



Culture et santé infantile chez les Agotimés du Togo : Place de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique

Thèse

Kodzo Awoenam Adedzi

Doctorat en anthropologie
Philosophiæ doctor (Ph. D.)

Québec, Canada

Culture et santé infantile chez les Agotimés du Togo
Place de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique

Thèse

Kodzo Awoenam Adedzi

Sous la direction de :

Abdelwahed Mekki-Berrada, directeur de recherche

RÉSUMÉ

Une intégration de la médecine traditionnelle dans un système de santé publique africain peut contribuer à l'amélioration de la santé des enfants de diverses manières. Jusqu'à ce jour, plusieurs études réalisées dans le domaine de la santé se sont déjà intéressées à la médecine traditionnelle africaine. Mais rares sont celles qui ont examiné sa place dans les systèmes de santé publique en Afrique et peu d'entre elles ont étudié scientifiquement les relations éventuelles entre son intégration et la santé des enfants. Cette thèse explore l'univers de la santé des enfants qui vivent dans un milieu rural au Togo afin d'examiner la problématique de l'intégration de la médecine traditionnelle togolaise dans le système de santé publique du pays. Pour ainsi dire, il est question d'examiner la place de la médecine traditionnelle de soins destinés aux enfants dans le système de santé publique au Togo, sans oublier les attentes et les préférences de la population cible. J'ai utilisé les données ethnographiques issues d'un travail de terrain que j'ai réalisé chez les Agotimés au Togo. Trois villages de ces populations rurales ont constitué mon milieu d'investigation dans lequel j'ai réalisé des entrevues individuelles semi-structurées avec les mères biologiques, les tuteurs, le personnel de santé publique et les praticiens traditionnels d'une part et des entrevues de groupes avec les mères biologiques et tuteurs d'autre part. Ces entrevues ont été complétées par l'observation participante. D'après les résultats, la médecine traditionnelle et la biomédecine sont, en partie, complémentaires en ce qui concerne les pratiques de soins de santé destinées aux enfants au Togo. Mais il y a d'une part des attentes et des préférences spécifiques, dont les réponses sont déterminées par la collaboration entre les praticiens traditionnels et le personnel de santé publique. D'autre part, il y a des divergences dans l'appréciation de la place de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique, même s'il faut reconnaître que les pratiques traditionnelles de soins telles que l'entretien, l'hygiène, l'alimentation et les rituels thérapeutiques influencent directement ou indirectement la santé des enfants. Pour améliorer la santé des enfants, il faut incontestablement une complémentarité dans l'action entre les praticiens de la médecine traditionnelle et le personnel de santé publique. Donner la place à la médecine traditionnelle dans le système de santé publique peut contribuer davantage au bien-être des enfants de bas âge. Ainsi, les

attentes et les préférences spécifiques des populations pourront être satisfaites grâce à l'élaboration d'une plate-forme de soins consensuels destinés aux nourrissons et aux enfants.

ABSTRACT

Integrating traditional medicine into an African public health system can contribute to improving children's health in a variety of ways. To date, several studies in the field of health have already looked at traditional African medicine. But few have examined its place in public health systems in Africa and few have studied scientifically the possible relationship between its integration and children's health. This thesis explores the universe of the health of children living in a rural environment in Togo to examine the problem of integrating Togolese traditional medicine into the country's public health system. Really, I'm talking about examining the place of traditional childcare medicine in Togo's public health system, without forgetting the expectations and preferences of the target population. I used ethnographic data from a fieldwork I conducted among Agotime in Togo. Three villages in these rural populations formed my investigative environment in which I conducted semi-structured individual interviews with biological mothers, tutors, public health staff and traditional practitioners on the one hand and focus groups with biological mothers and tutors on the other hand. The participant observation supplemented these interviews. According to the results, traditional medicine and biomedicine are, in part, complementary to health care practices for children in Togo. On the one hand, however there are specific expectations and preferences, the answers to which are determined by collaboration between traditional practitioners and public health staff. On the other hand, there are differences in the appreciation of the place of traditional medicine in the public health system, although it must be recognized that traditional care practices such as maintenance, hygiene, nutrition, and therapeutic rituals directly or indirectly influence children's health. To improve children's health, there is a clear need for complementarity in action between traditional medicine practitioners and public health staff. Giving traditional medicine a place in the public health system can make a greater contribution to the well-being of children. In this way, the specific expectations and preferences of populations can be met through the development of a consensual care platform for infants and children.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	iii
Abstract	v
Liste des figures	xi
Liste des illustrations	xi
Liste des tableaux	xii
Liste des sigles et abréviations	xiii
Dédicaces	xv
Remerciements	xvi
Introduction générale	1
Première partie :	8
Contextualisation, problématique, cadre théorique et conceptuel	8
Chapitre 1 :	10
Contextualisation	10
Introduction du chapitre	10
1.1 Milieu d'étude	10
1.1.1 Vue d'ensemble de la communauté agotimée	11
1.1.2 Aperçu démographique, environnement naturel et épidémiologie	15
1.1.3 État de santé de la population au Togo	18
1.1.4 Conception de la personne, de l'être, de la vie et de la mort	22
1.2 Intégration de la médecine traditionnelle dans le système ouest-africain	24
1.2.1 Politique nationale de santé	25
1.2.2 Cadre réglementaire de la pratique de la médecine traditionnelle	28
1.2.3 Niveau d'intégration de la médecine traditionnelle au Togo comparé aux pays de l'Afrique de l'Ouest	32
Conclusion du chapitre	34
Chapitre 2 :	36
Problématique, ancrage théorique et balises conceptuelles	36
Introduction du chapitre	36
2.1 Problématique	36
2.1.1 Enfance, petite enfance et santé	37
2.1.2 Mise à l'écart du système traditionnel de soins de santé et son habilitation	44
2.2 Perspectives théoriques en anthropologie médicale	47
2.3 Discussion à propos de trois approches théoriques	49
2.3.1 Anthropologie médicale interprétative	49

2.3.2 Émergence de l'anthropologie médicale critique	52
2.3.3 Anthropologie médicale interprétative-critique.....	54
2.3.4 Aperçu de l'étude de Scheper-Hughes sur la santé dans l'enfance	55
2.3.5 Critiques de la thèse de Scheper-Hughes au sujet de la négligence sélective et du fatalisme.....	59
2.4 Aperçu des études sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en Afrique	63
2.4.1 Maternité à risque, médicalisation et sanitarisation.....	66
2.4.2 Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	69
2.4.3 Santé du nouveau-né et de l'enfant en Afrique	70
2.4.3.1 Accueil du nouveau-né.....	70
2.4.3.2 Décès des enfants dans les unités de soins intensifs pédiatriques	72
2.4.3.3 Allaitement maternel, insécurité alimentaire et survie de l'enfant	74
2.4.3.4 Malformations congénitales	77
2.4.4 Médecine traditionnelle, ses composantes et ses différences avec la biomédecine au Togo.....	79
2.4.4.1 Praticiens traditionnels au Togo	80
2.4.4.2 Diverses pratiques de la médecine traditionnelle au Togo	80
2.4.4.3 Différences, oppositions, enjeux entre médecine traditionnelle pour enfant et biomédecine au Togo	82
2.4.5 État des lieux des recherches sur la médecine traditionnelle au Togo	83
2.4.6 Intervention de l'État dans la médecine traditionnelle	85
2.5 Balises conceptuelles	88
2.5.1 Santé infantile	88
2.5.2 Perception des maladies infantiles et de la santé de l'enfant.....	90
2.5.3 Savoirs en soins infantiles	91
2.5.4 Systèmes médicaux de soins de santé infantile	92
2.5.5 Choix des termes et leurs justifications	93
Conclusion du chapitre	96
Deuxième partie :	99
Méthodologie et résultats	99
Chapitre 3 :.....	102
Terrain et méthode	102
Introduction du chapitre.....	102
3.1 Retour sur la proposition de recherche et contribution originale	102
3.2 Méthodologie	105
3.2.1 Approche méthodologique	105
3.2.1.1 Genèse de la <i>Grounded Theory</i>	106
3.2.1.2 Quelques limites de la <i>Grounded Theory</i>	109
3.2.1.3 Critères pour le choix de la zone d'étude	110
3.2.1.4 Catégories de répondants et de répondantes.....	111
3.2.2 Rencontre ethnographique.....	113
3.2.2.1 Séjour de terrain et transformation de ma posture.....	113

3.2.2.2 Collecte des données	117
3.2.2.3 Entrevues semi-structurées.....	118
3.2.2.4 Groupes de discussion.....	119
3.2.2.5 Observation participante.....	121
3.2.2.6 Caractéristique de l'échantillon.....	122
3.3 Méthode et étapes d'analyse des données	125
3.3.1 Méthode	125
3.3.2 Étapes de l'analyse	128
3.4 Questions, objectifs et propositions de recherche	140
Conclusion du chapitre	147
Chapitre 4 :	149
De la pratique de soins à la parenté	149
Introduction du chapitre.....	149
4.1 Savoirs locaux pour un bon développement physique et mental de l'enfant : actions et perspectives des mères et tutrices.....	151
4.1.1 Séquence de toilette et d'habillement.....	155
4.1.2 Couchage et portage	157
4.1.3 Ventilation et lumière du soleil	159
4.1.4 Propreté.....	159
4.2 Puériculture dans les unités de soins périphériques ou dispensaires	160
4.3 Soins des enfants de bas âge et parenté.....	167
4.3.1 Système de parenté agotimé	168
4.3.2 Habilitation de la parentèle.....	174
4.3.3 Influences de la parenté sur la santé des enfants	180
Conclusion du chapitre	184
Chapitre 5 :	189
Rites sociaux et santé des enfants	189
Introduction du chapitre.....	189
5.1 Institutions locales et rites	191
5.2 Rite de lavage après la première naissance	196
5.2.1 Signification symbolique.....	206
5.2.2 Implications des rites dans les soins de santé des enfants	207
5.3 Santé du nourrisson et de l'enfant comme bien suprême	208
5.4 Cohabitation islam-christianisme et pratiques ancestrales	218
Conclusion du chapitre	220
Chapitre 6 :	223
Alimentation et santé des enfants de bas âge	223
Introduction du chapitre.....	223
6.1 Répartition, fréquence et gravité de la malnutrition des enfants au Togo..	226
6.2 Mères et alimentation dans l'unité domestique	227
6.3 Apports nutritifs et santé de l'enfant	232

6.4 Amélioration de l'alimentation chez l'enfant	238
6.5 Discussion	243
Conclusion du chapitre	247
Chapitre 7 :	251
Perspectives multiples de la « santé infantile »	251
Introduction du chapitre	251
7.1 Signification de la tranche d'âge 0-4 ans pour les répondants et les répondantes	253
7.2 Perspectives multiples de santé infantile chez les Agotimés.....	254
7.3 Perspectives personnelles et culturelles des répondants et répondantes	270
7.4 Logiques de la médecine traditionnelle et de la biomédecine	276
7.4.1 Deux systèmes de représentation médicaux dissemblables.....	278
7.4.2 Origine du mal	285
7.4.3 « Corps asocial » et « corps social » du nouveau-né	289
7.4.4 Corps biologique et corps social de l'enfant	290
7.4.5 Prise en charge de la santé de l'enfant.....	292
Conclusion du chapitre	295
Troisième partie :	299
Discussion sur la place de la médecine traditionnelle au Togo	299
Chapitre 8 :	301
Tribulations de la médecine traditionnelle.....	301
Introduction du chapitre	301
8.1 Profil et parcours des guérisseurs traditionnels	303
8.1.1 Sélection des éléments de la nature	304
8.1.2 Agencement des éléments naturels et administration des médicaments	306
8.2 Protocole thérapeutique	307
8.2.1 Cas du paludisme.....	311
8.2.2 Impacts des nouveaux marchés de médicaments	313
8.3 Mutations dans un contexte d'intégration de la médecine traditionnelle et santé des enfants	315
Conclusion du chapitre	324
Chapitre 9 :	327
Aires d'influence de la médecine traditionnelle.....	327
Introduction du chapitre.....	327
9.1 Univers des détenteurs d'un savoir thérapeutique sur la santé des enfants	329
9.1.1 Environnement immédiat de l'enfant malade.....	331
9.1.2 Quartier	334
9.1.3 Village et région environnante	335
9.2 Aire d'influence des guérisseurs traditionnels d'aujourd'hui dans le système de santé publique	349
Conclusion du chapitre	357

Conclusion générale	359
Bibliographie	370
Annexes	391
Annexe 1 : Définition des notions et termes spécifiques utilisés	391
Annexe 2 : Spécificités sociodémographiques et économiques	394
Annexe 3 : Glossaire.....	397
Annexe 4 : Outils de collecte des données	406

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Localisation géographique de l'aire culturelle des Agotimés.....	11
Figure 2 : Généalogie de la méthodologie par théorisation enracinée : principales étapes.....	107
Figure 3 : Localisation géographique des villages dans la préfecture d'Agou.	116
Figure 4 : Vision circulaire de la méthodologie de la théorisation enracinée ..	131
Figure 5 : Créativité et rigueur dans la vision circulaire non synchronisée	132
Figure 6 : Illustration d'une codification axiale	136
Figure 7 : Modèle explicatif de variabilité de la santé pendant la petite enfance chez les Agotimés du Togo.....	143
Figure 8 : Niveaux hiérarchiques des intervenants du domaine de la santé dans le monde visible et les puissances surnaturelles du monde invisible	215
Figure 9 : Distribution (en %) de la perception de qualité de la santé durant la petite enfance selon les mères biologiques et les tuteurs (n=40).....	255
Figure 10 : Distribution (en %) de la perception de la santé durant la petite enfance selon le personnel de santé publique (n=10).....	259
Figure 11 : Distribution (en %) de la perception de la santé durant la petite enfance selon les praticiens traditionnels (n=10)	263
Figure 12 : Aires d'influence des personnes intervenant dans le traitement des pathologies des enfants	330
Figure 13 : Aire sanitaire du dispensaire de Nyitoé-Zoukpé.....	341

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Photo 1 : Les rôniers chez les Agotimés.....	12
Photo 2 : Rivière Todjin (<i>Tɔdzie</i> ou <i>Tɔdzê</i>).....	16
Photo 3 : Tubercules d'ignames des Agotimés	17
Photo 4 : Hôpital d'Agou.....	20
Photo 5 : Maternité de l'hôpital d'Agou.....	21
Photo 6 : Rite de torréfaction.....	195
Photo 7 : Jeune mère après initiation (à gauche).....	201
Photo 8 : Jeunes mères initiées le même jour (à droite)	201
Photo 9 : Produit fini d'un tisserand à Zoukpé.....	204
Photo 10 : Combinaison de produits locaux et occidentaux.....	205
Photo 11 : Culture de plantes médicinales derrière la maison (à gauche).....	210
Photo 12 : Culture de plantes médicinales dans la cour de la maison (à droite)	210
Photo 13 : Affiche de la pédiatrie du Centre hospitalier préfectoral (CHP) de Kpalimé.....	231

Photo 14 : Bassin de culture de la spiruline et les produits de la ferme d'Agou Nyogbo.....	246
Photo 15 : Plaque d'un praticien traditionnel à Kpalimé.....	320
Photo 16 : Dispensaire de Nyitoé-Zoukpé.....	344
Photo 17 : Dispensaire d'Adamé	344
Photo 18 : Entrée de l'hôpital Bethesda	345
Photo 19 : Centre de recherche en médecine traditionnelle appliquée de Tchamba.....	351

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : État de santé au Togo comparé à l'Afrique au sud du Sahara.....	19
Tableau 2 : Extrait d'une entrevue de groupe (N=12).....	120
Tableau 3 : Répartition par âge des enfants de moins de 5 ans (N=61)	123
Tableau 4 : Exemple d'échantillon théorique.....	129
Tableau 5 : Codification ouverte d'un extrait d'entrevue individuelle	133
Tableau 6 : Attributs et dimensions des concepts issus de la codification sélective	137
Tableau 7 : Convergences et divergences de la perception de la santé dans la petite enfance selon les répondants(es) (n=60).....	270
Tableau 8 : Reconnaissance et traitement des maladies diarrhéiques chez les enfants selon les mères et tuteurs.....	349
Tableau 9 : Répartition des enfants de moins de cinq ans par sexe selon le village.....	394
Tableau 10 : Âge moyen des mères selon le village.....	394
Tableau 11 : Âge moyen des mères et tuteurs	394
Tableau 12 : Répartition des mères et tuteurs par niveau d'instruction selon le village.....	394
Tableau 13 : Activité principale des mères et des tuteurs	395
Tableau 14 : Activité principale des pères des enfants de moins de 5 ans	395
Tableau 15 : Personnel de santé selon l'âge et le nombre d'années d'expérience	395
Tableau 16 : Praticiens traditionnels selon l'âge et le nombre d'années d'expérience.....	395
Tableau 17 : Santé infantile selon les mères biologiques et tuteurs	396
Tableau 18 : Santé infantile selon le personnel médical	396
Tableau 19 : Santé infantile selon les praticiens traditionnels	396

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AHGGK	Association des herboristes guérisseurs du grand-Kloto
ANAPRAMETRAB	Association nationale des praticiens de la médecine traditionnelle du Bénin
BAD	Banque africaine pour le développement
BAIC	Banque africaine islamique pour le commerce
BCG	Bacille bilé de Calmette et de Guérin (Vaccin antituberculeux)
BM	Banque mondiale
BOAD	Banque ouest-africaine pour le développement
CAMEG	Centre d'achat des médicaments essentiels génériques
CAPHECTO-OCDI	Centre d'approvisionnement pharmaceutique de l'église catholique du Togo de l'Organisation de la charité pour le développement intégral
CBRS	Comité de bioéthique pour la recherche en santé
CCC	Communication pour un changement de comportement
CDC	Centers for Disease Control, États-Unis
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CERFOPLAM	Centre de recherche et de formation sur les plantes médicinales
CRMETRA	Centre de recherche en médecine traditionnelle appliquée
CÉRUL	Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval
CFA	Communauté financière africaine
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
COGES	Comité de gestion
COSAN	Comité de santé
CPC	Contrôle de poids et de croissance
CPN	Consultation prénatale pour les femmes
CRDI	Centre de recherches pour le développement international
CTA	Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine
CVD	Comité villageois de développement
DGSCN	Direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale
DMT	Département de médecine traditionnelle
DPI	Droits de propriété intellectuelle
DPS	Direction préfectorale de santé
DSID	Direction des statistiques agricoles de l'information et de la documentation
DSRP	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
EDST	Enquête démographique et de santé
FAO	Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture
FNFI	Fonds national de finance inclusive
IB	Initiative de Bamako
ICF	Inner City Fund
IEC	Information éducation et communication
INRSP	Institut national de la recherche en santé publique
INSEED	Institut national de statistique et des études économiques et démographiques
IST	Infections sexuellement transmissibles
JAMT	Journée africaine de la médecine traditionnelle
JNMT	Journée nationale de la médecine traditionnelle
KFAED	Fonds koweïtien pour le développement économique arabe
MT	Médecine traditionnelle
MTA	Médicaments traditionnels améliorés
NCHS	National Center for Health Statistics, États-Unis

OAPI	Organisation africaine de la propriété intellectuelle
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OOAS	Organisation ouest africaine de la Santé
OUA	Organisation de l'unité africaine
PAS	Plan d'ajustement structurel
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planification familiale
PIB	Produit intérieur brut
PMI	Protection maternelle et infantile
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNPMT	Programme national de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle
PNS	Politique nationale de santé
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
SIDA	Syndrome immunodéficitaire acquis
SOTOMED	Société togolaise de médicaments
SSP	Soins de santé primaire
TDR	Test de diagnostic rapide
UA	Union africaine
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USP	Unités de soins périphériques
VAD	Visite à domicile
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

DÉDICACES

Ce travail est dédié à la mémoire de tous les enfants de moins de cinq ans chez les Agotimés qui ont rendu l'âme avant et pendant l'enquête.

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements les plus sincères à mon directeur de thèse, le professeur Abdelwahed Mekki-Berrada, qui par sa fermeté, sa promptitude et ses conseils, m'a permis de mener à bien ce travail. Tout au long du travail, il m'a apporté un encadrement scientifique avec une attention et un souci de rigueur permanent. Ce que je lui dois va au-delà de ma capacité à choisir les mots justes pour lui dire Merci.

Mes remerciements vont également au Département d'anthropologie de l'Université Laval, à travers le personnel administratif et d'encadrement, pour m'avoir donné une formation de qualité. Particulièrement, le professeur Frédéric Laugrand, directeur de la revue *Anthropologie et société*, m'a accordé sa confiance et a soutenu ma candidature pour la demande de bourse du CRDI aux chercheurs candidats au doctorat. Qu'il accepte ma profonde gratitude.

Aux docteurs Honoré Mimché, Kossi Tata Djonoukou et feu Anani Kokou Amenyedzi, je vous remercie et vous suis très reconnaissant pour vos lettres de recommandation qui m'ont permis de faire cette étude doctorale à l'Université Laval.

J'adresse mes vifs remerciements aux membres du Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval (CÉRUL) et aux membres du Comité de bioéthique pour la recherche en santé (CBRS) du Togo qui ont cru à mon projet de recherche en m'accordant leur confiance.

Ce travail est d'abord et avant tout celui des mères biologiques et des tutrices agotimées qui ont sacrifié un peu de leur temps en acceptant de m'accueillir et de répondre à mes questions. Qu'elles reçoivent ici mes sincères remerciements. J'adresse également mes vifs remerciements aux membres du personnel médical et aux responsables des dispensaires et hôpitaux qui ont sacrifié un peu de leur temps pour répondre à mes questions. Je n'oublie pas les praticiens traditionnels qui m'ont bien reçu dans leur lieu de travail où la plupart des entrevues se sont réalisées.

J'exprime ici ma profonde gratitude aux différentes institutions qui ont assuré le financement de cette thèse. Il s'agit principalement de l'Université Laval qui m'a offert une bourse d'exemption des droits de scolarité et une bourse de réussite de la Faculté des études

supérieures et postdoctorales de septembre 2013 à septembre 2017. Je remercie tout particulièrement madame Manon Deschenes, agente de gestion des études, pour avoir apporté son savoir-faire dans l'octroi de ces financements. Le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) m'a offert, du 27 juillet 2015 au 27 mai 2016, une bourse du CRDI aux chercheurs candidats au doctorat pour les travaux de terrain. Je remercie tout particulièrement les évaluateurs de mon projet de recherche. J'adresse également mes sincères remerciements à tous ceux qui ont facilité l'octroi de cette bourse, à savoir : madame Kaye Meikle, administratrice de subventions; madame Ann Weston, agente de bourses qui était chargée de mon dossier; et madame Carole Labrie qui a effectué le suivi depuis mon travail de terrain au Togo jusqu'à mon retour à Québec.

Au cours de la réalisation de la collecte des données, j'ai bénéficié au Togo de l'aide d'une institution de rattachement, à savoir la Direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale (DGSCN). J'adresse particulièrement mes sentiments de reconnaissance à monsieur Kokou Yao N'Guessan, directeur de ladite institution et à monsieur Fankeba Souradji qui ont rendu cette expérience possible grâce à leur compréhension. Je leur exprime toute ma reconnaissance.

Aux autorités administratives locales telles que le préfet d'Agou, monsieur Nounyava Kokou, le directeur préfectoral de la santé d'Agou, les chefs des différents villages concernés par l'étude, je leur dis un grand merci. Je n'oublie pas toutes les populations des différents villages qui m'ont accueilli chez eux et qui ont facilité mon travail.

Pour avoir œuvré durant toute leur vie pour que j'aie une meilleure éducation, ce que je dois à mon père et ma mère va au-delà du pouvoir des mots. Néanmoins, je me permets de souligner ici que ce couronnement est aussi le leur, car il témoigne des choix avisés qu'ils ont faits pour leur fils en matière d'éducation. Aussi, du fond du cœur, dis-je merci à mon épouse Solange, à mes frères Samuel et Dzadzée, à mes sœurs Valérie, Edem et Evenounye qui ont chacun à son niveau apporté leur contribution à ce travail.

À tous mes amis ici à Québec ou ailleurs qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réussite de cette thèse, je vous suis très reconnaissant de votre intervention favorable.

Ces travaux ont été réalisés grâce à une bourse n°107759-99906075-026 du Centre de recherches pour le développement international (CRDI), Ottawa, Canada. Pour obtenir les informations sur le Centre, consulter son site Web à *<http://www.crdi.ca>*

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La pertinence de la place de la médecine traditionnelle, destinée aux soins des enfants, dans les systèmes de santé publique en Afrique est de plus en plus reconnue¹. Mais rares sont les dirigeants africains qui redéfinissent leur politique sanitaire, en partie, parce que les composantes du processus d'intégration de la médecine traditionnelle sont encore peu documentées.

Je m'intéresse ici à la place de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique du Togo grâce à une exploration de la santé des enfants du milieu rural Agotimé. Vu que la médecine traditionnelle prend de plus en plus une place dans les systèmes de santé publique en Afrique, les anthropologues et d'autres chercheurs en sciences sociales et biomédicales focalisent davantage leur attention sur les bienfaits que cette intégration peut apporter à l'amélioration de la santé des enfants. Cependant, la place de cette médecine traditionnelle dans un système de santé publique reste encore mal comprise en Afrique, indiquant tantôt un abandon de la biomédecine, tantôt une diversification des stratégies de recours aux soins par les populations en quête d'un meilleur service de soin de santé pour leurs enfants (Creusat 2000; Desclaux et Taverne 2000; Du Loû 1996; Faye 2005, 2009; Lovell 1995; Monteillet 2005)².

Même si les connaissances qualitatives des faits ne fournissent pas à elles seules les éléments d'information liés à l'intégration de la médecine traditionnelle et à la santé des enfants, elles représentent toutefois le matériau sans lequel les acteurs du domaine de la santé ne peuvent réussir de manière efficace, efficiente et effective. La complexité de la place de la médecine traditionnelle en lien avec la santé des enfants africains en général et ceux de l'Afrique de l'Ouest en particulier nécessite donc des études ciblées au niveau local. Ce qui d'ailleurs suscite mon engouement pour une recherche qualitative en vue d'une meilleure

¹ Les notions de « médecine traditionnelle » et de « système de santé publique » sont définies dans la sous-section 2.5 du chapitre 2; cf. aussi Annexe 1.

² Dans cette thèse le mot « soin » au singulier ou « soins » au pluriel sont employés selon qu'il s'agit de traitement médical donné à un enfant malade, d'une attention nécessaire au bien-être de l'enfant qu'une mère ou un membre de la famille lui apporte. Le soin est ainsi défini, dans cette thèse, comme une thérapie donnée à un enfant malade ou une attention particulière nécessaire au bien-être de l'enfant qu'une mère, un membre ou non de la famille lui apporte.

compréhension du phénomène de la santé des nourrissons et des tout-petits enfants d'un milieu ouest-africain.

En Afrique de l'Ouest, on retrouve plusieurs types de pratiques thérapeutiques, prodiguées principalement par les mères en cas de maladie de leurs enfants. Il est observé que les populations font un va-et-vient entre la médecine traditionnelle et la biomédecine, entre la pharmacopée et la pharmacie (Faye 2005, 2009; Jaffré et De Sardan 1999; Lovell 1995). Ainsi, les données issues du terrain permettent d'identifier l'existence de divers savoirs thérapeutiques qui dépassent la typologie présentée déjà par Kleinman (1978). Ce dernier affirmait que la plupart des systèmes de soins de santé comportent trois domaines où la maladie est vécue. Il s'agit du « domaine populaire » qui comprend principalement le contexte familial de la maladie et des soins, mais aussi le réseau social et les activités communautaires. Le « domaine folklorique » qui est composé de spécialistes non professionnels de la thérapie, parfois classés par les ethnographes en groupes sacrés et le « domaine professionnel » qui est constitué de la médecine professionnelle chinoise, ayurvédique, yunani et chiropratique, etc.

Cependant, à l'intérieur de la typologie présentée par Kleinman, il est difficile de situer le prêtre du couvent, le prophète rituel, l'officiant rituel, les responsables des sièges ancestraux, les prieurs dans les églises. De même, le praticien traditionnel qui utilise le stéthoscope, le thermomètre, l'Internet ou le microscope et le personnel de santé publique qui combine plantes médicinales, minéraux et produits pharmaceutiques sont difficiles à classer. En outre, il est difficile de classer les pratiques thérapeutiques qui se réfèrent aux médecines traditionnelles, mais empruntent tout ou partie de leurs logiques opératoires et de leur organisation à d'autres courants contemporains (Pordié et Simon 2013). Pour répondre à toutes ces interrogations, l'approche anthropologique interprétative-critique me semble utile pour aborder les savoirs thérapeutiques des populations, afin d'examiner les problèmes concrets qui se posent à ces savoirs (Lock et Schepers-Hughes 1990). Le modèle construit par Kleinman pour conceptualiser la structure interne du système de soins de santé dans les sociétés dites traditionnelles et occidentales a des limites. Il n'est plus adapté à intégrer toutes les réalités complexes qui résultent d'une extension à l'ensemble du contexte socioculturel du système de soins de santé en Afrique (Pordié et Simon 2013).

Toutes ces limites étant ainsi identifiées, l'on s'apercevra que mon travail ethnographique m'a fait constater que le modèle proposé par Kleinman garde, chez les Agotimés du Togo, une certaine pertinence. Donc je conçois également la santé ou la maladie des enfants non pas comme une entité en soi, mais comme un modèle explicatif. Ainsi, dans le cadre de cette thèse, les savoirs liés aux soins de santé infantile propres à la médecine traditionnelle sont nommés comme suit : *les savoirs thérapeutiques familiaux, les savoirs thérapeutiques non professionnels des praticiens traditionnels et les savoirs thérapeutiques professionnels des praticiens traditionnels*. Mais ces trois catégories sont ouvertes vers d'autres cultures, incorporant ainsi des éléments exogènes pour former une nouvelle catégorie « hybride » (praticiens traditionnels avec le stéthoscope, le thermomètre, l'internet ou le microscope), comme le néo-chamanisme observé chez les Inuits du Nunavik et du Nunavut (Laugrand *et al.* 2008).

Par ailleurs, les adeptes des pratiques thérapeutiques coutumières que Barbier et Dorier-Apprill (1996 : 200) qualifient de « traditionalistes³ », parce qu'ils revendiquent une fidélité à la « tradition », avaient constaté la présence d'autres pratiques thérapeutiques issues de l'occupation étrangère : l'islam et le christianisme ont introduit de nouvelles pratiques thérapeutiques (Creusat 2000; Lovell 1995; Thomas et Luneau 1980). Aussi, serait-il important de souligner la présence de la biomédecine avec ses normes et principes, traduisant ainsi un des impacts de la colonisation. Mais souvent en Afrique occidentale, les représentations populaires des maladies et de la santé de l'enfant ne coïncident pas avec les représentations savantes biomédicales (Jaffré et De Sardan 1999). Il est évident de rappeler ici l'ultime nécessité de comprendre les représentations locales des maladies. L'importance de ces représentations obligeait l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à légitimer finalement dans la plupart des États les techniques des praticiens traditionnels. D'où l'élaboration par l'OMS d'une approche globale des interventions en matière de soins de santé (Castro et Farmer 2005). En effet, à l'issue de la conférence d'Alma Ata de 1978 organisée conjointement par le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) et l'OMS (Castro et Farmer 2005; Lovell 1995), l'objectif était d'encourager la collaboration entre

³ J'évite ici, tout comme ces auteurs, l'appellation « animisme » pour se conformer aux pratiques religieuses qui existent en Afrique avant le colonialisme (culte ancestral, de possession, propitiatoire, de guérison, etc.)

praticiens traditionnels et personnel de santé publique. Cependant, dans les multiples politiques et programmes de santé concernant la santé infantile par exemple, la prise en compte des pratiques des praticiens traditionnels reste souvent limitée ou presque inexistante (Fassin 2000), sinon pour vanter les vertus pharmacologiques et thérapeutiques inhérentes aux incidents naturels, aux massages et certains rites traditionnels (Mekki-Berrada 2013; OMS 2013b)⁴.

Chez les populations rurales agotimées du Togo, les décès dans l'enfance restent toujours très élevés (DGSCN-Togo 2014a)⁵. Les décès d'enfants de moins d'un an sont encore très récurrents et les causes sont multiples. Il s'agit par exemple des naissances souvent difficiles qui sont parfois suivies du décès de la mère et du bébé. À cela s'ajoutent les grossesses trop rapprochées, le manque d'hygiène et des thérapeutiques peu efficaces. Les crises convulsives, les maladies parasitaires, les maladies épidémiques, les troubles digestifs et pulmonaires sont fréquents. Les divers cas de décès des enfants sont souvent attribués au paludisme et à la pneumonie; à ces deux causes s'ajoutent la diarrhée, le VIH/SIDA, la rougeole et les causes néonatales à savoir la naissance avant terme, l'asphyxie à la naissance et les infections (OMS 2013a). De plus, il n'est pas rare que les femmes togolaises pensent que leurs enfants aient été vaccinés contre le paludisme ou craignent d'être stérilisées par des antigènes, si les actions de planification familiale côtoient les campagnes de vaccination (Lovell 1995). Aussi, les principaux facteurs souvent évoqués par les prestataires de services biomédicaux sont l'ignorance et la pauvreté. Alors, plutôt que de questionner le paradigme biomédical occidental et l'ensemble de ce système de pensée scientifique, ils ont tenté de faire porter à tort aux populations, souvent marginalisées, l'entière responsabilité des échecs sanitaires. Or, au Togo, même parmi les individus ayant une formation médicale occidentale assez poussée, la référence à la médecine traditionnelle reste la règle, en cas d'échec des traitements curatifs dits modernes. Dans tous les cas, les représentations que les populations se font de la maladie déterminent le type de recours : plusieurs cas de maladies de l'enfant

⁴ Dans le cadre de cette thèse, le rite est considéré comme une pratique culturelle complexe inscrite dans la vie sociale et religieuse de la société agotimée et qui exige des prières et des sacrifices destinés aux divinités, soit pour des raisons préventives, soit pour des raisons curatives.

⁵ Source de la Direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale du Togo qui est devenue l'Institut nationale de statistique et des études économiques et démographiques à partir de 2015.

sont liés au mauvais sort projeté contre ce dernier et seront alors portés à l'attention des guérisseurs traditionnels.

