborationniste, selon laquelle les prestataires des deux traditions de soins restent dans leurs coins et réfèrent les malades à l'autre, elle serait plus facilement réalisable pour les raisons évoquées plus haut pour étayer leur position.

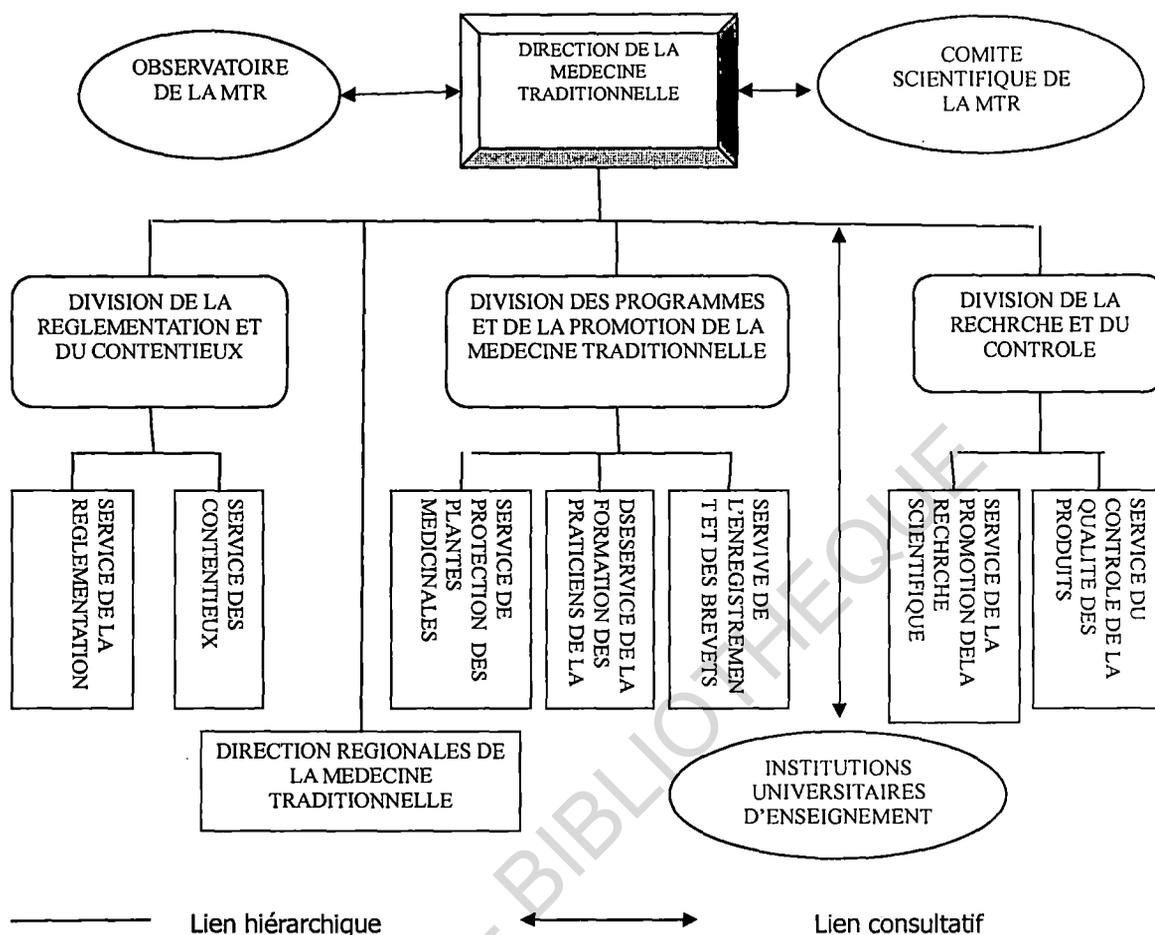
#### **7.4.2 Proposition d'un modèle de promotion et d'intégration de la médecine traditionnelle au Togo**

L'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé ne peut se faire que dans l'optique d'une restructuration profonde de cette pratique de guérison dans les institutions qui en ont charge dans le pays. Or de l'analyse issue de cette étude, les structures de gestion et de promotion de la médecine traditionnelle au Togo sont quasi-inexistantes. Les textes réglementaires en place ne sont pas applicables par manque de leurs traductions en textes organiques capables de réaliser les ambitions de promotion qui sont attendues des organes gouvernementaux responsabilisés pour leur mise en œuvre. C'est pourquoi nous proposons le modèle simplifié

qui permettrait de combler ce vide, condition sine qua non pour parvenir à une intégration effective de la médecine traditionnelle dans le système de santé au Togo tout en assurant la promotion.

Au vu de la proportion très élevée de togolais ayant recours à la médecine traditionnelle en cas de maladie comme précédemment démontré, il serait nécessaire de mettre en place une structure suivant le modèle d'un système de santé à trois niveaux à savoir le niveau central, le niveau régional et le niveau périphérique. Cependant, compte tenu de la spécificité de cette tradition de soins, la mise en place d'une Direction Générale de la médecine traditionnelle pourrait être envisagée, qui cohabite avec la structure actuellement en place. A défaut, une entité dotée de pouvoir autonome par rapport aux structures en charge de la médecine occidentale dite « moderne » serait indispensable. Quoiqu'il en soit la nouvelle structure devrait être investie de fonctions essentielles et de ressources appropriées pour lui permettre d'assumer correctement sa mission.

La figure 19 qui suit représente la structure à mettre en place pour permettre la promotion de la médecine traditionnelle au Togo.



**Figure 20** Modèle d'organigramme d'une Direction de la médecine traditionnelle (Source : proposition de l'auteur)

#### 7.4.2.1 Direction de la médecine traditionnelle

Idéalement, la Direction de la médecine traditionnelle, qui est un nouvel organe à créer, serait placée sous la tutelle du ministère en charge de la santé publique du pays. Cette direction aurait pour mission principale la coordination de toutes les actions en faveur de la promotion de la médecine traditionnelle et serait subdivisée en trois principales divisions en fonction des différents problèmes et obstacles relevés au cours de l'étude.

En plus des liens hiérarchiques qu'elle entretiendrait avec ses structures au niveau central et décentralisé, la Direction de la médecine

traditionnelle devrait aussi avoir des liens consultatifs avec des institutions à mettre en place et avec lesquelles elle entretiendrait des relations consultatives.

#### **7.4.2.1 Division de la réglementation et du contentieux**

Comme relevé des résultats de l'étude, malgré l'adoption par le gouvernement d'une loi sur la médecine traditionnelle, les textes d'applications ne sont pas encore mis en place, laissant de fait un vide juridique préjudiciable à la promotion de la médecine traditionnelle dans le pays. Des conflits existent donc çà et là et les initiatives privées trouvent difficilement un encrage institutionnel devant les aider à assurer l'épanouissement de leurs activités en médecine traditionnelle. Certains promoteurs de la médecine traditionnelle ont dû se faire enregistrer au registre du commerce comme de simples commerçants. Ceux d'entre eux qui ont mis en place des médicaments à base de plantes ont dû se rendre dans les pays voisins comme le Ghana pour enregistrer leurs inventions.

Pour remédier à cette situation de flou juridique, la création d'une division en charge de la réglementation au sein de la nouvelle direction à créer s'impose. Sa mission principale serait de créer un cadre juridique approprié pour la promotion de la médecine traditionnelle dans le pays.

Plus spécifiquement la Division de la réglementation et du contentieux devrait :

- codifier les conditions d'enregistrement des tradipraticiens et des médicaments qu'ils mettent sur le marché
- suivre la bonne exécution des textes réglementaires par la Division des programmes
- connaître des contentieux issus de la pratique de la médecine

traditionnelle

#### **7.4.2.2 Division des programmes**

La division des programmes aurait pour mission principale d'initier un programme cohérent en vue de promouvoir le développement et l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé. Elle serait chargée de mettre en application les textes réglementaires édités à cet effet, et de procéder à l'enregistrement des praticiens de la médecine traditionnelle dans le pays.

Conformément aux résultats de l'étude, il est impérieux de veiller à une mise à niveau des praticiens de la médecine traditionnelle sur les nouveaux développements en matière de santé. Dans le cas du SIDA par exemple, il a été jugé utile de former les tradipraticiens de santé à la prévention de la transmission pour eux-mêmes et pour leurs patients à travers les gestes qui sauvent. Leurs rôles peuvent aussi être utiles dans la sensibilisation des populations auprès desquelles ils jouissent d'une crédibilité certaine.

Une autre mission non négligeable de la Division des programmes est celle d'assurer la protection des plantes médicinales. Comme relevé par l'étude, l'approvisionnement en plantes médicinales commence à poser de sérieux problèmes du fait du déboisement croissant dû à la pression démographique. Une solution salubre serait par l'exemple la promotion des jardins botaniques et l'érection de certaines forêts en forêts classées. L'expérience d'une ONG dans la périphérie de la ville de Vogon, dans la Région Maritime démontre à suffisance la possibilité et le bien fondé de ce type d'interventions.

#### **7.4.2.3 Division de la recherche et du contrôle**

Le troisième pilier de la Direction de la promotion de la médecine traditionnelle est la Direction de la recherche et du contrôle. La mission

principale à assigner à cette structure est de veiller à promouvoir les activités de recherches de toutes sortes, nécessaire pour assurer la qualité des produits et services que la médecine traditionnelle mets à la disposition des populations. Cette mission se situe, en quelques sortes, en amont de la promotion de la médecine traditionnelle car elle permet de convaincre les sceptiques et de rassurer les usagers.

#### **7.4.2.4 Les organes consultatifs**

Deux organes consultatifs sont envisagés dans le cadre de la promotion de la médecine traditionnelle :

- un observatoire ;
- un comité scientifique ;
- et les institutions d'enseignement.

Les deux premiers organes visent à mettre à la disposition des pouvoirs publics des structures devant les aider de façon indépendante à se remettre en cause et à prendre en compte les nouveaux développements, au besoin, à tirer la sonnette d'alarme en cas de déviation, ou à assurer que les normes minimales requises en terme d'éthiques sont respectés.

Ainsi, le comité scientifique serait sollicité devant les problèmes de normalisations et l'observatoire interviendrait comme un organe de recours à la disposition des praticiens de la médecine traditionnelle en cas de litige avec l'administration. Tous ces deux organes pourraient s'autosaisir des problèmes qui viendraient à surgir en vue de solutions rapides à la prévention et à la résolution des conflits.

Les institutions d'enseignements intégreraient des cours et des domaines de spécialisations en rapport avec la promotion de la médecine traditionnelle dans l'optique d'une modernisation progressive du secteur.

## CONCLUSION GENERALE

L'étude sur les déterminants et implications sociales du *recours des malades du SIDA à la médecine traditionnelle au Togo*, dont nous venons de présenter les résultats, se proposait de comprendre pourquoi, malgré l'existence de la médecine occidentale dite « moderne » qui n'a cessé de s'étendre géographiquement au Togo depuis son introduction au sein des populations à l'époque coloniale jusqu'aux indépendances, les togolais, y compris les malades du SIDA, font massivement recours à la médecine traditionnelle pour se soigner. Cette étude, qui se situe dans le cadre d'une thèse de doctorat en sociologie, a combiné des méthodologies propres aussi bien à la sociologie qu'à l'anthropologie pour répondre à ce questionnement.

Nous avons utilisé à la fois des techniques quantitatives et qualitatives dans la collecte et l'analyse des données conformément aux outils de collecte élaborés à cet effet.

Les réponses aux questionnements formulés dans la problématique, qui sont en rapport avec les algorithmes de la médecine traditionnelle présentés dans le premier chapitre de cette thèse, ont permis de mettre en évidence les déterminants qui justifient l'itinéraire thérapeutique des populations suivant leurs logiques et les représentations. Tout ceci s'est fait selon une approche dialectique qui est bien adaptée à l'objet d'étude.

Nous rappelons dans les lignes qui suivent les questions clés posées et les réponses que la documentation et le terrain nous ont apportées dans le cadre de cette étude.

*Le recours des togolais à la médecine traditionnelle pour se soigner est-il justifié par des ressources financières limitées dont ils disposent ou bien s'agit-il d'un recours motivé par une satisfaction, un impact positif sur les maladies en cause ? En d'autres termes, le recours à la médecine*

*traditionnelle est-il lié au niveau du revenu comme on a souvent tendance à l'affirmer, jusqu'à implicitement en faire la médecine des pauvres ?*

Comme démontré au cours de la présentation des résultats, au moins deux données permettent de réfuter cette hypothèse tendant à faire croire que la médecine traditionnelle est la médecine des pauvres. La première est démographique. En effet, 89,5 % des répondants estiment avoir eu recours à la médecine traditionnelle au cours des 12 derniers mois. Cet effectif dépasse de façon significative celui des personnes se trouvant au dessous du seuil de pauvreté au Togo que les dernières données de l'enquête sur la qualité de vies de base (enquête QUIBB<sup>70</sup>) de 2006 situent à 24,5% pour la ville de Lomé, et à 36,8 % pour les autres villes du pays (SNU au Togo, 2007 : 8). Nous en déduisons que 52,7 à 65 % des utilisateurs de la médecine traditionnelle au Togo ne sont pas parmi les personnes classées comme des pauvres.

La deuxième explication est d'ordre financière. D'après les indicateurs de pauvreté précités, et les résultats de l'étude, plus de 7 personnes sur 10 ayant eu recours à la médecine traditionnelle au cours des 12 derniers mois de l'enquête de terrain ont un revenu supérieur au seuil de pauvreté qui est de 20.175 FCFA par mois au Togo.

Sur la base de ces deux éléments, l'hypothèse selon laquelle les usagers de la médecine traditionnelle sont les pauvres n'est pas validée. Cependant, l'analyse par rapport aux coûts relativement bas des remèdes en médecine traditionnelle, d'une part, et la possibilité que les patients paient les prestations parfois selon leurs moyens et par crédit ou échelonnement, voire en nature, facilite l'accessibilité financière, modalités de paiements qui sont inexistantes en médecine « moderne ». Enfin, suivant les déclarations de certains tradithérapeutes, les traitements de malades du SIDA peut atteindre

---

<sup>70</sup> Système des Nations Unies au Togo, plan cadre des Nations unies pour l'aide Au développement au Togo UNDAF) 2008-2012, 45 p.