Mais l'État peut aussi jouer un rôle dans l'amélioration du système traditionnel de soin infantile. L'État peut mettre l'accent sur l'éducation et la sensibilisation afin d'attirer l'attention de la population sur les personnes qui abusent de la crédulité d'une autre personne pour lui proposer des services et des produits, non pas dans un but thérapeutique traditionnel, mais uniquement pour gagner de l'argent. Cette action éducative peut se faire avec l'ensemble des collectivités locales. L'association des savoirs de tous les membres de la communauté en vue d'une meilleure santé des enfants devient alors une nécessité.

De toute évidence, les études anthropologiques réalisées sur les questions de santé et de maladie des enfants ont montré la nécessité de prendre en compte les facteurs socioculturels dans la réduction du risque de décès en général (Desclaux et Taverne 2000; Guillou 2009; Saillant 2001; Scheper-Hughes 1987, 1992, 1997; Scheper-Hughes et Sargent 1998). De même, de nouvelles perspectives de recherches s'opèrent aujourd'hui en vue de comprendre la cohabitation des deux systèmes de soins de santé infantile (Beninguisse et De Brouwere 2004; Dozon et Fassin 2001).

Les recherches anthropologiques sur la problématique de la santé en Afrique ont souvent porté sur les représentations de la santé et de la maladie, le recours aux soins, les itinéraires thérapeutiques (Foster 1995; Jaffré et De Sardan 1999; Lovell 1995) et les types de recours, *oubliant ainsi un aspect important de la santé des enfants de bas âge en lien avec les savoirs thérapeutiques traditionnels*⁶. Toujours est-il que les études réalisées jusqu'à ce jour sont consacrées soit entièrement à la maladie, soit à l'intégration ou la valorisation de la médecine traditionnelle. Ce qui ne permet pas de voir le lien entre le processus d'intégration, la santé et la maladie des enfants de bas âge. De plus, ces recherches entreprises dès le début par les missionnaires durant les périodes coloniales, puis reprises par les chercheurs africanistes vers les années 1980 jusqu'à nos jours, n'ont guère été poussées bien loin surtout en ce qui concerne les questions de santé et de maladie du nourrisson et des tout-petits enfants. En outre, rares sont les études qui font ressortir un modèle plus ou moins global de la santé et de

⁶ Je veux dire la prise en compte des thérapeutiques traditionnels dans l'explication des décès dans l'enfance.

la maladie des enfants de bas âge, car la plupart des recherches sont descriptives et ne permettent pas de donner une explication plausible du phénomène.

Mon thème de recherche est centré autour de la « médecine traditionnelle pour enfant ». Tout particulièrement, je m'attacherai à l'étude de sa « place » dans le système de santé publique togolais, en se référant aux travaux de Dozon (1987) sur la valorisation de la médecine traditionnelle en Afrique et de Scheper-Hughes (1992) sur les risques de décès infantile au Brésil.

Au regard de toutes ces constatations, ma question principale de recherche est la suivante : *y a-t-il une place pour la médecine traditionnelle de soins de santé infantile dans le système de santé publique au Togo?* Je décline cette question générale en diverses questions plus spécifiques dans le chapitre 3 à la section 3.4.

L'objectif général de cette thèse est de mieux comprendre, chez les Agotimés du Togo, *les liens possibles qu'entretiendraient le système médical traditionnel, le système de santé publique et la santé des enfants.*

De cet objectif général découlent cinq objectifs spécifiques :

- 1) identifier les pratiques et les normes traditionnelles de soins infantiles existantes et reconnues *par les populations* pour la santé des enfants dès le bas âge;
- 2) explorer les antécédents maternels qui influencent la santé du nouveau-né;
- 3) identifier les pratiques traditionnelles de soins infantiles existantes et reconnues *par les pouvoirs publics* pour la santé des enfants;
- 4) faire un état des lieux de la complémentarité des pratiques traditionnelles de soins infantiles et les soins de santé publique en vue de cerner les contours explicatifs des populations au sujet de l'influence de ces pratiques traditionnelles de soins sur la santé et le bien-être des enfants;
- 5) identifier les défis qui bloquent et les possibilités qui facilitent le processus d'intégration des savoirs locaux de soins de santé dans le système de santé publique.

Cette thèse est subdivisée en trois grandes parties : la première partie concerne la contextualisation ainsi que le cadre théorique et conceptuel, la deuxième partie présente la

méthodologie et les résultats, la troisième partie aborde une discussion sur la place de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique au Togo.

PREMIÈRE PARTIE :
CONTEXTUALISATION,
PROBLÉMATIQUE,
CADRE THÉORIQUE ET
CONCEPTUEL

Cette première partie est subdivisée en deux chapitres, à savoir un chapitre consacré au contexte dans lequel j'ai mené ma recherche ethnographique et un autre chapitre réservé au cadre théorique et conceptuel.

Sur le plan contextuel, je m'intéresse d'abord au milieu d'étude et à la localisation géographique de l'aire culturelle agotimée. L'histoire de la communauté agotimée ainsi que les aspects démographiques, épidémiologiques et sanitaires seront également exposés. Je n'oublierai pas de mentionner les indicateurs qui caractérisent le pays dans lequel vit la population agotimée. J'aborderai enfin le contexte d'intégration potentielle de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique de quelques États ouest-africains, comparé à la situation au Togo.

Dans le second chapitre consacré aux cadres théorique et conceptuel, je fais d'abord un exposé critique des diverses perspectives théoriques dans le domaine de l'anthropologie médicale en général et, en particulier, celles qui touchent la santé du nourrisson et de l'enfant. Cette analyse critique des approches permettra non seulement de présenter les limites des différentes approches, mais aussi de faire le choix de l'approche qui convient le mieux pour la présente recherche.

Mais à bien considérer les choses, il est impossible de se débarrasser complètement des connaissances antérieures (Corbin et Strauss 2014; Glaser 1998). C'est pourquoi une définition opérationnelle de quelques concepts sensibilisateurs (Glaser 1978) a été nécessaire avant mon séjour sur le terrain. Ces concepts découlent des diverses lectures que j'ai réalisées en ce qui concerne le phénomène de « la santé infantile » et « les savoirs médicaux ». Je présente alors ces définitions opérationnelles dans ce second chapitre.

CHAPITRE 1 :

CONTEXTUALISATION

Introduction du chapitre

Analyser la santé des enfants dans un milieu rural au Togo ne saurait se faire sans tenir compte du contexte global dans lequel elle se décline. Il est ainsi important de prendre connaissance du contexte afin de faciliter l'interprétation des résultats futurs. Ce chapitre a donc pour objectif de situer le contexte de l'étude permettant de clarifier les analyses qui en découleront. Le contexte de l'étude est celui du Togo de manière générale et, plus spécifiquement, celui relatif à la santé des enfants chez les Agotimés (*Agotime*).

Afin de comprendre la portée de mes analyses ultérieures, je présente dans un premier temps l'aire culturelle des populations concernées par l'étude. Ce qui me permet d'exposer une vue d'ensemble de la communauté agotimée et de son contexte local. J'aborde ainsi les aspects descriptifs du terrain d'étude qui aident à mieux cerner le contexte dans lequel est pensé et étudié le phénomène de la santé infantile. Il s'agit d'abord de présenter le terrain de recherche en le situant dans le pays concerné. J'expose par la suite les aspects historiques, démographiques et épidémiologiques, la situation sanitaire du pays dans laquelle vit la population agotimée ainsi que la vie politique et institutionnelle qui oriente toutes les actions sanitaires. Dans un second temps, j'aborde les tentatives d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique de certains pays ouest-africains. Ce qui permet de comparer le niveau d'intégration de la médecine traditionnelle dans ces pays avec celui du Togo.

1.1 Milieu d'étude

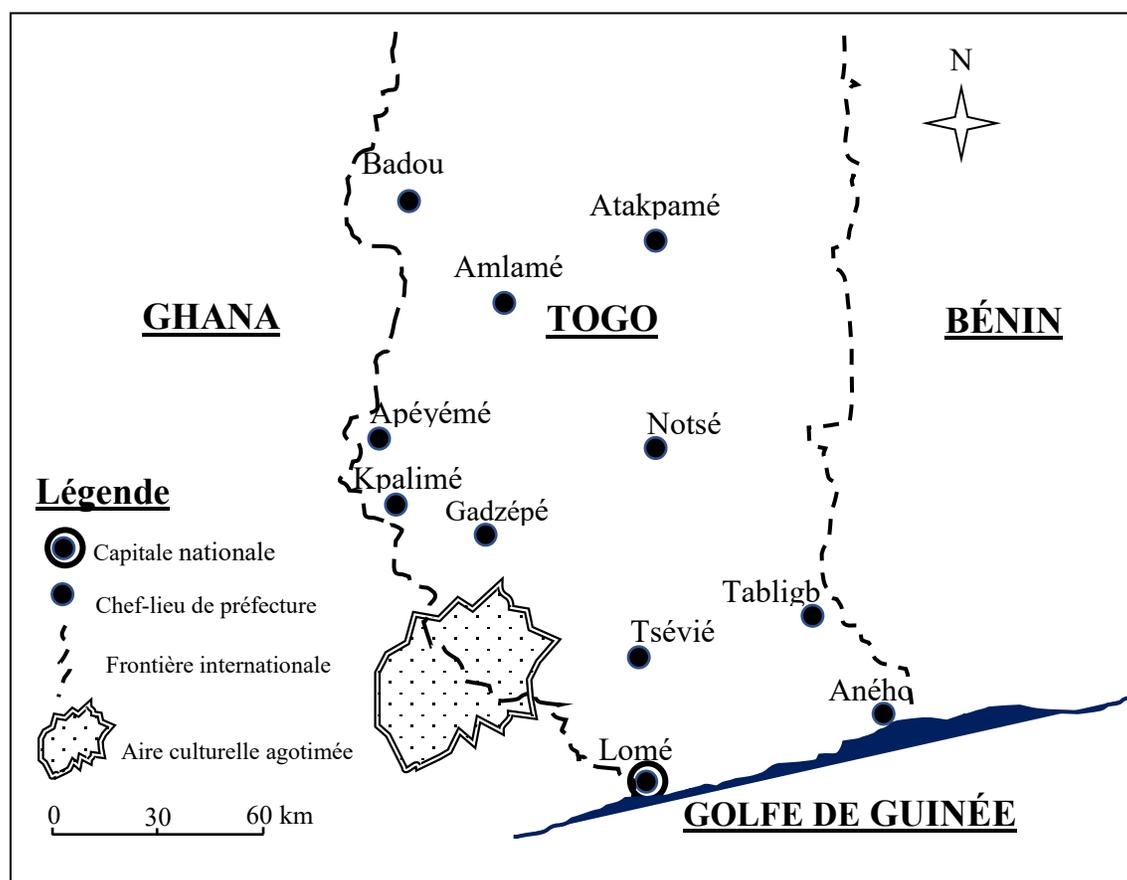
Situé au Sud et à l'Ouest du Togo à la lisière de la frontière entre le Togo et le Ghana, le milieu rural agotimé se caractérise par une forte densité de la population avec une fécondité et une mortalité infantile élevée (DGSCN-Togo 2014b). Dans un milieu où sept personnes sur dix sont pauvres (INSEED-Togo 2016a), s'observe une forte migration vers les villes

voisines et les capitales de l’Afrique de l’Ouest (Accra, Abidjan). Plusieurs villages, hameaux et fermes de tailles variables abritent des familles et lignages; la présente étude a été réalisée dans trois villages, à savoir Nyitoé, Zoukpé et Adamé.

1.1.1 Vue d’ensemble de la communauté agotimée

Les Agotimés constituent une communauté diversement répartie sur les territoires du Togo et du Ghana (Figure 1). Remarquons que la frontière qui sépare les deux pays est l’une des conséquences de la colonisation en Afrique qui soulève aujourd’hui un débat sur l’intégration régionale en Afrique de l’Ouest (Goeh-Akué 2009).

Figure 1 : Localisation géographique de l’aire culturelle des Agotimés⁷



⁷ La position géographique des villages concernés par l’enquête est décrite dans le chapitre 3 (cf. p. 116).

À l'instar des autres sociétés, les Agotimés auraient quitté Ketou, une cité du Dahomey (actuellement appelé le Bénin). Le nom attribué à cette cité est *Amedzofe* ou lieu d'origine selon Adzadi (1984). Une autre source précise que cette cité dénommée *Amedzofe* ou lieu de la création est plutôt Notsé (Gayibor 2011a : 91).

Selon Ahianyo-Akakpo (1971 : 21), le terme Agotimé « est un ensemble de plusieurs villages qui répond au nom générique Agotimé. » Étymologiquement, Agotimé (*Agotime*) tire son nom d'un grand palmier qui est une plante monocotylédone (*Arecaceae*), dont l'espèce est le rônier : *agɔ* (fruit de rônier), *ti* (forme contractée du mot *ati* qui signifie arbre), *me* (parmi ou dans). Ainsi, le terme Agotimé signifierait l'ensemble des maisons ou habitations construites parmi ou entre les rôniers (Adzadi 1984) (Photo 1). D'après les propos des mères et tutrices, ces espèces végétales sont en voie de disparition étant donné que les troncs d'arbres sont utilisés par les populations dans la construction des habitations, de latrines publiques, de pont sur les rivières qui drainent la localité, etc.



Photo 1 : Les rôniers chez les Agotimés

(Image prise en allant au champ avec une des participantes aux entrevues individuelles)

© Kodzo Awoenam Adedzi, septembre 2015

Historiquement, les Agotimés ont connu plusieurs mouvements migratoires avant de s'implanter là où ils sont aujourd'hui. Selon les mères, tuteurs et praticiens traditionnels interviewés, les guérisseurs traditionnels ont toujours utilisé leur savoir thérapeutique traditionnel pour soit préserver la santé de la population migrante, soit guérir les personnes malades durant ce parcours migratoire.

La population agotimée du Togo est composée de deux sous-groupes différents, venus de deux directions diamétralement opposées : les *Agotimés Adan* sont venus de l'ouest du Ghana (ancienne Gold Coast) et forment un ensemble de villages; les *Agotimés Ewe*, par contre, sont arrivés de l'Est en provenance de Notsé et forment un autre ensemble de villages. Les données collectées sur le terrain précisent que les Agotimés Ewe sont originaires d'Oyo, au sud-ouest du Nigeria. Ils ont migré vers le Dahomey, devenu le Bénin aujourd'hui, dans la cité de Ketou. Ainsi, l'ensemble des Ewe y compris les Agotimés Ewe accordent une très grande importance à cette cité, même après l'avoir quitté. C'est pourquoi dans l'imaginaire social des mères, tuteurs et praticiens traditionnels interviewés, cette cité leur rappelle souvent l'origine de leurs ancêtres (*Amedzɔfɛ*). Autrement dit, le lieu d'origine de l'Homme ewe ou le lieu de référence qui leur sert de repère.

De Ketou, ils sont arrivés à Tado une localité située au sud-est du Togo au bord du fleuve Mono. Prenant la direction de l'ouest, ils s'installèrent à Notsé où leur migration se termina après un véritable exode. Je souligne que l'exode des Ewe de Notsé a été situé dans les années 1720 par Cornevin (1967). Mais des études effectuées par certains chercheurs, en majorité des historiens, permettent de le situer entre le XVI^e et XVII^e siècles après la fondation de la cité de Notsé au XV^e siècle (Gayibor 1985; Gayibor *et al.* 1997; Pazzi 1976). Partant de ce fait, Gayibor précise : « Cette saignée dut s'étaler sur la fin du XVI^e et tout au long du XVII^e siècles, paralysant lentement la ville qui, vers la fin du XVII^e siècle (ou peut-être plus tardivement), se trouva réduite à l'état de bourgade. » (Gayibor 2011a : 528). Les Agotimés Ewe faisaient partie de ces migrants qui s'établissaient dans la cité de Notsé. Le chef de Notsé, Agokoli, édifiait selon la tradition une enceinte d'argile et de sang humain de sa population. Ce qui a provoqué encore l'exode des populations parmi lesquelles figuraient les Agotimés Ewe et Adan. À propos de l'exode des Ewe de Notsé, on peut retenir ce qui suit :

Une fois sortis de la ville après avoir percé l'enceinte, tous les fuyitifs auraient pris la même direction, sans destination précise. La plupart des versions citent Gamé, à 25 km au sud de Notsé, comme la première halte commune après le départ. De Gamé, les fuyitifs se scindèrent par la suite en trois groupes principaux suivant leurs affinités et leurs alliances lignagères, chaque groupe s'engageant dans une direction différente afin de déjouer avec plus de sûreté les poursuites éventuelles d'Agokoli. (Gayibor 2011a : 529)

De Gamé, ils prenaient la direction vers le sud-ouest, jusqu'à la rive gauche du fleuve Volta au Ghana où elle fait souche. Par la suite, ils parcourent plusieurs contrées du Ghana telles que Adaklou, Kpenoe, Aboutia, Sokode, Ho, Hodzo, avant de s'installer définitivement à leurs différents emplacements actuels au Togo pour bâtir un ensemble de villages (Adzadi 1984; Gayibor 1985, 2011a; Spieth 2009 [1906], 2011 [1906]).

Concernant les Agotimés Adan, Ahiany-Akakpo (1971 : iv) rapporte que « le terme Adangbé s'applique à des groupes sociaux que l'on rencontre au Ghana et au Togo et qui sont unis par la communauté linguistique (l'*Adangbe*) et historique. » Mais selon les informations recueillies sur le terrain, le terme « Adan » se rapporte à la population, alors que le vocable « Adangbe » concerne la langue parlée des Agotimés Adan. Ce que les études déjà réalisées viennent confirmer à propos du suffixe « gbe » qui signifierait la langue (Capo 1991; Gblem-Poidi et Kantchoa 2012). Prenant appui sur une comparaison synchronique de 19 parlars du sud-est du Ghana et au sud-est du Bénin, le linguiste Capo aboutit au résultat suivant : « le « gbe » est l'entité linguistique que certains appellent également « ewe », ou « ajatado », ou « tadoïde », ou « mono », et dont les membres les mieux connus sont l'*evogbe*, le *fɔngbe*, le *gɛngbe*, l'*ajágbe* et le *gungbe* » (Capo 1991 : xx).

« Historiquement, les communautés Adangbé [parmi lesquelles figurent les Agotimés Adan] du Togo ont migré d'Ouest en Est à partir de l'ancienne Côte de l'or, le Ghana actuel. Ce mouvement s'est déroulé à une date dont la discussion, longtemps engagée, est loin d'être close. » (Ahiany-Akakpo 1971 : iv). Tout comme les Agotimés Ewe, les Agotimés Adan avaient vécu aussi à Ketou au Dahomey, le Bénin actuel. Quand les Agotimés Ewe prenaient la direction de l'ouest, les Agotimés Adan et les autres communautés comme les Ashanti, les Gan (*Gen*) et Anlon (*Anlon*) s'étaient dirigés vers le fleuve Volta. Ainsi, les Agotimés Adan ont la même origine que les Ewe, sauf qu'ils ont quitté Ketou pour s'implanter au sud du Ghana. Par conséquent, les Agotimés Adan sont venus de l'ouest du Ghana, d'une cité

appelée Lekponguno, à l'embouchure du fleuve Volta. Étant sur la côte, ils étaient de vrais pêcheurs. Effectivement, ils étaient un petit groupe détaché de la grande famille des Adan (Adzadi 1984; Ahiany-Akakpo 1971; Gayibor 1985, 2011a).

Dans les deux catégories, l'instance politique et sociale est assumée par un chef de village. Par conséquent, la chefferie est marquée par l'usage des objets en or et de grands parasols en soie. La parure d'un chef se fait grâce à des bijoux en perles et les pagnes communément appelés *Kete* (Kété). Ainsi, l'intronisation d'un chef est toujours et très rigoureusement respectée. Le chef est aidé par des sous-chefs ou chefs de quartiers et plusieurs collaborateurs. Ces derniers sont communément appelés *Tsami* (messager), *Asafo* (chef-guerrier). Par ailleurs, les expressions du tam-tam parlant *Atupani* et du tam-tam de guerre *Asafovu* provenant des messagers de guerres et les louanges du chef ou des ancêtres sont accompagnées par des sonneries du cor en ivoire ou en corne d'animaux (le clairon) et des chansons. Les femmes occupent également une place importante dans le système politique. C'est pourquoi les Agotimés désignent habituellement les femmes qui peuvent valablement représenter les autres femmes dans les quartiers et dans le village. En somme, issus d'une migration, une partie des Agotimés est installée au Togo depuis le XVIIIe siècle. La présente étude s'intéresse aux Ewe et aux Adan.

1.1.2 Aperçu démographique, environnement naturel et épidémiologie

Selon le dernier recensement général de la population et de l'habitat de 2010, la zone d'étude compte 16 911 habitants⁸ avec une légère supériorité numérique de personnes de sexe féminin. Cette population est inégalement répartie dans deux Cantons : le canton Agotimé Nord qui est constitué de huit villages compte 9 928 habitants et celui du Sud constitué de onze villages pour 6 983 habitants. Elle connaît une forte fécondité et une forte mortalité comme c'est le cas des autres milieux ruraux du Togo. Les décès infantiles sont aussi récurrents dans cette zone fortement paupérisée où sept personnes sur dix vivent en dessous du seuil de pauvreté (DGSCN-Togo 2013b; INSEED-Togo 2016b). L'activité principale de cette population est l'agriculture dans un type de végétation clairsemée par des parcelles de cultures vivrières ou de cultures de rente qui sont en voie de disparition. Toutefois, je signale

⁸ Recensement réalisé par la Direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale du Togo.

ici que la malnutrition chronique est élevée et touche en moyenne près de 30 % des enfants au Togo et surtout en milieu rural (DGSCN-Togo 2014b).

L'habitat est caractérisé par des petits villages situés sur les rives de la rivière Todjin (*Tɔdzie*) (Photo 2) qui prend sa source sur le versant sud de la montagne Danyi pour terminer sa course dans la bordure sud de la plaine de Keta au Ghana (Spieth 2009 [1906]).



Photo 2 : Rivière Todjin (*Tɔdzie* ou *Tɔdzè*)

© Kodzo Awoenam Adedzi, août 2015

L'inondation provoquée par cette rivière apporte un banc de sable et l'humus sur les rives, mais empêche souvent les populations d'aller au champ. Dans les villages, se trouvent plusieurs concessions plus ou moins dispersées qui abritent les lignages ainsi que les familles. Comme je l'ai signalé précédemment, cette localité du pays est essentiellement rurale et la majorité des populations tire sa subsistance de l'agriculture, dont la principale culture est l'igname (*dioscoréacée*) (Photo 3).



Photo 3 : Tubercules d'ignames des Agotimés

(Image prise à Nyitoé lors d'un rituel de célébration des prémices de l'année, autorisant la consommation de l'igname et annonce le début de la nouvelle année)

© Kodzo Awoenam Adedzi, septembre 2015

Les principaux arbres que l'on peut identifier sont : l'iroko, le palmier, le teck, le rônier, l'acajou, le baobab, etc. J'ai noté aussi la présence des fruitiers comme le manguier, l'oranger, papayer, avocatier, etc. Les types de sols exploités par les populations rurales sont d'aspects rouge et noir. Ils sont adaptés, selon les mères, tutrices et guérisseurs interviewés, aux cultures de rente comme le café et le cacao ainsi qu'aux cultures vivrières, dont la culture dominante est l'igname. Le climat est caractérisé par les changements brusques de température et ce type de climat est marqué par l'alternance de deux saisons : les premières semaines d'avril marquent souvent le début de la première saison pluvieuse qui dure trois ou quatre mois; la petite saison pluvieuse commence en octobre et s'achève en novembre (Spieth 2009 [1906]). Mais les durées des pluies sont très inégales et de plus en plus perturbées. Le régime pluviométrique connaît deux pics pluviométriques séparés par un creux appelé parfois une petite saison sèche. Ce qui favorise deux campagnes agricoles au cours de l'année entre mai et août pour la grande saison pluvieuse et entre septembre et décembre pour la petite saison pluvieuse.

En ce qui concerne le profil épidémiologique, la plupart des affections et problèmes de santé sont dus aux infections microbiennes ou parasitaires. Mais le paludisme constitue le plus lourd fardeau pour le système de santé au Togo, car il totalise en moyenne 40 % de toutes les consultations externes avec une grande vulnérabilité des enfants de moins de cinq ans (DGSCN-Togo 2014b). Un certain nombre de problèmes, suscités par les complications liées à l'accouchement, mettent aussi très directement en cause le système de santé.

Les indicateurs sur le plan démographique et épidémiologique montrent une faiblesse du système de santé en matière d'offre des services à la population d'une manière générale, surtout, dans les milieux ruraux et les plus isolés des villes. De toute évidence, cette situation aura une conséquence négative en ce qui concerne la santé et la survie des enfants.

1.1.3 État de santé de la population au Togo

Comme les indicateurs de santé l'indiquent dans le tableau 1, l'état de santé de la population togolaise est comparable à l'ensemble de la population de la sous-région subsaharienne. Ainsi, le taux de fécondité a baissé de 22,2 % au Togo alors qu'il a baissé un peu moins dans l'ensemble de la région subsaharienne (19,4 %) entre 1990 et 2010. Pour cette même période, l'espérance de vie à la naissance s'est accrue de 1,8 % seulement au Togo alors que cette augmentation est de 16 % dans l'ensemble de la région subsaharienne. De même, la mortalité des enfants de moins de cinq ans a baissé de 37,7 % au Togo alors qu'elle a connu une baisse de 49,4 % durant cette même période. À la différence de ce qui est observé dans la sous-région subsaharienne, la croissance faible de l'espérance de vie à la naissance et la baisse légère de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans durant cette période au Togo peuvent être expliquées *à fortiori* par les effets de la crise sociopolitique que le pays a connue de 1991 à 2005.

Tableau 1 : État de santé au Togo comparé à l'Afrique au sud du Sahara

Indicateurs de santé	Togo				Afrique au sud du Sahara			
	1990	2000	2010	2015	1990	2000	2010	2015
Espérance de vie à la naissance (en années)	56	53	57	60	50	51	58	-
Taux de fécondité (naissances par femme)	6,3	5,4	4,9	4,5	6,2	5,6	5,0	-
Taux de mortalité, -5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	146	121	91	78	176	139	89	-
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	-	-	-	-	106	86	60	-

Source : Banque mondiale 2017 (Base de données sur les indicateurs de développement mondial)

Les difficultés d'accès des populations aux formations sanitaires publiques sont aussi perceptibles. À partir des années 1980, des déséquilibres économiques importants au niveau du budget de l'État, de la balance des paiements, de l'endettement extérieur, de l'accès aux structures de santé publique ont commencé à apparaître (Gogué 1997). Les raisons de ces mauvaises performances économiques, à la fois internes et externes, ont contraint l'État togolais à appliquer des réformes économiques profondes, à savoir les Programmes d'ajustement structurel (PAS) à partir de la deuxième moitié des années 1980 (Gogué 1997). En vue de stopper la dégradation conséquente du bien-être de la population, de rétablir les grands équilibres macroéconomiques et de relancer la croissance économique, ces mesures ont tenu compte de la dimension sociale. De surcroît, l'insuffisance des ressources humaines associée aux effets de la crise sociopolitique persistante de 1991 à 2005 a eu également des effets négatifs considérables sur les services de soins de santé offerts aux populations. L'état précaire des bâtiments et des équipements, les problèmes de l'accueil, l'indisponibilité des médicaments et matériel sont perceptibles. En conséquence, le taux de consultations curatives dans les hôpitaux et dispensaires publics est en moyenne inférieure à 30 %, en raison aussi de l'éloignement de la population et des difficultés financières de celle-ci (Ministère de la santé 2012). Ces difficultés ont entraîné une baisse importante de la performance du système de santé publique, surtout à l'hôpital de la préfecture d'Agou où se dirigent souvent les mères et tuteurs agotimés (Photo 4).



Photo 4 : Hôpital d'Agou

© Kodzo Awoenam Adedzi, septembre 2015

Les décès néonataux représentent plus du tiers des décès des enfants de moins de cinq ans et deux enfants sur cinq décèdent durant les 28 premiers jours de vie (PNDS 2012-2013). Les causes souvent évoquées par les administrateurs de la santé publique sont les infections sévères, la prématurée et l'asphyxie durant l'accouchement (Photo 5). Mais ce nombre élevé de décès néonataux explique davantage la faible performance du système de santé qui ne répond pas efficacement à la demande de santé des populations. En effet, le manque de personnel de santé, de matériels et d'infrastructures adéquates sont surtout observés dans les milieux ruraux. L'offre de services de santé biomédicale étant insuffisante, la médecine traditionnelle peut-elle trouver une place constructive dans le système de soins de santé?



Photo 5 : Maternité de l'hôpital d'Agou

© Kodzo Awoenam Adedzi, septembre 2015

Diverses causes majeures sont susceptibles d'influencer la santé de l'enfant, mais l'incapacité du système de santé publique à offrir des soins adéquats est liée à plusieurs facteurs. En effet, la détérioration de l'économie togolaise a pour conséquence la faiblesse du gouvernement togolais à assumer le poids financier des systèmes de santé mis en place pendant les périodes de crise et surtout entre 1991 à 2005. La reprise de la coopération en 2007 avec les partenaires financiers peut certes profiter aux enfants, mais la réglementation en vigueur au Togo concernant la loi n°01-017 du 14 décembre 2001, relative à l'exercice de la médecine traditionnelle, peut être un atout majeur de réduction de risque de décès des enfants. Pour une meilleure appréhension du phénomène de la santé infantile chez les Agotimés au Togo, la connaissance du niveau d'intégration de la médecine traditionnelle dans la sous-région ouest-africaine s'avère nécessaire.

1.1.4 Conception de la personne, de l'être, de la vie et de la mort

Au sens strict du terme *Homo* « homme, être humain », l'expression *ame* (personne humaine, être humain) est un terme général utilisé dans la société agotimée pour désigner un individu, mais pour faire une distinction selon le genre, les termes *ηtsu* et *nyonu* sont utilisés pour désigner respectivement l'homme et la femme (Agblemagnon 1957). Lorsqu'il s'agit de parler des enfants, les termes *ηtsuvi* et *nyonuvi* sont employés pour évoquer respectivement le petit être humain (garçon) et la petite créature humaine (fille). C'est donc par rapport à la personne humaine que l'on peut parler d'une expérience ontologique. L'ontologie se référant ici, d'une part, à la nature de la réalité, à la nature des êtres humains et des non-humains, de la vie, de la mort, et des objets; et, d'autre part, à la nature de leurs relations incluant leur existence, leur enchevêtrement et leur devenir communs telles que conçues, vécues et mises en actes par la population étudiée (Poirier 2016). Ainsi, la personne humaine se sent non seulement comme être, mais elle est avant tout un être vivant (*Amegbetɔ* qui vient de *ame*=homme, *agbe*=la vie et *tɔ*=posséder) ou mourant (*Amekuku* qui vient de *ame*=homme et de *eku*=la mort), un sujet qui « grandit » ou « s'éteint » et sa conscience (*dzitsinya*) varie en fonction du temps. En d'autres termes, l'être s'évalue dans le temps, car il incarne la souffrance, la vulnérabilité, le manque, le désir et l'équilibre liés à la thérapie et à la prévention, en un mot le changement (Agblemagnon 1957; Augé 1986). Il vit ainsi l'expérience fondamentale de toute conscience humaine qui recherche perpétuellement la croissance vitale et une sécurité rassurante.

Pour la population étudiée, la conscience humaine (*dzitsinya*) en tant que substrat de l'existence repose sur la croyance aux divinités ancestrales et à Dieu (*Mawu*) à travers l'adoration sans équivoque d'un « *trɔ̃* familial » (*fome trɔ̃*), d'un « *trɔ̃* du village » (*du trɔ̃*)⁹, des sièges ancestraux (*tɔgbuizikpui*), etc. La personne humaine doit faire tout pour respecter les règles et les pratiques liées à l'adoration de telle ou telle divinité en contrôlant sa parole en public, en respectant les interdits alimentaires, en utilisant modérément les boissons alcooliques, etc. Ainsi, une bonne relation avec le monde visible et le monde invisible

⁹ *Trɔ̃* au singulier ou *trɔ̃wo* au pluriel sont des dieux terrestres qui servent d'intermédiaires entre *Mawu* (Dieu) et les populations agotimées et vice versa. Ils sont matérialisés sous diverses formes : tertre, arbre entouré d'un pagnon de couleur blanche, un enclos fermé par un rideau de couleur blanche, etc. Le culte (vénération religieuse vouée à un *trɔ̃*) est assuré par un ou des responsables (un « prêtre du *trɔ̃* » ou des « prêtres du *trɔ̃* »).

conditionne la bonne relation entre les personnes et tout ce qui les entoure. C'est pourquoi la population étudiée pense qu'il est important d'entretenir une bonne relation avec les divinités ancestrales et Dieu (*Mawu*) : l'être et sa destinée prénatale (*gbetsi*), les ancêtres (*blemametowo* ou *ameyinugbewo*) et les vivants (*gbagbeawo*), l'être et sa famille (*fome*). Bref les interactions avec le surnaturel occupent une place importante dans le maintien de l'harmonie entre les personnes, et se trouve être une condition pour une meilleure santé physique, mentale et sociale. Cela se traduit par l'entraide (*fidodo*), le partage ou l'échange mutuel et le ménagement.

Comme la destinée prénatale (*gbetsi*) d'un enfant est en relation avec ses ancêtres familiaux (*fome blemametowo*) ou l'ancêtre réincarné (*Dzɔtɔ*) la relation des parents biologiques avec les ancêtres détermine l'état de santé physique, mentale et sociale de l'enfant. Cette relation se traduit par la manière dont les parents biologiques vénèrent les sièges ancestraux (*tɔgbuizikpui*) de la famille maternelle et paternelle de l'enfant, ainsi que d'autres divinités (*trɔwo*).