150.000 FCFA selon le type de pathologie associée au SIDA, ce qui n'est pas à la portée des pauvres.

En définitive, le label de médecine des pauvres, attribué à la médecine traditionnelle devrait être relativisé, voire abandonné au profit de celui de « médecine d'accès facile et culturellement adaptée » qui la caractérise mieux.

*Nous avons aussi cherché à savoir le statut réel du guérisseur traditionnel. Le statut du tradithérapeute influence-t-il la décision de recours aux soins chez les malades du SIDA ?*

Il ressort des résultats que les tradithérapeutes, tout en étant classifiés en deux catégories, suivant la crédibilité dont ils jouissent, sont des personnes qui font l'objet de respect et de crainte au sein de leur communautés. Ce sont des êtres dotés de connaissances et de pouvoirs hérités de façon héréditaire ou par apprentissage, voire par des communications entre le monde invisible et le tradithérapeute, et qui inspirent confiance. Le capital de confiance dont ils disposent fait d'eux des sauveurs et lorsque la médecine occidentale, dite « moderne », devient défailante face à certaines pathologies, c'est naturellement que les patients se dirigent vers la médecine traditionnelle. C'est du moins de cette façon que les répondants, y compris même les médecins « modernes », les perçoivent. Vu sous cet angle, le statut du guérisseur traditionnel influence le recours massif à la médecine traditionnelle des togolais.

Toutefois, la médecine traditionnelle présente des limites propres à sa démarche qui est toujours restée à l'étape empirique et mystique, même si quelques efforts mineurs sont enregistrés vers une approche plus scientifique d'aborder la préparation des remèdes issus des plantes et des minéraux qui rentrent dans leurs préparations. Ces pas de pionniers dans cette direction méritent d'être encouragés par la mise en place d'un cadre

institutionnel plus propice à la modernisation de la profession, comme proposé à la fin du chapitre 7 de la présente étude. Sa mise en application favoriserait la suppression des barrières liées à la crainte des détenteurs de savoir dans le domaine de perdre leurs sources de revenus qui les poussent à garder jalousement leurs secrets jusqu'à la tombe.

De par les représentations qu'ils se font du couple santé-maladie et des expériences vécues, les Togolais sont catégoriques sur l'impuissance de la médecine occidentale dite « moderne » sur certaines maladies dont le SIDA, comme d'ailleurs reconnu par tous à l'état des connaissances actuelles. Ce qui justifie aussi en partie ce recours des malades du SIDA aux tradithérapeutes, malgré les mises en gardes et les interdictions proférées par les autorités sanitaires à l'endroit de ceux d'entre eux qui estiment « guérir » le SIDA.

*Comment s'explique la quasi-indifférence, voire l'hostilité, des autorités sanitaires vis-à-vis de la médecine traditionnelle au Togo malgré leur adhésion aux recommandations de l'OMS invitant les états membres à faire la promotion de la MTR, comme en témoigne l'adoption de la loi de 2001 à ce sujet ? Qu'est-ce qui justifie le conflit entre adeptes de la médecine traditionnelle et ceux de la médecine allopathique alors que les deux traditions de soins poursuivent le même but ? Que reprochent les adversaires de la médecine traditionnelle à celle-ci ?*

A part les plaintes couramment évoquées, selon lesquelles la famille des tradithérapeutes est de plus en plus gangrenée « par les escrocs qui ne pensent qu'à leurs poches », la médecine traditionnelle au Togo fait face à deux adversaires institutionnelles : les autorités sanitaires, qui ont pourtant le rôle et la responsabilité de faire la promotion de cette tradition de soin d'une part, et l'ordre des médecins privés du Togo, qui est un syndicat des praticiens de la médecine occidentale dite « moderne ».

Comme relevé dans cette étude, les responsables de l'ordre des

médecins utilisent l'avantage de leur position sociale pour implicitement « barrer la route » aux praticiens de la médecine traditionnelle, quand bien même les autorités sanitaires ont déclaré leur adhésion aux appels internationaux demandant aux gouvernements d'en faire la promotion. Les textes initiés dans ce sens sont souvent abandonnés dans les tiroirs pendant de nombreuses années, et quand ils sont enfin promulgués, ne sont pas mis en application.

D'autres griefs à l'endroit de la médecine traditionnelle évoqués au cours de l'étude proviennent encore des médecins « modernes » qui évoquent les effets néfastes de certains remèdes traditionnels sur le foie des personnes traités, et la concurrence qu'ils qualifient de déloyale de la part des tradithérapeutes qui font la publicité sur les médias vantant leurs produits alors que la déontologie médicale l'interdit. De ce point de vue, la question de la déontologie interpelle aussi bien les tradithérapeutes que les autorités sanitaires du pays, car ce problème relève d'une absence de règles d'éthiques clairement définies à l'attention des praticiens de la médecine traditionnelle, et le modèle d'intégration que nous avons proposé au chapitre 7, en cas de mise en application, contribuerait à résoudre durablement ce genre de problèmes.

*Les mécanismes d'encadrement de la médecine traditionnelle sont-ils adaptés à l'ampleur de la réalité qu'elle représente ? Quelles mesures faut-il prendre pour asseoir une bonne stratégie d'amélioration de l'accès au traitement qui prenne aussi en compte les tradithérapeutes dans les politiques sanitaires officielles en Afrique ?*

Pour asseoir une stratégie d'amélioration effective de la médecine traditionnelle au Togo, il faut dans un premier temps mettre en place une structure organisationnelle plus adaptée que la situation actuelle, caractérisée par la quasi-inexistence d'une direction spécifiquement dédiée au secteur de

la médecine traditionnelle. La position du chef de service de santé communautaire, conçue sous la logique de la médecine occidentale dite « moderne », et dirigé par un médecin issu du corpus de médecine occidentale, n'est pas adaptée à cette exigence. Les conflits d'intérêt évidents qui caractérisent ce responsable, et sont propre à sa profession et non à l'individu, ne sont pas de nature à lui permettre de faire efficacement une quelconque promotion de la médecine traditionnelle.

En plus d'une direction de la médecine traditionnelle à créer, il faut aussi élaborer un programme de promotion de la médecine traditionnelle à l'instar de ce qui est observé pour la médecine occidentale dite « moderne ». Au minimum, les cadres stratégiques de lutte contre le SIDA, pilotés par des programmes nationaux, pourraient servir de modèle de référence dans cette entreprise de santé publique. Les seuls décrets, lois et politiques de santé ne suffisent pas car ces instruments ont démontré leurs limites en ce qu'ils sont des cadres d'orientations globales sans objectifs spécifiques clairement définis, et dépourvus de structures de mise en œuvre.

Par ailleurs, l'accroissement du nombre d'institutions de recherches scientifiques et d'enseignement, intégrant des techniques de validation des remèdes issus des plantes, à travers la réalisation d'essais cliniques, d'une part, et le renforcement de leurs capacités techniques et financières seraient des stratégies qui permettraient de valider certains procédés thérapeutiques et de créer un meilleur rapport de confiance entre la médecine traditionnelle et la médecine occidentale dite « moderne ». Les médicaments à base de plantes seraient mieux explorés, analysés et validés en vue de leurs enregistrements officiels auprès de structures créées à cet effet. Si ces dispositions sont en place, les praticiens d'obédience occidentale pourraient en toute confiance accepter de prescrire les médicaments traditionnels à leurs patients, ce qui serait plus bénéfiques aux populations en général et aux malades du SIDA en particulier, tant sur les plan sanitaire, économique que

psychosocial.

*Existe-t-il des pistes de collaboration et de partenariat entre médecine allopathique et médecine traditionnelle pour améliorer les prestations offertes par les guérisseurs traditionnels dans un esprit de complémentarité avec les praticiens de la médecine allopathique ?*

Malgré les reproches cités plus haut, près de 8 personnes sur 10 pensent que la médecine traditionnelle et la médecine occidentale dite « moderne » doivent cohabiter pour le bien des populations car les deux traditions de soins se complètent. Cette collaboration, se ferait plutôt de façon parallèle car pour 6 répondants sur 8 parmi les personnes favorables à l'option de collaboration, les deux traditions de soins sont d'origine et de philosophie différentes et pour cela, chacune devrait rester de son côté. En plus selon eux, il y a incompatibilité des traitements. Et pour les autres (2 répondants sur 8), l'intégration des deux dans une même unité de soins accélérerait la prise en charge efficace du patient. Pour les adeptes de la collaboration parallèle, l'intégration ne permettrait pas de situer les responsabilités en cas de problèmes. Selon cette dernière position, la collaboration parallèle éviterait des confusions en cas de pépin.

L'étude a montré que malgré l'absence d'un cadre institutionnel adéquat (inexistence de comité d'éthique, inexistence de mécanisme approprié d'enregistrement des tradithérapeutes ni de leur suivi, inexistence d'une Direction dotée de programme et de moyens), quelques praticiens des deux traditions de soins ont déjà commencé une collaboration parallèle en référant les cas de maladies face auxquelles ils se sentent impuissant vers l'autre bord, ce qui prédispose donc à une possible collaboration entre les deux entités.

Les réponses aux deux questions ci-dessus tendent à confirmer la deuxième hypothèse de cette étude.

Par rapport aux nouveaux apports de connaissances, comme souligné dans la problématique, certaines personnes affirment que la médecine traditionnelle est la médecine des pauvres. Cette affirmation suggère que plus l'on est pauvre et plus on fait recours à la médecine traditionnelle pour se soigner en cas de maladie. Par conséquent, les segments de la population à revenus au dessus du seuil de pauvreté auraient tendance à moins recourir à la médecine traditionnelle.

Or, comme démontré plus haut, les résultats de cette étude démontrent le contraire de cette assertion qui relève de prénotions et d'idées préconçues qui contribuent à donner une fausse image de cette pratique si répandue en Afrique. En effet la médecine traditionnelle désert un public large qui comprend, aussi bien les pauvres que les personnes aisées. Ce qui apparaît évident lorsque l'on constate que près de 9 personnes sur 10 interrogées à Lomé la capitale du Togo, ainsi qu'à Atakpamé, une autre ville principale du pays, ont reconnu avoir eu recours à la médecine traditionnelle au cours des 12 derniers mois.

Ne serait-il donc pas plus approprié d'abandonner le concept de « médecine des pauvres », à connotation péjorative, au profit de celui de « médecine d'accès facile et culturellement adaptée » ?

La démonstration en a été faite à travers cette étude, dont les résultats indiquent que c'est pratiquement tout le monde qui a recours à la médecine dite « traditionnelle » pour se soigner, indépendamment du niveau de revenu, de la situation professionnelle, quand bien même il est aussi ressorti que les traitements prodigués par les guérisseurs traditionnels sont financièrement plus abordables. De ce fait, on ne peut exclure le rôle fondamental joué aussi par ce déterminant.

Un autre déterminant du recours à la médecine traditionnelle est l'accessibilité, caractérisé à la fois par sa dimension à la fois financière ; à

cause des coûts relativement bas des remèdes traditionnels (comme indiqué plus haut) ; culturelle qui permet de créer des relations de confiance entre le patient et le tradipraticien dont le statut social est très valorisé par des considérations mystiques dont il est l'objet au sein de la communauté ; et écologique à cause de la proximité géographique. Tout en reconnaissant l'impact psychologique positif des procédés traditionnels sur le malade, il y a lieu d'aider à sortir la médecine « africaine » des arcanes du mysticisme, si l'on veut assurer qu'elle devienne une médecine de référence internationale tout cours.

Par ailleurs il ressort de cette étude que malgré les nombreuses campagnes de sensibilisation sur le SIDA, 33% des répondants continuent de croire à une contamination par des causes mystiques. Ceci constitue un autre déterminant du recours des malades du SIDA à la médecine traditionnelle pour se soigner. En effet, 26% des répondants pensent que pour se protéger contre le SIDA, il faut se soumettre à des préparations spirituelles.

Dans le même sens, on note que plus des 75% des personnes interrogées citent la consultation des oracles comme méthode de diagnostic de l'origine de la maladie, contre seulement 15% citant l'hôpital. Le modèle explicatif et interprétatif de la maladie (MEM) au sein de la population justifie cette vision de l'origine de la maladie, et confirme notre première hypothèse selon laquelle le recours des populations et des malades du SIDA à la médecine traditionnelle s'explique, d'une part, par les algorithmes de cette tradition de soins, caractérisée essentiellement par son accessibilité à la fois culturelle, psychologique, écologique et financière, et d'autre part, par l'efficacité thérapeutique que ces populations lui attribuent, conformément à leurs conceptions étiologiques et nosologiques des maladies en jeu.

### **Propositions et recommandations**

Comme précédemment relevé, depuis plusieurs années, le service

national en charge de la médecine traditionnelle au Togo n'a pas de personnel spécifiquement dédié à ce domaine. Les responsables de la direction des soins de santé primaires dont dépend la division de la santé communautaire, supérieur hiérarchique du service de médecine traditionnelle, affirment que les demandes répétées de personnels pour ce service n'ont pas reçu d'écho favorable de la part des autorités. Cette réalité expliquerait, entre autres, l'état de léthargie dans laquelle se trouve la médecine traditionnelle au Togo. Mais ce seul élément ne serait pas la justification suffisante de cette situation.

Sur la base de ces constats issus des résultats de cette étude, nous pouvons conclure à une inadéquation de l'ancrage institutionnelle de la médecine traditionnelle dans l'organigramme du ministère togolais de la santé publique.

Toutefois, quelles que soient les ressources limitées dont dispose le pays à la suite des nombreuses années de crise sociopolitiques et économiques depuis 1990, l'on devrait s'attendre à voir une structure de gestion autonome constituée d'effectifs de cadres de haut niveau, assistés de personnels administratifs en nombre suffisant à la tête du service de la médecine traditionnelle. En effet, de part l'importance de la frange de la population qui utilise la médecine traditionnelle (89,5% des répondants de l'enquête au sein de la population) il ne serait pas superflu de créer au sein du ministère de la santé publique une direction générale de la médecine traditionnelle, ou tout au moins, une division dotée de personnels bien formés et motivés, en nombre suffisant et dotés de ressources matériels et financières suffisantes à laquelle serait confiée sa promotion.