Revenons un peu sur le terme *blemametowo* (c'est-à-dire « ancêtre » dans ce cadre) : selon Agblemagnon (1957), le préfixe « *blema* (passé, antiquité) n'apparaît éloigné peut-être que pour caractériser la présence permanente des ancêtres qui, au fond, sont toujours des « contemporains »; mais « *blemametowo* », les gens des temps passés, fait plus allusion à la notion habituelle d'histoire qu'à celle de « passé ». » (Agblemagnon 1957 : 226). Le préfixe *blema*, dans l'expression *blemametowo*, entendu comme le « passé » apparaît peut-être inadéquat pour caractériser la présence permanente des ancêtres, car ils sont toujours des « contemporains ». En ce sens, parler des « gens des temps passés » ou « ancêtres » (*blemametowo*) fait plus allusion à leur biographie qu'à leur disparition dans un passé lointain. Cette pensée des populations agotimées peut se résumer comme suit : « les parents qui nous quittent définitivement ne font que changer d'état pour vivre à la fois notre monde terrestre [*Agbeme*] et le monde de l'au-delà [*Avlime*]. Ils nous assistent, nous protègent. Leur concours est assuré à qui sait les honorer, les implorer et les adorer. » (Hounwanou 1984 : 60). En fait, le refus de ne pas accepter que le présent devienne du passé traduit la permanence du culte des ancêtres qui rappelle les morts à la vie. Autrement dit, une négation de la mort,

car *blema* est à la fois un passé très lointain et un présent, c'est-à-dire un passé éloigné mais considéré toujours proche ou présente par la population agotimée (Agblemagnon 1957).

1.2 Intégration de la médecine traditionnelle dans le système ouest-africain

La majorité de la population qui vit en Afrique et dans les autres pays en voie de développement utilise le service des guérisseurs traditionnels pour leurs soins de santé fondamentaux. Au Ghana, au Mali et au Nigeria le traitement de première intention, pour la plupart des enfants atteints de forte fièvre due au paludisme, fait appel aux plantes médicinales administrées à domicile (OMS 2003). Dans l'éventualité où la médecine traditionnelle serait plus accessible et plus abordable pour la plupart des Africains ruraux, l'Organisation de l'unité africaine (OUA) qui a donné naissance à l'Union africaine (UA) instituait la décennie de la médecine traditionnelle en Afrique allant de 2001 à 2010. L'initiative a eu pour objectif de rassembler tous les intervenants afin de mettre à la disposition de la vaste majorité des Africains des pratiques médicales et des plantes médicinales traditionnelles sûres, efficaces, abordables et de grande qualité. En effet, la reconnaissance accrue de la valeur et de l'importance de la médecine traditionnelle semble apporter un début de solution. L'intégration durable, sûre et efficace de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé publique en Afrique est en cours. Cependant, selon Stanley et Gbeassor (CRDI s.d.), il faut de toute urgence non seulement améliorer les méthodes de récolte et de transformation, mais aussi instaurer une industrie africaine efficace afin de produire et de commercialiser les plantes et les herbes médicinales. Ils admettent qu'il n'y a ni d'industries pharmaceutiques à proprement parler en Afrique ni de recherches concertées. Les entrepreneurs qui doivent bâtir une industrie pharmaceutique font également défaut. L'instauration d'une industrie des plantes médicinales permettrait de renforcer les systèmes de soins de santé et d'améliorer les moyens de subsistance des gens (CRDI s.d.).

Alors, que peut-on retenir du niveau d'intégration de la médecine traditionnelle dans chacun des États ouest-africains? Pour répondre à cette question, je vais présenter dans un premier temps la Politique nationale de santé (PNS) dans certains pays ouest-africains à savoir :

le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Mali¹⁰; dans un second temps, j'évoquerai le cadre réglementaire qui régit la pratique de la médecine traditionnelle dans ces pays en vue de faire ressortir les forces et faiblesses du processus d'intégration. En dernier lieu, je ferai une comparaison du processus d'intégration de la médecine traditionnelle au Togo avec ces pays ouest-africains.

1.2.1 Politique nationale de santé

Les conditions préliminaires indispensables à la réalisation des politiques existent, mais ces politiques ainsi que leurs programmes dans les pays africains ont des limites. En effet, la politique nationale de santé dans chacun de ces pays est héritée du modèle colonial ou occidental qui tient peu compte des exigences endogènes.

Pour le cas du Bénin par exemple, la médecine traditionnelle est offerte par une gamme variée de guérisseurs (phytothérapeutes, accoucheuses traditionnelles, psychothérapeutes, etc.). Mais il n'existe pas concrètement de textes réglementaires avant 2001. Cependant, la volonté de faire valoir la médecine traditionnelle date de 1972, alors que les autorités se sont prononcées pour une première fois. Cette politique visait à étendre et développer les services sanitaires existants et à accorder une attention particulière aux populations rurales. Très tôt, la politique nationale de santé s'était orientée vers l'intégration de la médecine traditionnelle béninoise dans le système de soins de santé publique. On peut distinguer deux facteurs majeurs liés à ce revirement : d'une part, la dégradation de l'économie et le poids de la dette de santé vers les années 1980 (les effets de l'ajustement structurel); d'autre part, la disparition progressive de la gratuité des services publics. Plus tard en 1984, un décret du ministère de la santé a permis la création d'une Direction de la recherche de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle dont la mission était la promotion de la médecine traditionnelle et son intégration dans les soins de santé primaires. En 1986, l'État béninois par décret présidentiel (Décret n°86-69 du 3 mars 1986) relatif à la pratique de la médecine traditionnelle reconnaît l'Association nationale des praticiens de la médecine traditionnelle

¹⁰ Ces pays ont été choisis sur la base des critères de comparabilité : mortalité infantile et espérance de vie à la naissance observées dans chacun de ces pays, comparées avec celles du Togo. On peut se référer aux statistiques de l'Unicef (2012) pour plus d'informations. Toutefois, il est prudent de replacer les indicateurs dans leur contexte.

du Bénin (ANAPRAMETRAB). La volonté du gouvernement d'intégrer la pharmacopée et les soins médicaux traditionnels dans le Plan national de développement sanitaire (PNDS) sera concrétisée quatre années plus tard. En 1996, un Programme national de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle (PNPMT) sera créé pour organiser et superviser les activités. Ce n'est qu'en 2001, grâce au forum national tenu sur la politique d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique béninois, que le Décret 2001-036 du 15 février 2001 fixant les principes de déontologie et les conditions de l'exercice de la médecine traditionnelle sera adopté. De même, la date du 12 juin a été retenue comme Journée nationale de la médecine traditionnelle (JNMT) au Bénin permettant ainsi de faire l'état des lieux sur la collaboration entre la biomédecine et la médecine traditionnelle. Toutefois, beaucoup restent à faire en ce qui concerne la définition des politiques sanitaires.

Tout comme au Bénin, les modalités concrètes restent à définir en Côte d'Ivoire. Mais il faut noter que la politique sanitaire de ce pays reposait essentiellement sur la biomédecine jusqu'en 1993. Si avant l'accession du pays à la souveraineté nationale, la politique sanitaire a été marquée par l'utilisation combinée des unités fixes et mobiles, la période suivante visait beaucoup plus la construction des infrastructures et la formation du personnel. Malgré les efforts de modernisation entrepris par les autorités ivoiriennes, les aspects relatifs à la médecine traditionnelle n'ont pas été pris en compte dans l'élaboration des politiques sanitaires. Toutefois, de nouvelles orientations ont été prises récemment en ce qui concerne la définition des objectifs de la politique sanitaire nationale, dont l'intégration de la médecine traditionnelle dans la politique sanitaire. Ce qui favorisera la collaboration entre guérisseurs traditionnels et le personnel de soins de santé moderne. Toujours est-il que la volonté politique n'est pas totalement exprimée pour l'intégration de la médecine traditionnelle.

Le Ghana a adopté une loi sur la réglementation du secteur de la médecine traditionnelle à l'Assemblée nationale. Néanmoins, un programme destiné à la formation des étudiants en maîtrise en sciences sur les plantes médicinales a été déjà amorcé à l'Université des sciences et technologies Kwame Nkrumah. En 2001, une conférence portant sur l'intégration de la médecine traditionnelle ghanéenne dans le système de santé publique a été organisée par le Ministère ghanéen de la santé, en collaboration avec une ONG dénommée « Africa First » et la Fédération ghanéenne des associations de tradipraticiens. Dans la perspective de la

promotion de la médecine traditionnelle, le Ministère ghanéen de la santé traduisait la vision du gouvernement par la création d'une École de médecine traditionnelle qui délivre un diplôme de tradipraticien comme cela se fait en Inde par exemple depuis les années 1940 (Schensul *et al.* 2006).

En tout état de cause, dès les années 1960 la politique nationale de santé au Mali était orientée vers la valorisation de la médecine traditionnelle et cette volonté s'est surtout manifestée à partir de 1968 par l'adoption d'une législation (lois et décrets) visant une meilleure organisation de ce secteur. Cette volonté politique de promotion de la médecine traditionnelle se traduit de la manière suivante :

The Department for Traditional Medicine, within the National Institute for Research on Public Health (part of the Ministry of Health), was founded in 1968 (originally as the National Institute of Phytotherapy and Traditional Medicine), and in 2005 moved to new purpose-built premises. (Willcox *et al.* 2012 : 212)

Selon Pousset (2006), cette volonté politique s'est concrétisée surtout par la création au sein de l'Institut national de la recherche en santé publique (INRSP) d'une structure consacrée à la médecine traditionnelle qui est devenue plus tard un Département de médecine traditionnelle (DMT) en 1986. Contrairement aux trois États ci-dessus, des avancées notables sont observées au Mali. Au début, la politique nationale de santé de ce pays a été orientée vers la recherche de l'amélioration des infrastructures pour rendre les services de soins de santé accessibles à la population jusqu'à la fin des années 1960. Dès 1968, l'État se désengage progressivement des dépenses de santé. La réduction du budget alloué à la santé a pour conséquence une diminution de la qualité des services de soins offerts et une insuffisance du personnel de santé. En 1983, la gratuité des prestations a été supprimée officiellement en vue de réorienter la politique sanitaire vers le recouvrement des coûts. En 1990, a été déclarée la politique sectorielle de santé et de la population, accordant ainsi une priorité aux actions sanitaires en milieu rural et périurbain. Cette politique transforme ainsi le secteur de la santé en secteur d'investissement qui obéit à la loi de l'utilisation rationnelle des ressources aux fins durables. Comme signalée auparavant, la médecine traditionnelle a été vraiment intégrée dans la politique sanitaire nationale de ce pays très tôt.

1.2.2 Cadre réglementaire de la pratique de la médecine traditionnelle

Le texte réglementaire qui fixe les principes de déontologie et les conditions de l'exercice de la médecine traditionnelle au Bénin est récent et date de 2001. Pourtant, il existait depuis 1984 un décret n°84-505 du 17 juin 1984 portant sur la création d'une Direction de la recherche de la médecine traditionnelle. Cela pourrait être la conséquence des diverses difficultés rencontrées par l'ANAPRAMETRAB, dans la mesure où il est observé des antagonismes entre les praticiens traditionnels et le personnel de santé publique.

Selon Kouakou (2013), le « processus de reconnaissance et de l'intégration de la médecine traditionnelle à l'ensemble du système de santé s'est concrétisé en Côte d'Ivoire par la création du Programme national de promotion de la médecine traditionnelle [...] » (Kouakou 2013 : 21; 22). De même, l'étude réalisée par un collectif de chercheurs dans le district autonome d'Abidjan révèle l'absence de cadre réglementaire dans l'exercice de la pratique de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire (Manouan *et al.* 2010). En effet, l'exercice de la médecine traditionnelle dans ce pays souffre alors d'un certain nombre d'insuffisances. Par ailleurs, selon les auteurs de cette recherche, 86 % des tradipraticiens sont ivoiriens et appartiennent pour la plupart au groupe ethnique Akan (42 %) et Krou (11 %) ou sont lagunaires (11 %). La minorité des tradipraticiens non-ivoiriens sont essentiellement des Béninois (31 %) de l'ethnie Fon et des Burkinabé (24 %) de l'ethnie Mossi. Ces tradipraticiens exercent pratiquement leurs activités dans les communes de Yopougon (40 %) et Abobo (17 %). Une des recommandations issues des résultats de cette recherche est l'adoption d'une loi avec des décrets d'applications clairs en faveur de la pratique de médecine traditionnelle. Ce qui permettra selon les auteurs, la mise en place d'un conseil de la médecine traditionnelle qui veillera à un meilleur exercice de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire. En réalité, c'est en août 1995 que le Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique a intégré la médecine traditionnelle dans son Plan national de développement sanitaire. Selon Konan (2012), cette reconnaissance s'est traduite par la création d'une sous-direction de la médecine traditionnelle. Les premières tentatives de collaboration commencent en 1998 par le recensement des tradipraticiens de santé, des pratiques thérapeutiques, des pathologies et des plantes médicinales. En décembre 2001, le Programme national de promotion de la médecine traditionnelle a été créé par l'Arrêté

n°409/CAB/MSPH du 28 décembre 2001 du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique. En somme, il existe un vide juridique en Côte d'Ivoire, car la mise en place des textes législatifs régissant la pratique de la médecine traditionnelle est en cours.

Au Ghana, la loi n°575 (Act 575) portant sur la pratique de la médecine traditionnelle (*Traditional Medicine Practice Act, 2000*) a été votée le 28 février 2000 et notifiée à la *Gazette* le 17 mars 2000. Cette loi établit un conseil qui doit réglementer la pratique de la médecine traditionnelle, prévoit l'enregistrement des praticiens traditionnels et la délivrance de licences. Il est observé que les autorités ghanéennes délivrent déjà des autorisations pour la mise sur le marché des médicaments à base de plantes traditionnelles. Ces médicaments sont préparés par des « pharmaciens » ou des petits « laboratoires » privés (Pousset 2006). À partir de 2010 jusqu'à ce jour, plusieurs autorisations de mise sur le marché des médicaments traditionnels ont été accordées à un nombre croissant de praticiens traditionnels.

Trois textes réglementaires encadrent la pratique de la médecine traditionnelle au Mali : le Décret n°94-282/P-RM qui détermine les conditions de l'ouverture des cabinets privés de consultation et de soins traditionnels, d'herboristeries et d'unités de production de médicaments traditionnels améliorés; le Décret n°95-009/P-RM du 11 janvier 1995 instituant un visa des produits pharmaceutiques et enfin l'Arrêté n°95-1319/MSS-PA/SG du 22 juin 1995 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de cabinets privés de consultation et de soins traditionnels, d'herboristeries et d'unités de production de Médicaments traditionnels améliorés (MTA). En ce qui concerne la demande d'ouverture des cabinets de consultation et de soins traditionnels, il est prévu des conditions aux requérants. De même, les critères sont prévus dans les Articles 5 et 6 du Décret n°95-009/P-RM du 11 janvier 1995 pour la constitution des dossiers en vue de l'obtention d'un brevet pharmaceutique dans le cadre de l'exercice d'une activité de fabrication des médicaments. Il est prévu aussi des textes réglementaires des conditions pour la qualité des produits fabriqués ainsi que leur parution sur le marché. Ainsi, les diplômés spécialisés en eaux et forêts de l'Institut polytechnique rurale de Katibougou, les diplômés en Biologie de l'École nationale supérieure et les personnes agréées de plantes médicinales ont bénéficié de cette réglementation. Toutes ces mesures sont prises par les autorités maliennes pour améliorer le secteur de la médecine traditionnelle. Toutefois, des efforts restent à faire dans ce domaine pour mieux aider les

guérisseurs traditionnels qui sont toujours confrontés à des difficultés. Autant valoriser la médecine traditionnelle par sa reconnaissance, autant aider les guérisseurs traditionnels, car cette médecine traditionnelle doit faire face à la concurrence qui domine dans le système de soins de santé du pays.

L'examen du cadre réglementaire des quatre pays montre que seul le Mali apparaît comme le pays où les textes législatifs régissant la pratique de la médecine traditionnelle ont été mis en place le plus tôt. Selon Pousset (2006), l'autorisation de quelques MTA, leur mise en vente sur le marché et leur inscription dans le Formulaire national de médicaments sont des réalités au Mali. Il s'agit de Malarial-5, antipaludique issu de l'association de 3 plantes : *Lippia chevalieri* (32 %), *Cassia occidentalis* (62 %) et *Spilanthes oleracea* (6 %); le Sirop Balembo, antitussif préparé à partir des fruits de *Crossopterix febrifuga*; le Gastrosédal, traitement de la gastrite et de l'ulcère gastroduodéal à base d'une poudre de racines de *Vernonia kotschyana*; l'Hépatisane (décoction), cholagogue, cholérétique et diurétique à base de feuilles de *Combretum micranthum*; le Dysenterial (tisane), traitement de la dysenterie amibienne et de la diarrhée à base d'*Euphorbia hirta*; le Psorospermine (extrait de *Psorospermum guineense*), traitement des infections cutanées en pommade; le Laxacassia (tisane), laxatif à base de feuilles de *Cassia italica*. En effet, les autorités de ce pays avaient déjà, dès le début des années 1980, pris conscience de l'importance de la médecine traditionnelle. Sans doute, la tentative de réglementation du secteur de la médecine traditionnelle dans chacun des États aura une influence sur la santé et le bien-être des enfants. Aujourd'hui, des efforts sont également faits dans les autres pays et surtout au Ghana où il est observé une collaboration entre les guérisseurs traditionnels et le personnel de santé publique. Cette collaboration a abouti à l'acceptation et l'utilisation de certains médicaments traditionnels dans les hôpitaux publics par le personnel médical.

Il ne fait aucun doute que la médecine traditionnelle suscite un intérêt grandissant. Cet intérêt continuera probablement à croître partout dans les pays de l'Afrique en général et en Afrique de l'Ouest en particulier. Un état des lieux effectué par l'OMS en 2013 à différents endroits et à une période récente confirme cette progression relevant ainsi des avancées dans le développement des politiques publiques et la formation des prestataires au sein des États africains membres de l'OMS. Ainsi, le nombre de pays d'Afrique dotés d'une politique

nationale de la médecine traditionnelle est passé de huit durant la période 1999-2000 à 39 en 2010. Ceux qui ont élaboré un plan stratégique national pour la médecine traditionnelle étaient au nombre de 18 en 2010 alors qu'il n'y en avait pas durant la période 1999-2000. Le nombre des cadres réglementaires nationaux est passé de 1 durant la période 1999-2000 à 28 en 2010, si l'on tient compte de divers instruments tels que les codes de déontologie et le cadre juridique régissant l'exercice des praticiens de la médecine traditionnelle. En 2010, 8 pays avaient institutionnalisé des programmes de formation à l'intention des praticiens de la médecine traditionnelle et 13 avaient élaboré des programmes de formation destinés aux étudiants en sciences biomédicales et en médecine traditionnelle. Depuis 2003, ces pays d'Afrique organisent la Journée africaine de la médecine traditionnelle. Les tradipraticiens, les professionnels de la biomédecine, les scientifiques, les organisations non gouvernementales (ONG) et d'autres parties prenantes s'y réunissent pour des activités collectives telles que des expositions, des débats, des conférences, des séminaires, des tables rondes et des événements culturels. Ces manifestations rehaussent la visibilité de la médecine traditionnelle et mettent les activités en évidence. En 2010, certains pays ont instauré une semaine nationale de la médecine traditionnelle et 22 pays faisaient de la recherche sur des médicaments traditionnels pour le paludisme, le VIH/SIDA, la drépanocytose, le diabète et l'hypertension, en utilisant les lignes directrices de l'OMS. Par la suite, quatre pays ont inclus des médicaments traditionnels dans leur liste nationale de médicaments essentiels. Douze pays ont délivré des autorisations de mise en vente sur le marché des médicaments traditionnels, dont trois pour le Cameroun et le Congo, à plus de 1 000 pour le Ghana et le Nigeria, alors que seul le Mali avait accordé de telles autorisations au moment de l'enquête initiale de la période 1999 à 2000 de l'OMS. Des lignes directrices ont été précisées pour la protection des Droits de propriété intellectuelle (DPI) et des connaissances autochtones dans le domaine de la médecine traditionnelle. En 2010, six pays disposaient d'outils nationaux de protection des DPI et des connaissances autochtones dans le domaine de la médecine traditionnelle, alors que ces outils n'existaient dans aucun pays durant la période 1999-2000. Huit pays ont créé des bases de données sur les praticiens de la médecine traditionnelle, sur les connaissances autochtones dans le domaine de la médecine traditionnelle et sur l'accès aux ressources biologiques. Des outils de formation ont été mis en place à l'intention des étudiants en sciences biomédicales et des tradipraticiens (OMS 2013b).

C'est dans un tel contexte que la question de l'intégration de la médecine traditionnelle togolaise dans le système de santé publique du Togo se pose. De plus, la compréhension de ce niveau d'intégration comparé aux autres pays de l'Afrique de l'Ouest devient un impératif. Ce qui donne l'impression que l'intégration de la médecine traditionnelle dans un système de santé publique passe seulement par la législation. Mais il y a d'autres points d'attachement de la médecine traditionnelle dont le système législatif est en marge. La réglementation n'est pas le seul facteur important dans le processus d'intégration de la médecine traditionnelle en Afrique. Il faut des actions combinées de tous les acteurs qui permettent de combler les attentes et les préférences spécifiques des populations. Ainsi, la discrétion qui traditionnellement entoure la thérapie traditionnelle, la présence réconfortante de l'entourage familial, le bénéfice de soins traditionnels tels que les massages de la mère et de l'enfant après délivrance, l'accès aux suites de couches (cordon, placenta) après l'accouchement, sont autant d'éléments dont l'exclusion influence négativement l'intégration de la médecine traditionnelle (Beninguisse *et al.* 2004).

Maintenant qu'une idée approximative du niveau d'intégration de la médecine traditionnelle en Afrique de l'Ouest vient d'être connue, le moment est venu d'aborder le cas du Togo et sa situation par rapport aux autres pays de l'Afrique de l'Ouest.

1.2.3 Niveau d'intégration de la médecine traditionnelle au Togo comparé aux pays de l'Afrique de l'Ouest

Comme dans les autres pays de l'Afrique de l'Ouest, les populations togolaises et surtout celles en milieu rural très pauvre ont des difficultés à faire face aux traitements coûteux mis au point par les industries pharmaceutiques, car ces traitements sont trop dispendieux. De plus, le personnel de santé publique est très insuffisant dans les milieux ruraux à cause de leur concentration dans les zones urbaines. Selon le Ministère de la santé (2012), l'État togolais reste le principal fournisseur de soins avec 67 % du total de l'offre de services de soins en 2009. Le secteur privé, en majorité à but lucratif, assure 33 % de l'offre et est surtout concentré dans la capitale et ses environs.

Il existe également un secteur privé de soins traditionnels reconnus et très sollicités par les populations surtout en zones rurales. Mais la médecine traditionnelle n'est pas encore bien

organisée. En effet, cette situation est liée à plusieurs facteurs et selon l'histoire, déjà « en 1960, le Togo possédait 160 dispensaires, et la médecine traditionnelle, dédaignée par le personnel médical, perdait du terrain au profit de la médecine occidentale » (Gayibor 2011b : 480).

En vue d'améliorer l'accessibilité géographique et la qualité des soins, il est prévu un certain nombre de mesures, dont le renforcement des partenariats public-public et public-privé en incluant la médecine traditionnelle, la société civile et les structures communautaires. Pour le développement de ce partenariat, la politique nationale d'approche contractuelle adoptée en 2003 sera actualisée et servira de cadre de référence. Il est prévu également un renforcement de la collaboration avec les praticiens de la médecine traditionnelle afin d'améliorer l'accessibilité socioculturelle et financière aux soins de santé. De plus, il n'est pas étonnant que la plupart des personnes atteintes de la maladie fassent appel aux guérisseurs pour les aider à la combattre. Malgré le scepticisme affiché par plusieurs défenseurs de la biomédecine, certaines indications montrent, selon Stanley (CRDI s.d.) que les remèdes à base de plantes offerts par ces guérisseurs seraient non seulement à la portée de toutes les bourses, mais d'une grande efficacité. Cependant, la politique nationale de santé du gouvernement togolais visant une intégration progressive de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique est confrontée à plusieurs difficultés tant au niveau de l'État qu'au niveau des praticiens traditionnels. En effet, comparativement aux autres pays évoqués précédemment le Togo est très en retard tout comme le Bénin et la Côte d'Ivoire dans l'adoption des textes réglementaires qui doivent structurer le secteur de la médecine traditionnelle. En effet, le texte réglementaire qui fixe les principes de déontologie et les conditions de l'exercice de la médecine traditionnelle est la loi n°01-017 du 14 décembre 2001 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle au Togo. Dans ce texte de loi voté par l'Assemblée nationale et promulgué par le Président de la République, il est prévu en son article 8 un arrêté du Ministre de la Santé qui doit déterminer les critères requis pour être reconnu comme tradithérapeute, accoucheuse traditionnelle, herboriste, etc. De plus, il existe au Togo plusieurs associations nationales, régionales, préfectorales et locales qui ont des difficultés à se fédérer. À cet égard, il est observé sur le terrain l'absence d'une véritable coordination des actions entre les différentes associations à cause des problèmes de leadership.

Conclusion du chapitre

Les multiples aspects liés au contexte général de l'étude ont été parcourus les uns après les autres. On peut remarquer que divers facteurs majeurs qui existent sont susceptibles d'influencer la santé des enfants qui résident dans un milieu rural au Togo. Dans ce contexte où les services de santé biomédicale sont difficilement accessibles à la population rurale, émergent des interrogations relatives à la place des savoirs traditionnels de soins de santé dans le système de santé publique au Togo. Toutefois, il est à noter qu'au-delà des obstacles géographiques et institutionnels, viennent se greffer les facteurs économiques dus à la longue crise sociopolitique qui a secoué le pays. Le contexte social affiche une extrême pauvreté dans les milieux ruraux où sept personnes sur dix vivent en dessous du seuil de pauvreté. La vie politique du pays qui est marquée par des troubles sociopolitiques au début des années 1990 a occasionné une instabilité des institutions sanitaires. En effet, l'isolement du Togo entraîné par la suspension de la coopération internationale a eu pour conséquence une réduction drastique de l'aide publique au développement dont le niveau est passé de 11,9 % du Produit intérieur brut (PIB) en 1990 à 2,5 % en 2003 (Ministère de la santé 2011). De plus, malgré l'adoption de trois plans nationaux de développement sanitaires (2002-2006, 2009-2013 et 2012-2015) et diverses stratégies nationales spécifiques en vue de la mise en œuvre de la politique nationale de santé de 1998, il existe toujours plusieurs besoins sanitaires qui sont non satisfaits. En effet, la mise en œuvre de ces différents plans est intervenue dans un contexte sociopolitique et économique difficile marqué par la raréfaction des ressources due en partie à une réduction significative de la coopération internationale. Ce qui n'a pas permis d'atteindre tous les objectifs d'amélioration de la santé des populations rurales et urbaines attendus dans le document de politique nationale de santé. Ainsi, les progrès sanitaires accomplis depuis les indépendances tendent à disparaître à cause de la détérioration de l'économie togolaise qui a pour conséquence l'incapacité de l'État à assumer le poids financier des systèmes de santé « traditionnels » et « modernes » mis en place. Toutefois, les dirigeants tentent d'améliorer ses relations financières avec les partenaires internationaux. C'est dans ce contexte de difficulté économique que le processus d'intégration de la médecine traditionnelle a été enclenché par l'État togolais avec l'adoption de la loi n°01-017 du 14 décembre 2001 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle au Togo. Avant de prendre connaissance des cadres théorique et conceptuel, on peut retenir que plusieurs

facteurs majeurs sont susceptibles d'influencer la santé de l'enfant au Togo. Toutefois, il est à noter qu'au-delà des obstacles démographiques, sanitaires, sociopolitiques et institutionnels, viennent se greffer les facteurs culturels et économiques.

CHAPITRE 2 :

PROBLÉMATIQUE, ANCRAGE THÉORIQUE ET BALISES CONCEPTUELLES

Introduction du chapitre

Le présent chapitre traite des cadres théorique et conceptuel et propose de faire un exposé critique des diverses perspectives théoriques dans le domaine de l'anthropologie médicale en général et, en particulier, celles qui touchent la santé du nourrisson et de l'enfant. En effet, les approches explicatives de la santé infantile sont diverses et proviennent de plusieurs disciplines tant au niveau des sciences sociales qu'au niveau des sciences biomédicales et même de la biotechnologie.

Au-delà des multiples approches qui existent en anthropologie médicale, je mettrai l'accent sur trois perspectives théoriques qui sont discutées dans le cadre de cette recherche; parce qu'elles cadrent avec mes objectifs et ma problématique. Il s'agit de l'approche interprétative, l'approche critique et l'approche interprétative-critique. Je vais donc ressortir les arguments qui soutiennent chaque approche, selon les chercheurs, et les limites de chacune d'elles. De cette réflexion critique, sortira une approche qui permet de répondre aux problèmes relatifs à la santé et au bien-être des enfants du milieu d'étude.

Le chapitre est structuré en diverses sections dont la première précise ma propre problématique de la santé infantile. Elle permet ainsi d'explorer dans les sections suivantes les différentes approches ou théories déjà élaborées concernant le phénomène à l'étude et de définir les différents concepts à des fins d'opérationnalisation.

2.1 Problématique

Au départ, mes premières intentions étaient, d'une part, d'apporter une contribution à la science des connaissances sur les causes liées aux taux élevés de la mortalité infantile en Afrique subsaharienne, de façon à mieux cerner les besoins en structures de soins

pédiatriques. Identifier les facteurs de risques de maladies et de décès dans l'enfance dans un milieu rural africain était l'une des priorités. D'autre part, mes intentions reposaient sur la description des facteurs de risque de décès maternels pour une meilleure prise en charge des soins obstétricaux dans les milieux ruraux défavorisés. En fin de compte, j'ai fait le choix d'étudier la relation entre les notions de culture et santé des enfants de bas âge dans un milieu rural africain, sans ignorer le processus d'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé publique des États africains. Je voulais plus précisément savoir la place qu'occupe la médecine traditionnelle africaine de soins destinés aux enfants dans le système de santé publique. La société agotimée, de par son originalité culturelle (Spieth 2011 [1906]), m'offrait un terrain riche pour la collecte et l'analyse des données nécessaires permettant ainsi d'atteindre mes objectifs. Pour mieux cerner le sujet de recherche et répondre à ma question de départ, à savoir « y a-t-il une place pour la médecine traditionnelle de soins de santé infantile dans le système de santé publique au Togo? », j'aborde ici quelques-unes des problématiques soulevées par les études déjà entreprises dans le domaine de la santé des tout-petits enfants.

Cette recherche est un processus qui vise également l'explication de la mortalité des enfants, dont le point de départ est la constatation du nombre élevé de décès des enfants de bas âge dans un milieu rural au Togo (DGSCN-Togo 2007, 2012). De manière spécifique, l'accent est mis sur les éléments suivants : a) l'absence de données probantes pouvant expliquer le phénomène du nombre élevé de décès des enfants à Agotimé, b) le problème d'intégration de la médecine traditionnelle et sa place dans le système de santé publique et c) la pertinence de la compréhension de la variabilité de la santé des enfants et son inscription dans les théories existantes. Différentes approches seront explorées dans ce chapitre afin d'identifier l'approche ou la perspective théorique qui permettra de traiter le problème posé dans cette thèse (Quivy et Campenhoudt 2011).

2.1.1 Enfance, petite enfance et santé

Le problème dont il est question ici relève du domaine de l'anthropologie médicale de manière générale et plus particulièrement une anthropologie médicale qui s'intéresse à la santé des enfants durant leurs premières années de vie du point de vue socioculturel. Si les problématiques à travers lesquelles l'anthropologie médicale a été construite abordent des

dimensions inédites, elles rejoignent ou renouvellent les interrogations que formulent les anthropologues qui traitent des questions politiques, économiques, sociales et morales (Baer *et al.* 2013; Fassin 2005; Lock et Scheper-Hughes 2013). Plutôt qu'un état des lieux de ce champ important, toute l'attention sera focalisée sur le problème de la santé des enfants de bas âge chez les populations rurales des villages agotimés. C'est donc dans le but de comprendre qu'au-delà de la santé, l'anthropologie qui s'intéresse à la santé des enfants participe d'une anthropologie des politiques de la vie de ces derniers (Fassin 2005).

L'enfance en général et, en particulier, la petite enfance restent toujours une des périodes les plus fragiles dans la vie d'un individu. Alors que dans les pays industrialisés les décès des enfants de moins de cinq ans sont très rares, le risque de mourir en bas âge demeure très élevé dans certains pays de l'Afrique comme le Togo. En effet, la plupart des nouveau-nés qui sont dans les milieux ruraux paupérisés atteignent difficilement l'âge de cinq ans. D'aucuns tenteraient de dire que la biomédecine a contribué énormément à la baisse de la mortalité des enfants dans les sociétés occidentales. D'autres l'attribueront plutôt aux conséquences des grands programmes d'intervention sanitaire lancés par l'OMS depuis sa création. Certes, les progrès de la biomédecine ont contribué à la diminution de la mortalité des enfants dans le monde, mais il est plutôt important de rechercher les autres facteurs ayant contribué à cette baisse de la mortalité des enfants de bas âge. Toujours est-il que l'amélioration des conditions de vie des enfants et de leur mère doit être prise en compte dans les analyses. Or, si l'on dit que le paludisme est la première cause de mortalité des enfants au Togo (OMS 2012), chacun voit à l'œuvre des moustiques qui transmettent le plasmodium. On prend rarement l'initiative de se rendre au domicile des familles pour voir les conditions d'habitation des enfants¹¹. La vision de la santé qui s'impose ordinairement au responsable sanitaire et au décideur politique est donc fondamentalement une vision naturaliste que les statistiques de morbidité et de mortalité viennent finalement objectiver (Dozon et Fassin 2001; Fassin 2005).

¹¹ D'après les agents de santé, l'État togolais néglige parfois d'octroyer le crédit pour la sensibilisation. Le crédit alloué à l'hygiène et à l'assainissement, à la prévention est peu par rapport à ce qui est donné au niveau curatif et cela freine les activités des assistants d'hygiène. Ils n'arrivent plus à travailler comme il le faut. Si l'État pouvait revoir sa manière de financer ce secteur préventif, cela pourrait aider les assistants d'hygiène à travailler plus afin de diminuer la morbidité et la mortalité des enfants au Togo. En effet, selon le personnel de santé interviewé, les parents qui font de la prévention leur priorité, leurs enfants tombent rarement malades (cf. chapitre 4 et 7).

Dans son introduction à l'ouvrage qui traite des systèmes et politiques de santé, Hours (2001) affirmait que la santé en général et surtout celle des enfants de moins de cinq ans donne à une époque et dans une société donnée, le « sens du bien ». Selon cet auteur, le sens du bien est formulé à travers des prescriptions positives et des recommandations concernant l'hygiène de vie, en vue de limiter les risques encourus puis d'optimiser l'espérance de vie de la population. Mais la quête de la santé parfaite d'un enfant par exemple le réduit à ses fonctions biologiques animales, car elle pourrait constituer un appauvrissement considérable de ce qui est humain chez l'enfant. En effet, la santé d'un enfant devient de plus en plus sa vie réduite à sa dimension biologique. Ainsi, le biologisme qui nourrit le mythe de la santé parfaite programme la mort de l'enfant par l'optimisation des risques tendant à le réduire à un animal dressé. L'enfant est considéré comme une machine à consommer. Par exemple, la consommation du lait artificiel et les soins pédiatriques. De même, le personnel biomédical se réduit à une machine à prescrire et à produire ces soins. Il ne fait aucun doute que l'insécurité familiale est liée à des coûts de prévention élevés, à une surconsommation de médicaments par les enfants, phénomènes résultant d'un message préventif de vigilance généralisée qui angoisse les parents. Un phénomène qui relève, toujours selon Hours (2001) de la globalisation qui désigne précisément l'extension mondiale du capitalisme dérégulé et délocalisé. C'est d'abord l'extension planétaire d'un système de production, de travail et de consommation qui est ainsi signifiée. Par exemple, le droit de l'enfant à la santé trouve une place centrale dans ce contexte. Il permet un début de gestion planétaire des pathologies infantiles, de leur prévention, et la diffusion de messages qui promeuvent progressivement l'obsession occidentale de la santé parfaite de l'enfant. Un signe d'un nouveau monde, au moment même où la prise de décision familiale est victime de pressions et d'angoisses collectives croissantes provoquant des transferts de responsabilités manifestes.

La santé des enfants de bas âge représente un énorme marché pour les compagnies d'assurances, un investissement très lourd pour les États, un monde où se développe une concurrence de plus en plus vive; les verrous éthiques nationaux ne constituent plus la garantie d'une moralité à long terme qu'interdisent les marchés évoqués. Nous sommes bien face à une nouvelle frontière et à une forme de colonisation par des normes économiques, sanitaires et juridiques occidentales. Dans ce contexte, la santé parfaite chez un enfant de bas âge devient un mythe rêvé pour réaliser des processus de gestion collective des risques et

d'optimisation des coûts. Or les pratiques de soins des enfants de bas âge ne se réduisent pas au système de santé ou à un ensemble de techniques inspirées de la biomédecine. Elles sont plutôt un ensemble de pratiques et de savoirs surtout féminins, de gestes et de symboles liés à l'accompagnement des enfants qui souffrent dans leur corps et esprit dans un contexte où la maladie limite pour un temps plus ou moins long leur autonomie (Saillant 2001). Toutefois, rappelle Saillant (2001), les pratiques familiales de soin se sont trouvées occultées et banalisées malgré leur importance dans la vie quotidienne puisqu'elles s'inscrivent dans la continuité du travail de la reproduction qu'incarnent les mères des enfants.

Un des problèmes majeurs auxquels les mères des milieux ruraux défavorisés sont confrontées est la difficulté à bien nourrir leurs enfants. Or, l'état nutritionnel des enfants reflète leur santé en général et lorsque les enfants ont accès à des nourritures de qualité, ils mettent à profit toutes leurs potentialités de croissance. De même, l'allaitement au sein au cours des premières années de vie joue un rôle important dans l'état nutritionnel des enfants. Le lait maternel contient des anticorps qui protègent les enfants contre les infections et certaines maladies transmises de la mère à l'enfant. Il contient aussi des éléments nutritifs indispensables au bon développement et à la croissance de l'enfant durant ses premiers mois d'existence. C'est alors une source sûre d'apport d'éléments nutritifs à l'enfant et plus économique contrairement au lait en boîte (Scheper-Hughes 1997). Cependant, la durée de l'allaitement qui était très longue dans le passé est devenue très courte chez beaucoup de jeunes mères (Bonnet 1988; Tavernier 2000). Certaines mères utilisent souvent le lait artificiel pour le nourrisson, ce qui peut contribuer à un fléchissement de la croissance de l'enfant et à une malnutrition due à une carence en micronutriments. De plus, ce lait autre que maternel s'associe à d'autres risques en cas d'absence d'eau potable pour l'entretien des biberons. En conséquence, la malnutrition est associée à la plupart des décès d'enfants dans les milieux ruraux. Les enfants en état de malnutrition courent plus de risques de mourir des maladies communes de l'enfance et ceux qui survivent souffrent de maladies répétées et de retard de croissance. Un enfant mal nourri est souvent exposé à toutes sortes de maladies.

Au Togo, la malnutrition des enfants demeure un problème de santé publique; et celle-ci fluctue traditionnellement avec la période de pénurie alimentaire. Aussi faut-il souligner que les enfants orphelins ou abandonnés sont les plus touchés par la malnutrition que les enfants

qui vivent avec leurs parents biologiques (DGSCN-Togo 2007, 2012). Certes, cette situation est aussi liée aux déficits alimentaires chroniques dans plusieurs zones rurales, mais aux conséquences des maladies infectieuses et parasitaires (paludisme, rougeole, diarrhées, infections respiratoires aiguës, etc.) fréquentes chez l'enfant. À cela s'ajoute un système public de soins qui est aussi déficient. Il est observé de plus une méconnaissance globale et culturelle des besoins nutritionnels des enfants de bas âge. Or, la santé de l'enfant et toute action entreprise à son égard sont d'une importance capitale non seulement pour la qualité de la vie, mais aussi pour les perspectives de développement durable du pays.

En Afrique de l'Ouest, les estimations des institutions internationales (UNICEF, OMS) montrent clairement qu'en moyenne un enfant sur cinq meurt avant son cinquième anniversaire (Population reference bureau 2016). Mais il est difficile aujourd'hui d'établir les causes réelles de cette mortalité sans être à l'écoute des populations d'une manière générale et surtout des populations rurales (Jaffré 1990). En effet, le cri de détresse de ces populations est indispensable dans l'élaboration des programmes de santé qui visent surtout ces enfants.

Un des programmes par lequel l'OMS et l'UNICEF voulaient contribuer à réduire les risques de décès des enfants de bas âge est la vaccination, dont l'objectif est de vacciner tous les enfants de moins de cinq ans contre sept maladies : la coqueluche, la diphtérie, la fièvre jaune, la poliomyélite, la rougeole et le tétanos. Ce programme appelé Programme élargi de vaccination (PEV) a fait son apparition sur le continent africain pour la première fois au début des années 1980. Cependant, la vaccination d'un enfant mal nourri peut-elle diminuer ses risques de tomber malade ou de mourir? L'étude réalisée par Du Loû (1996) sur la mortalité des enfants à partir de l'observatoire de la population de Bandafassi au Sénégal, dans le cadre du laboratoire d'anthropologie biologique du Muséum national d'histoire naturelle à Paris, donne le résultat suivant : « [...] certains sont sceptiques quant aux résultats à attendre des vaccinations dans les pays en développement. L'exemple de Bandafassi montre que, même dans des régions rurales où les conditions socioéconomiques ont très peu évolué, où malnutrition et diarrhées continuent à sévir, la vaccination massive des enfants peut faire brutalement tomber la mortalité. » (Du Loû 1996 : 187). Dans tous les cas, il est préférable que l'enfant soit bien nourri et qu'il soit également vacciné.

Au moment où la vaccination semble s'étendre en Afrique par le biais des PEV, son acceptabilité suscite de plus en plus des controverses dans certaines sociétés. C'est le cas par exemple des mères Ewe du sud-est du Togo qui craignent d'être stérilisées après la vaccination (Lovell 1995). Au-delà du continent africain, les chamanes Madija-Kulina de l'Amazonie brésilienne perçoivent aussi la substance du vaccin comme interférant dans les pouvoirs que leur procure le « dori », car la vaccination viendrait modifier le travail des esprits en modifiant le corps (Laplante et Bruneau 2003). Ce qui les priverait de l'une des particularités essentielles de leur travail, à savoir celle d'être le seul à pouvoir incorporer les savoirs des plantes savantes. Ces exemples montrent non seulement l'impact des représentations portées par l'inoculation, mais aussi la peur du vaccin dans plusieurs sociétés. Les controverses ont affecté l'acceptation du vaccin à des degrés divers et se sont souvent produites dans un contexte particulier comme l'association entre le vaccin contre l'hépatite B et la sclérose en plaques en France, qui a entraîné la suspension du programme de vaccination universelle dans les années 1990, bien que de nombreuses études n'aient trouvé aucune preuve d'une telle association (Dubé *et al.* 2013). De même, en 1998 un article paru dans la revue scientifique médicale britannique « *The Lancet* » révélait une association entre l'injection du vaccin ROR (Rougeole-Oreillons-Rubéole) et une forme d'autisme. En 2009, le vaccin en préparation pour le virus A (H1N1) a provoqué également une controverse avant même sa distribution. Toutes ces polémiques auraient pour conséquence la diminution du taux de couverture vaccinale dans divers pays. Le vaccin est non seulement un instrument scientifique, mais aussi un objet socioéconomique, politique et culturelle.

La morbidité et la mortalité des enfants en Afrique au sud du Sahara sont les plus élevées au monde (OMS 2014). Malgré le taux élevé de décès observé chez les enfants de moins de cinq ans dans la sous-région ouest-africaine, tous les décès des enfants ne sont pas enregistrés de manière systématique dans les registres d'état civil. En effet, dans la majorité des sociétés africaines, un nouveau-né qui décède est enterré dans la plupart des cas dans la discrétion (Noret 2010; Rivière 1981a, 1990). De toute évidence, les données sur les décès des enfants dans les sociétés rurales africaines sont souvent mal connues, car beaucoup de chercheurs sont confrontés à l'absence d'informations fiables due aux lacunes de l'état civil des pays africains. En réalité, pour connaître les taux de mortalité infantile et juvénile dans chacun des États de la sous-région, l'UNICEF et l'Inner City Fund (ICF) basé aux USA organisent

périodiquement des enquêtes par sondage qui se prêtent mal à l'étude de l'évolution des décès au niveau des villages : ces enquêtes se limitent au niveau national, voire régional; elles cachent des disparités au niveau préfectoral, cantonal et villageois. Le manque d'informations pour l'analyse des risques de décès des enfants de moins de cinq ans dans les villages oblige ainsi à entreprendre concomitamment aux grandes enquêtes, un système de collecte de données dans les villages afin de pallier localement les insuffisances relatives à l'enregistrement des décès des enfants de bas âge à l'état civil. Même si cette description des décès des enfants au niveau local a des limites parce qu'elle ne peut être extrapolée à des ensembles de populations plus vastes, elle offre une possibilité de comprendre les facteurs et les mécanismes des changements sanitaires et de bien-être des enfants de la localité dans son ensemble (Caldwell *et al.* 1987).

Une implication effective des guérisseurs traditionnels locaux améliorerait davantage les actions en faveur de la santé et du bien-être des enfants de bas âge (OMS 2013b). Or ces programmes de santé sont souvent mis en œuvre sans tenir compte des acteurs locaux. Pourtant, ils interviennent fortement dans la recherche de guérison des enfants malades ainsi que pour la préservation de la santé de ceux qui sont bien portants (Manouan *et al.* 2010). Quoique les sociétés rurales africaines aient vécu longtemps avec la biomédecine, qualifiée de rationnelle, elles n'abandonnent guère le savoir-faire des guérisseurs traditionnels. La maladie d'un enfant est toujours considérée comme le maléfice d'un autre humain, la vengeance d'un esprit ou de l'un des ancêtres de l'enfant même si l'on adhère aux explications biomédicales (Creusat 2000; Lovell 1995; Muller 1978). La coexistence des explications biologiques et culturelles d'une même maladie infantile est donc un fait réel dans les sociétés africaines. Chez les Agotimés par exemple, tout le monde s'accorde avec les agents de santé sur la transmission possible du VIH par le lait maternel; ce qui n'empêche nullement les gens d'incriminer le sorcier qui a envoyé ce virus dans les seins de la mère de l'enfant. L'acceptation par les populations rurales des pratiques occidentales donne la preuve qu'au-delà du savoir biomédical existe un savoir médical local qui donne sens à la maladie de l'enfant. Dans la plupart des cas de souffrance chez les enfants de bas âge, symbolisme et positivisme se côtoient comme les microbes et les forces maléfiques cohabitent par nécessité.

2.1.2 Mise à l'écart du système traditionnel de soins de santé et son habilitation

La connaissance de l'état de santé des enfants de bas âge permet de juger de la qualité des soins obstétricaux et pédiatriques d'un pays. De même, un système de santé publique performant favorise une meilleure santé des enfants de moins de cinq ans. D'où, l'importance de sa prise en compte dans l'analyse de la situation sanitaire des enfants. Le véritable problème auquel est confronté le système traditionnel de soins de santé qui existait dans les sociétés africaines avant l'arrivée des colonisateurs est le suivant : les populations africaines ont été contraintes d'abandonner leurs pratiques traditionnelles de soins de santé au profit de la biomédecine, si l'on se réfère à l'étude réalisée par Vaughan (1991) en Zambie. L'on pourrait qualifier cette situation de « l'impérialisme des institutions sanitaires dans le monde colonial », pour reprendre les expressions de Fassin et Memmi (2004 : 21). Même si la situation des guérisseurs traditionnels s'est rétablie sur le plan international et leurs activités redevenues « normales » après la conférence d'Alma Ata en 1978, beaucoup reste à faire au niveau national. L'intégration des pratiques traditionnelles de soins de santé achoppe dans la plupart des États africains. La présente thèse vise à s'interroger sur la place de la médecine traditionnelle de soins infantiles dans le système de santé publique au Togo, dans un contexte où les pouvoirs publics africains entretiennent des relations très contrastées avec ce secteur, alors qu'une meilleure réglementation des pratiques thérapeutiques de soins infantiles devrait améliorer les soins offerts aux enfants dans la perspective de développement endogène (Dozon 1987). L'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de soins de santé publique se heurte à des difficultés et varie selon les pays : d'aucuns pensent que cette intégration serait plus rapide dans les pays où la vitalité de cette médecine est manifeste; d'autres considèrent que cette intégration serait plus rapide si l'élaboration et la vulgarisation des textes réglementaires par les pouvoirs publics impliquaient davantage les praticiens de ce secteur et les populations. Dans ce contexte, la recherche de guérison ou la préservation de la santé chez l'enfant demande à être explorée davantage.

Avant l'arrivée des colons européens, la thérapie reposait essentiellement sur les connaissances traditionnelles des causes et du traitement des maladies. Le système traditionnel de soin de santé dans les sociétés africaines était moins connu au niveau mondial. Mais, dans chaque village, il y a au moins un guérisseur traditionnel et les personnes âgées

dans chaque famille ou lignage ont une expérience thérapeutique sur au moins une plante, un minéral ou une partie d'un animal. Toute la population africaine avait recours aux connaissances traditionnelles de guérison des maladies. Cependant, l'abandon de ces pratiques traditionnelles en matière de guérison et de prévention a été une grande imposture du XIX^e siècle, savamment orchestrée par les administrateurs coloniaux (Fassin et Memmi 2004; Vaughan 1991). En conséquence, les connaissances traditionnelles en matière de guérison n'ont pas été développées dans différentes sociétés africaines, car la majorité des populations africaines semblent oublier celles-ci au profit de la biomédecine.

Au lendemain de l'indépendance en 1960, le système de santé publique du Togo était axé essentiellement sur la médecine curative individuelle. Les éléments essentiels de ce système de santé reposaient sur la gratuité des soins biomédicaux. Les perspectives préconisaient une médecine décentralisée intégrant l'aspect curatif et préventif. Le gouvernement a mis l'accent sur une médecine de masse : l'option fondamentale était une médecine globale et intégrée, coordonnant les activités préventives, éducatives, curatives et promotionnelles pour toutes les communautés et visant l'autosuffisance sanitaire (OMS et UNICEF 1978). Malheureusement, les pratiques traditionnelles de soins de santé n'ont pas eu leur place dans ce système de santé publique.

Malgré la souscription par le Togo à plusieurs déclarations régionales et internationales, après son accession à la souveraineté nationale, dont la déclaration d'Alma Ata en 1978 qui a permis la mise en place de la stratégie des soins de santé primaires (SSP); les pratiques traditionnelles de soins de santé n'étaient pas reconnues jusqu'en 2001, l'année où une loi a été votée par le parlement, puis promulguée par le Président de la République la même année. Néanmoins, pour accélérer l'application des stratégies des SSP, le Togo avait souscrit depuis 1987 à l'Initiative de Bamako (IB) qui a pour but de redynamiser le système de santé en réorganisant son fonctionnement et en impliquant davantage les populations bénéficiaires ainsi que les guérisseurs locaux dans sa gestion. La déclaration de politique sectorielle de santé visait aussi l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des individus, des familles et des communautés. Ce qui vise surtout la réduction de la mortalité des enfants dès le bas âge grâce à une amélioration du système de santé et à partir des potentialités existantes. En vue d'appliquer les décisions de la conférence d'Alma Ata, l'OMS recommandait aux

différents pays d'allouer 10 % de leur budget national au secteur de la santé pour subvenir aux besoins essentiels de santé de la population¹². Les chefs d'État et de gouvernements africains, plus ambitieux, se sont engagés à porter le budget de la santé de leurs pays respectifs à 15 % du budget national lors de la réunion sur le sida, le paludisme et la tuberculose qui s'est tenue à Abuja au Nigeria en 2001. En dépit de la croissance démographique qui a entraîné l'accroissement vertigineux des besoins en santé et nonobstant la priorité accordée au secteur de la santé, suivie des déclarations successives de bonnes intentions, le budget de la santé ne suit pas l'évolution du budget national. Par exemple, le budget de la santé au Togo n'a jamais atteint la barre de 10 % du budget national depuis l'indépendance, y compris pendant les années fastes (Ministère de la santé 2012; Secrétariat technique du DSRP 2013). Au contraire, des baisses se sont opérées au moment des différents Plans d'ajustements structurels (PAS) qui ont entraîné la contraction des ressources de l'État. Toutefois, l'État demeure le principal garant des dépenses nationales de santé. Les autres efforts de financement proviennent des familles et des partenaires techniques et financiers. Le secteur privé y contribue aussi. Quant à la participation des ONG nationales, elle est encore très faible. Toutes ces actions entreprises çà et là sont en faveur surtout de la promotion de la biomédecine, car les pratiques médicales traditionnelles ne sont pas réellement prises en compte malgré l'adoption de la loi en 2001 (Ministère de la santé 2012). Cependant, la biomédecine, dont le savoir et les ressources matérielles demeurent importés, reste encore inaccessible à la majorité de la population villageoise. Quoique cette médecine soit dominante, le recours au savoir médical traditionnel s'est de plus en plus accru ces dernières décennies chez les populations qui avaient un accès limité aux soins médicaux et pharmaceutiques importés d'ailleurs (OMS 2003).

Au stade actuel, le système de santé publique au Togo n'est ni constitué uniquement de la biomédecine ni uniquement de la médecine traditionnelle. Sur le plan réglementaire, le système de santé publique prône la combinaison des deux médecines depuis l'adoption de la loi n°2001-017 du 14 décembre 2001 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle au Togo. Les populations font également un va-et-vient entre le dispensaire ou les hôpitaux et

¹² À titre indicatif, le budget alloué à la santé au Canada est de 11,2 % du PIB en 2010 selon les données de la Banque mondiale.

les guérisseurs traditionnels. Mais la collaboration entre le personnel médical et les guérisseurs traditionnels éprouve des difficultés d'ordre pratique. Par exemple, un médecin n'a aucune autorisation formelle d'adresser un enfant malade qu'il n'est plus en mesure de traiter à un guérisseur traditionnel qui en a la compétence nécessaire. La décision revient le plus souvent aux parents d'abandonner les soins de l'hôpital ou du dispensaire pour aller chez un guérisseur qui, dans la plupart des cas, soigne l'enfant malade. De même, le personnel médical n'est pas autorisé à prescrire un médicament traditionnel, même si son efficacité est reconnue par l'ensemble de la population. Tout se passe dans l'informel et beaucoup de choses échappent au contrôle des autorités sanitaires du pays. Cette situation traduit la difficile collaboration entre le personnel médical, les autorités sanitaires et les guérisseurs traditionnels. Ce qui a certes des conséquences sur la santé et le bien-être des enfants pendant les premières années de leur existence.

Pour toutes ces raisons liées à la santé, à la maladie et à la mortalité des enfants ainsi qu'à l'articulation problématique de la biomédecine et de la médecine traditionnelle, ma question principale de recherche consiste à interroger la place de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique du Togo.

Afin de contribuer à l'explication de la santé et de la maladie, les anthropologues contemporains ont proposé plusieurs approches théoriques. Quoique ces approches théoriques aient contribué à l'élaboration d'une théorie générale de la santé, de la maladie et des soins, chacune d'elles a sa portée et ses limites. Il reste à présenter les forces et faiblesses des approches théoriques qui seront abordées dans les sections suivantes. Il sera ainsi plus aisé d'opérer un choix théorique qui cadre bien avec le contexte de l'étude et la problématique ici proposée.

2.2 Perspectives théoriques en anthropologie médicale

Depuis son émergence comme domaine distinct de la recherche, l'anthropologie médicale a été guidée par plusieurs perspectives théoriques, bien que leurs frontières soient toujours difficiles à délimiter. Sous-discipline de l'anthropologie, l'anthropologie médicale se préoccupe avec un large éventail de questions liées à la santé, y compris l'étiologie de la maladie : les mesures préventives que les humains, en tant que membres des systèmes

socioculturels, ont construites ou conçues pour prévenir l'apparition de la maladie et les mesures curatives qu'ils ont créées dans leurs efforts visant à éradiquer la maladie ou au moins d'en atténuer les conséquences (Baer *et al.* 2003). Pour Baer *et al.* (2003), le terme « anthropologie médicale » est un abus de langage qui reflète la nature curative plutôt que la nature préventive des soins de santé. Néanmoins, les discussions théoriques qui ont commencé depuis les années 1970 jusqu'à ce jour dans le champ de l'anthropologie médicale permettent d'explorer davantage diverses approches. Good (1994) distingue ainsi quatre positions théoriques dans son champ d'études : les *approches empiristes* qui considèrent les représentations de la maladie comme croyances populaires; les *approches cognitives*, nées de l'influence des études cognitives, qui étaient apparues en psychologie; les *approches interprétatives* qui tiennent compte des réalités culturellement constituées pour faire émerger le sens donné à la maladie; et le *modèle critique* qui s'interroge sur l'articulation des forces politiques et économiques mondiales avec la santé au niveau local, dans les systèmes publics et privés de soins de santé. Par contre, un an après les travaux de Good, Hahn (1995 : 57) déclare qu'il existe seulement trois perspectives théoriques au lieu de quatre observées par Good (1994) : « *environmental evolution theory* » qui fait valoir que les adaptations physiques des humains à leur environnement sont les principaux déterminants de la maladie et de la santé; le « *cultural theory* » qui postule que les systèmes culturels, de croyances, de normes et de valeurs sont les déterminants de base et le « *political economic theory* » qui précise que l'organisation économique et les relations de pouvoir sont les principales forces qui contrôlent la maladie humaine et la santé (Hahn 1995 : 57). À la suite d'Hahn, McElroy et Townsend (1996) ont quant à eux distingué quatre catégories de théories ou modèles, à savoir : les modèles médicaux écologiques, les modèles interprétatifs, l'économie politique ou les théories critiques et les théories de l'écologie politique. En conséquence, ces efforts synthétiques des divers cadres théoriques de l'anthropologie médicale par les anthropologues médicaux ci-dessus traduisent l'engouement pour l'acceptation de certaines catégories théoriques qui sont raisonnablement identifiables et qui guident les travaux effectués dans ce domaine (Baer *et al.* 2003). Toutefois, trois approches théoriques attirent mon attention, car elles me semblent mieux adaptées à l'étude de la santé et de la maladie des enfants en Afrique au sud du Sahara. Ainsi, en plus de l'approche interprétative et de l'approche critique

identifiées ci-dessus, s'ajoute l'approche interprétative-critique initiée par Lock et Schepers-Hughes (1990).

2.3 Discussion à propos de trois approches théoriques

L'approche interprétative, au regard de ses limites, ouvre le champ à de nouvelles écoles d'anthropologie médicale. Quoiqu'ils aient mis l'accent sur la culture dans l'analyse de la maladie, les anthropologues médicaux interprétatifs ont à leur début reconnu et tenter, dans certains cas, de produire un travail qui est très sensible aux questions économiques et politiques (Baer *et al.* 2003). Cette nouvelle approche interprétative non seulement vient compléter celles qui prédominaient, mais surtout ne rejette pas la dimension biologique de la maladie. À la suite de ceux de l'école interprétative, sont apparus d'autres anthropologues médicaux. Ces derniers s'inspirent des limites de l'approche interprétative et proposent l'approche critique beaucoup plus centrée sur l'économie politique, afin d'analyser tous les effets économiques et politiques qui occasionnent les maladies dans diverses sociétés. Enfin, le débat théorique dans l'anthropologie médicale s'est rapidement tourné vers le rapprochement des deux approches précédentes pour en faire une approche beaucoup plus globale. D'où la naissance de l'approche interprétative-critique qui prend en compte la dimension macrosociale et la dimension microsociale, voire mésosociale de la santé, de la maladie et de la souffrance sociale.

2.3.1 Anthropologie médicale interprétative

Les recherches conduites en Chine et à Taïwan par Kleinman de 1969 à 1978 ont marqué le début d'une nouvelle approche qui remet en cause celles qui prédominaient. Selon Kleinman la maladie n'est pas une entité en soi, mais un modèle explicatif. Même si les médecins ont aussi leurs modèles explicatifs (Kleinman 1978, 1980), l'interprétation de certains symptômes, comme la diarrhée ou la malnutrition, serait une chaîne de représentations complexes, alors qu'il existe des termes en langue locale qui se présentent comme des modèles explicatifs propres à une société (Bonnet 1999a). Les approches qui précèdent l'approche interprétative mettaient beaucoup plus l'accent sur le caractère biologique de la maladie et ignoraient les autres dimensions comme la dimension culturelle qui permet également de comprendre la maladie. Alors que les auteurs empiristes considéraient

essentiellement la dimension naturelle de la maladie; et que les cognitivistes ont été indifférents au statut épistémologique de la maladie, ceux de l'école interprétative ont mis la culture au centre de l'analyse de la maladie (Good 1994). À la fin des années 1970 apparaît donc le paradigme interprétatif en réaction à une interprétation dominante de la maladie comme réalité objective faisant partie de la nature et donc extérieure à la culture; et en réaction à cet autre a priori positiviste voulant que les pratiques populaires soient sources de croyances fausses voire dangereuses, alors que les biosciences produiraient le seul savoir légitime (Good 1994). Dans ce contexte où la biomédecine tend à mépriser de plus en plus l'expérience subjective de la maladie comme objet légitime de préoccupation clinique, Kleinman précise : « [...] this orientation, so successful in generating technological interventions, leads to a veterinary practice of medicine » (Kleinman *et al.* 1978 : 252). Ainsi, après avoir critiqué les approches sociologiques antérieures qui laissent de côté les aspects culturels de la maladie, les anthropologues médicaux de l'école interprétative ont élaboré un modèle qui accordait une grande importance aux aspects sociaux et culturels (Almeida-Filho 2006). Selon Kleinman (1980), il est inadmissible de dissocier la santé, la maladie et les soins dans un système culturel de pratiques préventives et de guérison, car cela conduirait à une mauvaise interprétation des maux dont souffre le malade et, de surcroît, à un mauvais diagnostic.

L'accent est mis beaucoup plus sur l'expérience vécue par le sujet malade à travers l'analyse de ses récits, ses itinéraires thérapeutiques et son interaction avec le personnel soignant. L'analyse interprétative repose donc sur les récits subjectifs du sujet souffrant. Mais qu'en est-il du nourrisson qui ne parle pas? Que ce soit l'adulte ou le nourrisson qui souffre, l'anthropologie médicale interprétative insiste sur la polyphonie (multitude de voix) constitutive du modèle explicatif de la maladie; Good (1994), suite à Bakhtin (1981), parle alors « d'hétéroglossie ». Mais le plus souvent, l'histoire de vie ou de la santé du nourrisson (bébé sans paroles) se retrouve dans le récit de vie de la mère en ce qui concerne ses antécédents maternels, la naissance de l'enfant en question et l'après-accouchement. Toujours est-il que la place du sujet dans l'interprétation pose de sérieux problèmes, surtout en ce qui concerne les enfants de bas âge.

Pour James (2007), la rhétorique actuelle de « donner la voix aux enfants », monnaie courante chez de nombreux chercheurs, constitue une menace pour l'avenir de la recherche sur la petite enfance, car elle masque un certain nombre de problèmes conceptuels et épistémologiques importants. En effet, les recherches qui se rapportent à des questions de représentation de l'enfant, de sa souffrance et de sa participation dans la recherche doivent être traitées par les anthropologues avec lucidité. La recherche sur les questions qui traitent de l'enfance risque d'échouer si l'on considère les enfants comme des acteurs sociaux qui peuvent fournir une perspective unique sur le monde social quant aux questions qui les concernent en tant qu'enfant. En référence aux travaux réalisés par Morgan (2005) au Royaume-Uni, dont les résultats montrent que les enfants interrogés voulaient être traités non pas comme une classe d'âge, mais comme des individus, James (2007) ouvre ainsi le débat sur l'étude impliquant les enfants. Il relève trois problèmes conceptuels et épistémologiques dans les recherches sur l'enfance. Il s'agit en particulier des questions de représentations, des questions d'authenticité des expériences vécues par les enfants et de la participation des enfants à la recherche, qui doivent toutes être abordées avec tact par les anthropologues dans leurs propres pratiques de recherche avec les enfants.

L'analyse du récit de vie d'une mère ayant perdu un de ses enfants en référence à une maladie doit se faire avec prudence à cause de l'interférence de sa souffrance émotionnelle avec l'objet d'étude. Pour certains anthropologues médicaux, le sujet est donc l'acteur principal en quête d'une meilleure santé et, pour comprendre sa souffrance, il faut soit développer des modèles explicatifs de la maladie (*explanatory model of illness*) entendus comme un ensemble de logiques qui reposent sur des croyances dont le but est de déterminer les causes, le début, l'évolution et les différents traitements de la maladie (Good et Good 1980; Kleinman 1980, 1988), soit faire le tri des structures de signification (*structures of signification*), une activité qui s'apparente à un travail méticuleux, mais qui permet de déterminer la portée du contexte social (Geertz 1973). En réalité, si l'on s'en tient uniquement au concept de modèle explicatif de la maladie, le champ d'analyse est réduit et se limite aux dimensions cliniques de celle-ci (Massé 1995). Pour Massé (1995), le recours au concept de réseaux de signification (ou structures de signification) est beaucoup plus englobant puisque cette démarche non seulement remplit les fonctions d'explication, mais aussi d'interprétation de la maladie dont l'objectif est de considérer la polysémie et la polyphonie liées à la maladie.

2.3.2 Émergence de l'anthropologie médicale critique

L'une des premières critiques du modèle interprétatif vient de Young (1980, 1982) qui considère que ce modèle méconnaît la place de l'individu dans l'interprétation du *illness* ou de la maladie telle qu'éprouvée, interprétée par le patient, son entourage familial et la société. De plus, il postule que la distinction entre *disease* ou la maladie telle qu'appréhendée par les praticiens (personnel biomédical, tradipraticiens, etc.) et *illness* ne clarifie pas la dimension macrosociale et politique de la maladie (dérives du capitalisme, violences, discrimination selon le genre, soins préférentiels des parents selon le sexe de l'enfant, etc.). Or la perspective la plus complète qui devrait, selon Kleinman (1980), servir de véritable objet de recherche est le *sickness* que Young (1982 : 270) qualifie par « [...] a process for socializing disease and illness ». En conséquence, il suggère un modèle critique qui tient compte des dimensions macrosociales de la maladie, à savoir les dimensions politique, économique et sociale. Après avoir relevé les limites des travaux des anthropologues médicaux classiques et d'autres qui l'ont succédé, sur le manque de clarification de la manière dont les relations sociales donnent forme et distribuent la maladie, Zempléni (1988) émet également quelques réserves au sujet de la définition proposée par Young au sujet du concept *sickness* ci-dessus. Et pour étayer son argument, il affirme : « [...] pas plus que l'« *anthropology of illness* » centrée sur l'individu, une « *anthropology of sickness* » focalisée autour du social ne nous apprend pas *comment* l'individuel et le social *s'articulent* dans les processus de maladie et dans la résolution des épisodes de maladie » (Zempléni 1988 : 1172).