Au lieu de percevoir les fonds affectés à la promotion de la médecine traditionnelle comme un budget qui viendrait se greffer sur le budget de l'Etat, il faudrait plutôt considérer ces budget comme des investissements productifs dont le résultat se vérifierait par son effet sur l'état de santé de la

population voire même sur les économies d'échelles qui en découleraient au bout de quelques années. Pour mesurer l'impact sanitaire, social, économique, voire environnemental de tous ces investissements, il faudrait élaborer un véritable programme de développement de la MTR sur la base de plans quinquennaux comportant un outil de suivi et d'évaluation avec des indicateurs répondant aux critères SMART (spécifiques, mesurables, adéquats, réalisables dans un délai de temps donné).

Sur un autre plan, au Togo, la médecine traditionnelle fait l'objet de discrimination de la part du pouvoir en place au profit de la médecine occidentale dite « moderne ». En effet les tradithérapeutes se sont vus interdire le droit de faire la publicité de leurs produits. Toutefois, ces derniers ont pour obligation de s'enregistrer dans auprès du ministère du commerce pour exercer leurs activités comme toute autre entreprise privée. Ce qui apparaît d'ailleurs paradoxale dans la mesure où les tradithérapeutes, de par cet acte d'enregistrement, sont présumés commerçants et par voie de conséquences, ils sont assujettis au paiement de l'impôt comme tout autre commerçant, ce qui devait leur conférer le droit de faire la publicité sur leurs produits. Le cas du Togo est unique par cette interdiction contrairement à ce qui est observé dans la plupart des pays de la sous région.

Sur le plan sanitaire, comme nous avons démontré à travers les résultats de cette étude, l'impact est positif, selon les appréciations des personnes interrogées qui englobent, non seulement les tradipraticiens de santé, mais aussi les médecins modernes, les malades du SIDA ainsi que la population générale. Il en est de même sur le plan psychosocial.

Sur le plan économique, la MTR crée des emplois et contribue, de par son accessibilité financière grâce à sa disponibilité des intrants, et par effet d'entraînement sur le coût des traitements qu'elle offre, comme reconnu par la majorité des personnes interrogées. De ce fait même, la médecine

traditionnelle contribue à réduire la part du budget des ménages affecté aux soins de santé, contribuant ainsi à la réduction du déséquilibre de la balance des paiements du pays. La chaîne des opportunités d'emplois qu'offre la médecine traditionnelle va de la vente des plantes médicinales à la fabrication et à la vente des produits aux utilisateurs finaux en passant par la formation et les recherches scientifiques faites par l'université en faveur de certains tradithérapeutes à travers l'étude de l'innocuité des médicaments qu'ils mettent à la disposition des malades.

La médecine traditionnelle mérite d'être perçue comme est un secteur de développement intégré qui fait appel aux ressources locales, même s'il arrive parfois aux tradithérapeutes d'importer certaines matières premières des pays limitrophes comme relevé au cours de l'étude. Investir dans la promotion de la médecine traditionnelle reviendrait donc à lutter contre la pauvreté à travers des moyens simples avec des effets multiplicateurs sur différents aspects du développement : les aspects sanitaires, culturels, économiques, et environnementaux entre autres tout en renforçant la productivité de la force de travail. Nous retrouvons donc à travers cette étude une manifestation du modèle écologique de Wellin cité par Massé (Massé, 1995 : 45).

Malgré le constat unanime des tradithérapeutes interrogés au cours de notre étude, selon lequel les plantes médicinales se raréfient, nous n'avons appris que l'existence d'un seul jardin botanique qui est l'œuvre d'une ONG dans la préfecture de Vo dans la Région Maritime, en dehors de celui de l'université de Lomé. Or ces initiatives contribueraient aussi, non seulement à cultiver et à mettre à la disposition des populations des plantes médicinales entrant dans la préparation des médicaments, mais aussi à régénérer et à protéger l'environnement dont les effets bénéfiques sur le climat sont démontrés par les nombreuses recherches environnementales.

Or, l'attention, ou la non attention, que les autorités nationales accordent à la promotion de la médecine traditionnelle, ne reflète pas le contenu du discours officiel de ces dernières à son endroit, comme le démontre son emplacement au sein de l'organigramme du ministère de la santé publique du Togo. Et cette situation n'est pas favorable à sa promotion comme le veulent les textes, notamment la loi de 2001 sur la médecine traditionnelle au Togo.

En définitive, nous pouvons affirmer que tous les objectifs fixés dans cette étude sont atteints. Il s'agissait de :

- décrire la représentation de la médecine traditionnelle et du statut du tradipraticien au sein de la population togolaise ;
- analyser les stratégies de fidélisation des thérapeutes traditionnels ;
- mesurer les impacts sanitaire, psychosocial et économiques des procédés thérapeutiques traditionnels sur les malades du SIDA au Togo ;
- comparer l'efficacité « perçue » des procédés thérapeutiques des guérisseurs à celle de la médecine occidentale (dite moderne ou allopathique), face à certaines pathologies associée au VIH/SIDA ;
- proposer un modèle d'intégration de la médecine traditionnelle au système de santé togolais, en vue de parvenir à terme à une meilleure collaboration les deux traditions de soins, y compris dans le traitement des malades du SIDA.

Tout ce qui précède a été réalisé comme initialement envisagé.

Tout en reconnaissant l'impact multidimensionnel des procédés traditionnels de soins sur le malade, la médecine « africaine » doit sortir des arcanes du mysticisme, pour devenir une médecine de référence internationale.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Abé NN. La Médecine africaine et la médecine officielle en Côte d'Ivoire : une approche stratégique de collaboration. 1992.
2. Abercrombie N, al. Dictionary of Sociology. 2006.
3. Adjanohoun MRA, Ahji L, Aké AK. Médecine traditionnelle et pharmacopée. Contribution aux études ethnobotaniques et floristiques au Togo. 1986.
4. Alioum A. Fluctuations d'échantillonnage et estimation. 2004.
5. Amakoué M, Ahyi R. L'art de guérir ancestral en Afrique: problématique et perspectives.
6. Amouzou E. L'influence de la culture sur le développement en Afrique noire. L'Harmattan. Paris: 2009.
7. Amouzou E. Impact de la culture occidentale sur les cultures africaines. L'Harmattan. Paris: 2009.
8. Anani K, Hudson J, de Souza C, Akpagana K. Further Investigation on medicinal plants of Togo for antiviral and antimicrobial activities. Pharmaceutical Biology. 2000.
9. Anani K, Hudson J, Souza CD, Akpagana K, al. Investigation of medicinal plants of Togo for antiviral and antimicrobial activities. Pharmaceutical Biology. 2000.
10. ANDREANI J, CONCHON F. Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives: état de l'art en marketing.
11. Anipah K. Analyse approfondie des données de MICS2 et de l'EDST-II sur la connaissance, l'attitude et le comportement des jeunes gens et des

jeunes filles de 15-24 ans de la Région des Plateaux vis-à-vis du VIH/SIDA et des IST. 2002.

12. Apovo J. Anthropologie du Bo (théorie et pratique du gris-gris). 2008;
13. Assa A, Balou Bi TJ. Guide du doctorat de l'université de Cocody. Editions universitaires de Côte d'Ivoire. Abidjan: 2005.
14. ATOP. Les tradithérapeutes de la Kara se sont concertés. Togo-presse. 2008.
15. Awolalu JO, Dopamu. West african traditional religion. O.P. Ibadan: 1979.
16. Bahi B. Dérives et réussite sociale en Afrique. l'Harmattan. Paris: 2007.
17. Beaud M. l'Art de la thèse. La découverte. Paris: 2007.
18. Beaud J, Beaudry J, Béland F, Blais A, Boisvert D, Chalifoux J, et al. Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données. 1992.
19. Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain.
20. Berei T. Du décrochage scolaire précoce à l'apprentissage de métiers à Kpalimé au Togo : représentations sociales et modèles explicatifs de la socialisation et de l'insertion professionnelle des usagers. 2008 Mar.
21. Bernard HR. Research methods in anthropology qualitative and quantitative approaches. Altamira press; 2005.
22. Bibeau G. L'organisation Ngbandi des noms de maladies. Anthropologie et Société. 1978.
23. Bibeau G. L'Afrique Terre imaginaire du SIDA. La subversion du

- discours scientifique par le jeu des fantasmes. *Anthropologie et Société*. 1991;
24. Bibeau G, Ruth M. Déconstruire l'Univers du SIDA. *Anthropologie et Société*. 1991.
  25. Carbonnelle S. Représentations de la santé et de la maladie. Bruxelles santé. 2006.
  26. Carrillo J, Green AR, Betancourt JR. Cross-Cultural Primary Care: A Patient-Based Approach. *Academia And Clinic American College of Physicians–American Society of Internal Medicine* . 1999.
  27. Cazeneuve J. Dix grandes notions de la sociologie. seuil. Paris 6: 1976.
  28. Choukroun O. La santé publique. cyes.info. 2003.
  29. Commission de l'OMS sur les droits de propriété intellectuelle, l'innovation et la santé publique. Santé publique innovation et droits de propriété intellectuelle. 2006.
  30. Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century. *The Future Of The Public's Health In The 21st Century*. 2002.
  31. Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities. *Health Care Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*.
  32. Corbeau J. Mise en perspective du texte de Jean Duvignaud « L'idéologie, cancer de la conscience ». 2007.
  33. Creswell WJ. *Differing perspectives on mixed methods research*. 2007;
  34. Dédy S, Tapé G. Jeunesse, sexualité et SIDA en Côte-d'Ivoire. Bingerville (Côte-d'Ivoire): 1993.

35. Delay J, Pichot P. Abrégé de Psychologie. Masson. Paris: 1990.
36. Deschamps J, Chouanière-Briancon D, Baumann M, Tursz A. Introduction à la santé publique. Dans: Glossaire, éducation et santé, Comité régional d'éducation pour la santé. Provence - Alpes- Côte d'Azur: Faculté de médecine de Nancy; 2005.
37. Division Information Statistique, Etudes et Recherches (DISER). Annuaire des statistiques sanitaires. 2003.
38. Dozon J. Médecines traditionnelles et SIDA. Les modalités de sa prise en charge par un tradipraticien ivoirien. Bingerville (Côte-d'Ivoire): 1993.
39. Duvignaud J. L'idéologie, cancer de la conscience. 2007.
40. Fanidji YK. Médecine traditionnelle et santé des populations: traitement des IST/VIH/SIDA dans la ville de Lomé. 2006.
41. FAO. Impact du VIH/SIDA sur les systèmes d'exploitations agricoles en Afrique de l'ouest. 1997.
42. Fassin D. L'anthropologie entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le SIDA en Afrique.
43. FERROL G, CAUCHE P, DUPREZ J, al. Dictionnaire de Sociologie. Paris: p. 2004.
44. Fink S. Traditional efforts spotlight traditional, complementary, and alternative medicine. 2002.
45. Fomekong F, Mudubu LK, Matchinda B. VIH/SIDA & système éducatif. 2006.
46. Gayibor NL(. Le Togo sous domination coloniale (1884-1960). Lomé: Presse de l'Université de l'UB; 1997.

47. Grawitz M. Méthodes des sciences sociales. Dalloz. Paris: 2001.
48. Gurvitch G. il vit la crise de l'explication en sociologie. cahier international de sociologie. 1956.
49. Gurvitch G. Théories de l'expérience intégrale de l'immédiat. 2007.
50. Hamel J. Précis d'épistémologie de la sociologie. 1997.
51. Hamel J. Décrire, comprendre et expliquer Réflexions et illustrations en sociologie. 2006.
52. Horowitz LG. L'origine réelle du SIDA. Regard (Bibliothèque chrétienne online). 2007 Sep 3.
53. Houphouet- Koffi H. Modernisation thérapeutique et résistance au système médical occidental en Côte d'Ivoire: cas d'Abidjan. 1989.
54. IASC. IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. 2007.
55. Instituts de recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. Ethique de la recherche avec des être humains. 2005.
56. Jennings B, Kahn J, Mastroianni A, Parker L. Ethics and Public Health: Model Curriculum. 2003.
57. Jodelet D. Les représentations sociales. PUF. 1994.
58. JODELET D. Culture et pratiques de santé. in Nouvelle Revue de Psychologie. 2006.
59. JODELET D, OHANA J. Représentations sociales de l'allaitement maternel : une pratique de santé entre nature et culture. G. Petrillo Santé et

société La santé et la maladie comme phénomènes sociaux, Lausanne, Delachaux et Niestlé. 2000.

60. Kakpo M. Introduction à une poétique du Fa. Cotonou: Les Editions des Diaspora et Les Editions du Flamboyant; 2006.

61. Kirigia J. Pharmaco-économie de la médecine traditionnelle.

62. KOUAKOU K, BENIE T. Effets antifertilisants de *Daldinia concentrica* et de *Psathyrella efflorescens*. *Anales de l'Université du Bénin*. Lomé: 1999.

63. L'ONG SAUVE FLORE. Renforcement des capacités des tradithérapeutes en vue d'améliorer la prise en charge des populations en matière des infections sexuellement transmissibles au Togo. 2008.

64. Mack N, Woodsong C, Macqueen KM, Guest G, Namey E. *Qualitative research methods: a data collector's field guide*. 2005.

65. Macro international. Estimation de la prevalence du VIH à partir des enquêtes démographiques et de santé. USAID; 2008.

66. Marianne S, Chêne G, Jutand M, Mouillet E. *Savoir-faire en épidémiologie*. 2005.

67. Massé R. *Ethique et santé publique enjeux, valeurs et normativité*. Les presses de l'université de Laval. Québec: 2004.

68. Massé R. *Les sciences sociales au défi de la santé publique*. 2007.

69. Massé R. *Les sciences sociales au défi de la santé publique*. Sciences Sociales et Santé. 2007.

70. Maupoil B. *La géomancie à l'ancienne côte des esclaves*. 1981.

71. Ministère de la Santé. Analyse de la Situation en Santé de la Reproduction au Togo. Lomé: 2003.
72. Ministère de la santé publique direction de la planification, de la formation et de la recherche. Plan national de développement sanitaire. 2002.
73. Ministère de la Santé Publique, des Affaires Sociales et de la Condition Féminine. Etude de la double activité antimicrobienne et anti-diarrhéique de quelques plantes utilisées en médecine traditionnelle au Togo. 1985.
74. Ministère de la santé publique, république togolaise. Plan national de développement sanitaire du Togo 2002-2006.
75. Montoussé M, Renouard G. 100 fiches pour comprendre la sociologie. 1997;
76. Morin J. Précis de sociologie. 2004.
77. Mukamurera J, Lacourse, F, Couturier, Y. Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques. 2006.
78. Muller J. Maladies, traitements et docteurs chez les Rukuba. Anthropologie et société. 1978.
79. N'Da P. Méthodologie de la recherche de la problématique à la discussion des résultats.
80. Napo A. Le Togo à l'époque allemande. 1995.
81. Nations Unies – Département de l'Information. Déclaration universelle des droits de l'homme.

82. N'da P. Méthodologie de la recherche de la problématique à la discussion des résultats: comment réaliser un mémoire, une thèse d'un bout à l'autre. Editions universitaires de Côte d'Ivoire. Abidjan: 2006.
83. Negura L. L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. 2006.
84. Novon E. Quotidien des séropositifs au Togo. 2008.
85. OMS. Réglementation des médicaments à base de plantes – la situation dans le monde. Genève: 1998.
86. OMS. Principes méthodologiques pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle. 2000.
87. OMS. Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005. Genève: 2002.
88. OMS. Directives OMS sur les bonnes pratiques agricoles et les bonnes pratiques de récolte (BPAR) relatives aux plantes médicinales. Genève: 2003.
89. OMS. Profil de Système de Santé de Pays, TOGO 2004. 2004.
90. OMS, Gouvernement du Mali, UNICEF. Rapport sur la revue de la mise en œuvre de l'initiative de Bamako en Afrique. Bamako: 1999.
91. ONUSIDA. Les remèdes ancestraux pour une maladie nouvelle : l'intégration des guérisseurs traditionnels à la lutte contre le SIDA accroît l'accès aux soins et à la prévention en Afrique de l'Est. 2003.
92. ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. Genève: 2006.
93. Organisation Mondiale De La Santé. Médecine traditionnelle. 2003.

94. Oussou KR. Etude de la représentation de la maladie et de la santé chez les Auaou de Bouaflé. 1994.
95. Public Health Leadership Society. Principles of the Ethical Practice of Public Health. 2002.
96. Quivy R, Van Campenhoudt L. Manuel de recherche en sciences sociales. DUNOD. Paris: 1995.
97. Ridde V. Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'ouest le cas de l'initiative de Bamako au Burkina Faso. 2005.
98. Rocher G. Le changement social. HMH. Paris: 1968.
99. Rocher G. Introduction à la sociologie générale. 1968.
100. Rocher G. Introduction à la sociologie générale, t1: l'Action sociale. HMH. Paris: 1968.
101. Rocher G. Introduction à la sociologie générale,t2: l'organisation sociale. HMH. Paris: 1968.
102. Roth J. Management bias in social science research. Human Organization. 1962.
103. Rusch E. Glossaire des termes de santé publique internationaux. BDSP (Banque de données santé publique). 2003.
104. Sarraut A. Le domaine coloniale français. 1930.
105. Sauve Flore. Recherche et Développement de Médicaments Traditionnels dans la Région Africaine de l'OMS. l'Observatoire de la Santé en Afrique, Revue du Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique. 2003.
106. SAUVE FLORE, ONG. Recherche et développement de médicaments

traditionnels dans la région africaine de l'OMS. 2007.

107. Schoepf B. Représentation du SIDA et pratiques populaires à Kinshasa. Anthropologie et Société. 1991.

108. Schwandt TA. Dictionary of Qualitative Inquiry. Sage Publication. California.

109. Simpole J, Nikiema J, Daboga S. Evaluation de médicaments traditionnels pour la prise en charge du VIH/SIDA. l'Observatoire de la Santé en Afrique, Revue du Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique. Revue du Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique. 2003.

110. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR. Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care. 2003.

111. Taylor-Powell E, Renner M. Analyzing qualitative data. 2003.

112. They Ahaligah KA. Les derniers secrets de guérison de mon grand-père médecine et "remèdes de miracles" des plantes de chez nous. 1989.

113. Touraine A. Production de la société. Editions du Seuil. Paris: 1973.

114. Traoré. Médecine et magie africaines ou comment le noir se soigne-t-il ? 1983.

115. Tremblay J. Les règles de la méthode sociologique (version numérique). 1894.

116. Tremblay M. Imaginaire social et représentations collectives. Les Presses de l'Université Laval. Québec: 1982.

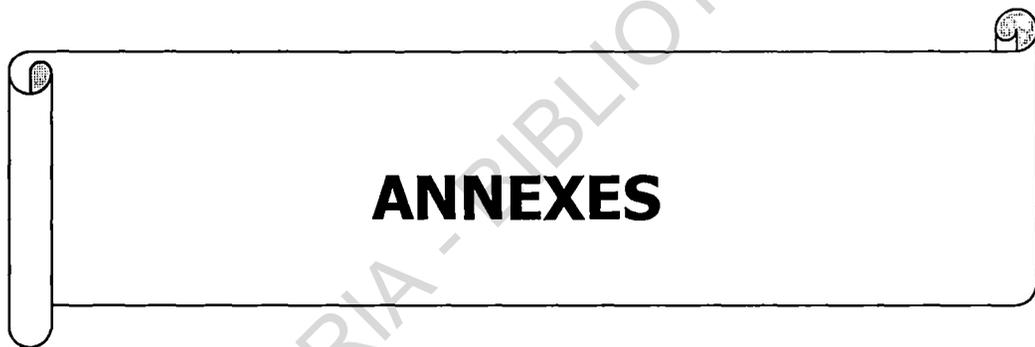
117. Tremblay M. L'anthropologie de la santé en tant que représentation. 1982.

118. Tremblay M. L'anthropologie de la santé: une réponse aux innovations dans le système médical québécois. Bulletin d'information en anthropologie médicale et en psychiatrie transculturelle. 1983;
119. Twumassi PA. Medical system in Ghana: a study in medical sociology. Ghana publishing corporation: 2005.
120. Union Africaine. Plan d'action de la décennie de la médecine traditionnelle (2000-2010). 2000.
121. Université de Lomé. Annales de l'université de Lomé. Les presses de l'UL. Lomé: 2005.
122. URSAD. Bulletin de médecine traditionnelle de centrafricaine. 2007.
123. Vallier CS. Quels apports du codage des données qualitatives ? Analyse et propositions à partir du codage de données relatives aux processus de développement des coopérations en management de projet. 2006.
124. Van Wyk B, Van Oudtshoorn B, Gericke N. Medicinal Plants of south Africa. Briza. Pretoria: 2005.
125. Wagstaff Z. Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé. Bulletin of the World health organization. 2002.
126. WHO. National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines Report of a WHO global survey. La date de publication n'est pas disponibles.
127. WHO western pacific region. Traditional and modern medicine harmonizing the two approaches. 2000.
128. Winch PJ, Wagman JA, Malouin RA, Mehl GL. Recherche qualitative pour des programmes de santé améliorés. 2001.

129. Wright J, Kansaye AT. Quinzes alicaments trésors médicinaux de nos aliments naturels. Les presses de la nouvelle imprimerie du Niger. Niamey: 2006.

130. Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique: améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE



**ANNEXES**

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## ANNEXE 1 - GUIDE D'ENTRETIEN – AUTORITE SANITAIRE

Section 1 : Identification de l'enquêté

N° du GUIDE \_\_\_\_\_

QUESTIONS	INTITULE DES QUESTIONS	REPONSES	CODES
Q101	Direction/Région sanitaire		
Q102	Responsabilité		
Q103	Localité (Ville)		
Q105	Sexe		
Q106	Age		
Q108	Ethnie		
Q109	Religion		
Q110	Situation de famille		
Q111	Niveau d'études		

## **Introduction**

Bonjour,

Les questions que je vais vous poser se situent dans le cadre d'une étude sociologique pour savoir comment les méthodes de traitements ancestrales peuvent aider à résoudre les problèmes de santé en Afrique et plus particulièrement au Togo.

Toutes les réponses que vous me donnerez seront gardées confidentiellement et votre nom ne sera pas demandé, ni donc cité.

Si vous m'autorisez je voudrais enregistrer notre conversation pour une bonne exploitation de vos propos.

N.B. il n'y a pas de mauvaises réponses aux questions que je vais vous poser car toutes vos réponses seront bonnes. Donc n'ayez aucune crainte que vous serez jugés ou ridiculisés. Le plus vous parlerez le mieux ce sera pour cette étude.

Merci.

### **Définition des termes et situation du problème**

**Médecine traditionnelle** : ce que nous entendons par médecine traditionnelle est l'ensemble des procédés de traitements qui ne rentrent pas dans ce que nous connaissons tous comme « médecine des blancs » comme on dit chez nous ici. Tous ces procédés de guérisons existent partout dans le monde et chaque milieu a sa propre médecine traditionnelle.

L'utilisation de la médecine traditionnelle est reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé qui est une organisation de l'ONU, qui encourage les Etats à aider à sa promotion, surtout les Etats Africains où la majorité de la population utilisent les médicaments à base de plantes pour se soigner.

**Le guérisseur traditionnel** : est toute personne (homme ou femme) qui utilisent les méthodes traditionnelles pour soigner les malades.

Certaines utilisent les plantes, les minéraux ou des parties d'animaux pour préparer des médicaments qu'elles donnent aux malades.

D'autres utilisent la prière et les incantations, les cérémonies de toutes sortes pour soigner.

### **Section 2 : Opinions du répondant sur l'état actuel de la collaboration entre la médecine occidentale dite « moderne » et médecine traditionnelle ?**

Q201 - Depuis 2001 le Togo possède une loi sur la pratique de la médecine traditionnelle. Comment procédez-vous pour la mise en application de cette loi ?

Q202 - Vous arrive-t-il de recevoir des demandes d'assistance quelconques de la part des tradipraticiens ? Si oui sur quoi portent ces demandes ?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Q203 - Comment traitez-vous ces demandes ?

Q204 - Avez-vous déjà organisé de séminaires ou atelier nationaux à l'attention des tradithérapeutes du Togo ?

Q205 - Existe-t-il une quelconque forme de collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine occidentale dite « moderne » ?

Formellement \_\_\_ Informellement \_\_\_ Non \_\_\_

Q206 - Quelles sont les actions enregistrées dans ce sens depuis octobre 2006 ?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Q207 - Selon vous quel type de collaboration devrait exister entre les tradipraticiens et les responsables du Ministère de la Santé ?

Q208 - Selon vous quel type de collaboration devrait exister entre les tradipraticiens et les praticiens de la médecine occidentale dite « moderne » ?

Intégration totale \_\_\_ Collaboration \_\_\_ Rien \_\_\_

Commentaires

---

---

---

---

---

---

**Section 3 : Suggestions pour l'amélioration de la collaboration entre la médecine occidentale dite « moderne » et la MTR**

Q301 - Quelles suggestions feriez-vous pour améliorer la collaboration entre les praticiens de la MT et ceux de la médecine occidentale dite « moderne » ?

**Section 4 : Instruments de promotions de la MTR**

Q401 - Les instruments ci-après existent-ils au Togo ?

1. politique nationale en matière de MTR.    Oui \_\_\_    non \_\_\_    Ne SP \_\_\_

**(Pourrions-nous disposer d'une copie ?)**

2. outils indispensables à l'institutionnalisation de la MTR dans les systèmes de soins de santé.

Oui \_\_\_    non \_\_\_    Ne SP \_\_\_

a. si oui, les quelles ?

-

-

-

-

3. politique nationale sur l'accès à la biodiversité et la protection des connaissances de la MTR (loi-type de l'UA). Oui \_\_\_ non \_\_\_
4. Centres d'excellence/Centres collaborateurs de l'OMS pour la recherche et le développement des médicaments traditionnels utilisés dans la Thérapie des maladies prioritaires. Oui \_\_\_ non \_\_\_
5. institution d'une semaine nationale de la MTR. Oui \_\_\_ non \_\_\_
6. système d'enregistrement des médicaments Traditionnels normalisés sur la liste nationale essentielle des Médicaments Traditionnels. Oui \_\_\_ non \_\_\_
7. structure permanente au sein du Ministère de la Santé permettant de mettre en œuvre des programmes de la MTR.  
Oui \_\_\_ non \_\_\_

**(Pourrions-nous disposer d'une copie ?)**

**Q402 - Si oui quelles en sont la composition et l'organisation ?**

**Q403 - On entend souvent dire que certaines maladies ne sont pas pour l'hôpital. Que pensez-vous de ce genre de classification ?**

**Section 5 : Ressources pour la promotion de la MTR**

Q501 - De quelles ressources disposez-vous pour la promotion de la MTR ?

Financières

-

-

Matérielles

-

-

Humaines

-

-

-

Programme (plan d'action) de promotion de la MTR

**Section 6 : Conditions pratiques d'exercice de la MTR**

Q601 - Existe-t-il un registre des tradithérapeutes dans votre juridiction ? Oui \_\_\_ non \_\_\_

(Si oui pourrions nous le consulter ?)

Q602 - Si oui, le registre est-il national ou régional ? National \_\_\_ Régionaux \_\_\_

Q603 - Quelles sont les conditions d'enregistrement des tradipraticiens ?

## ANNEXE 2 GUIDE D'ENTRETIEN – GOUPE DE PAROLE

Section 1 - Identification du groupe. Effectif : \_\_\_\_\_ N° du GUIDE \_\_\_\_\_

QUESTIONS	INTITULE DES QUESTIONS	REPONSES	CODES
Q101	Région		
Q102	Préfecture de résidence		
Q103	Localité (Ville/Village)		

### Introduction

Bonjour,

Les questions que je vais vous poser se situent dans le cadre d'une étude sociologique pour savoir comment les méthodes de traitements ancestrales peuvent aider à résoudre les problèmes de santé en Afrique et plus particulièrement au Togo.

Toutes les réponses que vous me donnerez seront gardées confidentiellement et votre nom ne sera pas demandé, ni donc cité.

Si vous m'autorisez je voudrais enregistrer notre conversation pour une bonne exploitation de vos propos.