Baer et Singer ont été les premiers à utiliser le terme « anthropologie médicale critique » dans un document présenté à la réunion de l'*American Anthropological Association* en 1982. L'approche critique repose sur une nouvelle orientation de l'événement maladie : la maladie trouve ses origines dans les forces structurelles qui permettent ainsi aux systèmes biomédicaux d'exercer leur suprématie sur les autres systèmes de soins (Fassin 2000). Ces forces structurelles traduisent ainsi comment s'est mis en place un nouveau type de pouvoir politique ou « bio-pouvoir » caractérisé par un contrôle actif sur le corps humain et qui s'est développé depuis le XVII^e siècle : « ce bio-pouvoir a été, à n'en pas douter, un élément indispensable au développement du capitalisme; celui-ci n'a pu être assuré qu'au prix de l'insertion contrôlée des corps dans l'appareil de production en moyennant un ajustement des

phénomènes de population aux processus économiques. » (Foucault 1976 : 185). En effet, Foucault précise qu'il s'est formé deux pôles dont le premier, semble-t-il, a été centré sur le corps comme machine à dresser. Ainsi, son intégration à des systèmes de contrôle efficaces et économiques fait appel également à la majoration de ses aptitudes, à l'exhortation de ses forces et à la croissance parallèle de son utilité et de sa docilité. Ce qu'il qualifie d'« anatomo-politique du corps humain » (Foucault 1976 : 183). Le second pôle, qui s'est formé un peu plus tard vers le milieu du XVIII^e siècle, est centré selon le même auteur sur le « corps-espèce », un corps traversé par la mécanique du vivant et servant de support aux processus biologiques parmi lesquels figurent les naissances, la mortalité et le niveau de santé. Pour une meilleure compréhension de tous ces mécanismes, Baer (1996) ouvre le débat sur le rapprochement des « approches critiques et bioculturelles » et encourage donc les anthropologues bioculturels à considérer les variables économiques et politiques dans leurs analyses. De même, il exhorte les anthropologues médicaux critiques à considérer les aspects environnementaux qui contribuent à l'élaboration d'un signe distinctif de l'anthropologie médicale. Une manière de fusionner ainsi l'anthropologie médicale critique (entendue par Baer comme la théorie de l'action sociale) et l'écologie politique. En effet, cette proposition vient du fait que le fossé se creuse de plus en plus dans le champ de l'anthropologie médicale entre l'économie politique, l'écologie politique et l'écologie médicale : « Clearly, there are conceptual canyons separating biocultural researchers and political economists » (McElroy 1990 : 383). En réalité, la base fondamentale de cette absence de fusion repose sur les limites que l'on observe au niveau de l'anthropologie médicale critique et de l'écologie médicale (approche bioculturelle) : alors que la première accorde peu d'attention aux facteurs écologiques, la seconde minimise l'importance des facteurs politiques et économiques.

Par ailleurs, l'essai de Morsy (1979) sur l'absence de « l'économie politique de la santé » en anthropologie médicale a été le tournant décisif vers l'émergence de l'anthropologie médicale critique. L'article de Morsy suscita ainsi l'engouement de certains anthropologues médicaux pour la recherche des causes politiques et économiques qui entraînent la détérioration de la santé dans les différentes sociétés. Mais elle préfère garder le terme « économie politique en anthropologie » à celui de l'anthropologie médicale critique (Morsy 1990).

À la suite de Young, Keesing (1987) dénonce le fait que les partisans de l'anthropologie interprétative, par l'entremise de leurs recherches, surinterprètent les différences culturelles en considérant à la lettre certains énoncés symboliques des populations qu'ils étudient : « An anthropology that takes cultures to be collective creations, that reifies them into texts and objectifies their meanings, disguises and even mystifies the dynamics of knowledge and its uses » (Keesing 1987 : 161). En effet, selon Keesing (1987 : 161), considérer les cultures comme « réseaux de mystification autant que de significations » perpétue les rapports de domination existant entre le système biomédical et les autres systèmes de soins (Baer *et al.* 1997; Baer *et al.* 2003; Singer et Baer 1995; Singer *et al.* 1990). Mais en voulant trop considérer le macrosocial pour l'analyse de la santé et de la maladie, le modèle de l'anthropologie médicale critique s'est vidé de toute considération microsociale et culturelle.

2.3.3 Anthropologie médicale interprétative-critique

Alors que le modèle interprétatif à ses débuts privilégie les significations culturelles de la santé et de la maladie et évacue les dimensions politiques, économiques et sociales (Mekki-Berrada 2013), le modèle critique écarte plutôt les analyses culturelles et considère la culture comme hégémonique à l'instar de Gramsci (1983). Chacun des deux modèles a ainsi sa force et ses faiblesses qui sont nécessaires pour la construction d'un nouveau paradigme qui concilierait les deux modèles. Les ouvrages dirigés par Kertzer et Fricke (1997) et plus récemment par Bluebond-Langner et Korbin (2007) montrent que les contributions des auteurs anglo-saxons sont diverses et pas toujours conciliables. En effet, pour ce qui concerne l'étude de la santé et de la maladie des enfants, Scheper-Hughes (1997) plaide pour une méthodologie qualitative particulière qui fait appel à une « approche interprétative-critique » (Lock et Scheper-Hughes 1990, 1996, 2013). Ses exemples proviennent de ses recherches sur la mortalité des enfants dans les *favelas* du nord-est du Brésil (Scheper-Hughes 1985, 1987, 1992, 1997; Scheper-Hughes et Sargent 1998)¹³. Elle part de l'observation des données statistiques relatives à la déclaration des naissances et des décès des enfants, c'est-à-dire les données provenant de l'état civil. Les résultats ethnographiques révèlent quant à eux une sous-estimation du nombre de décès des enfants et indiquent plutôt une mortalité infantile importante. De ce fait, elle use d'une approche interprétative-critique proposée

¹³ Les *favelas* sont les bidonvilles où sont entassées les cabanes vétustes des populations déshéritées au Brésil.

conjointement avec Lock dans les années 1990 pour comprendre le phénomène de la santé et de la maladie des enfants dans ces *favelas* (Lock et Scheper-Hughes 1990, 1996, 2013). Cette démarche a un certain nombre d'avantages conceptuels et méthodologiques qui n'évacue ni le culturel ni le politique, mais articule ceux-ci pour mieux cerner l'enchevêtrement complexe des dimensions tant culturelles de la maladie des enfants pauvres que les conditions macrosociales de leur souffrance sociale (Mekki-Berrada 2013). L'approche interprétative-critique proposée par Lock et Scheper-Hughes (1990) vient ainsi « recoller les morceaux » entre l'anthropologie médicale interprétative (Good et Good 1980; Kleinman 1980, 1986, 1988, 1992; Kleinman *et al.* 1978) et l'anthropologie médicale critique (Baer *et al.* 1997; Young 1980, 1982). Selon Baer *et al.* (2003), c'est une perspective théorique qui se préoccupe de plus en plus de la manière dont une personne malade manifeste sa maladie ou sa détresse. Aussi Baer *et al.* (2003) rejettent-ils la dualité cartésienne de longue date du corps et de l'esprit qui imprègne la théorie biomédicale. Face à cette perspective dualiste, Lock et Scheper-Hughes (1990) distinguent trois corps : le corps individuel, le corps social et le corps politique.

L'une des études anthropologiques ayant fait le plus de polémique au sujet de la santé des enfants étant celle de Scheper-Hughes (1992, 1997), je propose de la discuter. Non seulement l'étude de Scheper-Hughes donne quelques pistes de réflexion, mais aussi elle est proche du contexte économique et politique du Togo.

2.3.4 Aperçu de l'étude de Scheper-Hughes sur la santé dans l'enfance

Dans un contexte de sortie de crise sociale et économique où les indicateurs des années 1980 et au début des années 1990 au Brésil sont alarmants, Scheper-Hughes entreprend des études sur la survie de l'enfant et les soins maternels en situation de pénurie généralisée (Scheper-Hughes 1992, 1997). En effet, dans les années 1980, elle effectue à plusieurs reprises des travaux de terrain à Bom Jesus da Mata afin de comprendre le taux élevé de décès des enfants issus des familles pauvres. Cette démarche devrait donc permettre de mieux comprendre le risque élevé de décès des enfants dans un milieu paupérisé du Brésil. Durant cette période, le nombre de personnes pauvres est en augmentation, la malnutrition et la violence dans les *favelas* et les zones rurales sont fréquentes. En effet, le nord-est du Brésil est la région qui présente le taux le plus élevé de sous-alimentation avec une espérance de vie la plus basse de

toutes les régions du Brésil au moment où l'étude s'est réalisée¹⁴. En plus des données démographiques issues de l'état civil régional, elle réalise des entrevues avec des femmes afin de suivre leurs parcours de vie génésique et leurs pratiques de soins de l'enfant. Cette approche lui a permis de vivre la vie quotidienne difficile de ces femmes et de leurs enfants, tout en les observant. Elle pose un problème d'ordre éthique sur la pratique de la maternité tout en mentionnant les facteurs qui déterminent la survie des nourrissons. D'où sa proposition concernant le lien entre les pratiques maternelles de soins et les conditions sociales et environnementales des milieux pauvres. Dans son livre *Death Without Weeping* par exemple, Scheper-Hughes (1992) aborde la problématique des décès récurrents des enfants, et ce, d'une manière engagée en proposant aux mères de s'exprimer sous la forme de longs récits de vie. Sorti à un moment où la crise économique et sociale du Brésil des années 1980 et au début des années 1990 s'est encore aggravée, son ouvrage apporte des éclaircissements sur les questions de la survie de l'enfant. Il s'est bien agi des soins maternels à la fois matériels, affectifs et psychologiques en situation d'extrême pauvreté. Pour elle, les effets de la malnutrition, de la maladie et de la mort sont assez forts pour affecter non seulement les pratiques de la maternité, mais aussi la santé des nourrissons et des enfants (Scheper-Hughes 1992, 1997). Une des raisons du succès de sa recherche est qu'elle a apporté une perspective nouvelle et humanitaire. De toute évidence, elle mentionne que la nature même de la souffrance humaine a souvent été négligée dans les écrits anthropologiques, alors que les statistiques indiquent généralement la faim et la violence en augmentation dans les zones rurales et urbaines dans beaucoup de pays du Sud : « Moving toward my main illustration, as I noted elsewhere, either 150 or 350 children die of hunger, diarrheal disease, and dehydration in the Brazilian shantytown of Alto do Cruzeiro in a given year, and the researcher who is exploring infant mortality has a strong scientific and moral imperative to get it right. » (Scheper-Hughes 1997 : 204). Se basant sur les critiques des mères au sujet des causes et conséquences de la pénurie alimentaire et de l'escalade de la violence, Scheper-Hughes (1992) apporte une nouvelle façon d'aborder son objet d'étude et fournit des analyses pertinentes qui suscitent d'autres débats sur la situation du nord-est du

¹⁴ Je définis, dans le cadre de cette thèse, l'alimentation comme une manière de se nourrir ou de nourrir un enfant. L'accent est mis sur la manière dont les mères se nourrissent elles-mêmes et la façon dont elles nourrissent leurs enfants.

Brésil. Elle a utilisé diverses sources de données telles que les données issues de l'observation et des entrevues avec les femmes pour construire ses arguments afin de suivre leurs histoires de vie, la procréation et les pratiques de soins du nourrisson et de l'enfant. Des recherches ont été également effectuées à l'état civil régional, visant à collecter plus d'informations démographiques. La longue durée de Scheper-Hughes sur son terrain de recherche s'explique par le fait qu'elle a d'abord travaillé dans les années 1960 au nord-est du Brésil comme un agent de développement sanitaire (*Heath Community Public*). En effet, sa première expérience a eu lieu dans les années 1964-1966; puis vingt ans plus tard, elle retourne en tant que membre du Corps de la paix (*Peace corps*), une organisation nord-américaine créée sur le gouvernement de John Fitzgerald Kennedy, qui envoie des centaines de jeunes bénévoles dans plusieurs endroits du monde y compris le nord-est du Brésil. Ensuite, elle reviendra à Bom Jesus da Mata dans les années 1980 pour effectuer ses recherches avec une méthodologie particulière sur la situation des enfants de ce milieu. Ce qu'on peut retenir des résultats de sa recherche est sa description de la situation des enfants. Ce qui n'est que le reflet de l'étendue de son partage des difficultés de la vie quotidienne avec les habitants, car son engagement pour les femmes et leurs enfants est explicite : « I try [...] to articulate the suffering of those – both women and children – who are too young to speak or whose words and opinions have been ignored or discredited and yet whose bodies are on the line. » (Scheper-Hughes 1992 : 286). Sur la base des récits des femmes, Scheper-Hughes a tenté d'identifier les mécanismes sous-jacents au processus de « négligence sélective » qui était très difficile à obtenir. Les bébés qui sont plus susceptibles d'être abandonnés seraient ceux identifiés comme souffrant d'un syndrome propre à la culture locale (*Culture-Bound Syndromes*), dont des maladies infantiles qui englobent une multitude de symptômes dont le plus frappant est les yeux enfoncés. Les mères discerneraient les enfants en tenant compte du syndrome qui endommage leur enfant malade de façon permanente ou qui le rend gravement handicapé. Les enfants les plus affaiblis par la maladie et qui voient leurs chances de survie menacées sont alors « abandonnés » par les mères (Scheper-Hughes 1992).

Dans son ouvrage, *Death Without Weeping*, Scheper-Hughes (1992) présente d'abord les contextes géographique, économique et sociopolitique dans lesquels vivent les habitants de la ville de Bom Jesus da Mata. Elle souligne que la pauvreté qui prévaut dans le nord-est du Brésil a ses racines dans l'époque coloniale lorsque la région était déjà dominée par des

plantations de cannes à sucre. Les effets des sécheresses répétées ont conduit à des déplacements de la population des zones rurales vers les villes dépourvues d'infrastructures adéquates. Ensuite, elle aborde les problématiques de la faim chronique, la violence, le clientélisme, la sécheresse et la difficulté d'accès à l'eau de qualité qui sont des questions centrales dans toute discussion concernant le Nord-Est brésilien. Enfin, elle avance des arguments concernant la survie de l'enfant en relation avec les pratiques maternelles de soins aux enfants. Sa proposition se base sur les conditions sociales et environnementales des quartiers pauvres de Bom Jesus da Mata et les taux de mortalité infantile élevés, avec les mères qui développent une attitude de négligence sélective à l'égard de certains bébés malades et défavorisés. Une attitude qui s'ajoute à une indifférence apparemment non consciente ou intentionnelle en ce qui concerne la vie ou la mort de leurs enfants. Scheper-Hughes a remarqué dans les récits des femmes un dégoût de la vie qui a transformé le décès de leurs enfants. Par ailleurs, Scheper-Hughes explore les relations entre les croyances maternelles, les sentiments et les pratiques, et leurs impacts sur la survie de l'enfant. L'auteure conteste d'abord la notion de l'universalité de l'affection maternelle envers les enfants. Cette thèse universaliste stipule que l'amour maternel serait naturel et similaire dans toutes les cultures. Ensuite, elle affirme : « Mother love is anything other than natural and instead represents a matrix of images, meanings, sentiments, and practices that are everywhere socially and culturally produced » (Scheper-Hughes 1992 : 341). Autant dire, le maternage dans les conditions extrêmement précaires des quartiers pauvres de Bom Jesus da Mata implique non seulement de nourrir et soigner les nourrissons, mais aussi de laisser aller, c'est-à-dire laisser mourir les plus malades d'entre eux sans se sentir coupable. Ceci est un sujet délicat qui mérite sans aucun doute une réflexion plus poussée en raison de ses implications.

Si elle se démarque vraiment, la politique nationale de santé et la politique sociale mise en place au Brésil par les dirigeants, visant à favoriser le bien-être de l'enfant, doivent être remodelées afin de mieux faire face aux attitudes des mères concernant le sort de leurs bébés. Scheper-Hughes (1992) illustre aussi que les décès des enfants sont les conséquences de la pauvreté qui génère la faim chronique, la maladie et la mort. Sans doute, la pauvreté qui prévaut dans le nord-est du Brésil trouve ses racines dans l'enracinement des plantations de cannes à sucre dans la région durant l'époque coloniale. En outre, les effets des sécheresses

répétées ont occasionné des migrations rurales vers les zones urbaines dépourvues d'infrastructures adéquates. Scheper-Hughes (1992) soutient que la lutte désespérée et constante pour les besoins de base dans la communauté pousse de nombreuses mères à l'indifférence envers la plus faible de leur progéniture. Ainsi, elle atteste que la souffrance des mères et de leurs enfants à Bom Jesus da Mata est intimement liée à l'effondrement de la plantation de cannes à sucre qui a laissé de nombreuses personnes de la région sans un revenu pour leur subsistance. La pauvreté, l'indifférence des autorités, les conditions de logement précaires et l'inégalité entre les classes sont selon elle responsables du taux élevé de mortalité infantile observé dans le nord-est du Brésil. Cette combinaison de facteurs exprime notamment la faim chronique que Scheper-Hughes considère comme le principal fléau du milieu qui affecte grandement l'enfant dans la première année de sa vie.

Cette question de la « mort sans larmes » (*Death Without Weeping*) au Brésil, qui traite de la violence structurelle subie par les mères refusant de prendre soin de leurs enfants malades, a eu beaucoup de critiques tant à l'intérieur qu'en dehors du Brésil, compte tenu de sa représentation des femmes forcées par les circonstances horribles de rationner leur amour envers les nourrissons et les tout-petits qui semblaient avoir la meilleure chance de survie. D'où la remise en question de sa théorie de la négligence sélective et du fatalisme, car elle est porteuse de plusieurs insuffisances au regard des critiques des différents chercheurs qui ont revisité son terrain de recherche. Malgré sa théorie bien construite sur la négligence sélective et du fatalisme, il reste quelques lacunes majeures dans son argumentation.

2.3.5 Critiques de la thèse de Scheper-Hughes au sujet de la négligence sélective et du fatalisme

Dans leur article, *Anthropology of Health in Brazil : A Border Discourse*, Langdon et Follér (2012) identifient dans la littérature brésilienne des critiques relatives aux travaux de Scheper-Hughes. Pour ces auteurs, bien que l'ouvrage ait reçu un écho favorable dans la communauté scientifique nord-américaine et européenne en tant qu'ethnographie de la pauvreté et de la santé des enfants, ils observent d'abord une absence de traduction du livre en langue portugaise. Santos (1995) précise également que sa théorie est bien construite, mais il reste quelques lacunes majeures dans son argumentation. Selon lui, Scheper-Hughes montre bien à travers ses données collectées les mécanismes possibles qui sous-tendent la

négligence sélective et mortelle, mais on ne sait pas comment le processus fonctionne réellement. En effet, on n'en sait rien sur l'implication des mères dans le refus d'allaiter ou de nourrir leurs enfants, l'accès limité aux soins traditionnels et biomédicaux ou l'oubli par ces dernières du calendrier de vaccination, les critères anthropométriques qui interviennent dans la sélection des tout-petits à travers le contrôle régulier de la croissance de l'enfant, etc. À cet effet, Santos (1995) propose de rechercher des données épidémiologiques et bioanthropologiques supplémentaires afin de mieux comprendre le phénomène. En outre, d'autres auteurs trouvent des limites liées aux méthodes de sélection des données utilisées par Scheper-Hughes et relèvent une absence de références à des études brésiliennes concernées. Par ailleurs, Langdon et Follér (2012) relèvent également que la plupart des chercheurs brésiliens s'intéressent plus aux questions relatives à l'écologie et à l'histoire naturelle de la maladie.

S'inspirant de certaines études en psychologie qui recourent à la notion de « soutien social », Noret (2009) présente quelques éléments en anthropologie comparative qui reposent essentiellement sur une autre conception du social. Non seulement le social est un phénomène externe, mais aussi un ensemble de schèmes de pensée et de dispositions intériorisées qui façonnent aussi de l'intérieur le deuil. Pour atteindre son objectif, Noret (2009) prend le cas des décès des tout-petits enfants du Nord-Est brésilien (Scheper-Hughes 1992), puis ceux de Papel de la Guinée-Bissau (Einarsdóttir 2004) et ajoute que Scheper-Hughes « manque peut-être de reconnaître certaines formes d'ambivalence des mères, et plus généralement des parents, à l'égard des décès, dans la mesure où elle mentionne bien des cas ethnographiques où les parents pleurent et/ou expriment de la tristesse » (Noret 2009 : 141). En effet, Noret démontre dans son article que Scheper-Hughes mentionne des différences selon les contextes et les configurations familiales en rapportant par exemple la douleur d'un père lors de l'enterrement de son premier-né. L'injonction sociale de ne pas pleurer n'empêcherait pas du tout certaines mères, voire les pères de pleurer malgré tout. Car la probabilité de ne pas pleurer en cas de décès d'un proche ne saurait être nulle. De surcroît, Scheper-Hughes (1992) oublie qu'il existe des exceptions dans sa transcription des récits des mères concernant le désir d'avoir un enfant après en avoir perdu un autre. Lors d'une visite à l'une de ses répondantes, elle précise que sa répondante ne manifesta aucune tristesse pour son bébé

décédé la veille à l'âge de trois mois, alors qu'elle associe spontanément à sa réponse le fait que son mari l'avait réconforté en lui promettant qu'elle aurait bientôt un autre bébé :

Several days following the death and burial of her first baby, a three-month-old daughter named Daniella, I visited the young mother, Anita, to see how she was getting along. She had been calm, composed, and dry-eyed during the wake and had gone back to work on the next day.

“Are you *triste* [sad]?” I asked.

“No, ma'am, not much; Mario says I'll soon have another”.

(Scheper-Hughes 1992 : 425)

Contrairement à la thèse de négligence sélective évoquée par Scheper-Hughes, Einarsdóttir (2004, 2006) insiste plutôt sur une conception différente de la reproduction chez les mères Papel de Biombo, région de Guinée-Bissau et rend compte des différences entre leur deuil et les décès d'enfants « sans pleurs » observés par Scheper-Hughes dans les *favelas* brésiliennes. Elle le résume de la manière suivante : « I argue that poverty and high child mortality do not necessarily produce neglectful and nonremorseful mothers. » (Einarsdóttir 2006 : 191)

De ce qui précède, on peut supposer que le risque encouru par les enfants abandonnés par les mères des *favelas* brésiliennes serait plus élevé que ceux des enfants des mères Papel, puisque ces derniers profiteraient beaucoup plus de soins appropriés. En ce sens, il est important de prendre en compte le système étiologique et la compréhension locale des maladies pour comprendre les traitements que les mères Papel prodiguent à leurs enfants, lesquels ne sont que très rarement négligés (Einarsdóttir 2004, 2006; Noret 2009). De même, il faut accorder une importance au sens donné aux décès d'enfants pour comprendre les deuils qui s'ensuivent. On peut rejeter, comme le fait Einarsdóttir (2004), l'universalité de la thèse de Scheper-Hughes selon laquelle l'amour maternel est automatiquement détruit dans les sociétés connaissant une pauvreté extrême, et des taux élevés de fécondité et de mortalité infantile, car cette thèse n'est guère vérifiée dans le cas des mères Papel de la Guinée-Bissau (Einarsdóttir 2004, 2006).

À partir des travaux accomplis, dans les milieux rural et urbain de Ceará, Nations et Rebhun (1988) ont aussi critiqué cette thèse de négligence sélective et du fatalisme vantée par Scheper-Hughes. Les arguments des deux anthropologues reposent sur une période plus

étendue en observation que celle de Scheper-Hughes. Les critiques sont diverses et portent essentiellement sur les trois aspects suivants : les efforts fournis par les mères durant la maladie de leurs enfants n'ont pas été considérés dans les analyses; l'idée selon laquelle les mères considèrent leurs propres enfants comme de simples visiteurs qui sont substituables en lieu et place d'un membre de la famille; la décision de la mère de ne plus prendre soin de l'enfant malade, alors que d'autres acteurs de la société y sont impliqués.

Pour ce qui concerne le premier aspect, Nations et Rebhun (1988) trouvent que les efforts considérables consentis par les mères dans la communauté à travers l'enregistrement à l'état civil des enfants sont une preuve de leurs efforts. En effet, les mères sont souvent condamnées dans une longue file d'attente pour tenter d'enregistrer leurs enfants. On y observe également des scènes de file d'attente à l'hôpital en plus de la vente de précieux biens matériels dont le seul but est de financer le traitement de l'enfant malade. Cependant, ce sont ces efforts que Scheper-Hughes a considérés comme négligeables. Nations et Rebhun (1988) décrivent les itinéraires thérapeutiques à travers l'observation des enfants dès le début de la maladie. À partir du moment où elles ont identifié une maladie chez l'enfant, de nombreuses mères recherchent les voies de guérison. Elles commencent généralement avec le traitement à la maison. Plusieurs professionnels médicaux ainsi que les guérisseurs traditionnels comme les tradithérapeutes, les pleureuses, Umbanda, herboristes, sont consultés. Le choix d'un guérisseur particulier est fait en vertu de l'étiologie attribuée à la maladie. Par conséquent, les explications anthropologiques sur le fatalisme amènent les auteurs à rejeter l'idée selon laquelle les comportements communs de négligence sélective des mères seraient la solution à leur problème. S'agissant du second aspect, les auteures sont également en désaccord avec la déclaration de Scheper-Hughes sur le fait que les enfants sont pour les mères de simples visiteurs de leur famille. Selon Nations et Rebhun (1988), les enfants font partie de la famille de leur vivant et continuent d'en faire partie après leur disparition comme le cas de « bébé-ancêtre Mossi » au Burkina Fasso (Lallemand 1978). Pour illustrer cela, Nations et Rebhun (1988) évoquent l'énonciation du nom de l'enfant par les membres de la famille qui manifeste la volonté d'immortaliser l'enfant décédé, bien que la mère espère avoir un fils du même nom. Mais jamais comme une possibilité selon laquelle les enfants peuvent être remplacés. Quant au dernier aspect qui concerne la prise de décision finale, l'étude réalisée par Nations et Rebhun (1988) permet d'identifier des moments que les parents, après plusieurs tentatives

de guérison, ne voient plus d'espoir pour l'enfant. La décision de ne plus prendre soin de l'enfant malade ne revient pas seulement à la mère, mais d'autres acteurs de la communauté tels que le père, les belles-mères, les sœurs, les tantes, etc. L'apparente indifférence à la mort d'un enfant est interprétée par les auteures comme un masque pour cacher leur douleur.

Pour ces raisons ci-dessus, Nations et Rebhun (1988) précisent que l'incapacité des mères à obtenir des soins médicaux pour les enfants gravement malades est davantage due à des obstacles bureaucratiques et géographiques réels à l'accès aux soins de santé qu'à des attitudes hasardeuses ou négligentes de la part des mères.

2.4 Aperçu des études sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en Afrique

Parmi les premiers auteurs ayant abordé un sujet aussi sensible que celui la santé de la reproduction d'une femme dans les sociétés africaines se distinguent les missionnaires. Étant donné qu'ils ont exploré la société africaine à travers une mission bien définie, celle de l'évangélisation, les résultats issus de leurs travaux ne sont pas exempts des considérations religieuses.

Most of the authors of these works are foreign ecclesiastics or missionaries. Since they are strangers to the culture they are investigating it is not always easy for them to interpret, understand and faithfully reproduce without error or aberration the lexical and anecdotal nuances of the idioms, which are so numerous in the language of the people they are dealing with, particularly when they are concerned with subjects as emotional as those relating to sexuality and reproduction. It may thus be feared that their writings have left free rein to arbitrary prejudices, [...] their frequent inability effectively to judge freely and present the facts in a purely scientific manner, without tendentious nuances, prejudices the value of their studies. Moreover, since these works were not specifically undertaken for the study of cultural aspects relative to pregnancy, they frequently remain superficial. The difficulty of describing symbolic representations, customs and practices relative to pregnancy and childbirth is not entirely attributable to the observers : it is also due to their complex and sometimes esoteric nature. (Beninguisse et De Brouwere 2004 : 154)

À la suite des missionnaires, s'observent de plus en plus des recherches des africanistes dès les années 1980. La maternité d'une femme était perçue dans les communautés africaines comme un vécu social indissociable du sacré. L'éthique sociale liée au processus de l'enfantement repose donc sur des consignes et des interdits alimentaires, des attitudes ou

comportements qu'une femme parturiente doit adopter et les obligations de celle-ci envers la communauté. Vivre la maternité, une expérience à la fois naturelle et culturelle chez les femmes africaines, sert de courroie de transmission de connaissances aux descendantes. Les accouchements se font à domicile avec l'assistance des accoucheuses traditionnelles qui sont souvent des personnes d'expérience. Aussi, peut-on noter que dès la naissance, la mère reçoit avec l'enfant les premiers soins et soumet sa progéniture au rite de passage du monde des ancêtres à celui des vivants.

L'expérience de la maternité débute quand une femme prend conscience de l'arrêt de ses menstruations. Il s'accompagne de la sensation de fatigue, de nausées à prédominance matinale, du changement de pigmentation des seins et de la peau. Outre ces signes, l'on peut ajouter quelques-uns des signes souvent évoqués dans la littérature : les coliques, les constipations, les douleurs du bas de l'abdomen, un gain pondéral significatif, de fréquentes envies de sommeil, une transpiration plus abondante, etc. Cependant, l'information est souvent gardée secrète pour ne pas provoquer l'envie et la jalousie chez les autres femmes. Ainsi, les périphrases ou les métaphores sont souvent utilisées dans les énonciations. Par ailleurs, autant les interdits alimentaires jouent un grand rôle durant la période gestante, autant la femme enceinte doit éviter au maximum la vue des êtres difformes pour éviter les risques d'affection à l'enfant dès sa naissance. Elle doit s'éloigner de tous les événements malheureux (décès, accidents, noyades, etc.) porteurs de malheur à l'enfant. En ce qui concerne le lieu d'accouchement, il est à noter de façon générale qu'en Afrique, cela peut varier selon les ethnies, la classe sociale et surtout les régimes de parenté. Toutefois, le contact avec l'Occident (scolarisation, christianisation, obstétrique moderne, etc.) a apporté des changements dans les attitudes (Beninguisse et De Brouwere 2004). Pour le cas des Ewe du Togo, Rivière (1990) précise qu'habituellement deux tiers des accouchements se déroulent à la maison. Dans tous les cas, la mère sera assistée par toute personne qui est allée à sa rencontre. Alors, un nom spécifique est donné à l'enfant pour traduire les circonstances de sa naissance. Je signale par ailleurs que dans l'une de mes publications concernant l'influence de la pauvreté sur les soins obstétricaux au Togo, le niveau de vie des ménages est le facteur le plus déterminant dans l'explication de l'assistance biomédicale à l'accouchement, après contrôle des variables socioéconomiques et culturelles (Adedzi 2012). Souvent, le lieu d'accouchement est soumis aux interdits sociaux et les hommes, y compris

le père biologique, doivent s'abstenir de le fréquenter pour deux raisons fondamentales : préserver l'intimité de la future mère et ne pas souiller l'espace social avec le sang issu de l'accouchement supposé dangereux. Avant la délivrance, la parturiente doit se débarrasser de tous les objets pouvant compromettre la sortie de l'enfant, à savoir colliers, vêtements, bijoux, etc. Pour ce qui concerne les positions de l'accouchée, Pourchez (2002) présente quatre schémas issus des témoignages faits par ses répondants : accouchement sur le lit en position horizontale, verticale, sur le côté et en position assise. De même, les naissances particulières comme les naissances gémellaires, les naissances adultérines, les naissances difficiles sont également soumises à différents rites (Lallemant 2009; Bonnet et Pourchez 2007; Carle et Bonnet 2009). Toutefois, la perception du décès de l'unique nouveau-né est différente de celle des décès à répétition d'enfants issus d'une même femme. Si dans le premier cas on l'enterre dans la discrétion, le second cas présage un malheur. Ainsi, il faut conjurer le mal par des rituels, à la fois complexes et précis, comme dans le cas du décès d'une femme enceinte ou en couche (Creusat 2000; Spieth 2009). En somme, les pratiques de la maternité dans les sociétés traditionnelles africaines sont soumises aux normes qui découlent de diverses formes de savoirs culturels et qui sont orientées vers la santé de l'enfant naissant.

D'une manière ou d'une autre, les recherches récentes menées en Afrique sur la santé de la mère sont diverses et elles se rejoignent du point de vue conceptuel. Parmi ces catégories, on peut noter celles qui se focalisent sur le risque lié à la maternité (Allen 2002; Arborio 2008; van Der Sijpt et Notermans 2010), la médicalisation et la sanitarisation de la grossesse (van Der Sijpt et Notermans 2010). En effet, la médicalisation renvoie « aux modes d'appréhension d'un phénomène qui puisent directement au registre de la maladie et de son étiologie. Par exemple, la prescription de médicaments est souvent considérée comme un indicateur de médicalisation [alors que] la sanitarisation trouve son ancrage moins dans le registre de la maladie et davantage dans celui du bien-être physique et psychique » (Pelchat *et al.* 2006 : 56). Par ailleurs, la Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) (Busza *et al.* 2012; Dahlberg *et al.* 2014; Du Loû 2000; Irving 2011; Vidal 2000), la dépression postpartum (N'Dinga *et al.* 2015) et la maternité en contexte de migration (Mestre 2016) sont également des sujets qui reviennent souvent dans la littérature.

2.4.1 Maternité à risque, médicalisation et sanitarisaton

La notion de « risque » est très récurrente dans les écrits quand il s'agit de traiter des questions relatives à la maternité. Ce terme renvoie tantôt à la probabilité qu'une mère décède avant, pendant et après l'accouchement, tantôt à la probabilité qu'une femme en gestation ait une fausse couche ou qu'une parturiente perde son nouveau-né. Pour attirer l'attention des femmes sur la maternité à risque, on fait souvent référence au corps immature d'une adolescente enceinte, à l'avortement, à l'incapacité de la future mère à remplir son rôle sanitaire et de mère envers son enfant (visite prénatale, âge raisonnable pour la procréation, l'allongement de l'intervalle génésique, l'allaitement maternel exclusif du nouveau-né et du nourrisson, etc.). Autrement dit,

la notion de « risque », en santé maternelle, admet un ensemble de significations telles que le danger, la vulnérabilité, l'incertitude ou même la crainte; significations que les représentations populaires organisent autour de la prise en charge de la femme enceinte. Ces différents aspects composent une notion polysémique du risque qui se décline en fonction du contexte de sa prise en charge. (Arborio 2008 : 51)

Bref, le « risque » s'accompagne d'une transformation des problèmes sociaux relatifs à la maternité en termes sanitaires grâce à la responsabilisation des mères à qui il faut transmettre des normes sanitaires et parentales (Fassin 2005; Fassin et Memmi 2004; Faya-Robles 2014).

Linonge-Fontebo et Rabe (2015) ont observé des divergences entre les décisions politiques et la pratique concernant la maternité au Cameroun. Prenant l'exemple des femmes détenues dans le système pénitentiaire camerounais, elles ont montré comment certaines femmes enceintes sont traitées par d'autres détenues soumises aux contraintes pénitentiaires. En effet, le nonaccès aux soins obstétricaux est un facteur de risque relatif à la grossesse, à l'accouchement et après l'accouchement.