N.B. il n'y a pas de mauvaises réponses aux questions que je vais vous poser car toutes vos réponses seront bonnes. Donc n'ayez aucune crainte que vous serez jugés ou ridiculisés. Le plus vous parlerez le mieux ce sera pour cette étude.

Merci.

### Définition des termes et situation du problème

**Médecine traditionnelle :** ce que nous entendons par médecine traditionnelle est l'ensemble des procédés de traitements qui ne rentrent pas dans ce que nous connaissons tous comme « médecine des blancs » comme on dit chez nous ici. Tous ces procédés de guérisons existent partout dans le monde et chaque milieu a sa propre médecine traditionnelle.

L'utilisation de la médecine traditionnelle est reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé qui est une organisation de l'ONU, qui encourage les Etats à aider à sa promotion, surtout les Etats Africains où la majorité de la population utilisent les médicaments à base de plantes pour se soigner.

**Le guérisseur traditionnel :** est toute personne (homme ou femme) qui utilisent les méthodes traditionnelles pour soigner les malades.

Certaines utilisent les plantes, les minéraux ou des parties d'animaux pour préparer des médicaments qu'elles donnent aux malades.

D'autres utilisent la prière et les incantations, les cérémonies de toutes sortes pour soigner.

## **Section 2 - Représentation du SIDA**

Q201 - Comment appelle-t-on le SIDA dans votre localité ?

Q202 - Par cette appellation quelle interprétation fait-on de la maladie ?

Q203 - Que pensez-vous de cette interprétation ?

Q204 - Selon vous comment attrape-t-on le SIDA ?

Q205 - Quelle est votre opinion sur cette conception ?

Q206 - Certaines personnes pensent que des personnes maléfiques peuvent faire attraper le SIDA en jetant un sort à qui elles veulent ? Est-ce possible ?

Q207 - Que faire pour se protéger contre le SIDA ?

Q208 - Y compris des cas de sorcellerie ?

Passons maintenant à un autre thème.

### **Section 3 – Opinion sur tradithérapie, maladie et guérison**

Q301 - Selon vous, que représente la maladie ? La maladie est-t-elle normale ? Doit-on obligatoirement tomber malade dans la vie ? Pourquoi ?

Q302 - Quelle est la première démarche que vous faites en cas de maladie (avant d'aller à l'hôpital ou chez le guérisseur) ?

Q303 - Comment procède-t-on pour reconnaître l'origine de la maladie dans votre milieu ?

Q304 - Y a-t-il des cas de maladies qu'on ne peut pas traiter à l'hôpital ? Si oui quelques exemples.

Q305 - Que faire alors dans ces cas ?

Q306 - **Qu'est-ce que la guérison** selon vous ? Autrement dit quand vous considérez-vous guéri d'une sa maladie ?

Q307 - Qu'est-ce que les gens pensent généralement de la maladie dans votre milieu ?

La maladie est-t-elle normale ? Doit-on obligatoirement tomber malade dans la vie ? Pourquoi ?

Q308 - Comment procède-t-on pour reconnaître l'origine de la maladie dans votre milieu ?

Q309 - Qu'est-ce que la guérison selon la compréhension admise dans votre localité ? Quand dit-on qu'un malade est guéri de sa maladie ?

#### **Section 4 - Statut du guérisseur traditionnel**

Q401 - Que pensez-vous des tradipraticiens en général. Sur la base de vos expériences ? Peut-on se passer d'eux ?

Oui \_\_\_ Non \_\_\_ Ne sais pas \_\_\_ ça dépend \_\_\_

#### **Section 5 – Efficacité comparée des médecines traditionnelle moderne**

Q501 - Parmi les maladies suivantes lesquelles pensez-vous que les tradithérapeutes du milieu traitent (guérissent) et celles qui, de préférence, devraient être envoyées à l'hôpital ?

Mâladies	Traitement plus efficace		
	TT	MM	Ne sait pas

Les maux de têtes

Les IST

Les problèmes d'infécondité

Les fibromes

Les problèmes d'espacement des naissances

Les diarrhées

Les asthénies (faiblesses générales)

Les amaigrissements

Les maladies de la peau (zona)

Les fractures

Les plaies (inguérissables)

Les insomnies

Les pertes d'appétit (pour bien manger)

Renforcement du sang

Les maladies mentales

Impuissance sexuelle

Les toux (tuberculose)

Le Paludisme

Q502 - Pensez-vous qu'un tradithérapeute peut guérir un malade du SIDA ?

Oui                      Non                      Ne sais pas \_\_\_\_                      ça dépend \_\_\_\_

### **Section 6 – Itinéraire thérapeutique**

Q601 - Pour se soigner, certaines personnes vont d'abord à l'hôpital avant d'aller chez le TT. Pour d'autres c'est le contraire. Qu'est-ce qui justifie selon vous cette façon de se comporter ?

Q602 - Selon vous les gens utilisent-ils à la fois les médicaments modernes et traditionnels ?

Q603 - Pensez-vous qu'une collaboration peut exister entre tradithérapeutes et hôpital ? C'est à dire si un cas dépasse l'un, il peut le référer à l'autre et vice versa ?

### ANNEXE 3 GUIDE D'ENTRETIEN – PATIENT

Section 1 - Identification de l'enquêté

N° du GUIDE \_\_\_\_\_

QUESTIONS	INTITULE DES QUESTIONS	REPONSES	CODES
Q101	Région		
Q102	Préfecture de résidence		
Q103	Localité (Ville/Village)		
Q104	Sexe		
Q105	Age		
Q106	Profession		
Q107	Ethnie		
Q108	Religion		
Q109	Situation de famille		
Q110	Niveau d'études		
Q111	Profession des parents	Père	
		Mère	

## Introduction

Bonjour,

Les questions que je vais vous poser se situent dans le cadre d'une étude sociologique pour savoir comment les méthodes de traitements ancestrales peuvent aider à résoudre les problèmes de santé en Afrique et plus particulièrement au Togo.

Toutes les réponses que vous me donnerez seront gardées confidentiellement et votre nom ne sera pas demandé, ni donc cité.

Si vous m'autorisez je voudrais enregistrer notre conversation pour une bonne exploitation de vos propos.

N.B. il n'y a pas de mauvaises réponses aux questions que je vais vous poser car toutes vos réponses seront bonnes. Donc n'ayez aucune crainte que vous serez jugés ou ridiculisés. Le plus vous parlerez le mieux ce sera pour cette étude.

Merci.

### Définition des termes et situation du problème

**Médecine traditionnelle** : ce que nous entendons par médecine traditionnelle est l'ensemble des procédés de traitements qui ne rentrent pas dans ce que nous connaissons tous comme « médecine des blancs » comme on dit chez nous ici. Tous ces procédés de guérisons existent partout dans le monde et chaque milieu a sa propre médecine traditionnelle.

L'utilisation de la médecine traditionnelle est reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé qui est une organisation de l'ONU, qui encourage les Etats à aider à sa promotion, surtout les Etats Africains où la majorité de la population utilisent les médicaments à base de plantes pour se soigner.

**Le guérisseur traditionnel** : est toute personne (homme ou femme) qui utilisent les méthodes traditionnelles pour soigner les malades.

Certaines utilisent les plantes, les minéraux ou des parties d'animaux pour préparer des médicaments qu'elles donnent aux malades.

D'autres utilisent la prière et les incantations, les cérémonies de toutes sortes pour soigner.

## **Section 2 - Représentation du SIDA**

Q201 - Comment appelle-t-on le SIDA dans votre localité ?

Q202 - Par cette appellation quelle interprétation fait-on de la maladie ?

Q203 - Que pensez-vous de cette interprétation ?

Q204 - Selon vous comment attrape-t-on le SIDA ?

Q205 - Certaines personnes pensent que des personnes maléfiques peuvent faire attraper le SIDA en jetant un sort à qui elles veulent ? Est-ce possible ?

Q206 - Que faire pour se protéger contre le SIDA (autre chose dont vous ne pouvez pas parler en public) ? Y compris contre des cas de sorcelleries ?

Passons maintenant à un autre thème.

## **Section 3 – Représentation de la maladie et itinéraire thérapeutique**

Q301 - Selon vous, que représente la maladie ? La maladie est-t-elle normale ? Doit-on obligatoirement tomber malade dans la vie ? Pourquoi ?

Q302 - Quelle est la première démarche que vous faites en cas de maladie (avant d'aller à l'hôpital ou chez le guérisseur) ?

**Exemple d'une maladie que vous avez eu dernièrement** \_\_\_\_\_

- automédication par les plantes \_\_\_\_
- automédication médicaments pharmaceutiques (pharmacie) \_\_\_\_
- automédication médicaments (marché ou vendeur ambulant) \_\_\_\_
- automédication médicaments pharmaceutiques (chinois) \_\_\_\_
- tradithérapeute (phytothérapie) \_\_\_\_
- tradithérapeute (psychothérapie) \_\_\_\_
- formation sanitaire publique \_\_\_\_
- tradithérapeute (psychothérapie) \_\_\_\_
- tradithérapeute (médecine chinoise) \_\_\_\_
- formation sanitaire privée \_\_\_\_
- groupe de prière \_\_\_\_

Q303 - Vous arrive-t-il d'utiliser à la fois les médicaments modernes et traditionnels, ou un type après l'autre ?

Oui en combinaison \_\_\_\_

Oui mais séparément \_\_\_\_

Non \_\_\_\_

Pas de réponse \_\_\_\_

Q304 - Comment procède-t-on pour reconnaître l'origine de la maladie dans votre milieu ?

Q305 - Y a-t-il des cas de maladies qu'on ne peut pas traiter à l'hôpital ? Si oui quelques exemples.

—  
—  
—  
—  
—

Q306 - **Qu'est-ce que la guérison** selon vous ? Autrement dit quand vous considérez-vous guéri d'une maladie ?

#### Section 4 - Statut du guérisseur traditionnel

Q401 - Que pensez-vous des tradipraticiens en général. Sur la base de vos expériences. Peut-on se passer d'eux ?

Oui \_\_\_ non \_\_\_ ne sait pas \_\_\_ ça dépend \_\_\_

Q402 - Avez-vous déjà reçu un traitement de tradithérapeute depuis les 12 derniers mois ?

Oui \_\_\_ non \_\_\_

Q403 - Si oui est-ce la première fois ou s'agit-il d'une habitude ?

1<sup>er</sup> traitement satisfaisant \_\_\_\_

1<sup>er</sup> traitement non satisfaisant \_\_\_\_

Recours fréquent \_\_\_\_

Q404 - Comment êtes-vous parvenu à ce choix ?

Moi-même \_\_\_\_ Par un ami \_\_\_\_ un parent \_\_\_\_ hôpital \_\_\_\_

Q405 - A peu près combien vous a coûté le traitement ? \ \_\_\_\_\_

Q406 - Si c'était à l'hôpital combien paieriez-vous ? \ \_\_\_\_\_

Plus cher \_\_\_\_

Moins cher \_\_\_\_

Q407 - Disposez-vous d'une assurance médicale ? oui \_\_\_\_ non \_\_\_\_

Q408 - Si oui, Rembourse-t-elle les frais de traitement de MTR ?

Q409 - Pensez-vous qu'un tradithérapeute peut guérir un malade du SIDA ?

Oui \_\_\_\_ non \_\_\_\_ ne sait pas \_\_\_\_ ça dépend \_\_\_\_

### **Section 5 – Efficacité comparée des médecines traditionnelle moderne**

Parmi les maladies suivantes lesquelles pensez-vous que les tradithérapeutes du milieu traitent (guérissent) et celles qui, de préférence, devraient être envoyées à l'hôpital ?

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Maladies	Traitement plus efficace		
	TT	MM	Ne sait pas

Les maux de têtes

Les IST

Les problèmes d'infécondité

Les fibromes

Les problèmes d'espacement des naissances

Les diarrhées

Les asthénies (faiblesses générales)

Les amaigrissements

Les maladies de la peau (zona)

Les fractures

Les plaies (inguérissables)

Les insomnies

Les pertes d'appétit (pour bien manger)

Renforcement du sang

Les maladies mentales

Impuissance sexuelle

Les toux (tuberculose)

Le Paludisme

**Section 6 : Suggestions pour l'amélioration de la collaboration avec la médecine occidentale dite « moderne »**

Q601 - Pensez-vous qu'une collaboration peut exister entre tradithérapeutes et hôpital ? C'est à dire si un cas dépasse l'un, il peut le référer à l'autre et vice versa ?

1. pour la référence réciproque (collaboration) \_\_\_\_
2. on peut recevoir médicaments et traitements traditionnels à l'hôpital (intégration) \_\_\_\_
3. non, pour chacun de son côté \_\_\_\_

Raisons évoquées pour soutenir son opinion

-  
-  
-

Q602 - Avez-vous déjà vécu une telle expérience ?

Oui, une fois \_\_\_\_

Oui, plusieurs fois \_\_\_\_

Non \_\_\_\_

Si oui dites nous comment ça s'est passé !

## SECTION 7 - HISTOIRE DE VIE

Q701 - (si PVVIH) – depuis quand Avez-vous commencé votre traitement par la MTR ? Racontez-nous votre expérience.

- Lieu du traitement
  
- Périodicité du traitement
  
- Dépenses mensuelles pour le traitement
  
- Sources de financement du traitement
  
- Appréciation du traitement

Q702 – Combien de repas prenez-vous par jour

- 1 repas \_\_\_ et un goûter
- 2 repas \_\_\_ et un goûter
- 3 repas \_\_\_ et un goûter

Q 703 - Si moins de 3 repas, demander si c'est par manque de ressources ou si c'est par manque d'appétit.

Q704 - Dans quelle fourchette peut-on situer vos revenus moyens mensuels ?

- a) moins de 30.000 F \_\_\_    b) 30 à 50.000 F \_\_\_    c) > 50.000 F \_\_\_

**ANNEXE 4 QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL - RESPONSALE  
D'ASSOCIATION DE TRADIPRATICIENS**

Section 1 : Identification de l'enquêté

N° du questionnaire \_\_\_\_\_

QUESTIONS	INTITULE DES QUESTIONS	REPONSES	CODES
Q101	Région		
Q102	Préfecture		
Q103	Localité (Ville/Village)		
Q104	Structure (Centre/Domicile)		
Q105	Sexe		
Q106	Age		
Q107	Profession de base		
Q108	Ethnie		
Q109	Religion		
Q110	Situation de famille		

Q111	Niveau d'études		
Q112	Nombre d'année d'exercice		
Q112	Année de démarrage des activités de l'association		
Q112	Récipissé d'enregistrement de l'Association		

## Introduction

Bonjour,

Les questions que je vais vous poser se situent dans le cadre d'une étude sociologique pour savoir comment les méthodes de traitements ancestrales peuvent aider à résoudre les problèmes de santé en Afrique et plus particulièrement au Togo.

Toutes les réponses que vous me donnerez seront gardées confidentiellement et votre nom ne sera pas demandé, ni donc cité.

Si vous m'autorisez je voudrais enregistrer notre conversation pour une bonne exploitation de vos propos.

N.B. il n'y a pas de mauvaises réponses aux questions que je vais vous poser car toutes vos réponses seront bonnes. Donc n'ayez aucune crainte que vous serez jugés ou ridiculisés. Le plus vous parlerez le mieux ce sera pour cette étude.

Merci.

## Définition des termes et situation du problème

**Médecine traditionnelle** : ce que nous entendons par médecine traditionnelle est l'ensemble des procédés de traitements qui ne rentrent pas dans ce que nous connaissons tous comme « médecine des blancs » comme on dit chez nous ici. Tous ces procédés de guérisons existent partout dans le monde et chaque milieu a sa propre médecine traditionnelle.

L'utilisation de la médecine traditionnelle est reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé qui est une organisation de l'ONU, qui encourage les Etats à aider à sa promotion, surtout les Etats Africains où la majorité de la population utilisent les médicaments à base de plantes pour se soigner.

**Le guérisseur traditionnel** : est toute personne (homme ou femme) qui utilisent les méthodes traditionnelles pour soigner les malades.

Certaines utilisent les plantes, les minéraux ou des parties d'animaux pour préparer des médicaments qu'elles donnent aux malades.

D'autres utilisent la prière et les incantations, les cérémonies de toutes sortes pour soigner.

## **Section 2 : Mission de l'association**

Q201 – Avez-vous un plan d'action ?

Q202 – Si oui, obtenir copie ou les grandes lignes du plan.

Q203 – Sinon, comment fonctionne l'Association ?

- Effectif du sociétariat \_\_\_\_\_

- couverture géographique du sociétariat

- Préfecture ou commune \_\_\_\_\_

- Région(s) \_\_\_\_\_

- Nationale \_\_\_\_\_

- Périodicité des réunions et rapports d'activités

**Section 3 : Opinions du répondant sur l'état actuel de la collaboration avec la médecine occidentale dite « moderne »**

Q301 – Avez-vous connaissance d'une loi réglementant la médecine traditionnelle au Togo ?

Q302 – Si oui que pensez-vous de cette loi ?

Q303 – Quelles suggestions feriez-vous pour améliorer la collaboration avec les praticiens de la médecine occidentale dite « moderne » ?

Q304 – Selon vous quel type de collaboration devrait exister entre les tradipraticiens et les responsables du Ministère de la Santé ?

Q305 – Selon vous quel type de collaboration devrait exister entre les tradipraticiens et les praticiens de la médecine occidentale dite « moderne » ?

Q306 – Avez-vous des relations avec d'autres associations de même type ?

- formelles \_\_\_\_
- informelles \_\_\_\_

Q307 – De quelles ressources dispose l'association ?

Q308 – Quelles sont ses sources de financement ?

- 
- 
- 
- 

Q309 – avez-vous des relations de collaboration avec certains agents de la biomédecine ?

**Section 4 : Suggestions pour l'amélioration de la collaboration avec la médecine occidentale dite « moderne »**

Q401 – Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'exercice de la MTR au Togo et quelles approches de solutions propose votre association pour les résoudre ?

## ANNEXE 5 GUIDE D'ENTRETIEN – MEDECIN MODERNE

Section 1 : Identification de l'enquête

N° du GUIDE \_\_\_\_\_

QUESTIONS	INTITULE DES QUESTIONS	REponses	CODES
Q101	Région		
Q102	Préfecture		
Q103	Localité (Ville/Village)		
Q104	Structure (Centre/Domicile)		
Q105	Sexe		
Q106	Age		
Q107	Profession de base		
Q108	Ethnie		
Q109	Religion		
Q110	Situation de famille		
Q111	Niveau d'études		

Q112	Nombre d'année d'exercice		
Q113	Profession des parents	Père	
		Mère	

## Introduction

Bonjour,

Les questions que je vais vous poser se situent dans le cadre d'une étude sociologique pour savoir comment les méthodes de traitements ancestrales peuvent aider à résoudre les problèmes de santé en Afrique et plus particulièrement au Togo.

Toutes les réponses que vous me donnerez seront gardées confidentiellement et votre nom ne sera pas demandé, ni donc cité.

Si vous m'autorisez je voudrais enregistrer notre conversation pour une bonne exploitation de vos propos.

N.B. il n'y a pas de mauvaises réponses aux questions que je vais vous poser car toutes vos réponses seront bonnes. Donc n'ayez aucune crainte que vous serez jugés ou ridiculisés. Le plus vous parlerez le mieux ce sera pour cette étude.

Merci.

## Définition des termes et situation du problème

**Médecine traditionnelle** : ce que nous entendons par médecine traditionnelle est l'ensemble des procédés de traitements qui ne rentrent pas dans ce que nous connaissons tous comme « médecine des blancs » comme on dit chez nous ici. Tous ces procédés de guérisons existent partout dans le monde et chaque milieu a sa propre médecine traditionnelle.

L'utilisation de la médecine traditionnelle est reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé qui est une organisation de l'ONU, qui encourage les Etats à aider à sa promotion, surtout les Etats Africains où la majorité de la population utilisent les

médicaments à base de plantes pour se soigner.

**Le guérisseur traditionnel** : est toute personne (homme ou femme) qui utilisent les méthodes traditionnelles pour soigner les malades.

Certaines utilisent les plantes, les minéraux ou des parties d'animaux pour préparer des médicaments qu'elles donnent aux malades.

D'autres utilisent la prière et les incantations, les cérémonies de toutes sortes pour soigner.

## **Section 2 : Collaboration avec la médecine traditionnelle**

201 Quelles sont les relations que vous avez, dans l'exercice de votre profession, avec la médecine traditionnelle (MTR) ? Vous est-il déjà arrivé de suggérer à un patient de voir un tradithérapeute ?

Si oui, à l'occasion de quelle type de pathologie ?

-

-

-

Si oui, Avez-vous une collaboration particulière avec un tradithérapeute ?

202 Comment caractériseriez-vous la médecine traditionnelle ?

203 On entend souvent dire que certaines maladies ne sont pas pour l'hôpital. Que pensez-vous de ce genre classification ?

204 Pensez-vous qu'une intégration de la MTR au système de soins soit possible ?

Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Si oui, sous quelle forme ?

-  
-  
-  
-

Si non pourquoi ?

**205 Selon vous quelles conditions faudrait-il remplir pour cela ?**

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## ANNEXE 6 QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL - TRADIPRATICIEN

Section 1 : Identification de l'enquête

N° du questionnaire \_\_\_\_\_

QUESTIONS	INTITULE DES QUESTIONS	REponses	CODES
Q101	Région		
Q102	Préfecture		
Q103	Localité (Ville/Village)		
Q104	Structure (Centre/Domicile)		
Q105	Sexe		
Q106	Age		
Q107	Profession de base		
Q108	Ethnie		
Q109	Religion		
Q110	Statut matrimonial		
Q111	Niveau d'études		
Q112	Nombre d'année d'exercice		
Q113	Profession des parents	Père	
		Mère	

## Introduction

Bonjour,

Les questions que je vais vous poser se situent dans le cadre d'une étude sociologique pour savoir comment les méthodes de traitements ancestrales peuvent aider à résoudre les problèmes de santé en Afrique et plus particulièrement au Togo.

Toutes les réponses que vous me donnerez seront gardées confidentiellement et votre nom ne sera pas demandé, ni donc cité.

Si vous m'autorisez je voudrais enregistrer notre conversation pour une bonne exploitation de vos propos.

N.B. il n'y a pas de mauvaises réponses aux questions que je vais vous poser car toutes vos réponses seront bonnes. Donc n'ayez aucune crainte que vous serez jugés ou ridiculisés. Le plus vous parlerez le mieux ce sera pour cette étude.

Merci.

### Définition des termes et situation du problème

**Médecine traditionnelle** : ce que nous entendons par médecine traditionnelle est l'ensemble des procédés de traitements qui ne rentrent pas dans ce que nous connaissons tous comme « médecine des blancs » comme on dit chez nous ici. Tous ces procédés de guérisons existent partout dans le monde et chaque milieu a sa propre médecine traditionnelle.

L'utilisation de la médecine traditionnelle est reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé qui est une organisation de l'ONU, qui encourage les Etats à aider à sa promotion, surtout les Etats Africains où la majorité de la population utilisent les médicaments à base de plantes pour se soigner.

**Le guérisseur traditionnel** : est toute personne (homme ou femme) qui utilisent les méthodes traditionnelles pour soigner les malades.

Certaines utilisent les plantes, les minéraux ou des parties d'animaux pour préparer des médicaments qu'elles donnent aux malades.

D'autres utilisent la prière et les incantations, les cérémonies de toutes sortes pour soigner.

**Section 2 : Itinéraire et pratique dans la profession de tradipraticien**

QUESTIONS	INTITULE DES QUESTIONS	REponses	CODES	PASSER A
Q201	Depuis quand exercez vous la profession ?			
Q202	Comment y êtes-vous parvenu (e) ?			
Q203	Que faites vous pour que vos connaissances dans ce domaine se perpétuent après vous ?			
Q204	Quels types de maladies traitez-vous ?			
Q206	Faites vous un suivi de vos patients (si oui comment) ?	Oui ____ Non ____		

Q207	Si oui, pouvez-vous nous dire à peu près le taux de guérison pour 10 patients par exemple ?  Comment sAvez-vous cela ?	Moins de 50 % _____ De 50 à 75 % _____ De 75 à 90 % _____			
Q208	Si non, pourquoi ?				
Q209	Exercez vous d'autres activités professionnelles ?	100 % _____ 75 % _____ 50 % _____ ≤ 25 % _____			
Q210	Quelle est la part de revenu que vous procure la médecine traditionnelle ?	Oui _____ Non _____			
Q211	Adoptez-vous certaines attitudes ou postures (prières ou méditation) avant de vous mettre en action ?				
Q212	Si oui pourquoi ?				
QUESTIONS	INTITULE DES QUESTIONS	REPONSES	CODES	PASSER A	

**Section 3 : Collaboration avec la médecine occidentale dite « moderne »**

QUESTIONS	INTITULE DES QUESTIONS	REPOSES	CODES	PASSER A
Q301	Comment procédez-vous au <b>diagnostic</b> des cas que vous recevez ?			
Q302	<b>Comment faites vous pour savoir qu'un patient souffre de SIDA ?</b>			
Q303	Vous arrive-t-il de demander des analyses de laboratoire avant le traitement ?			
Q304	Vous arrive-t-il de recevoir des patients qui ont enregistré des échecs du côté de la médecine occidentale dite « moderne » ?			
Q305	Si oui pour quelles maladies ?			
Q306	Vous arrive-t-il de référer certains cas à la médecine occidentale dite « moderne » ?			
Q307	Vous arrive-t-il de référer certains cas à d'autres tradithérapeutes ?			
Q308	Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'exercice de la profession ?			
Q309	Que faites vous pour les			

	résoudre ?	
Q310	Avez-vous des classifications par catégories de votre personnel	Oui ___ Non ___
Q311	Si oui quelles sont-elles (Ex Docteur, Assistant, Infirmier etc.)	
Q312	Si non que pensez-vous des titres comme Docteurs, adoptés par certains tradithérapeutes ?	

#### Section 4: Relations avec la clientèle et Marketing

QUESTIONS	INTITULE DES QUESTIONS	REPONSES	CODES	PASSER A
Q401	D'où viennent la plupart de vos clients ?			
Q402	Comment faites vous pour vous faire connaître ?			
Q403	Vous arrive-t-il de recevoir des manifestations de reconnaissance de la part de vos clients ?			
Q404	Si oui sous quelle forme ?			

**Section 5 : Opinions du répondant sur l'état actuel de la collaboration avec la médecine occidentale dite « moderne »**

QUESTIONS	INTITULE DES QUESTIONS	REPONSES	CODES	PASSER A
Q501	Vous arrive-t-il de recevoir des appuis quelconques de la part des responsables du Ministère de la Santé ou du PNLS ?			
Q502	Avez-vous déjà participé à un séminaire ou atelier dans le cadre de la médecine traditionnelle ?			Si non passer à Q508
Q503	Si oui sur quoi a-t-il porté ?			
Q504	Comment Avez-vous été choisi ?			
Q505	Avez-vous payé des frais de participation ?			Si passer à Q507
Q506	Si non auriez vous participé si vous devez payer des frais d'inscription ?			

Q507	Si une rencontre de ce genre vous était encore proposée seriez vous disposé à y participer ?		
Q508	Si non souhaiteriez vous ce genre de rencontre ?		
Q509	Seriez vous disposer à payer pour participer ?		

**Section 6 : Suggestions pour l'amélioration de la collaboration avec la médecine occidentale dite « moderne »**

Avez-vous connaissance d'un loi réglementant la médecine traditionnelle au Togo ?

601 Appartenez-vous à une association de tradithérapeutes ?

Si oui quel bénéfice en tirez-vous ?

Si non pourquoi ?

602 Quelles suggestions feriez-vous pour améliorer la collaboration avec les praticiens de la médecine occidentale dite « moderne » ?

603 Selon vous quel type de collaboration –t-il devrait exister entre les tradipraticiens

et les responsables du Ministère de la Santé ?

604 Selon vous quel type de collaboration devrait exister entre les tradipraticiens et les praticiens de la médecine traditionnelle ?

605 Avez-vous une autorisation de pratiquer la médecine traditionnelle ?

(Si oui pourrais-je la voir) ?

**Section 7 : Représentation des IST et du SIDA dans la communauté des consultants**

701 Comment les gens perçoivent-t-il le SIDA et les IST dans la communauté de vos patients ? Quels noms donnent-ils à ces maladies ?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

702 Comment pensent-ils que l'on attrape ces maladies ?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

703 Que pensez-vous de la manière dont les activités concernant le SIDA sont conduites ? Si vous aviez le pouvoir que feriez-vous différemment ?