En Éthiopie, l'idée de réduire les décès maternels des femmes pendant le transport entre les communautés rurales éloignées vers l'hôpital a pour conséquence la création des foyers d'hébergement (maisons d'attente de maternité) non loin des hôpitaux où les femmes enceintes sont reçues avant d'être transférées à l'hôpital (Kelly *et al.* 2010)¹⁵. Au Guatemala

¹⁵ Les maisons d'attente de maternité ou foyers d'hébergement sont des établissements à proximité immédiate d'un hôpital ou d'un dispensaire offrant des soins obstétricaux d'urgence. Les femmes peuvent y rester au terme

où ces foyers sont sous-utilisés (Ruiz *et al.* 2013), la mortalité maternelle et les mortinatalités étaient plus faibles chez les femmes admises dans les hôpitaux par le biais des foyers que chez celles admises directement dans les hôpitaux en Éthiopie. En effet, l'étude réalisée par Ruiz *et al.* (2013) à Huehuetenango et à Cuilco, auprès des usagères et du personnel de soins dans les foyers, des membres de la famille et des leaders communautaires a permis d'identifier les obstacles avant, pendant et après le séjour des femmes dans les foyers. Les problèmes les plus importants concernent la méconnaissance des foyers, la dispensation de soins peu adaptés à la culture de ces femmes et le manque de financements durables. Aussi, l'utilisation des foyers a considérablement accru la probabilité d'accouchements dans les hôpitaux au Zimbabwe et a réduit de 10 fois le taux de mortalité maternelle dans les hôpitaux Nigériens (van Lonkhuijzen *et al.* 2012). Toutefois, même si ces études rapportent un effet favorable ou défavorable sur les résultats pour les femmes et leur nouveau-né, il n'existe pas de preuves suffisantes pour déterminer l'efficacité des foyers en matière de maternité pour améliorer les résultats maternels et néonataux (van Lonkhuijzen *et al.* 2009). De plus, ces études n'apportent aucun éclaircissement sur la prise en charge des femmes enceintes et séropositives dans les foyers d'hébergement ainsi que dans les hôpitaux. En réalité, avant qu'une grossesse soit prise en charge, une femme peut être exposée au risque de contamination du VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles.

Utilisant la théorie de Connell (2002) sur le genre et le pouvoir qui stipule que le genre a une dimension sociale à grande échelle et non pas seulement une question d'identité personnelle, un groupe de chercheurs explorent les croisements entre la maternité, le travail du sexe et les risques liés au VIH en Tanzanie (Beckham *et al.* 2014). Les résultats montrent que le statut de mère limitait le pouvoir de négociation des travailleuses de sexe. Ce qui a pour conséquence une augmentation de leurs comportements à risque vis-à-vis du VIH. Elles acceptent en effet un nombre plus important de clients sans protection pour plus d'argent nécessaire pour les dépenses en soins de santé pour elles-mêmes et leurs enfants (Beckham *et al.* 2014). Pour ces femmes, être mère et travailleuse de sexe signifient prendre soin de son

de leur grossesse et attendre le travail. Une fois le travail commencé, les femmes se déplacent vers l'établissement de santé, afin que le travail et l'accouchement puissent être assistés par une accoucheuse qualifiée. L'objectif est d'améliorer l'accessibilité et donc de réduire la morbidité et la mortalité de la mère et du nouveau-né si des complications surviennent.

enfant quels que soient les risques pour la santé et la sanction sociale. La façon dont le rapport de genre et le pouvoir de négociation structurent le travail de ces mères travailleuses de sexe détermine le risque lié à la santé maternelle et infantile. La notion de risque est encore perçue ici du point de vue clinique et ne fait pas ressortir les aspects culturels de ce concept multidimensionnel pour traduire dans les faits les connaissances locales et scientifiques (Lock 2001).

Concrètement, la maternité sans risque a été instaurée par l'Organisation mondiale de la Santé en 1987 et les stratégies post-avortement ont été élaborées en 1993 (van Der Sijpt et Notermans 2010). Ce sont deux initiatives problématiques qui érigent un nouveau système de surveillance. Dans ce système, le personnel de santé publique prodigue des informations et des conseils aux femmes enceintes désormais capables de prendre seules des décisions souveraines (Memmi 2003). L'accent est mis beaucoup plus sur les risques potentiellement mortels de fécondité excessive et d'avortement (van Der Sijpt et Notermans 2010). Selon van Der Sijpt et Notermans (2010), le corps de la femme enceinte est un corps social, dont les actions et les interprétations changent avec les situations sociales. Cette approche met l'accent sur le corps politique et sur les risques de fécondité (Fassin 2005). Mais elle montre aussi comment la distinction entre la perte spontanée et involontaire de la grossesse faussent les réalités quotidiennes des femmes camerounaises (van Lonkhuijzen *et al.* 2009).

Sur la base d'une longue période de travail de terrain dans les milieux urbain et rural de la province orientale du Cameroun, van Der Sijpt et Notermans (2010) relèvent les ambiguïtés inhérentes qui sous-tendent les grossesses et leurs dangers perçus en situant les significations de la perte de la grossesse dans une dynamique complexe du mariage et de la parenté. Par exemple, les femmes indiquent que les fausses couches et les mort-nés sont souvent le résultat de mouvements corporels intenses pendant la grossesse. Une déclaration similaire peut être évoquée pour les nombreuses maladies indiquées comme causes possibles de la perte de grossesse. De plus, les frictions sociales sont aussi considérées comme une menace considérable pour les grossesses, car la disharmonie pourrait conduire à un mauvais usage des médicaments traditionnels. Dans leur lutte pour l'attention de leur mari, les coépouses pourraient tenter secrètement d'attaquer les capacités reproductives les unes des autres par l'utilisation d'herbes, de poudres, de feuilles et d'écorce nuisibles. Les sorcières peuvent

aussi attaquer une femme enceinte innocente, de préférence membre de leur propre famille (Geschiere 2003) en appliquant des remèdes, en pénétrant dans le ventre de la femme enceinte, en volant ou en mangeant le fœtus pendant les visites nocturnes. Un autre danger « mystique » pour la grossesse est la malédiction venant de la mère d'une femme ou d'autres parents proches. Contrairement à l'explication médicale des risques de grossesse, les perceptions des femmes africaines sont centralisées plutôt sur les risques provenant souvent d'autres acteurs sociaux pertinents (Allen 2002; Geschiere 2003; van Der Sijpt et Notermans 2010). Il faut alors une coordination des actions pour appréhender le risque réel, observé et perçu dans la variabilité de ses significations afin de parvenir à une meilleure gestion du risque en santé maternelle en Afrique (Arborio 2008).

2.4.2 Prévention de la transmission de la mère à l'enfant

Parfois, les femmes préfèrent les accoucheuses traditionnelles pour défendre leur image sociale en tant que femmes responsables. À Kibera au Kenya, les services des accoucheuses traditionnelles sont préférés à cause de l'organisation sociale des accouchements à domicile, la proximité socio-physique des accoucheuses, leur acceptabilité et leur disponibilité ainsi que la sensibilité de leurs services aux besoins culturels, économiques et personnels des familles (Awiti Ujiji 2011). Dans le cas particulier des femmes séropositives, l'auteur fait le constat ci-dessous :

The women were determined to fulfil their roles as mothers and homemakers thus avoiding hospital delivery to maintain the social image as responsible women. In Kibera, the community was not always aware that women living with HIV could minimise the transmission of HIV to their partners and chose pregnancy thanks to [Antiretroviral Therapy]. Information on the possibility of childbearing for women with HIV should be available at the community level to reduce stigma. (Awiti Ujiji 2011 : 12)

Mais en ce qui concerne les mères qui ont une préférence pour l'accouchement au sein d'un établissement de santé, le choix du lieu d'accouchement implique généralement leur famille et les autres membres de la communauté à Busia au Kenya (Dahlberg *et al.* 2014). Selon les auteurs de cette étude, les femmes qui décident d'accoucher dans un centre de santé publique sont perçues comme déviantes à l'égard des traditions et ne peuvent pas être considérées comme de « vraies femmes ». Ainsi, elles se sentent tiraillées entre leur loyauté à l'égard des normes socioculturelles et le discours biomédical. Les relations sont souvent tendues entre le

personnel de santé publique, l'entourage familial et les autres membres de la communauté. Par rapport à ce constat, les auteurs proposent un rapprochement des accoucheuses traditionnelles et du personnel soignant officiel en vue d'augmenter les taux d'accouchements et de services de la Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) dans les hôpitaux publics. Pour parvenir aux résultats ci-dessus les auteurs ont dû adapter le cadre théorique axé sur l'écologie et le social de Busza *et al.* (2012), du fait de la forte prévalence du VIH et du taux élevé de naissance à domicile qui ont une incidence sur la santé maternelle et infantile. Toutefois, même si les programmes visant à améliorer la maternité sans risque doivent tenir compte du libre choix des femmes de leur lieu d'accouchement, le modèle proposé par Dahlberg *et al.* (2014) ne distingue pas le système biomédical du système traditionnel de soins de santé. Par ailleurs, l'auteur principal n'a pas participé à la collecte des données et n'a aucune expérience de terrain dans la région de Busia; ce qui peut facilement influencer l'interprétation des données et peut susciter des interrogations sur la qualité des résultats.

2.4.3 Santé du nouveau-né et de l'enfant en Afrique

Les recherches sur la santé du nouveau-né et de l'enfant ces dernières années sont centrées sur l'accueil d'un bébé en maternité ou sur les pratiques institutionnelles hospitalières (Mestre 2016; Querre et Mestre 2007); les décès des enfants dans les unités de soins intensifs pédiatriques (Einarsdóttir 2006; Vivian 2012; Vivian *et al.* 2009); les malformations congénitales (Bellardie et Harris 2008); l'allaitement maternel (Alfieri 2000; Bonnet 1988; Einarsdóttir 2004; Gunnlaugsson et Einarsdóttir 1993; Taverne 2000); et l'insécurité alimentaire et la survie de l'enfant (Betancourt *et al.* 2010). Je consacre la présente section à ces dimensions.

2.4.3.1 Accueil du nouveau-né

Une étude sur les premiers soins institutionnels au bébé a ciblé les femmes migrantes et primipares en France (Mestre 2016). Il s'agit de vérifier l'hypothèse selon laquelle les premiers messages des professionnels de santé adressés aux mères véhiculent un modèle de puériculture qui s'appuie sur une histoire médicale. Deux axes thématiques ont été abordés, à savoir l'allaitement maternel et le bain. En ce qui concerne l'allaitement maternel, les résultats montrent que les mères ne s'imaginaient pas ne pas allaiter. Elles font le choix

d'allaiter parce qu'elles-mêmes ont été allaitées et ce mode d'alimentation rejoint le discours médical, puisque le lait maternel est supposé naturel. En revanche, la pratique du bain au nouveau-né après l'accouchement a connu beaucoup d'aménagements et de rebondissements. L'on a tendance à reporter le bain au lendemain, au deuxième jour ou au troisième jour après l'accouchement selon les maternités. Paradoxalement, certaines mères se sentent rassurées par l'accompagnement proposé par les professionnels de santé qui encadrent les moments de bain, alors que d'autres ressentent un malaise et de la gêne quant au report tardif du premier bain et n'hésitent pas à faire appel aux savoirs familiaux. En conséquence, le personnel soignant se trouve souvent dans l'impasse relativement à la demande de certaines mères qui réclament le bain pour leur bébé juste après la naissance, parce qu'elles veulent que ce dernier soit présentable pour la visite de la famille. La puériculture est donc une forme d'adaptation partielle de la pratique dite traditionnelle destinée au bébé puisque « chaque apprentissage est singulier, s'appuyant sur des pratiques héritées dans la famille ou apprises dans l'environnement maternel. » (Mestre 2016 : 114). Fort de ces constatations, on peut tirer la conclusion suivante :

Ce berceau culturel est à la fois profondément ancré à l'intérieur de nous et nous différencie les uns des autres, d'un groupe culturel à l'autre. Pourtant, à l'intérieur d'un groupe, cela nous semble tout à fait naturel, évident, comme s'il n'y avait qu'une seule manière de faire et comme si celui qui procède différemment avec ses enfants ne peut être que « contrenature » et contre l'intérêt des enfants. (Moro 2011 : 18)

S'agissant des soins à domicile, LeVine (2004) présente dans l'une de ses publications, quatre indicateurs liés à la dyade mère-enfant. Ils sont issus des résultats de son étude sur le nourrisson réalisée chez les mères Gusii au sud du Kenya : la sensibilité maternelle, l'attention maternelle, le développement précoce de l'affinité, et les soins des sœurs. Cette étude vient ainsi répondre aux questions récurrentes sur les soins parentaux et le développement précoce de l'enfant. En ce qui concerne l'attachement mère-enfant par exemple, la sensibilité maternelle est l'une des variables clés dans l'environnement immédiat du nourrisson qui détermine si un enfant est devenu solidement attaché à l'âge de douze mois (LeVine 2004). En effet, les résultats issus des données empiriques montrent que les mères Gusii sont extrêmement sensibles à la détresse de leur enfant comme c'est le cas observé par (Einarsdóttir 2004) chez les mères Papel de la Guinée-Bissau. Dans la journée, une mère

Gusii a son enfant sur ses genoux ou dans ses bras et répond par l'allaitement au premier geste de l'enfant avant les cris et les pleurs à la maison. Certains des pleurs se sont produits quand le bébé est pris en charge par une sœur. Ainsi, ces mères Gusii ont tendance à être très sensibles aux signaux de détresse de leurs enfants.

2.4.3.2 Décès des enfants dans les unités de soins intensifs pédiatriques

L'étude de Vivian (2012) sur le décès des enfants dans une unité pédiatrique de soins intensifs de la Croix-Rouge du Cap en Afrique du Sud révèle que les décès d'enfants dans cette unité génèrent une profonde lutte morale chez les prestataires de soins. En effet, cette étude situe la lutte des soignants à propos des questions morales qui interviennent dans le traitement intime de la mort de chaque enfant, parce que les circonstances qui l'entourent nécessitent un questionnement de la pratique clinique sur la prise de décision éthique et de la négociation sociale¹⁶. Les réactions des soignants sont alors imprégnées d'émotion, de souffrance psychologique et de problèmes sociaux, y compris leur jugement quant à savoir si une action morale correcte s'est produite ou non. Selon Vivian (2012), le discours biomédical est loin d'être unanime sur le moment de déclarer la mort prochaine de l'enfant puisque cela a des répercussions culturelles, religieuses, éthiques, morales et juridiques qui remettent en question le sens des décisions de mettre fin à une vie humaine (Memmi 2003). Paradoxalement, la manipulation des techniques de sauvetage ayant pour but de sauver la vie d'un enfant implique intrinsèquement une décision de mettre fin à sa vie. Les médecins ont donc la responsabilité de redéfinir le moment de la mort en fonction de la représentation qu'ils se font du corps physique et de l'état mental de l'enfant dans une logique de « biologies locales » (Lock 2001 : 483). Pour cette chercheuse, la notion de biologies locales se réfère à la façon dont l'expérience corporelle des sensations physiques est en partie informée par le corps matériel, lui-même subordonné aux variables évolutives, environnementales et individuelles. Elle se réfère également à la façon dont le sujet et les autres représentent le corps en s'appuyant sur des catégories locales. Ces décisions diffèrent par conséquent d'un enfant à un autre dans la mesure où elles se produisent du fait qu'ils souffrent de maladies chroniques variables. Aussi, la meilleure décision de mettre fin à la vie d'un enfant est donc

¹⁶ Le contexte socioculturel joue évidemment un rôle important ici puisque l'Afrique du Sud a connu l'apartheid et qu'une décision non consensuelle peut être interprétée en fonction des séquelles de la ségrégation raciale.

importante et cela dépend souvent du fait que les soignants associent la mort à des procédures biomédicales et sociales. Par exemple, une « bonne mort » (Vivian 2012 : 300) a été rappelée comme signe d'une meilleure décision de mettre fin à la vie de l'enfant souffrant, étant entendu que son décès s'est produit en douceur en concertation avec la famille et peut-être avec un chef religieux à son chevet. D'où l'importance de la négociation sociale de la mort de l'enfant qui peine à retrouver sa guérison (Chapple 2003). Au-delà de la détresse, la capacité humaine pour la compassion réside en la capacité pour les soignants de percevoir et d'engendrer une bonne mort pour un enfant. Cela nécessite l'intimité, pas seulement avec d'autres soignants et les familles, mais avec la nature même de la maladie et la mort programmée. Dans l'unité pédiatrique de soins intensifs, cela a été démontré par la résilience des soignants quant à la tragédie puisqu'ils sont forcés de restaurer leur sentiment après la maladie, la mort et l'enterrement d'un enfant qui rend l'âme (Vivian 2012; Vivian *et al.* 2009). Tout comme une meilleure communication entre les membres du personnel de santé, en ce qui concerne la prise de décision, a un effet sur la confiance et améliore les pratiques de soins dans les unités pédiatriques de soins intensifs (Vivian *et al.* 2009), l'amélioration de la santé des enfants ou l'arrêt de vie d'un enfant souffrant exige une approche intégrée des soins de santé pour les mères, les nouveau-nés et les enfants (Vivian 2012; Zarocostas 2008).

D'après ce qui précède, aucun parent n'est prédisposé émotionnellement à faire face à une expérience de son bébé admis aux soins intensifs. Les mères africaines ayant expérimenté cette situation ne sont pas à ignorer et les bébés sont souvent ceux pour lesquels il existait un pronostic biomédical de décès précoce ou d'altération grave associée à une très mauvaise qualité de vie : ce sont les cas de décès dus à la prématurité d'un nouveau-né, aux anomalies congénitales et à l'asphyxie. Le degré de compassion et d'implication émotionnelle du personnel biomédical ne peut être ignoré dans ce contexte, car une mère peut être réconfortée par le fait que les infirmiers et les infirmières et même les médecins se souciaient de l'état critique de santé de son bébé (Vivian 2012; Vivian *et al.* 2009). Mais les choses peuvent mal tourner, car la nature de la mort prochaine de leur bébé est incertaine.

Bien que l'on puisse penser que les facteurs épidémiologiques et démographiques peuvent influencer le consentement à mettre fin à la vie d'un enfant qui souffre d'une maladie chronique, les attitudes et les croyances d'une mère africaine peuvent aussi être déterminantes à la lumière de l'étude réalisée par Vivian (2012) en Afrique du Sud.

2.4.3.3 Allaitement maternel, insécurité alimentaire et survie de l'enfant

Contrairement aux idées reçues sur l'existence d'un mauvais lait maternel, une étude a montré que les femmes bissau-guinéennes considèrent le lait maternel comme fondamentalement bon pour le nouveau-né. Mais elles pensent que le lait maternel peut devenir mauvais en cas de maladie de la mère ou d'adultère commis par celle-ci (Gunnlaugsson et Einarsdóttir 1993). Pour ces auteurs, un mauvais lait peut être traité par diverses procédures après le diagnostic qui consiste à mettre une fourmi sur le lait issu du sein maternel pour observer si la fourmi peut rester en vie. Même si dans le monde entier le colostrum est perçu aujourd'hui comme bon pour le nouveau-né, il n'en demeure pas moins vrai qu'il peut s'avérer mauvais si la mère est séropositive. En effet, « parmi les mesures préventives qui ont été proposées, certaines, telles que l'éviction du colostrum ou la réduction de la durée de l'allaitement, réduisent le risque de transmission du VIH sans l'annuler » (Desclaux 2000 : 6). Ce qui aura certes des conséquences négatives sur la santé du nourrisson dont l'alimentation dès les premiers instants de sa vie se résume à la consommation du lait industriel. En réalité, dans les sociétés africaines, on ne laisse pas mourir un nouveau-né que sa mère n'a pu nourrir à cause du décès de celle-ci, du déficit du lait maternel ou encore de l'infection du lait mammaire (Alfieri 2000; Taverne 2000). En cas d'impossibilité pour la mère d'allaiter, les femmes et les hommes cherchent dans la parenté proche du nourrisson une femme qui puisse lui fournir un lait qui sort le plus possible « identique » à celui qu'il aurait tété chez sa mère comme chez les Bobo Madare au Burkina Faso (Alfieri 2000).

La question de la survie du nouveau-né et de l'enfant demeure également un sujet important dans le domaine de la recherche. Je rappelle ici qu'en 1993, Einarsdóttir était partie chez les Papel de la région Biombo en Guinée-Bissau, où elle a résidé pendant 5 ans pour ses travaux de terrain dans le cadre de sa thèse de doctorat, dont l'objectif initial était de se concentrer sur la relation entre la santé de l'enfant et l'allaitement maternel. Au fur et à mesure que son travail progressait sur le terrain, elle essayait de comprendre la réaction d'une mère face à la

mort de son enfant. Examinant l'hypothèse selon laquelle les mères vivant dans les zones touchées par la pauvreté avec des taux élevés de fécondité et de mortalité infantile négligeraient leurs enfants (Scheper-Hughes 1992, 1997), elle conclut que les mères Papel de Biombo ne négligent pas leurs enfants en matière de soins quotidiens ou pendant la maladie. Elles ne regrettent pas non plus le deuil des enfants qui meurent, qu'ils soient des enfants normaux ou des enfants nés handicapés ou déviants, et donc soupçonnés d'être un enfant « non humain¹⁷ ». Elle a plutôt soutenu la thèse selon laquelle la pauvreté et la mortalité infantile élevées ne produisent pas nécessairement des mères négligentes et non éveillées (Einarsdóttir 2004). Deux années plus tard, l'auteure aborde des questions éthiquement sensibles dans deux contextes culturellement distincts.

Dans un article consacré à la survie de l'enfant, les contextes de richesse et de pauvreté ont été nécessaires dans l'explication des résultats (Einarsdóttir 2006). Il s'agit d'un travail sur les naissances anormales et la survie de l'enfant dans deux aires géographiques qui représentent des extrêmes en ce qui concerne l'accès aux services de soins de santé et le taux de mortalité infantile : la région de Biombo de la Guinée-Bissau et l'unité de soins intensifs néonataux en Islande. Malgré cet écart, une similitude s'observe dans ses résultats puisque chez les Papel de Biombo, les caractéristiques telles que l'incertitude, l'ambiguïté et l'apparence déviante ou le développement inhabituel nourrissent l'idée que les enfants « non humains » existent et qu'il s'agit de créatures dangereuses qu'il faut éliminer. Ainsi, les mères et les pères en disent peu parce qu'ils considèrent que le nourrisson n'appartenait pas à leur lignée et ils maintiennent l'espoir d'une guérison dans un avenir incertain. De même, les nouveau-nés avec un poids à la naissance inférieur à 1 000 grammes en Islande sont perçus comme des créatures à éliminer. Ce qui oblige également les parents des nourrissons prématurés à maintenir l'espoir de survie et de confiance dans le traitement futur. Certes, les travaux de l'auteure apportent des éléments de réponse à la question de la survie du nouveau-né et de l'enfant, car elle présente les dilemmes d'ordre éthique. Toutefois, son implication personnelle ainsi que celle de sa famille dans la vie de ses répondants et répondantes, dont

¹⁷ Selon l'auteure de l'étude chez les Biombo, ces enfants sont considérés comme une menace pour leurs parents maternels, et la tante maternelle dans son devoir d'assurer la sécurité de la lignée maternelle reçoit l'enfant en question pendant une période pour lui donner une nourriture appropriée. Si c'est un nourrisson, la mère biologique doit arrêter d'allaiter son enfant pour que la tante maternelle s'en occupe.

elle pense que sans cela elle ne pourra pas obtenir de meilleurs résultats soulève la question du rapport entre le chercheur et son objet d'étude :

Invasion into the personal lives of others is condemned. Obviously, researchers who study personal experiences related to diseases and death compel a more invasive intrusion into the life of others than the absolutist stance would allow. If I had chosen to organize my fieldwork in Biombo and Iceland in accordance with that position, I would not have learned much about the themes under study. (Einarsdóttir 2006 : 198)

Même si son implication personnelle dans la vie familiale de ses répondants et répondantes apporte des éléments de réponse à un problème lié à la survie de l'enfant, son engagement a de plus en plus compliqué son travail sur le terrain. Elle ne nous montre pas non plus que son implication personnelle en tant que chercheuse dans la vie familiale de l'enquêté(e) améliore ou non les chances de survie des nourrissons et des enfants.

Ayant constaté que l'approche anthropologique du deuil est restée longtemps centrée sur les rites funéraires, laissant davantage la question des dynamiques psychiques du deuil à la psychologie, Noret (2010) propose une approche anthropologique axée sur le deuil psychique. La perte d'un bébé ou d'un tout-petit enfant n'entraîne qu'un deuil limité dans la région du nord-est du Brésil, car les bébés disparus deviennent selon la représentation populaire de petits anges « Angel babies¹⁸ » qui ont accès au paradis tout en apaisant le cœur des vivants (Scheper-Hughes 1992, 1997). En revanche, dans un contexte où le système de parenté, les relations d'entraide et la fécondité jouent un rôle important, l'amour maternel et le deuil des mères ont leur importance dans les sociétés à forts taux de pauvreté, de fécondité et de mortalité infantile (Einarsdóttir 2004, 2006). Dans tous les cas, le deuil psychique peut être appréhendé comme un fait de société et non comme un travail psychique qui échapperait à toute socialisation (Noret 2010).

Par ailleurs, les risques et les vulnérabilités auxquels sont confrontés les enfants au Rwanda a nécessité une analyse des ressources et des stratégies de survie utilisées par les enfants et les familles pour lutter contre l'insécurité sanitaire et alimentaire. Un groupe de chercheurs a utilisé le modèle SAFE (*Safety/freedom from harm; Access to basic physiological needs*

¹⁸ Ce sont des enfants décédés, dont leurs mères pensent qu'ils sont devenus de petits anges. Ce qui console les mères qui ne se plaignent pas de leur disparition.

and healthcare; Family and connection to others; Education and economic security) pour explorer les composantes essentielles de la sécurité et du bien-être de base des enfants afin d'examiner les questions essentielles à l'amélioration de la protection de l'enfance au Rwanda. Selon Betancourt *et al.* (2010), le modèle SAFE de protection de l'enfant complète le concept de l'environnement protecteur de l'Unicef (2008) appliqué au Darfour. Il s'inspire de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant et de la sécurité humaine (Stichick et Bruderlein 2001) et repose sur l'interdépendance entre quatre domaines essentiels : l'accès aux besoins physiologiques et aux soins de santé de base; les relations familiales; l'éducation et la sécurité économique (Betancourt *et al.* 2010). Les résultats issus de ce modèle montrent que les menaces de protection de l'enfance les plus souvent mentionnées dans la période post-génocide au Rwanda concernent la détérioration de la cohésion sociale et communautaire, la pauvreté et l'impact général de la maladie et de la mort des prestataires de soins de santé sur la survie des enfants. Conformément au modèle SAFE de protection de l'enfance, les droits fondamentaux comme les besoins en matière de sécurité, d'alimentation, d'éducation et de santé sont interdépendants. Ainsi, les enfants et les familles adoptent une gamme de stratégies de survie. Cette étude de Betancourt *et al.* (2010) apporte des informations sur les besoins non satisfaits dans les domaines ci-dessus. Mais elle présente des biais non négligeables : bien que l'étude comprenne des participants de milieux urbains, semi-urbains et ruraux, certains participants aux groupes de discussion ont été sélectionnés sur la base d'un contact avec une ONG partenaire de l'étude. Ayant sélectionné à la fois des bénéficiaires et des non-bénéficiaires des services de l'ONG dans les mêmes communautés, les non-bénéficiaires pourraient surestimer leurs besoins non satisfaits dans l'espoir de recevoir des services de l'ONG.

2.4.3.4 Malformations congénitales

Souvent, les malformations congénitales rendent complexe la prise de décision des parents pour une chirurgie esthétique qui prend en compte les préoccupations fonctionnelles et l'apparence de l'enfant. Une étude a été entreprise en Afrique du Sud pour déterminer des informations sur les attitudes des parents à l'égard d'une brochure d'information sur la fente labiale utilisée à l'Hôpital pour enfants de la guerre de la Croix-Rouge (Bellardie et Harris 2008). Selon ces auteurs, la plupart des parents ont été informés de la fente labiale de leurs

enfants à la naissance par un médecin, un gynécologue ou une infirmière, mais ont estimé que les connaissances des professionnels de la santé sur la fente labiale avaient des limites, car les informations sur l'alimentation de la femme enceinte étaient insuffisantes. Conformément à ce qui précède, aucun parent n'avait estimé que la fissure était pénible pour l'enfant et tous ont compris qu'elle pourrait être réparée chirurgicalement. Par conséquent, toutes les mères (et certains des pères) ont estimé qu'elles auraient mal agi pendant la grossesse pour provoquer la fente labiale et gardent un sentiment de culpabilité jusqu'à l'âge de 3 ans après la naissance de l'enfant.

Dans la prise de décision des parents dont les enfants sont affectés par cette maladie et qui doivent subir une chirurgie esthétique visant un rétablissement de leur identité, une préoccupation principale des parents tient souvent compte des considérations émotionnelles, sociales et culturelles qui sous-tendent leur prise de décision. Le sens marqué d'obligations suggérait que les relations avec leurs enfants étaient caractérisées par une dimension morale. Parce que les parents qui acceptent la chirurgie esthétique pour leur enfant qui souffre d'une fente labiale sont perçus comme des parents dignes qui remplissent leur obligation morale.

À la lumière de ce qui précède, ce début du XXI^e siècle connaît un regain d'intérêt pour l'anthropologie de l'enfance et de l'enfant (Bluebond-Langner et Korbin 2007; Collard et Leblic 2009). Si les recherches ethnographiques ou anthropologiques se sont focalisées sur la parenté, les structures économiques, les formes d'organisation sociale et politique dans les différents pays au sud du Sahara dans le passé, force est de constater l'engouement actuel pour l'étude de l'enfance et des enfants (Bluebond-Langner et Korbin 2007; Collard et Leblic 2009; Querre et Mestre 2007)¹⁹. Diverses études empiriques sur les facteurs susceptibles d'influencer la santé des enfants de bas âge en Afrique subsaharienne ont été réalisées en vue de comprendre le phénomène de soins de santé infantile. Ces études varient selon la

¹⁹ En ce qui concerne l'entrevue réalisée par Querre et Mestre (2007) avec Bonnet et Lallemand, il est clair qu'elle a permis de retracer un peu l'historique des recherches sur la petite enfance, de l'enfance et de l'enfant des anthropologues francophones. Ces recherches sont beaucoup plus centrées sur l'Afrique. Quant au débat sur la fusion ou non de l'anthropologie de la reproduction et l'anthropologie de la petite enfance, je retiens ici dans les propos de Bonnet publiés en 2007, qu'on peut intégrer l'anthropologie de la reproduction dans l'anthropologie de la petite enfance ou de l'enfance; surtout pour ce qui concerne l'étude de la santé du nourrisson ou des enfants de bas âge. Cela permet non seulement de comprendre les représentations de l'embryologie ou de la procréation, mais aussi d'identifier les antécédents maternels qui influent sur la santé et le bien-être du nourrisson ou de l'enfant.

perspective théorique choisie par le chercheur. Quel que soit le modèle choisi, on peut noter des études corrélationnelles qui analysent les associations et la covariation de la mortalité et de la morbidité infantiles, avec plusieurs variables se référant à la mère ou au père de l'enfant. Une autre catégorie d'études relève des études de cas permettant de faire des analyses approfondies. La troisième catégorie porte sur le processus décisionnel de la mère et de l'entourage familial à recourir soit à une assistance biomédicale, soit à un guérisseur traditionnel. La dernière catégorie porte sur le questionnement de la mère ou de l'entourage familial de l'enfant à opter pour un type de soins pour le bien-être de l'enfant. Une démarche compréhensive qui conduit donc inéluctablement à s'interroger sur la qualité desdits soins. Une étude sur la santé des enfants en lien avec l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique apporterait davantage de nouvelles connaissances scientifiques sur la survie des enfants en Afrique.

2.4.4 Médecine traditionnelle, ses composantes et ses différences avec la biomédecine au Togo

Savoir thérapeutique d'origine très ancienne, l'art de prévenir et de guérir les maladies, hérité des ancêtres au Togo, est devenu aujourd'hui le centre d'intérêt des ethnographes, des écologistes, des ethnobotanistes et des historiens qui lui portent une attention particulière. Mais de quoi est meublé ce système médical légué par les ancêtres?

Face à l'hégémonie de la pédiatrie, l'art de guérir les enfants que les guérisseurs d'aujourd'hui ont hérité de leurs ancêtres est majoritairement enraciné dans la mémoire collective des Togolais. On peut le retrouver sans doute sous des formes multiples dans les familles, dans les centres de consultation privée, et parfois chez certains agents de santé publique et des universitaires qui y voient seulement son côté rationnel. Aujourd'hui où les savoirs thérapeutiques ancestraux coexistent avec la biomédecine occidentale qui est née de l'opposition entre nature et culture durant le siècle des Lumières (Descola 2005; Good 1994), on peut dire sans se tromper que les savoirs thérapeutiques qui se pratiquaient dans le passé au Togo ne sont pas disparus complètement. L'on est toujours rempli des nostalgies du passé à mesure qu'un milieu rural perd davantage toutes les valeurs de sa ruralité. L'intransigeance de la science biomédicale à rejeter tout ce qui se trouve hors du champ qu'elle éclaire est peut-être le sentiment qui anime notre époque. Mais qu'est-ce qu'il y a de commun entre le

savoir-faire d'un rebouteux qui libère un nouveau-né de sa clavicule déboîtée lors de l'accouchement, d'un désorceleur qui soulage la souffrance d'un nourrisson de son mal de ventre, d'un prêtre du couvent qui consulte les oracles pour projeter l'état de santé d'un enfant dans le futur et d'un incantateur qui implore les divinités à protéger un enfant contre les maladies infantiles? Peut-être qu'ils opèrent tous là où la biomédecine a échoué. Et que dire de ce qui différencie les pratiques biomédicales occidentales des savoirs thérapeutiques transmis par les ancêtres aux générations présentes et futures au Togo? Avant de répondre à cette question, je tenterai d'abord de présenter les composantes de l'art de guérir issu des connaissances ancestrales au Togo. En effet, le système thérapeutique local togolais est composé d'un certain nombre de personnes habilitées à exercer le travail des praticiens traditionnels, mais les pratiques diffèrent d'un praticien à un autre selon les maux dont souffrent les enfants. Pour ce faire, je présenterai d'abord ceux qui exercent le travail de guérisseurs traditionnels au Togo. Ensuite, j'aborderai certaines pratiques qui existent sur le territoire togolais et enfin je montrerai ce qui différencie, oppose, crée des conflits ou nourrit des enjeux entre la médecine traditionnelle pour enfant (« ethno-pédiatrie ») et la biomédecine.