Actions à encourager (2) :

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Actions à supprimer (2)

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## 8 QUESTIONS GENRALES ET FINALES

801 Parlez nous de comment vous préparez les médicaments, depuis la récolte des

matières premières jusqu'au produit fini.

802 Comment vous approvisionnez-vous en matière première ?

803 Comment facturez-vous vos services (combien le consultant « doit déposer par terre » avant le début de la consultation) ?

804 Quels sont les prix mini et maxi pour un malade qui porte

1. une IST courante \_\_\_\_\_
2. le VIH \_\_\_\_\_
3. un problème d'infertilité : (Homme) \_\_\_\_\_  
(Femme) \_\_\_\_\_
4. éviter de tomber enceinte \_\_\_\_\_

805 Quelles catégories de personnes vous consultent pour ces maladies pour 10 consultants ? (selon le sexe) ?

IST (%)	VIH/SIDA (%)	INFECONDITE (%)
Hommes	Hommes	Hommes
Femmes	Femmes	Femmes
Total	Total	Total

806 Quelles catégories de personnes vous consultent pour ces maladies (selon la profession) pour 10 consultants ?

IST (%)	VIH/SIDA (%)	INFECONDITE (%)
Fonctionnaires		
Hauts cadres		
Commerçants		
Artisans		
Apprentis		
Autres		

807 Quelles catégories de personnes vous consultent pour ces maladies (selon l'âge) pour 10 consultants ?

IST (%)		VIH/SIDA (%)		INFECONDITE (%)	
- de 18 ans					
18 à 24 ans					
+ de 24 ans					

808 Quelles catégories de femmes (selon l'âge et la situation de famille) vous consultez pour les cas de désir d'éviter des grossesses ?

CONTRACEPTION (%)			
- de 18 ans		mariés	
18 à 24 ans		célibataires	
+ de 24 ans		Veuves et divorcées	

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## ANNEXE 7 QUESTIONNAIRE – Population générale

Date \_\_\_\_\_

Section 1 - Identification de l'enquêté

N° du GUIDE \_\_\_\_\_

QUESTIONS	INTITULE DES QUESTIONS	REponses	CODES
Q101	Sexe		
Q102	Age		
Q103	Religion		
Q104	Profession		
Q105	Ethnie		
Q106	Niveau d'études		
Q107	Situation de famille		
Q108	Région		
Q109	Préfecture de résidence		
Q110	Localité (Ville/Village)		
Q111	Profession des parents	Père	
		Mère	

## **Section 2 - Représentation du SIDA**

*Q201 - Comment appelle-t-on le SIDA dans votre localité ?*

*Q202 - Par cette appellation quelle interprétation fait-on de la maladie ?*

*Q203 - Selon vous comment attrape-t-on le SIDA ?*

*Q204 - Certaines personnes pensent que des personnes maléfiques peuvent faire attraper le SIDA en jetant un sort à qui elles veulent ? Est-ce possible ?*

*Q205 - Que faire pour se protéger contre le SIDA (autre chose dont vous ne pouvez pas parler en public) ? Y compris contre des cas de sorcelleries ?*

## **Section 3 – Représentation de la maladie et itinéraire thérapeutique**

*Q301 - Selon vous, que représente la maladie ? La maladie est-t-elle normale ? Doit-on obligatoirement tomber malade dans la vie ? Pourquoi ?*

**Q302 - Quelle est la première démarche que vous faites en cas de maladie (avant d'aller à l'hôpital ou chez le guérisseur) ?**

**Exemple d'une maladie que vous avez eue dernièrement** \_\_\_\_\_

- automédication par les plantes \_\_\_\_
- automédication médicaments pharmaceutiques (pharmacie) \_\_\_\_
- automédication médicaments (marché ou vendeur ambulant) \_\_\_\_
- automédication médicaments pharmaceutiques (chinois) \_\_\_\_
- tradithérapeute (phytothérapie) \_\_\_\_
- tradithérapeute (psychothérapie) \_\_\_\_
- formation sanitaire publique \_\_\_\_
- tradithérapeute (psychothérapie) \_\_\_\_
- tradithérapeute (médecine chinoise) \_\_\_\_
- formation sanitaire privée \_\_\_\_
- groupe de prière \_\_\_\_
- à l'étranger \_\_\_\_

**Q303 - Vous arrive-t-il d'utiliser à la fois les médicaments modernes et traditionnels, ou un type après l'autre ?**

Oui en combinaison \_\_\_\_

Oui mais séparément \_\_\_\_

Non \_\_\_\_

Pas de réponse \_\_\_\_

**Q304 - Comment procède-t-on pour reconnaître l'origine de la maladie dans votre milieu (exemple d'une maladie qu'on essaie de soigner sans succès) ?**

**Q305 - Y a-t-il des cas de maladies qu'on ne peut pas traiter à l'hôpital ? Si oui quelques exemples.**

**Q306 - Qu'est-ce que la guérison selon vous ? Autrement dit quand vous considérez-vous guéri d'une maladie ?**

#### **Section 4 - Statut du guérisseur traditionnel**

**Q401 – Selon vous quelles conditions doit remplir un tradithérapeute pour être autorisé à exercer son métier ?**

(N.B. plusieurs réponses sont possibles. Choisissez donc toutes celles qui sont proches de vos attentes).

Une personne investie d'un pouvoir divin de guérison reconnue dans son village ou quartier par des témoignages d'usagers

Une personne investie d'un pouvoir divin de guérison reconnue dans son village ou quartier par une autorité traditionnelle

Une personne qui reçoit de façon héréditaire les pouvoirs de guérison et soutenue par les usagers

Une personne qui a appris son métier chez un tradithérapeute pendant plusieurs années et reconnue par son maître

Une personne qui a reçu une formation de médecine traditionnelle dans un institut de formation spécialisé et nantie de diplôme

Une personne qui circule dans les rues et vante ses médicaments traditionnels par mégaphone \_\_\_\_

**Q402 - Etes-vous pour ou contre l'usage des médias pour faire connaître les thérapies traditionnelles au public ?**

Pour \_\_\_\_ Contre \_\_\_\_ Indifférent \_\_\_\_

Justifiez votre réponse

**Q403 - Avez-vous déjà utilisé un médicament traditionnel pour vous soigner ?**

Oui \_\_\_\_ non \_\_\_\_ sinon passer à Q408

**Q404 - Si oui est-ce la première fois ou s'agit-il d'une habitude et êtes vous satisfait ?**

1<sup>er</sup> traitement satisfaisant \_\_\_\_

1<sup>er</sup> traitement non satisfaisant \_\_\_\_

Recours fréquent \_\_\_\_

Je recommanderais ce traitement à une autre personne : oui \_\_\_\_ non \_\_\_\_

**Q405 - Comment êtes-vous parvenu à ce choix ?**

Moi-même \_\_\_\_ Par une connaissance \_\_\_\_ un parent \_\_\_\_ hôpital \_\_\_\_

**Q406 - A peu près combien vous a coûté le traitement ?** \ \_\_\_\_\_

**Q407 - Si c'était à l'hôpital combien paieriez-vous ?** \ \_\_\_\_\_

Plus cher \_\_\_\_\_

Moins cher \_\_\_\_\_

**Q408 - Disposez-vous d'une assurance médicale ?**

Oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_ sinon passer à Q 409

**Q409 - Si oui, Rembourse-t-elle les frais de traitement de MTR ?**

**Q410 - Pensez-vous qu'un tradithérapeute peut guérir un malade du SIDA ?**

Oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_ ne sait pas \_\_\_\_\_ ça dépend \_\_\_\_\_

### **Section 5 – Efficacité comparée des médecines traditionnelle et moderne**

Parmi les maladies suivantes lesquelles pensez-vous que les tradithérapeutes du milieu traitent (guérissent) et celles qui, de préférence, devraient être envoyées à l'hôpital ?

Maladies	Traitement plus efficace		
	TT	MM	Ne sait pas
Les maux de têtes			
Les IST			
Les problèmes d'infécondité			
Les fibromes			
Les problèmes d'espacement des naissances			
Les diarrhées			
Les asthénies (faiblesses générales)			
Les amaigrissements			
Les maladies de la peau (zona)			
Les fractures			
Les plaies (inguérissables)			
Les insomnies			
Les pertes d'appétit (pour bien manger)			
Renforcement du sang			
Les maladies mentales			
Impuissance sexuelle			
Les toux (tuberculose)			
Le Paludisme			

**Section 6 : Suggestions pour l'amélioration de la collaboration avec la médecine occidentale dite « moderne »**

**Q601 - Pensez-vous qu'une collaboration peut exister entre tradithérapeutes et hôpital ? C'est à dire si un cas dépasse l'un, il peut le référer à l'autre et vice versa ?**

4. pour la référence réciproque (collaboration) \_\_\_\_
5. on peut recevoir médicaments et traitements traditionnels à l'hôpital (intégration) \_\_\_\_
6. non, pour chacun de son côté \_\_\_\_

Raisons évoquées pour soutenir son opinion

-  
-  
-

**Q602 - Avez-vous déjà vécu une telle expérience ou connaissez-vous quelqu'un qui l'a vécu ?**

Oui, une fois \_\_\_\_

Oui, plusieurs fois \_\_\_\_

Non \_\_\_\_

Si oui dites nous comment ça s'est passé !

**SECTION 7 - HISTOIRE DE VIE**

**Q701 — Racontez-nous votre expérience en utilisation de la MTR que ce soit en automédication ou avec un tradithérapeute.**

- Lieu du traitement
- Périodicité du traitement
- Dépenses mensuelles pour le traitement
- Sources de financement (qui a payé les frais) du traitement
- Appréciation du traitement

**Q702 – Combien de repas prenez-vous par jour**

- 1 repas \_\_\_ et un goûter
- 2 repas \_\_\_ et un goûter
- 3 repas \_\_\_ et un goûter

**Q 703 – (Pour les non dépendants) dans quelle fourchette peut-on situer vos revenus moyens mensuels ?**

- a) moins de 30.000 F \_\_\_    b) 30 à 50.000 F \_\_\_    c) > 50.000 F \_\_\_

**Q 704 – Connaissez-vous une plante médicinale que vous utiliseriez en cas de maladie. Si oui comment l'appelle-t-on dans votre langue et quelle maladie permet-elle de soigner ?**



## ANNEXE 8 - Quelques images de terrain



Photo 1- Banderole du forum de renforcement des capacités des du 04 au 07 septembre 2007 à Vogan  
Source : Photo prise par l'auteur



Photo 2- Vue partielle des participants au forum de Vogan, septembre 2007

Source : Photo prise par l'auteur



Photo 3- Vue partielle des participants au forum de Vogan, septembre 2007. Au premier plan de la 2<sup>ème</sup> rangée à partir de la droite se trouve l'auteur.

Source : Photo prise par l'auteur



Photo 4- Vue partielle du jardin botanique de Vogan, septembre 2007

Source : Photo prise par l'auteur

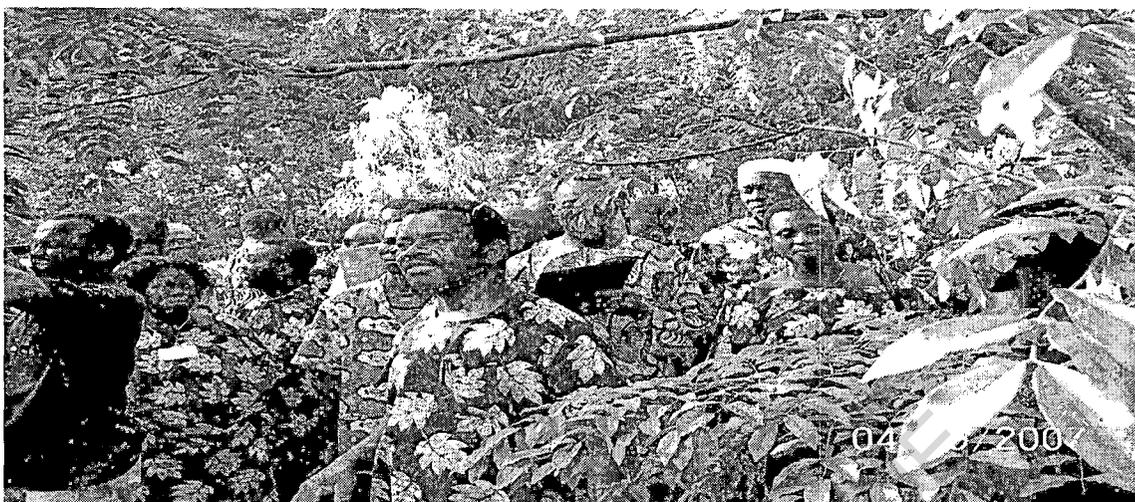


Photo 5 - Vue partielle des participants au forum de Vogan, au cours de la visite du jardin botanique, septembre 2007

Source : Photo prise par l'auteur



Photo 6- Vue partielle des participants au forum de Vogan, au cours de la visite du jardin botanique, écoutant les explications du responsable du conservatoire botanique, septembre 2007

Source : Photo prise par l'auteur

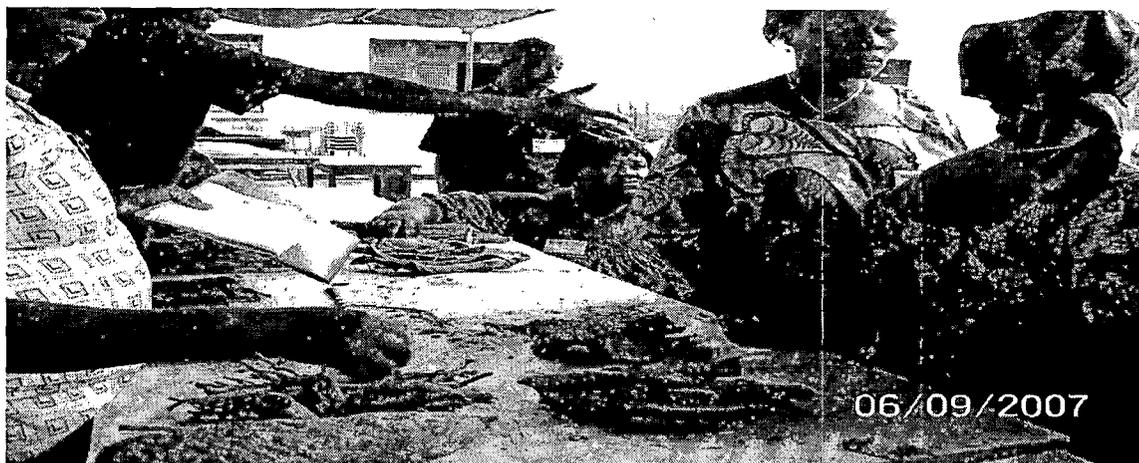


Photo 7- Vue partielle des participants au forum de Vogan, au cours de l'exposition de quelques plantes et recettes de médicaments traditionnelle, septembre 2007

Source : Photo prise par l'auteur



Photo 8 - Une plante médicinale exposée au forum de Vogan, septembre 2007

Source : Photo prise par l'auteur



Photo 9 - Une plante médicinale exposée au forum de Vogan, septembre 2007

Source : Photo prise par l'auteur

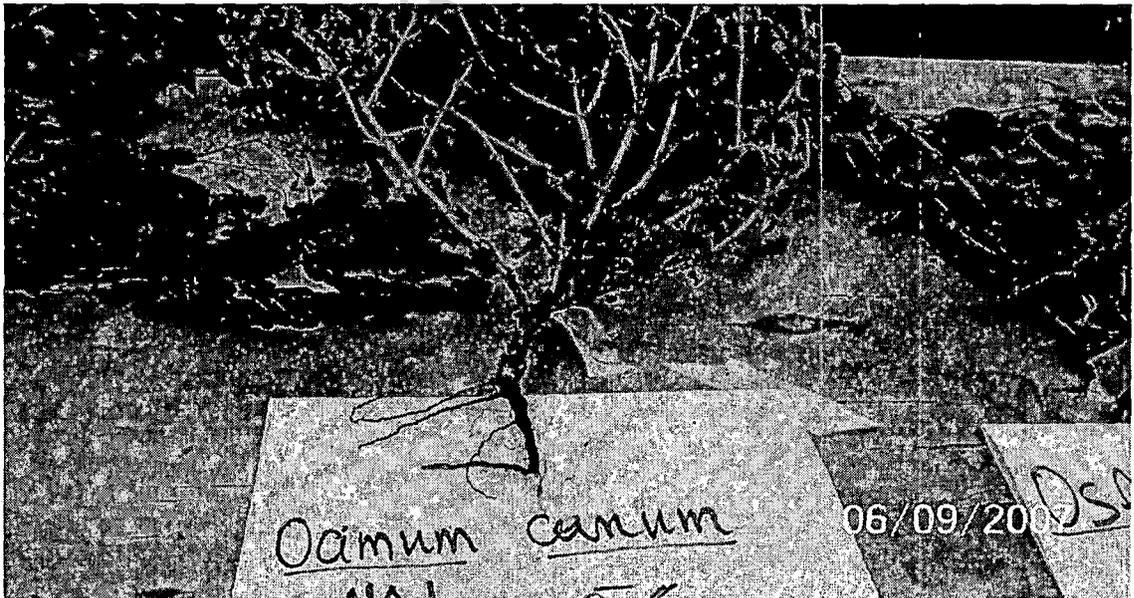


Photo 10 - Une plante médicinale exposée au forum de Vogan, septembre 2007

Source : Photo prise par l'auteur



Photo 11 - Médicaments à base de plantes exposés au forum de Vogan, septembre 2007

Source : Photo prise par l'auteur



Photo 12 - Médicaments à base de plantes exposés au forum de Vogan, septembre 2007

Source : Photo prise par l'auteur

## Table des matières

SOMMAIRE .....	1
ABREVIATIONS ET SIGLES.....	5
LISTE DES TABLEAUX.....	6
LISTE DES FIGURES.....	8
LISTE DES CARTES .....	9
INTRODUCTION.....	10
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE .....	14
CHAPITRE 1 - CADRE THEORIQUE.....	15
1.1 PROBLEMATIQUE.....	15
1.2 REVUE DE LITTERATURE .....	23
1.2.1 Le SIDA face à la stigmatisation raciale et des groupes minoritaires .....	24
1.2.2 Diagnostic et étiologie en médecine traditionnelle .....	34
1.2.3 Représentation de la santé et de la maladie .....	39
1.2.4 Représentations du SIDA.....	42
1.2.5 Systèmes de soins et inégalité d'accès .....	44
1.2.6 Impact socio-économique de la MTR ou alternative sur la santé en Afrique.....	47
1.2.7 Analyse critique de la littérature par rapport au thème d'étude .....	49
1.3 OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	51
1.3.1 Objectif général.....	51
1.3.2 Objectifs spécifiques .....	51
1.4 THESE, HYPOTHESES ET APPROCHES CONCEPTUELLES .....	52
1.4.1 Thèse .....	52
1.4.2 Hypothèses .....	52
1.5 VARIABLES DE L'ETUDE.....	53
1.5.1 variables dépendantes.....	53
1.5.2 variables indépendantes. ....	54
1.6 CADRE CONCEPTUEL DE REFERENCE.....	56
1.7 DEFINITION DES CONCEPTS.....	60
1.7.1 Médecine traditionnelle et médecine moderne.....	61
1.7.2 Maladie et guérison en contexte africain.....	63
1.7.3 SIDA et personnes vivant avec le VIH .....	67
<b>CHAPITRE 2 - CADRE METHODOLOGIQUE .....</b>	<b>71</b>
2.1 CHAMPS DE LA RECHERCHE .....	71
2.1.1 Champ social .....	71
2.1.2 Champ géographique .....	72
2.2 CONSTRUCTION DE L'ECHANTILLON .....	72
2.3 ELABORATION DES INSTRUMENTS D'OBSERVATION ET DE COLLECTE.....	74
2.3.1 L'observation.....	75
2.3.2 Les entretiens semi structurés.....	76
2.3.3 Le questionnaire.....	80
2.4 MODELE D'ANALYSE.....	80
2.4.1 La méthode dialectique .....	81
2.4.2 Cadre d'analyse.....	86
2.5 PRE-TEST .....	87
2.6 LA COLLECTE DES DONNEES .....	88
2.6.1 La revue documentaire.....	88
2.6.2 L'enquête de terrain .....	89
2.7 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES .....	90
2.8 DIFFICULTES RENCONTREES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	90
2.8.1 Difficultés rencontrées.....	90
2.8.2 Limites de l'étude .....	91

<b>DEUXIEME PARTIE : POLITIQUE SANITAIRE ET MEDECINE RADITIONNELLE AU TOGO .....</b>	<b>95</b>
<b>CHAPITRE 3 : L'ORGANISATION ET L'ADMINISTRATION DES SERVICES DE SANTE AU TOGO .....</b>	<b>97</b>
3.1 LES POLITIQUES ET PROGRAMMES DE SANTÉ .....	97
3.1.1 La politique nationale de santé.....	97
3.1.2 Le plan national de développement sanitaire .....	98
3.1.2 Cadre stratégique national de lutte contre le SIDA .....	99
3.2 LE SYSTÈME DE SANTÉ AU TOGO.....	101
3.2.1 infrastructures sanitaires : une amélioration théorique de l'accès .....	103
3.2.2 Accès et utilisation des services de santé .....	105
3.2.3 Ressources humaines du système sanitaire conventionnel .....	105
3.2.4 Recherche et la formation.....	106
3.2.5 Problèmes spécifiques du secteur de la santé.....	107
3.2.6 Principales causes de consultations dans les formations sanitaires.....	108
3.2.7 Place de la médecine traditionnelle dans la politique de santé.....	109
<b>CHAPITRE 4 - CONTEXTE GEOGRAPHIQUE, POLITIQUE, ECONOMIQUE ET SOCIOLOGIQUE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE AU TOGO .....</b>	<b>111</b>
4.1 SITUATION SOCIODEMOGRAPHIQUE ET ENVIRONNEMENTALE DU TOGO .	111
4.1.1- Aspect démographique .....	111
4.1.2 Aspect physique et climatique .....	117
4.1.3- Aspect culturel .....	121
4.1.4 Aspect économique .....	121
4.2 POLITIQUE NATIONALE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE AU TOGO.....	126
4.2.1 Fondements de la politique nationale de la médecine traditionnelle au Togo	127
4.2.3 Renforcement des capacités de recherche et amélioration de la qualité .....	130
4.2.4 Renforcement des capacités des ressources humaines .....	130
4.2.5 Développement de la production locale.....	131
4.2.6 Sensibilisation des différents acteurs au développement du secteur.....	132
4.2.7 Cadre de mise en œuvre .....	132
4.2.8 Coopération .....	133
4.2.9 La loi de 2001 sur la médecine traditionnelle au Togo .....	134
4.2.10 Les acteurs de la médecine traditionnelle .....	135
4.3 LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE ET SON ÉVOLUTION AU TOGO .....	145
4.3.1 La pratique de la médecine traditionnelle.....	145
4.3.2 L'évolution de la médecine traditionnelle au Togo .....	146
<b>CHAPITRE 5 : REPRESENTATION SOCIALE DE LA MALADIE, DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE ET DU TRADITHERAPEUTE .....</b>	<b>150</b>
5.1 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE. ....	151
5.1.1 Caractéristiques de la population objet de l'étude quantitative .....	151
5.1.2 Caractéristiques des médecins modernes interrogés.....	161
5.1.3 Caractéristiques des tradithérapeutes interrogés.....	162
5.1.4 Caractéristiques des malades du SIDA interrogés .....	163
5.2 REPRESENTATION ET COMPREHENSION DE LA MALADIE ET DU SIDA AU SEIN DE LA POPULATION TOGOLAISE .....	164
5.2 .1 Une lecture ethnoculturelle de la maladie et du SIDA.....	165
5.2.2 Interprétation mystique de la maladie et mesures de protection Contre le SIDA	168
5.3 L'EFFICACITE « PERÇUE » DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE.....	175
5.3.1 Les formes de diagnostics sollicitées par la population .....	175
5.3.2 Déterminants de l'efficacité thérapeutique « perçue » .....	179
5.3.3 Collaboration « perçue » entre médecines moderne et traditionnelle.....	186
5.4 REPRESENTATIONS DU STATUT DU TRADITHERAPEUTE.....	192

5.4.1	Un statut valorisé par « révélation » .....	192
5.4.2	Appartenance à une lignée de guérisseurs comme source de valorisation statuaire 193	
5.4.3	Un statut valorisé par la socialisation professionnelle .....	194
<b>CHAPITRE 6 : MEDECINE TRADITIONNELLE ET TRAITEMENT DES MALADES DU SIDA.....</b>		<b>196</b>
6.1.	REPRESENTATIONS DU SIDA CHEZ LES TRADITHERAPEUTES .....	196
6.2.	LES PROCEDES THERAPEUTIQUES DU GUERISSEUR TRADITIONNEL .....	198
6.2.1.	Le diagnostic en médecine traditionnelle au Togo.....	199
6.2.2.	Le diagnostic en médecine traditionnelle classique .....	200
6.2.3.	Récolte et conservation des plantes médicinales .....	204
6.2.4	Les procédés traditionnels « évolués ».....	208
6.2.5	Les différentes formes galéniques des médicaments traditionnels rencontrés au Togo .....	209
6.3	ITINERAIRES THERAPEUTIQUES ET IMPACTS DE LA MTR SUR LES MALADES DU SIDA .....	213
6.3.1	Déterminants du recours à la MTR comme premier choix .....	213
6.3.2	Perception mystique de l'étiologie du SIDA .....	219
6.3.3	Impact sanitaire, psychologique, social et économique de la MTR .....	222
<b>CHAPITRE 7 : ANALYSE DES OBSTACLES À LA PROMOTION DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE AU TOGO ET CONSTRUCTION D'UN MODELE DE COLLABORATION .....</b>		<b>229</b>
7.1.	LES PROBLÈMES INSTITUTIONNELS .....	229
7.1.1.	Adéquation (ou inadéquation) de l'ancrage institutionnel.....	229
7.1.2.	Les ressources destinées à la promotion de la médecine traditionnelle.....	230
7.1.3.	Inexistence d'un cadre d'application.....	232
7.1.4.	Problèmes communs aux deux traditions de soins : états des lieux de principes d'éthique claires dans la mise en œuvre de la politique de santé au Togo.....	234
7.2	RÉGULATION ET PROMOTION DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE AU TOGO .....	235
7.3	CONFLITS ENTRE MÉDECINES MODERNE ET TRADITIONNELLE .....	236
7.3.1	Etat des relations entre médecins modernes et traditionnels.....	236
7.3.2	Conflits au sein de la famille des tradithérapeutes au Togo .....	243
7.3.3	Difficultés d'approvisionnement en plantes médicinales.....	245
7.4	CONSTRUCTION D'UN MODELE D'INTEGRATION DE LA MTR AU SYSTEME DE SANTE .....	245
7.4.1	Etat de la réflexion au sein de la population.....	246
7.4.2	Proposition d'un modèle de promotion et d'intégration de la MTR .....	252
<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>		<b>258</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>		<b>271</b>
<b>ANNEXES .....</b>		<b>283</b>
<b>ANNEXE 1 - GUIDE D'ENTRETIEN – AUTORITE SANITAIRE.....</b>		<b>284</b>
<b>ANNEXE 2 GUIDE D'ENTRETIEN – GOUPE DE PAROLE .....</b>		<b>292</b>
<b>ANNEXE 3 GUIDE D'ENTRETIEN – PATIENT.....</b>		<b>299</b>
<b>ANNEXE 4 QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL - RESPONSABLE D'ASSOCIATION DE TRADIPRATICIENS .....</b>		<b>309</b>
<b>ANNEXE 5 GUIDE D'ENTRETIEN – MEDECIN MODERNE .....</b>		<b>314</b>
<b>ANNEXE 6 QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL - TRADIPRATICIEN .....</b>		<b>318</b>
<b>ANNEXE 7 QUESTIONNAIRE – Population générale .....</b>		<b>331</b>
<b>ANNEXE 8 - Quelques images de terrain.....</b>		<b>340</b>