2.4.4.1 Praticiens traditionnels au Togo

Sans être exhaustif, je dirai qu'au Togo la catégorie praticiens traditionnels concerne les phytothérapeutes, les rebouteux, les prêtres du couvent (*bokɔnɔwo*) ou d'un *trɔ̃*, les devins, les désorceleurs, les « maîtres des cérémonies des sièges ancestraux » (*togbuizikpui*), les guérisseurs spirituels qui sont assimilés souvent aux psychothérapeutes. En plus de ceux-ci, on observe également les accoucheuses traditionnelles et les herboristes. Je reviendrai plus en détail sur ce sujet à la section 8.1 du chapitre 8.

2.4.4.2 Diverses pratiques de la médecine traditionnelle au Togo

La médecine traditionnelle togolaise est composée d'un certain nombre de pratiques, dont les suivantes : 1) la phytothérapie et l'herboristerie vont souvent de pair et tout visiteur au Togo peut observer les vendeurs ambulants ou les vendeurs dans les marchés qui proposent des variétés de plantes médicinales à leurs clients. Ces vendeurs offrent une gamme variée d'une partie de plantes (racine, feuille, fleurs, etc.) pouvant traiter un large éventail de maladies infantiles. Ces plantes sont utilisées pour préparer généralement une tisane que l'on peut

préparer par macération (la plante est laissée plus ou moins longtemps au contact de l'eau froide); par infusion (on verse de l'eau chaude sur la plante) ou par décoction (la plante est laissée plus ou moins longtemps au contact de l'eau portée à ébullition). Outre ces vendeurs de plantes, figurent également ceux qui ont déjà préparé les produits à base de plantes médicinales destinés à la vente. Une autre catégorie concerne les rebouteux qui procèdent par la manipulation du corps, des jointures et par des massages. C'est un savoir-faire qui permet de remettre en place les nerfs coincés et les tendons blessés, de dénouer les muscles, de soigner les foulures et les articulations démisées des nouveau-nés et des enfants. Cela permet de résorber et de libérer aussi de nombreux blocages physiques tels que : la contracture musculaire, la névralgie, la tendinite, la lombalgie, la dorsalgie, le torticolis, la sciatique, l'entorse, la fracture, etc.

L'accouchement traditionnel est aussi l'une des pratiques qui intervient dans le système médical traditionnel au Togo. En plus des techniques ancestrales qui permettent d'accompagner la parturiente à opérer des contractions musculaires plus intenses pour faire sortir l'enfant du ventre de sa mère, il y a des soins appropriés que l'accoucheuse traditionnelle apporte à la mère et au nouveau-né après la naissance. La guérison spirituelle, quant à elle, est une forme de pratique qui fait appel souvent à l'utilisation ou non de la puissance du verbe comme l'incantation (*Atankaka*) chez les Agotimés. Cela intervient dans les cas d'envoutement, de sorcellerie et de possession par un esprit maléfique. Par exemple, les palmiers (*Arecaceae*) sont des éléments importants dans cette thérapie spirituelle au Togo et ses noix sont très utilisés pour des rituels allant jusqu'à la sacralisation de l'oracle *Fa*. Une consultation qui intervient très souvent lors de la recherche des causes des maladies et des rêves liés au destin (Gruca *et al.* 2014). De même, la rupture des liens de filiation des parents d'un enfant peut provoquer des désordres du processus identificatoire se manifestant par des troubles mentaux, de croissance, d'alimentation et du comportement chez l'enfant (Kokou-Kpolou *et al.* 2018). Le recours aux rituels thérapeutiques incluant la gestion de la honte et la culpabilité, le pardon et la réintégration peuvent permettre à l'enfant de se réconcilier avec ses origines. Il faut aussi noter que les minéraux et les débris d'animaux interviennent dans certaines pratiques thérapeutiques ci-dessus mentionnées.

2.4.4.3 Différences, oppositions, enjeux entre médecine traditionnelle pour enfant et biomédecine au Togo

La principale différence se situe d'abord au niveau de la conception de l'individu, de la manière de penser l'enfant et d'aborder ses problèmes de santé. Ensuite, la transmission des savoirs thérapeutiques traditionnels se fait souvent lors d'une initiation, même si certains sont enseignés aujourd'hui dans les écoles et universités; car beaucoup de ces savoirs sont ésotériques. Or, tous les savoirs thérapeutiques biomédicaux sont transmis aux apprenants dans les écoles et universités. De plus, l'on recherche non seulement au niveau de la médecine traditionnelle les causes immédiates, mais également les causes profondes qui créent la souffrance chez l'enfant. Au lieu de rechercher seulement les symptômes de la maladie comme cela se fait dans la biomédecine, on cherche plutôt à savoir si la maladie est due à la colère d'un ancêtre qui veut se venger parce que les parents d'un enfant qui souffre ont transgressé un interdit. On cherche aussi à savoir si c'est un ennemi qui a envoyé un mauvais sort comme l'envoutement. Les rituels sacralisant l'oracle *Fa* constituent par exemple une consultation qui intervient très souvent lors de la recherche des causes des maladies et des rêves liés au destin (Gruca *et al.* 2014). Les forces surnaturelles aussi peuvent punir les parents en s'attaquant à l'enfant. Il faut donc rechercher la divinité en question.

Dans le cadre de la médecine traditionnelle, la gestion de la santé et la maladie d'un enfant qui souffre est aussi une gestion des rapports sociaux entre les familles et les autres membres de la société. Ce qui n'est pas tout à fait le cas quand il s'agit de la biomédecine, même si, pour les maladies qui touchent le mental de l'enfant (Dassa *et al.* 2009), l'on recourt souvent à la psychothérapie ou à la psychiatrie dans le domaine biomédical. Par contre, l'on recourt plutôt au traitement spirituel quand il s'agit de la médecine traditionnelle (le cas des désorceleurs par exemple). La manière de rechercher l'origine de la maladie détermine ainsi la thérapie. Si la maladie est mentale ou spirituelle, on utilise la puissance du verbe (incantation) ou on fait les sacrifices aux divinités (vodu, *trɔ̃*, *legba*, sièges ancestraux, *Mawu*, etc.). Je rappelle ici que les convertis au christianisme ou à l'islam font recours aux prêtres, pasteurs, imams pour la prière de délivrance ou l'exorcisme. On assiste selon certains auteurs à un désaveu de la médecine conventionnelle au profit de la « religiothérapie » au Togo (Dassa *et al.* 2008). La médecine occidentale est construite sur une vision de la vie et de la mort qui cadre mal avec le système thérapeutique ancestral du Togo où la mort n'est qu'un

passage et où les défunts vivent encore dans l’imaginaire social (Agblemagnon 1957). La démarche rationnelle qui caractérise la biomédecine conduit souvent à une approche réductrice de la santé et de la maladie (Good 1994). Même si la médecine traditionnelle a sa propre rationalité interne, plusieurs éléments sont difficiles à expliquer si l’on n’adopte pas une approche beaucoup plus globale de la santé et de la maladie. Les protocoles thérapeutiques qui concernent la préparation et la fabrication des produits, la manière de les administrer aux enfants, etc., sont aussi différents. En médecine traditionnelle par exemple, certaines plantes sont cueillies très tôt le matin; pour d’autres, il faut prononcer des paroles ou le nom mystique de la plante avant de la cueillir. Ce qu’on ne retrouve pas en biomédecine dont les produits sont fabriqués au laboratoire. Les différences et les enjeux ainsi exposés, on peut à présent s’intéresser aux recherches réalisées sur la médecine traditionnelle au Togo.

2.4.5 État des lieux des recherches sur la médecine traditionnelle au Togo

Les recherches scientifiques réalisées sur la médecine traditionnelle au Togo touchent beaucoup plus les plantes médicinales utilisées pour traiter le paludisme (Koudouvo *et al.* 2011), les dermatoses (Batawila 2002) et la diarrhée infantile (Hoekou *et al.* 2012). Toutefois, on y trouve dans la littérature les études sur le travail des rebouteux (Koffi *et al.* 2012; Mboutol-Mandavo *et al.* 2016), les soins traditionnels donnés aux nouveau-nés et nourrissons (Koffi *et al.* 2012), l’accouchement traditionnel (Rivière 1981a) et la thérapie spirituelle (Gruca *et al.* 2014). En effet, les résultats issus de la thèse de Batawila (2002) ont permis de justifier les propriétés antifongiques d’une espèce de plantes médicinales au Togo. À travers son étude, il montre non seulement que les espèces de la famille des *Combretaceae* sont très utilisées en médecine traditionnelle, mais elles possèdent aussi de nombreuses propriétés pharmacologiques. Son étude a permis de montrer que ces plantes sont diversement réparties et utilisées dans les familles et dans les cinq zones écologiques du Togo. Les résultats issus de sa thèse justifient ainsi l’utilisation traditionnelle de la plupart des *Combretaceae* dans le traitement des dermatoses chez les enfants et de certaines candidoses. Une autre recherche entreprise par un groupe de chercheurs a analysé les propriétés antimicrobiennes de quatre plantes de la flore togolaise (Hoekou *et al.* 2012). Cette étude a justifié l’utilisation traditionnelle de certaines plantes médicinales dans le traitement des diarrhées infantiles, car les résultats ont confirmé les activités antibactériennes et antifongiques de quatre plantes. Il

s'agit des feuilles, des écorces et des racines des plantes suivantes : *L. hastata*, *P. muellerianus*, *P. lappacea* et *B. coccineus*. Ces extraits de feuilles, d'écorces et de racines ont diversement inhibé *in vitro* la croissance des microorganismes testés. À propos de la pratique thérapeutique des guérisseurs traditionnels, Karou *et al.* (2011) ont étudié chez les populations Tem de la région centrale du Togo l'utilisation des plantes dans la prise en charge du diabète et l'hypertension. Sur les 55 guérisseurs traditionnels qui ont été interviewés au sujet de leurs connaissances sur l'utilisation des plantes pour le traitement du diabète et l'hypertension, 63,64 % des guérisseurs avaient traité au moins un cas de diabète et de l'hypertension. L'étude révèle ainsi que les guérisseurs traditionnels de la région susmentionnée ont des connaissances de base sur le traitement de l'hypertension et le diabète au Togo.

Selon une autre étude sur les risques et avantages des soins traditionnels donnés aux nouveau-nés et nourrissons dans le district sanitaire de Kloto au Togo, plus de neuf tradipraticiens sur dix ont été consultés (Koffi *et al.* 2012). Sur 70 nouveau-nés et nourrissons de 0 à 6 mois concernés par l'étude, 33 % ont subi le massage corporel. En effet, le massage traditionnel du nouveau-né et du jeune nourrisson est une pratique ancestrale en Afrique et dans d'autres régions du monde (Mboutol-Mandavo *et al.* 2016). Il est doté selon ces auteurs de nombreux bienfaits qui sont actuellement reconnus, même dans les sociétés occidentales. Cependant, poursuivent Mboutol-Mandavo *et al.* (2016), il n'est pas sans danger. Mais le massage traditionnel du jeune nourrisson ne peut être considéré comme une pratique néfaste. Il doit être pratiqué avec prudence afin de prévenir la survenue des complications. Ce qui justifierait peut-être les formations que l'Association internationale de massage pour bébé (s.d.) propose partout dans le monde, afin que chaque personne formée soit habilitée à enseigner le massage pour bébé aux parents qui le désirent. Au titre des avantages énumérés par les responsables de cette association, on peut citer l'interaction mère-enfant, la stimulation, le soulagement et la relaxation. Le massage améliore ainsi le sommeil du nourrisson, diminue son stress, réduit ses périodes de pleurs, soulage ses coliques, améliore l'assimilation de la nourriture (Mboutol-Mandavo *et al.* 2016).

Je reviens encore sur un autre aspect de la recherche de Koffi *et al.* (2012) ci-dessus pour dire que les soins étaient également administrés sous forme de décoction orale (4,8 %) et de bain (57,1 %). Certains nouveau-nés avaient reçu leur premier bain depuis la naissance et d'autres dans les 24 premières heures de leur vie. Ils avaient déjà reçu une pommade ophthalmique fabriquée localement. Le cordon ombilical de la majorité des nouveau-nés a été traité avec de la cendre ou du beurre de karité.

Les composantes de la médecine traditionnelle togolaise sont ainsi connues. Ses différences avec la biomédecine occidentale sont aussi clarifiées. Un aperçu des recherches sur la médecine traditionnelle togolaise est également donné. Quel est alors le rôle de l'État dans le processus de l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique au Togo? C'est ce qui fera l'objet de la section suivante.

2.4.6 Intervention de l'État dans la médecine traditionnelle

L'intervention de l'État dans la médecine traditionnelle associe plusieurs dimensions selon la littérature africaine. Je mettrai particulièrement l'accent sur la formation ou l'encadrement, la recherche, l'éducation ou la sensibilisation, le financement, la production et la législation ou la réglementation.

Une des formes d'intervention de l'État dans la médecine traditionnelle en Afrique, telle qu'identifiée dans l'étude de Pousset (2006), est la création dans divers États africains des centres de recherche et de formation en médecine traditionnelle. La mission principale de ces centres est de former des étudiants et de produire des Médicaments traditionnels améliorés (MTA). Même si certaines études situent l'intervention de l'État dans la médecine traditionnelle hindoue depuis les années 1940 (Schensul *et al.* 2006), la médecine traditionnelle africaine, les médecines yunani, ayurvédique et chiropratique chinoises, etc., auxquelles donnaient lieu le modèle interprétatif de Kleinman (1980), n'échappent pas à l'intervention de l'État aujourd'hui. Ainsi, l'Institut polytechnique rurale de Katibougou au Mali et l'Université des sciences et technologies Kwame Nkrumah au Ghana, qui initient des programmes destinés à former des étudiants à la pratique des plantes médicinales, sont des exemples parmi tant d'autres en Afrique. La création par l'État des centres de formation des étudiants en médecine traditionnelle et la production des MTA en Afrique a montré ses

limites (Orsi et Zimmermann 2014). Ces actions mettent beaucoup plus l'accent sur la transformation biochimique des plantes médicinales, alors que la médecine traditionnelle a un champ beaucoup plus vaste comme on peut le voir dans l'étude de Yoro (2010) sur le rôle de l'anthropologue dans la revalorisation de la médecine traditionnelle africaine. De plus, le curriculum de formation des étudiants ne tient pas compte de tous les aspects liés à la pratique de la médecine traditionnelle africaine, car les nouveaux thérapeutes issus habituellement de ces formations médicales formelles ont des connaissances qui indiquent plus une érudition biomédicale qu'un savoir ethnothérapeutique en milieu rural traditionnel (Pordié et Simon 2013).

L'État finance et encadre, en partie, la prestation des services de soins offerts par le personnel de santé aux populations et assure la distribution des biens médicaux, mais son intervention dans la médecine traditionnelle divise les chercheurs. Pour Dozon (1987 : 16), l'« unilatéralité du rapport médecin-guérisseur » caractérise la façon dont les tradipraticiens étaient perçus dans un programme de valorisation de la médecine traditionnelle initié par l'État béninois dans les années 1980. Ce qui avait pour conséquence un rapide désintérêt des tradipraticiens, car le savoir des tradipraticiens béninois était sous-estimé par les autorités sanitaires publiques. On peut donc s'interroger sur les injonctions de l'OMS (2000) qui mettent l'accent sur l'efficacité, le dosage, l'innocuité, etc. des produits de la médecine traditionnelle avant leur intégration dans un système de santé publique.

Dans le passé, l'efficacité, le dosage, l'innocuité des produits traditionnels étaient généralement assurés par les populations elles-mêmes, mais aujourd'hui le citoyen qui tient de ses amis ou des voisins des recettes médicinales ne bénéficie plus du contrôle collectif de la société traditionnelle (Monteillet 2005). Ce rôle de contrôle est de plus en plus confié par l'OMS (2013b) à chaque État qui a la responsabilité de mettre des structures en place pour mettre en exécution le contrôle des médicaments des guérisseurs traditionnels. Mais la sélection des guérisseurs traditionnels africains n'est pas à ignorer, car ce contrôle repose sur le rationalisme que prône l'OMS (2000) qui impose aux pays membres ses principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle.

Prenant l'exemple des dérives qui s'observent dans la pratique de la médecine traditionnelle camerounaise, Monteillet (2005) suggère l'intervention de l'État dans l'éducation de la population. Selon lui, les difficultés économiques rendent inévitable un retour au recours à la médecine traditionnelle dont il importe de contrôler les modalités d'emploi. L'éducation de la population paraît donc comme un facteur important dans la « valorisation » (pour reprendre le terme employé par Dozon (1987) et Lovell (1995)) et l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique en Afrique. Mais l'attitude des populations semble échapper à la logique établie dans le système de santé publique, dont les dirigeants évoquent le plus souvent un manque d'éducation de la population afin d'introduire la composante « éducation sanitaire » au sein des programmes et projets de promotion de la santé (Lovell 1995).

Une autre intervention très importante évoquée dans la littérature africaine concerne l'aspect législatif ou réglementaire du processus d'intégration de la médecine traditionnelle africaine dans le système de santé publique (Creusat 2000; Konan 2012; Manouan *et al.* 2010; OMS 2013b; OMS et UNICEF 1978; Orsi et Zimmermann 2014). Dans un contexte où les nouveaux guérisseurs déplacent ou étendent leurs référents vers la religion, la science, les médias ou tout autre domaine jugé favorable à l'établissement ou au renforcement de leur légitimité, à savoir la recherche, la littérature spécialisée, la protection environnementale, etc. (Pordié et Simon 2013), il y a lieu de reconnaître que les lois, les décrets, les arrêtés sont insuffisants. Pour prendre en compte toutes les attentes des populations et des guérisseurs africains, l'État devrait les impliquer davantage dans l'élaboration des textes réglementaires. Or ceci est loin d'être le cas aujourd'hui.

Au regard de la revue de la littérature africaine, une intervention de l'État dans la médecine traditionnelle contraint, en partie, les praticiens traditionnels à ne s'intéresser qu'aux aspects rationnels de celle-ci. Toutefois, je retiens que l'État doit jouer un rôle dans l'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé publique en Afrique. Non seulement l'État doit s'occuper de la réglementation de cette médecine pour protéger les guérisseurs traditionnels d'autorité, mais aussi laisser l'expertise à ceux-ci. Cette approche rejoint celle de Monteillet (2005) qui préconise une intervention de l'État dans les domaines éducatif et législatif.

2.5 Balises conceptuelles

Il est impossible de se débarrasser complètement des connaissances antérieures (Corbin et Strauss 2014; Glaser 1998). Il s'agit ici de présenter les *concepts sensibilisateurs* qui permettent d'avoir des idées flexibles qui guident la recherche à travers les écrits existant sur le sujet à l'étude (Glaser 1978, 1998, 2001, 2005). Ces concepts sont utiles dans la mesure où ils donnent des idées initiales afin de poursuivre la recherche. Ils sont utilisés comme points de départ et non comme une finalité pour formuler des questions en vue d'élaborer les guides d'entrevues, examiner les données, écouter des interviews et penser analytiquement sur les données (Charmaz 2006). Ce qui permettra une meilleure analyse des pratiques médicales traditionnelles de soins infantiles des familles et de la communauté agotimée du Togo. C'est aussi dans un contexte d'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé publique en Afrique. Plus précisément, il est question de comprendre le phénomène de la santé infantile à travers le niveau de connaissance en soins de santé infantile de l'entourage familial et non familial des enfants.

2.5.1 Santé infantile

Le père de la pédiatrie française, Paul Rohmer (1876-1977), créa dès 1920 l'Association alsacienne et lorraine de puériculture qui engendra la Protection maternelle et infantile (PMI) en 1945. En effet, la pédiatrie est une spécialité biomédicale récente et doit son extension en France au médecin Robert Debré (1882-1978), à l'origine de la création de l'UNICEF. Cette spécialité biomédicale repose sur l'idée que la physiologie de l'enfant est différente de celle de l'adulte. Par conséquent, certaines maladies sont spécifiques aux enfants, mais si cette considération semble aujourd'hui évidente, elle n'a pourtant été reconnue que très tard dans l'histoire de la médecine. Alors, qu'entend-on par « infantile »? Selon le dictionnaire Le Petit Robert, le mot enfant vient du latin *infans* ou celui « qui ne parle pas ». La famille linguistique latine a donné des mots dérivés du terme « enfant » : *infanticide*, *infantile*, à côté des termes *enfantillage* et *enfantin*. Du point de vue de la médecine, ce terme est surtout utilisé dans le langage biomédical et est relatif aux enfants en bas âge, dont on peut observer le développement cognitif ou physique. Ainsi, l'on retrouve souvent les expressions comme, *maladie infantile*, *mortalité infantile* ou *médecine infantile* (pédiatrie).

La mortalité infantile – terme souvent utilisé par les médecins, les démographes et les épidémiologistes – désigne les décès d’enfants âgés de moins d’un an²⁰. Elle sert essentiellement à juger de la qualité des soins obstétricaux et pédiatriques d’un pays. Certes, c’est une période très sensible, car « ayant abandonné le statut de fœtus et pas encore membre de la société, il demeure fragile entre deux mondes » (Rivière 1990 : 59). Il s’agit d’une période qui varie d’une culture à l’autre selon la littérature anthropologique (Collard et Leblie 2009). Pour ce qui concerne précisément la petite enfance, Rivière (1995 : 81) constate chez les Ewe du Togo que « dès sa naissance, le sujet *infans* (étymologiquement : privé de parole) passe par un certain nombre de ritualisations manifestant, dans le groupe qui l’entoure, les représentations imaginaires de l’ordre social ». Analysant les signes de reconnaissance d’un *nit ku bon* chez les Wolof et Lebou du Sénégal, Zempléni (1985a : 11) constate que « la majorité des informateurs s’accordent pour dire qu’on ne peut le reconnaître qu’après le sevrage (18 mois–2 ans) »²¹. Encore faut-il retenir de tout ce qui précède que seules les variables âge et sexe de l’enfant n’expliquent ou ne traduisent pas clairement le concept infantile. Il faut donc la prise en compte d’autres indicateurs contextualisés (période de sevrage partiel ou total, les rituels de l’enfance, durée de l’allaitement, etc.) pour bien définir ce concept. Dans le cadre de la présente étude consacrée à la période infantile (première enfance), mes analyses ont porté sur les enfants de moins de cinq ans. Ce qui permet d’apprécier la santé infantile à travers les enfants de moins d’un an et ceux d’un an à quatre ans. On verra ce que signifie cette tranche d’âge pour les répondantes et les répondants selon leurs perspectives personnelles et culturelles dans le chapitre 7. Toujours est-il que ces significations ancrées dans les cultures africaines des populations africaines débouchent souvent sur les savoirs étiologiques des maladies infantiles.

²⁰ Définition de l’Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). En fait, la mortalité dans la petite enfance est généralement regroupée en deux catégories : la mortalité infantile (0 an révolu) et la mortalité juvénile (1-4 ans révolus). Les décès des enfants étant beaucoup plus concentrés durant les premiers jours de vies, on subdivise encore en deux périodes la première année de vie : la période de mortalité néonatale (entre 0 et 27 jours) et la période de mortalité post-néonatale (entre 1 mois et 11 mois révolus). Le cumul de la mortalité infantile et de la mortalité juvénile constitue la période infanto-juvénile (entre 0 et 4 ans révolus).

²¹ L’enfant *nit-ku-bon* traduit par l’auteur « la personne qui est mauvaise » est un enfant qui présente un tableau clinique (refus d’échanges, sensibilité extrême, crises fréquentes, etc.).

2.5.2 Perception des maladies infantiles et de la santé de l'enfant

Le choix thérapeutique en cas de maladie de l'enfant et les soins appliqués à celui-ci pour préserver sa santé sont étroitement liés à la perception que l'entourage a des maladies infantiles et de la santé de l'enfant. Le cadre conceptuel élaboré par Kroeger (1983) aide à comprendre la manière dont les populations des pays en voie de développement perçoivent les maladies et font le choix du type de recours. En effet, l'une des trois grandes catégories de facteurs associés à l'utilisation d'un service de santé (médecine traditionnelle ou biomédecine) concerne les caractéristiques de la maladie et les perceptions que les usagers ont des services de santé. Par exemple la tombée de la fontanelle est considérée, du point de vue de la biomédecine, comme un signe de méningite, mais elle est déprimée à la suite de la déshydratation. Ce mal pour les Songhay-Zarma de l'ouest du Niger serait dû soit à une « mauvaise qualité du sang de l'enfant » (Jaffré et De Sardan 1999 : 294). Dans le cas du paludisme, un autre exemple de Kouakou (2013) montre que le traitement du paludisme chez les Baoulé-Agba de la Côte d'Ivoire est guidé par la perception de la maladie et les représentations religieuses. On peut dire que les schémas étiologiques et thérapeutiques sont, à cet effet, déterminés par l'environnement social et spirituel de l'enfant. Ainsi, pour le cas de l'Afrique et plus particulièrement en Afrique de l'Ouest, la santé d'un enfant au sens large du terme est confiée aux esprits protecteurs. Dans ces conditions, il appartient à l'entourage familial de l'enfant de respecter les interdits, les totems et les sacrifices liés à la pérennité de cette protection (Kouakou 2013). Pour ce même auteur, les seuils des états morbides ou pathologiques varient d'un système culturel à l'autre. Et à Zempléni (1985b) de dire au sujet du diagnostic en Afrique qu'il est du ressort des devins. Pour ma part, dans le cadre de cette thèse, j'ai appréhendé la perception des maladies infantiles et la santé de l'enfant avec les indicateurs suivants : *l'alimentation et les soins préférentiels selon le sexe de l'enfant; la préférence de la médecine traditionnelle dans les cas particuliers; les prestations et les produits; la contribution de la médecine traditionnelle aux soins de santé; la durée d'attente pour être reçu par le consultant.* Reste à mieux comprendre la notion de savoirs en soins infantiles telle qu'elle ressort des travaux anthropologiques.

2.5.3 Savoirs en soins infantiles

Le recours aux médecine traditionnelle en cas de maladies infantiles (paludisme, diarrhée, pneumonies, maladie de la fontanelle, conjonctivite gonococcique du nouveau-né, le tétanos néonatal²², etc.) est souvent lié à la connaissance de l'origine ou des causes de la maladie de l'enfant. Pour Young (1982 : 270) « every culture has rules for translating signs into symptoms, for linking symptomatology to etiologies and interventions, and for using the evidence provided by interventions to confirm translations and legitimize outcomes [...]. The path a person follows from translation to socially significant outcomes constitutes his sickness ». Ainsi, la manière dont l'entourage de l'enfant se représente les symptômes et l'évolution de la maladie de l'enfant détermine l'origine du mal. La réaction de chacun des membres de l'entourage de l'enfant souffrant d'une maladie oriente l'action de recherche de guérison selon les causes identifiées. En conséquence, l'analyse de la détérioration de la santé d'un enfant africain par exemple exige le rejet du « réductionnisme physicaliste » (Mekki-Berrada 2013 : 24), car la biomédecine est bien souvent perçue en Afrique comme une puissante technologie de traitement symptomatique. Il convient alors de compléter le recours à celle-ci par une démarche traditionnelle de traitement étiologique (Zempléni 1988). Aussi, les causes relevant du contrôle du sujet malade, les savoirs étiologiques populaires s'intéressent également aux causes hors du contrôle du patient (Massé 1995).

Quant aux formes de savoirs liés aux causes de la maladie ou ses représentations par les populations, Bonnet (1999b : 7) distingue entre autres une « classification scientifique » de la « classification populaire » des maladies. De ce qui précède, la variable *origine de la maladie* a été utilisée pour appréhender le concept savoirs en soins infantiles au regard de l'objet et du contexte de l'étude.

Afin de répondre aux questions de responsabilité morale de l'indigence et de la dépendance créées par la maladie dans les sociétés, et les significations accordées aux pratiques de soin exercées par les femmes dans le contexte familial et domestique, Saillant (2001) avait entrepris une étude comparative au Québec et au Brésil. De son analyse de ces deux contextes, on peut retenir que la proximité de ceux qui font partie de l'unité domestique,

²² Une maladie qui survient généralement entre quatre et dix jours après accouchement.

généralement appelée famille, fait naître un sentiment vis-à-vis de l'enfant malade. En effet, il y a cette fusion de la rencontre et de la relation au quotidien et du souci des mères envers leurs enfants. Ainsi, dans un contexte des responsabilités familiales, les femmes qui occupent surtout cette posture de proximité au quotidien à côté des enfants (mères et tutrices) ont été les plus visées par la présente étude pour collecter les données sur le concept de savoirs en soins infantiles.

2.5.4 Systèmes médicaux de soins de santé infantile

Kleinman (1978) précise que les systèmes de santé contiennent trois domaines sociaux dans lesquels la maladie est vécue puis traitée : « une médecine populaire » appartenant au cercle de la famille et des voisins qui aide à reconnaître les maladies et les remèdes qu'il faut, une « médecine folklorique » avec les thérapeutes traditionnelles; et une « médecine professionnelle » constituée de médecines scientifiques « occidentales » ou « cosmopolites » et de médecine des guérisseurs traditionnels professionnalisés. Et il donne l'exemple des médecines yunani, ayurvédique et chiropratique chinoises. Cinq ans plus tard, Young (1983), dans son article sur la pertinence des cultures médicales traditionnelles aux soins de santé primaires modernes, a essayé d'identifier les diverses formes de médecines traditionnelles qui ont le plus grand potentiel pour l'avancement des objectifs de soins de santé primaires. Il commence par différencier les systèmes médicaux traditionnels selon les types de savoirs médicaux, dont dépendent la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies. Ensuite, il a mis l'accent sur le fait que certains systèmes traditionnels se concentrent sur la production de variétés de connaissances physiopathologiques, tandis que d'autres se concentrent sur les formes de connaissances étiologiques. Ces différences donnent des indices sur le potentiel de la médecine traditionnelle. Selon lui, pour rendre ces indices concrets, il est nécessaire de savoir quelque chose sur les différentes façons dont les savoirs et les pratiques médicaux traditionnels ainsi que la biomédecine sont intégrés dans les modèles de santé. Enfin, l'auteur a fait une évaluation de la pertinence des pratiques médicales traditionnelles pour faire avancer les objectifs de soins de santé primaires. Il ressort de son analyse quatre options pour la médecine traditionnelle face à la biomédecine : « integration, complementarity, rivalry and intercalation » (Young 1983 : 1205).

2.5.5 Choix des termes et leurs justifications

Pour terminer ce chapitre et avant d'entamer le suivant qui sera consacré à la méthodologie et aux résultats de cette recherche doctorale, il me semble pertinent de mieux définir des termes et des notions qui reviendront souvent.

Les *systèmes de santé* varient selon les aires culturelles et peuvent être subdivisés en divers secteurs (public, privé, formel ou informel). Dans le cadre de cette thèse, un système de santé est défini comme *un ordre socioculturel, politique et économique dans lequel un ou plusieurs savoirs médicaux, incluant le savoir biomédical, sont utilisés pour produire et distribuer des services de santé dans une société*. Autrement dit, dans un *système de santé* se rencontrent les prestataires de soins de santé, les produits médicaux ou médicinaux, les pratiques de soins et les bénéficiaires des soins. Aujourd'hui, le *système de santé* dans la plupart des sociétés africaines est pluraliste parce qu'il incorpore plus d'un seul savoir médical (Lovell 1995; Young 1983). Mais dans chacun des *systèmes de santé* se trouvent divers *secteurs de santé*. Par exemple, dans le *système de santé publique* du Togo, il y a une distinction entre le *secteur public* et le *secteur privé* (Ministère de la santé 2012). Dans le *secteur public* se trouve le *personnel de santé publique* ou *agents de santé publique* qui pratiquent des soins correspondant à leurs compétences au sein des institutions gérées par l'État. Cependant, dans le *secteur privé*, s'observe le *personnel de santé privée* ou *agents de santé privée* qui pratiquent des soins qui correspondent à leurs compétences au sein des cabinets et des cliniques privés. Selon l'OMS (2006), le *personnel de santé* est constitué de « l'ensemble des personnes exerçant des activités dont l'objet essentiel est d'améliorer la santé. » De fait, cela inclut la mère ou la tutrice et les autres membres de la famille ou du lignage qui s'occupent de l'enfant en lui fournissant des soins domestiques, le guérisseur traditionnel qui s'appuie sur un savoir ancestral pour donner des soins ou apporter une consolation et le personnel de santé publique, dont le rôle essentiel est d'améliorer la santé des enfants.

Par ailleurs, on peut distinguer des systèmes de santé tels que le *système de santé publique*, le *système de santé privée*, le *système de santé traditionnelle*, etc. La *biomédecine* est l'un des termes les plus utilisés dans le système de santé publique. Mais le terme *médecine traditionnelle* ou *ethnomédecine* s'emploient lorsqu'on est dans un *système traditionnel de santé*. En général, la *biomédecine* se présente comme un ensemble de techniques et de

pratiques ancrées dans les sciences médicales et qui a pour objet la conservation et le rétablissement de la santé des êtres humains ainsi que l'étude des faits qui les caractérisent. À l'encontre de cette définition limitative, il est une autre façon de la définir en montrant qu'elle est aussi le produit d'une culture, d'une tradition, dont découle une certaine perception du monde et de l'être humain donnant du sens à la souffrance et à la maladie, à la naissance et à la mort, car toute médecine est née d'une tradition particulière (Singleton 2015). Ainsi, *l'ethnomédecine* se définit comme un « ensemble des croyances et des pratiques relatives à la maladie dans chaque société. » (Genest 1978 : 24). Plus précisément, le terme *tradition ethnomédicale* renvoie à un « [...] espace de sens, de savoir et d'action destiné à préserver la santé ou à transformer un état considéré comme pathologique en un état de santé. » (Mekki-Berrada 2013 : 21). Les traditions ethnomédicales peuvent alors être ancrées dans les cultures occidentales et non-occidentales, biomédicales et non-biomédicales. Les savoirs ethnomédicaux dont il est question ici sont : 1) les savoirs thérapeutiques familiaux utilisés dans les unités domestiques, 2) les savoirs thérapeutiques non professionnels des praticiens traditionnels, 3) les savoirs thérapeutiques professionnels des praticiens traditionnels dans leur lieu de travail respectif et 4) les savoirs des hybrides.

En vue de rassembler les principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la *médecine traditionnelle*, l'OMS retient la définition suivante :

La médecine traditionnelle existe depuis toujours : elle est la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent, rationnellement ou non, sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales. Dans certains pays, les appellations médecine parallèle/alternative/douce sont synonymes de médecine traditionnelle. (OMS 2000 : 1)

Cette définition de l'OMS tient compte des théories, croyances et expériences propres à chaque culture, mais les appellations médecine parallèle, médecine alternative ou médecine douce renvoient plus aujourd'hui à ce que les experts de l'OMS appellent les « médecines traditionnelles améliorées », et donc « modernes ».

Toutefois, dans le cadre de cette thèse, la définition ci-dessous est retenue pour ne pas s'éloigner du contexte. Il en est de même pour les composantes de la médecine traditionnelle

togolaise (République Togolaise 2002). Selon le premier article de la loi n° 2001-017 du 14 décembre 2001, relative à l'exercice de la médecine traditionnelle au Togo, la *médecine traditionnelle* se définit comme suit :

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. (République Togolaise 2002)

Au sens de la présente loi, la catégorie des *tradithérapeutes* comprend : 1) les *phytothérapeutes* qui soignent principalement par les plantes; 2) les *psychothérapeutes* qui sont ceux qui soignent principalement par les techniques basées sur le vécu social et les relations entre thérapeute et malade, utilisant ou non la puissance du verbe appelée incantation; 3) les *chirokinésithérapeutes* qui sont ceux qui pratiquent principalement avec la main nue ou à l'aide d'instrument des massages ou des modifications sur le corps afin de redonner aux parties malades ou blessées leur forme et leur fonction; 4) les *phlébotomistes* qui sont ceux qui pratiquent principalement les techniques de saignée pour soigner. Un arrêté du ministre chargé de la santé détermine les critères requis pour être reconnu *tradithérapeute*, *accoucheuse traditionnelle*, *herboriste* ou *médico-droguiste*. Toutefois, une *accoucheuse traditionnelle* est une personne reconnue comme compétente pour prodiguer à une femme et à son nouveau-né, avant, pendant et après l'accouchement des soins de santé basés sur les concepts prévalant dans la collectivité où elle vit; un *herboriste* est la personne qui connaît les usages des plantes médicinales et qui les vend et un *médico-droguiste* est la personne qui connaît les usages des substances médicinales d'origine animale ou minérale et qui les vend (République Togolaise 2002).

Les termes populaires tels que la « médecine conventionnelle », la « médecine cosmopolite », la « médecine occidentale » et la « médecine moderne » identifiés dans la littérature sont souvent utilisés selon les différents contextes. Sans m'arrêter sur la dichotomie « moderne » et « traditionnelle », je les range dans le terme « biomédecine » que j'ai défini plus haut, car elle repose beaucoup plus sur les aspects physiques ou biologiques du corps humain. De même, le terme « médecine traditionnelle » plus populaire aujourd'hui

renvoie à l'une des « traditions médicales » destinées aux enfants de moins de cinq ans, car elle est un espace de sens, de savoir et d'action destinée à préserver la santé ou à transformer l'état de l'enfant de moins de cinq ans considéré comme pathologique en un état de santé (Mekki-Berrada 2013).

Concrètement, nous verrons comment et pourquoi différents acteurs construisent et utilisent les stratégies susceptibles de transformer un état de maladie en un état de santé et un état chaotique en un état qui fasse sens. Parmi les acteurs approchés, comme nous le verrons dans le prochain chapitre, il a été question de réaliser des entrevues avec les *mères* que je considère comme les parents biologiques de sexe féminin des enfants de moins de cinq ans, les *tutrices* qui sont les personnes de sexe féminin désignées par les membres de la famille d'un enfant de moins de cinq ans, dont la mère est décédée ou a effectué une migration, le *personnel de santé publique*, et les *praticiens* ou *guérisseurs traditionnels*.

Conclusion du chapitre

On peut retenir trois grandes perspectives théoriques qui renvoient à la question de santé et de maladie, voire au décès des enfants de bas âge. La première qui est celle de l'anthropologie interprétative, conçoit la maladie non pas comme une entité en soi, mais comme un modèle explicatif, alors que les approches qui la précédaient mettaient beaucoup plus l'accent sur le caractère biologique de la notion de maladie et ignoraient les autres dimensions comme la dimension culturelle. La deuxième perspective est critique et tient compte de l'économie politique de la santé qui est devenue le fondement de l'explication de la souffrance de l'enfant. Elle tendait, à ses débuts, à rejeter complètement la culture. La dernière perspective théorique tient plutôt compte de la dimension macrosociale de la maladie, à savoir ses ramifications politiques, économiques et sociales. Cette dernière perspective conduit aussi à la réhabilitation de la culture dans l'explication de la maladie et de sa gestion. Dans tous les cas, il s'agit des perspectives théoriques qui aident à comprendre les souffrances physiques et sociales chez les enfants de bas âge.

Bref, les anthropologues médicaux s'intéressaient aux questions de santé des enfants, mais mettaient beaucoup plus l'accent sur le caractère biologique de la santé et ignoraient les autres dimensions culturelles qui permettraient de comprendre celle-ci (Good 1994). Je retiens

qu'une des limites importantes de cette approche est qu'elle accordait plus d'importance à l'individu qu'au contexte qui détermine sa santé. En réaction à cette interprétation dominante de la santé, comme réalité objective faisant partie de la nature et donc extérieure à la culture, est apparue une anthropologie médicale interprétative qui accordait une grande importance aux aspects culturels (Almeida-Filho 2006; Good 1994; Kleinman 1978). Il était inadmissible, selon Kleinman (1980), de dissocier la santé, la maladie et les soins y afférents dans un système culturel de pratiques de prévention et de guérison, car cela conduirait à une mauvaise interprétation des maux dont souffre par exemple un enfant malade et de surcroît à un mauvais diagnostic. D'où, la nécessité de considérer à la fois les aspects biologiques et d'autres aspects culturels, politiques et structurels liés aux pratiques et aux savoirs médicaux (Mekki-Berrada 2013). Baer *et al.* (2003) proposent de leur côté une approche critique qui prend en compte l'économie politique de la santé (Morsy 1979) qui devient le fondement de l'explication de la souffrance de l'individu ou de l'enfant malade. Mais voulant s'intéresser à un champ beaucoup plus large, les anthropologues médicaux critiques finissent par négliger les dimensions microsociales et culturelles associées à la santé de l'enfant. Afin de considérer ensemble et en synergie l'économie politique et la culture, Lock et Scheper-Hughes (1996) proposent une approche interprétative-critique. Dans le cadre de cette thèse, je fais le choix de l'approche interprétative-critique, car elle peut aider à comprendre contextuellement les liens possibles qu'entretiendraient le système médical traditionnel, le système de santé publique et la santé des enfants.

Le contexte socioéconomique difficile dans lequel les enfants des villages agotimés grandissent est caractérisé par une pauvreté des membres de chaque unité domestique, car la population rurale agotimée, à l'instar des autres populations rurales togolaises, continue de subir les effets de la crise des années 1990. Selon Sen (1993), la mortalité et tout particulièrement la mortalité des enfants de bas âge, est un excellent indicateur des performances et des échecs économiques. Ces notions sont reprises dans le cadre de cette thèse au sens large de la « bonne gouvernance » selon l'expression de la Banque mondiale. À cela, s'ajoute la difficile intégration des savoirs médicaux locaux dans le système de santé publique au Togo. Toutes ces difficultés auxquelles les Agotimés sont confrontés m'obligent à choisir dans le cadre de cette thèse la perspective interprétative-critique, car elle me permet non seulement d'identifier les facteurs culturels qui influencent la santé des enfants de moins

de cinq ans, mais aussi de rechercher les facteurs politiques, économiques et sociaux qui expliquent la souffrance chez l'enfant malade ou son décès.

C'est aussi en m'inspirant de l'étude réalisée par Einarsdóttir (2004) chez les mères Papel en Guinée-Bissau, qui rend compte des différences entre leur deuil et les décès d'enfants « sans pleurs » observés par Scheper-Hughes (1992) dans les *favelas* des environs de Recife au Brésil, que j'essaie de comprendre le phénomène de la santé infantile chez les Agotimés du Togo. J'explorerai alors l'amour maternel qui est le reflet des multiples soins qu'offrent les mères aux enfants et qui semble toujours maintenu, même dans les moments de difficultés familiales, dans les sociétés africaines où la majorité des mères sont pauvres (Einarsdóttir 2004, 2006). Ce sentiment d'affection oblige les mères à adopter des comportements responsables vis-à-vis de leur enfant même dans les moments difficiles comme les périodes de manque de moyens financiers et de pénurie alimentaire dans l'unité domestique.

Les concepts identifiés dans ce chapitre sont clarifiés grâce à une revue de la littérature critique. La rencontre ethnographique a été cependant nécessaire afin d'identifier d'autres concepts pouvant permettre la compréhension globale de la santé infantile. Ce contact avec le terrain d'étude a permis d'envisager la méthode d'analyse des données appropriée pour la recherche. Il reste à explorer les diverses méthodologies utilisées par d'autres chercheurs pour comprendre la problématique de la santé des enfants de bas âge. Ce qui m'amènera progressivement vers le choix d'une approche méthodologique applicable au contexte de l'étude.

Le chapitre suivant s'appuiera sur mon expérience de terrain pour analyser la question relative à la santé des enfants de bas âge chez les Agotimés du Togo. Ma démarche repose sur une articulation entre l'anthropologie et les disciplines connexes (biologie, épidémiologie, santé publique, démographie), entre une approche interprétative et une approche critique. Dépassant les clivages disciplinaires, la diversité des regards m'a permis d'être réceptif face aux points de vue multiples des populations, du personnel médical de santé publique, des guérisseurs traditionnels, produisant ainsi une connaissance plus complète, plus étendue, et des analyses plus proches de la réalité.

DEUXIÈME PARTIE :
MÉTHODOLOGIE ET
RÉSULTATS

Je présente dans cette deuxième partie ma démarche méthodologique, l'analyse et la présentation des résultats. Je décris d'abord le cadre méthodologique qui m'a permis d'avoir accès aux données puis de les analyser. Cela repose sur le choix d'une approche méthodologique qui cadre avec l'objet et le contexte de cette étude. Mais dans le souci de clarifier ma position, je suis revenu sur ma proposition de recherche pour expliquer mon choix concernant l'objet ainsi que le milieu d'étude. D'une part, l'objectif est de montrer la contribution que cette recherche peut apporter aux connaissances scientifiques au regard du contexte propre à la question de la santé des enfants chez les Agotimés. D'autre part, j'ai voulu recentrer l'objet à l'étude sur ma question initiale. Ensuite, je présente ma démarche méthodologique axée principalement sur une approche qualitative. Je fais aussi le choix de la méthodologie par théorisation enracinée de Glaser et Strauss (1967) qui me permet d'obtenir un échantillonnage théorique. C'est à l'issue de l'échantillonnage théorique que je suis parvenu à interviewer au total une soixantaine de répondants sur la question de la santé infantile chez les Agotimés du Togo. Cette démarche sera détaillée dans le prochain chapitre afin de montrer clairement comment cet échantillon est obtenu à partir de mon univers d'étude. Mais je précise ici que les analyses sont faites concomitamment avec la collecte des données sur le terrain et se sont poursuivies après la collecte des données.

Les résultats issus de mes analyses des données sont présentés dans les quatre chapitres qui suivent : dans le chapitre 4, je présente d'abord les différentes méthodes de soins prodigués par les mères agotimées visant l'entretien de la vie des nouveau-nés et les enfants très jeunes. Ensuite, je décris les activités de puériculture qu'organisent les responsables sanitaires qui opèrent dans le milieu d'investigation.

S'agissant du chapitre 5, je présente d'abord un aperçu des institutions locales dans lesquelles interviennent les rites dans l'enfance afin de montrer les liens qui existent entre ces rites et la santé des enfants. L'objectif est de montrer les multiples implications des rites dans la santé des enfants. Toutefois, j'insiste sur un rite particulier qu'une mère doit subir après sa première naissance pour être valorisée dans la société agotimée, car le rituel dépend de la survie du premier-né (aîné(e)).

En ce qui concerne le chapitre 6, je m'intéresse à l'hygiène et aux bonnes pratiques alimentaires de l'enfant de bas âge. Plus concrètement, j'aborde la question de l'alimentation

des mères surtout en période gestante et après l'accouchement, l'alimentation du nourrisson depuis la naissance et l'alimentation des autres enfants. Je mets l'accent sur le rôle que joue, dans la société, l'allaitement dans l'alimentation du nourrisson et ses tribulations depuis l'introduction dans le milieu du lait artificiel sous diverses formes : liquide et en boîte métallique, liquide et en bouteille, en poudre et en boîte métallique, en poudre et en boîte de carton, etc. Je montre également les améliorations substantielles que les mères apportent dans l'alimentation de leurs enfants, surtout dans les moments de difficultés économiques familiales. Cette démarche vise à décrire les multiples stratégies alimentaires des mères qui sont confrontées aux difficultés liées à la vie chère, illustrant ainsi la responsabilité parentale en matière d'alimentation des enfants.

Dans le chapitre 7 intitulé « perspectives multiples de la santé infantile », je clarifie d'abord ce que signifie la santé infantile pour les répondants et les répondantes en explorant la tranche d'âge 0-4 ans. Ma démarche a pour objectif de vérifier si dans la société agotimée le terme santé infantile correspond à la santé des enfants de moins d'un an telle que cela se conçoit universellement. Ainsi, je peux appréhender les liens entre culture et santé des enfants dans le milieu d'étude.

CHAPITRE 3 :

TERRAIN ET MÉTHODE

Introduction du chapitre

Ce chapitre est subdivisé en quatre sections : dans la première section, je reviens sur la proposition initiale de recherche pour donner quelques précisions qui ont émergé inductivement. Dans la seconde section, je présente la démarche méthodologique que j'ai choisie dans le cadre de cette recherche. Elle touche ma manière de penser et d'étudier le phénomène de la santé infantile. Elle fait également appel aux procédures et techniques qui m'ont permis de collecter et d'analyser les données. Dans la troisième section, je présente ma méthode d'analyse et toutes les étapes d'analyse des données qui m'ont conduit aux résultats. S'ensuivra la section qui concerne les questions, les objectifs et propositions de recherche.

3.1 Retour sur la proposition de recherche et contribution originale

Afin de clarifier ma position, je tiens à revenir dans cette section sur ma proposition de recherche et la contribution qu'elle apporte aux connaissances scientifiques au regard du contexte propre à la population agotimée. En effet, cette population a été choisie dans un contexte particulier de risque élevé de maladies et de décès des enfants de bas âge dans les différents villages concernés par cette étude. Ces villages forment des entités spatiales dans lesquelles se nouent des relations culturelles, sociales, politiques, économiques et sanitaires. Quoique les populations agotimées perpétuent leurs savoirs traditionnels de préservation de la santé des enfants de bas âge et de traitement de leurs maladies, tout en faisant l'effort de conserver son caractère original, elles sont confrontées aux difficultés liées à sa survie depuis l'arrivée des colons européens dans la région. L'on assiste de plus en plus à d'importantes mutations dans les rapports des personnes avec leur santé et leur maladie, créant ainsi un sentiment de mal-être. Ce qui justifie, de fait, la critique de Dozon et Fassin (2001) adressée à une santé publique qui paraît uniquement commandée par les progrès biomédicaux :

Reconnaître que la santé publique est un phénomène culturel et montrer comment elle construit son rapport aux autres cultures, c'était en effet prendre quelque distance par rapport à un monde qui paraît uniquement commandé par les savoirs et les progrès biomédicaux et par le souci supérieur, donc supposé unanimement partagé, de préserver et d'améliorer la vie humaine. (Dozon et Fassin 2001 : 343)

Les sociétés évoluent dans ce que les auteurs qualifient de « culture sanitaire » (Dozon et Fassin 2001 : 344) et l'on ne peut qu'accepter le fait de dénoncer le manque ou l'insuffisance de la biomédecine. Les problèmes relatifs à la biomédecine occupent de plus en plus la scène publique et médiatique. Cette forme de dénonciation constitue des indices qui concourent à la redéfinition des rapports entre gouvernants et gouvernés. Par exemple, le choix par un grand nombre de parents, vivant en milieu rural au Togo, d'un traitement à moindre coût pour que leurs enfants malades retrouvent leur santé peut traduire la pauvreté.

L'Initiative de Bamako de 1987, qui implique davantage les populations bénéficiaires ainsi que les guérisseurs locaux dans la gestion des soins de santé primaire, avait pour objectif d'offrir aux populations des services de santé à moindre coût. Mais il est toujours difficile de percevoir la place de cette médecine traditionnelle dans le système de santé publique au Togo, car les données sont presque inexistantes. Or le processus d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique a été enclenché au Togo depuis 2001.

Les études sur la santé et la maladie chez les enfants de bas âge tiennent davantage compte des liens entre culture et santé (Alfieri 2000; Bonnet 1999b; Bonnet et Pourchez 2011; Desclaux et Taverne 2000; Taverne 2000), mais laissent généralement de côté cet aspect particulier de l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique (Dozon 1987). Or, un système médical traditionnel local non intégré dans le système de santé publique échappe au contrôle de l'État ou des institutions sanitaires chargées de vérifier l'innocuité des médicaments fabriqués par les guérisseurs. De fait, les effets bénéfiques que les enfants des populations locales agotimées pourraient tirer de la place que devrait occuper le savoir médical de la population locale dans le système de santé publique au Togo sont presque inexistantes; même si l'on reconnaît la valeur de cette médecine traditionnelle localement.

Parmi les recherches consacrées à l'enfance en milieu rural ouest-africain figurent dans leur majorité des études relatives à la santé et à la maladie des enfants de bas âge et ont été

effectuées par les chercheurs francophones auprès des groupes ethniques diversifiés. Beaucoup ont contribué à la connaissance des pratiques traditionnelles de soins dans l'enfance (Bonnet 1988, 1999b; Bonnet et Pourchez 2011; Desclaux 2002; Desclaux et Taverne 2000). Ils ont décrit en détail les soins que les mères des milieux ruraux ouest-africains offrent à leurs enfants dès le bas âge. D'autres recherches relatives à l'enfance traitent de plusieurs thématiques et ont également contribué à la recherche du bien-être des enfants (Du Loû 1996; Einarsdóttir 2004). Toutefois, l'apport de l'anthropologue Lallemand dans le domaine en Afrique de l'Ouest est fondamental : d'abord, elle s'est détachée rapidement pour étudier, de manière plus globale, la place de l'enfant au sein de la famille; puis elle décrit de manière minutieuse et analyse les conditions de la naissance et les pratiques de maternage présentes chez les Mossis du Burkina Faso et les Kotokoli du Togo. S'inspirant des études sur l'enfance de l'anthropologie de la famille et de la parenté, elle étudie la circulation des enfants, le lien présent entre circulation des enfants et mariage et envisage les conséquences sous l'angle de l'anthropologie économique. Elle montre que dans certaines sociétés d'Afrique de l'Ouest, et dans le système d'échanges des femmes au sein duquel l'échange matrimonial occupe une place prépondérante, l'adoption peut suppléer à l'absence de mariage. Par ailleurs, faisant le lien entre le droit à l'adoption et l'anthropologie, elle étudie la question du « secret de la naissance » dans les sociétés dites traditionnelles (Bonnet et Pourchez 2011; Lallemand 1992, 1994, 1997, 2004, 2009).

De manière spécifique, au sujet des Agotimés du Togo, les connaissances sur l'enfance se limitent aux travaux de Rivière sur l'union et la procréation en Afrique et la naissance chez les Ewe du Togo (Rivière 1981a, 1990). En effet, ses travaux ont abordé quelques aspects liés aux soins, juste après l'accouchement et durant toute la période de l'enfance en faisant ressortir les multiples rites qui accompagnent cette période chez les Ewe du Togo.

La présente thèse se propose de son côté de compléter le savoir sur les liens entre la culture et la santé chez les enfants agotimés du Togo. Elle donne des éléments nouveaux sur la compréhension de la santé et de la maladie dans l'enfance dans le contexte d'une intégration lente de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique au Togo. Elle aide aussi à comprendre les enjeux complexes des contemporanéités agotimées et des transformations que subit leur savoir ancestral de préservation de la santé des enfants et de traitement des

maladies de ceux-ci avant d'être intégré ou non dans le système de santé publique. Toutes ces transformations qui s'opèrent dans le système médical traditionnel des populations agotimées entraînent par conséquent une réorganisation des ordres sociaux, économiques, politiques, religieux et sanitaires.

3.2 Méthodologie

La perspective théorique choisie étant l'approche interprétative-critique (Lock et Scheper-Hughes 1990, 1996, 2013; Scheper-Hughes 1992, 1997), il est question dans cette section de présenter la méthodologie qui lui est liée et qui fait appel à la critique et à l'exercice d'une anthropologie engagée pour éclairer les enjeux existentiels, culturels, médicaux, moraux, politiques complexes et multiples de la petite enfance²³. Il s'agit d'une méthodologie qui fait référence à l'appel de Scheper-Hughes (1992) pour un engagement avec d'autres êtres humains par le biais de ce qu'elle appelle une « ethnographie assez bonne » (*good-enough ethnography*) qui signifie l'utilisation de nos capacités à écouter et à observer attentivement, avec empathie et compassion les actes et perspectives multiples et complexes qui entourent la santé ou la maladie d'un enfant. Certes, l'approche méthodologique qui est proposée ci-dessous apporte au chercheur émergent que je suis de nouvelles connaissances et une application originale sur la santé infantile. Elle est un encouragement et une démarche plus décisive dans mes efforts visant à user des situations en tant que témoin du bien-être et de la souffrance des nourrissons et des tout-petits.

3.2.1 Approche méthodologique

En guise de rappel, la principale question qui sert de fil conducteur dans cette recherche est la suivante : « y a-t-il une place pour la médecine traditionnelle de soins de santé infantile dans le système de santé publique au Togo? » Je n'ai pas la prétention de dresser la liste des différentes catégories préventives de soins dans l'enfance ni de lister tous les symptômes possibles en cas de maladie de l'enfant. De même, il ne s'agit toujours pas de faire une description détaillée des processus évolutifs de la morbidité et de la mortalité dans l'enfance.

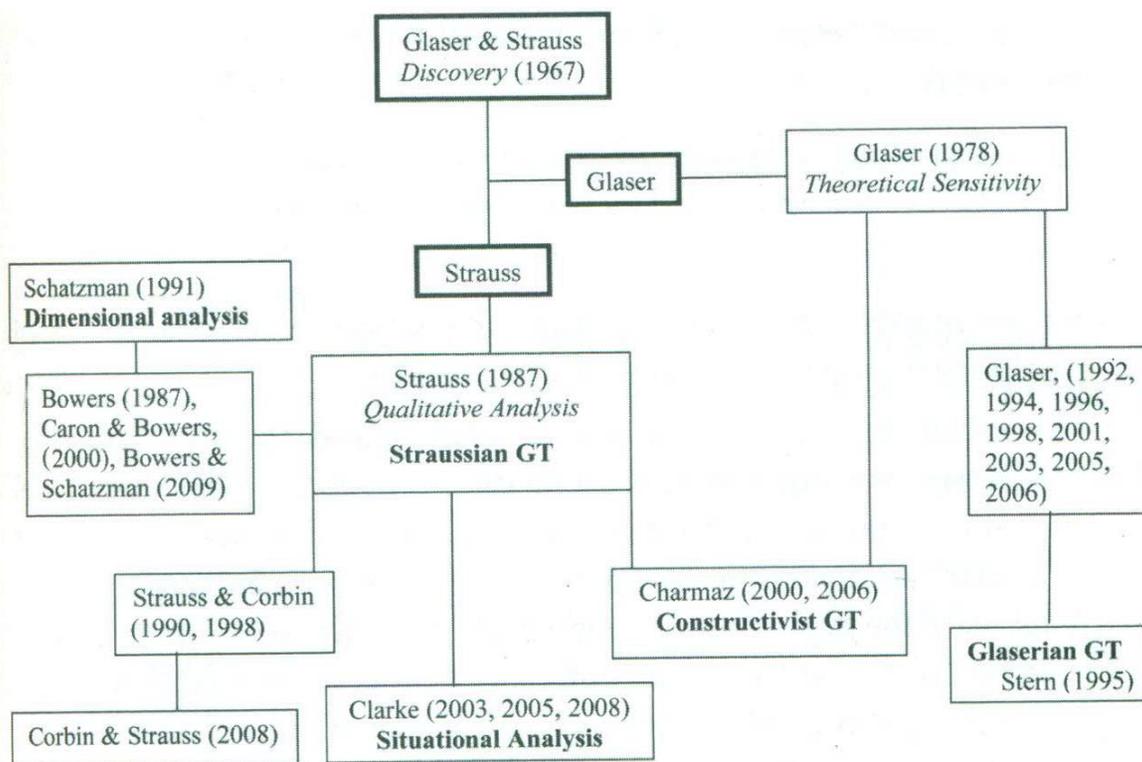
²³ En plus de ses travaux publiés antérieurement, Scheper-Hughes (1997) analyse et décrit finement la maladie et le décès des enfants des favelas brésiliens comme une manière d'expliquer la détresse des mères en lien avec les conditions inévitables défavorisées dans lesquelles elles évoluent. Son approche a apporté plus de crédit à l'anthropologie de la santé et son application au contexte rural togolais ne souffre d'aucun doute.

Il s'agit plutôt de s'intéresser aux diverses dimensions (culturelles, économiques, politiques, morales, sociales et environnementales) de la santé de l'enfant, et qui sont susceptibles de préserver celle-ci (prophylaxie) ou encore d'entraîner des risques de maladies ou de décès. Cette démarche vise aussi une connaissance du processus d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de soins de santé publique dans une perspective de développement des approches médicales endogènes. Une telle orientation donnée à la recherche nécessite le choix d'un outil bien adapté à la collecte des données sur le terrain. En conséquence, j'adopte une démarche qualitative, une approche inductive qui permet à la recherche d'évoluer de manière prospective et réflexive sans pour autant échapper à la récursivité. Par la suite, j'identifierai progressivement les concepts qui émergent de mes données et les relations complexes qui existent entre ces derniers. Ce processus de théorisation se poursuivra avec l'affinement des relations entre les concepts clés (Glaser et Strauss 1967; Paillé 1994; Strauss et Corbin 1990). La nature du problème est celle de la santé des enfants en lien avec l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique. Elle constitue une raison, probablement plus pertinente, de choisir une méthodologie qualitative selon Strauss et Corbin (2004). Une recherche, comme celle-ci, qui tente de comprendre la santé ou l'expérience des enfants ayant connu des problèmes de santé tels que la maladie bénigne, la maladie chronique qui oblige des parents à recourir à plusieurs thérapies, la malnutrition, etc. se prête à un travail ethnographique.

3.2.1.1 Genèse de la *Grounded Theory*

Glaser et Strauss (1967) remettaient en question les positions dominantes des approches quantitatives en sociologie qui reléguait la recherche qualitative au simple rôle de préalable à la recherche quantitative et considéraient que la recherche qualitative ne pouvait produire que des études de cas de nature descriptive sans utilité dans le développement de théories. Glaser et Strauss ont ainsi développé une méthodologie qualitative qui prendra plus tard le nom de « théorie enracinée » (*Grounded Theory*) (Strauss et Corbin 1990; Strauss et Corbin 2004). La méthodologie a été développée à l'origine par ces deux sociologues : Glaser et Strauss (Glaser 1978; Glaser et Strauss 1967). Bien que tous les deux appartenissent à des courants de philosophie et de recherche différents, leurs contributions respectives ont été tout aussi importantes les unes que les autres (Figure 2).

Figure 2 : Généalogie de la méthodologie par théorisation enracinée : principales étapes



Légende :

GT : « Grounded Theory »

Source : Morse (2009)

En effet, Strauss a obtenu son diplôme à l'Université de Chicago qui maintient une forte tradition en recherche qualitative. Par contre, Glaser vient d'une tradition sociologique et fit sa formation graduée à l'Université de Columbia, mais il partage toutefois certaines caractéristiques avec Strauss. Ce qui a permis aux deux chercheurs de travailler étroitement ensemble. Au début, Glaser fut influencé par l'approche quantitative. Plus tard, lorsqu'il pratiqua l'analyse qualitative, il s'aperçut de la nécessité de comparer les données entre elles afin d'identifier, de développer et de lier les concepts. Comme la tradition de l'Université de Chicago et celle de l'Université de Columbia visait la production d'une recherche pouvant être accessible, utile à des professionnels et à un public profane, une grande partie des propos centrés sur la théorie enracinée qui a émergé de leur collaboration visait aussi bien un public profane que les habitués de la discipline. Quelques années plus tard, une nouvelle

collaboration entre Strauss et Corbin a permis la sortie de la première édition de l'ouvrage *Basics of Qualitative Research* (Strauss et Corbin 1990). C'est dans le but de fournir un ensemble de techniques et de conseils aux chercheurs débutants qui se débattaient avec la méthode de théorie enracinée. L'ouvrage est le reflet de l'évolution des idées de Strauss même si quelques différences ressortent de cette nouvelle collaboration. En effet, la méthodologie ainsi que les procédures de recherche décrites dans cet ouvrage reflètent l'approche de Strauss (Strauss et Corbin 1990; Strauss et Corbin 2004). Ces auteurs ont basé leurs fondements théoriques sur les différents aspects suivants : le besoin de faire du terrain pour découvrir vraiment ce qui se passe; la pertinence de la théorie enracinée dans les données pour le développement de la discipline et pour fonder l'action sociale; la complexité et la variabilité des phénomènes et de l'action humaine; la croyance dans le fait que les personnes sont des acteurs qui participent activement à la résolution des situations problématiques; la découverte du fait que les personnes agissent en donnant un sens à leurs actions; la compréhension que le sens est défini et redéfini par les interactions; une sensibilité à la nature évolutive et régressive des événements; et la connaissance de la corrélation entre les conditions, les actions et les conséquences (Strauss et Corbin 2004).

Pour des raisons sémantiques, le terme « *Grounded Theory* » est traduit en français par Luckerhoff et Guillemette (2012) sous l'appellation de « Méthodologie de la théorisation enracinée ». La floraison de différentes traductions françaises, dont la plus répandue qui est « L'analyse par théorisation ancrée », pour reprendre le titre de l'article de Paillé (1994), a obligé Luckerhoff et Guillemette (2012) à faire les mises au point suivantes : d'une part, la *Grounded Theory* n'est pas une théorie, mais une approche méthodologique générale de recherche qui permet de construire une théorie; d'autre part, on ne trouve dans aucun texte en anglais sur la *Grounded Theory* le lien synonymique avec « *anchored* » (ancré en français), comme l'auraient pensé certains chercheurs. Mais les mots anglais « *field* », « *root* », « *grounded* », etc., cadrent mieux avec le terme enraciné puisque la symbolique de l'enracinement est une façon de nommer le processus que constitue cette méthodologie, un processus qui n'est jamais complètement terminé et qui consiste à constamment lier la construction théorique aux données de terrain. C'est donc une méthode de collecte et d'analyse des données qualitatives permettant de dégager le sens d'un événement ou de lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une même situation (Paillé 1994). Elle reflète

alors la traduction française proposée par (Luckerhoff et Guillemette 2012) de la *grounded theory* en ce sens que l'enracinement des données se fait durant tout le processus d'analyse (Strauss et Corbin 1990; Strauss et Corbin 2004).

3.2.1.2 Quelques limites de la *Grounded Theory*

La *Grounded Theory* (théorisation enracinée), une méthode de recherche inventée par Glaser et Strauss (1967) pour la collecte et l'analyse des données de recherche qualitative, n'est pas encore largement utilisée ou comprise par les chercheurs dans certaines disciplines scientifiques (Allan 2003). Comme les autres méthodes de collecte et d'analyse des données, cette méthode a aussi ses limites. La plupart de ceux qui ont émis des réserves quant à son utilisation dans la recherche sont parvenus à des résultats appréciables après l'avoir essayé (Allan 2003; Garreau 2015; Guillemette 2006). De plus, les critiques sont variables mais je vais m'intéresser ici aux réserves émises par Guillemette (2006) et qui synthétisent plusieurs des principales critiques, avant de compléter avec mes propres critiques. Pour cet auteur, la *Grounded Theory* n'est pas un procédé par lequel la théorie se donne d'elle-même au chercheur. La théorie n'émerge pas de façon « pure » ou « absolue », car même en visant exclusivement une démarche inductive, la déduction s'insère aussi dans la mise en « conversation » entre les données de terrain et la sensibilité théorique de l'analyste. En plus, en voulant trop faire abstraction des théories existantes, comme le prône les plus puristes de la *Grounded Theory*, le chercheur court le risque d'obtenir des résultats qui ont déjà été obtenus dans d'autres recherches.

Je me suis donc inspiré de cette méthode proposée par Glaser et Strauss (1967), mais j'ai aussi éprouvé des difficultés à en respecter strictement toutes les étapes. De plus, même si un effort est fait pour ne pas échantillonner les individus, comme l'ont décrit Guillemette (2006) et Glaser et Strauss (1967), il faut reconnaître que les termes « échantillon » ou « échantillonnage » paraissent appropriés à la méthode quantitative ou en statistique. Mais peut-on éviter ces termes dans les méthodes qualitatives?

Dans le cas de l'échantillonnage statistique, les sujets sont choisis en fonction de leurs critères de représentativité et de la saturation statistique, mais dans le cas de l'échantillonnage théorique en *Grounded Theory*, l'échantillon n'est pas d'abord un échantillon de population

humaine, mais plutôt un échantillon de situations (thèmes) dans lesquelles le chercheur pourra collecter des données qui permettent de mieux comprendre le phénomène (Guillemette 2006). De ce qui précède, on peut parler de représentativité dans une démarche quantitative, mais j'admets qu'« [...] un échantillon ne peut être considéré comme représentatif dans une démarche qualitative » (Kaufmann 2016 : 40). Ce qui a changé dans la méthode proposée par les concepteurs de la *Grounded Theory* c'est juste l'unité statistique. Autrement dit, au lieu que les unités statistiques soient les individus à interviewer, les concepteurs proposent d'échantillonner des thèmes qui se dégagent dans les deux ou trois premières entrevues. Ce qui guiderait alors le chercheur vers l'identification de nouveaux répondants qui pourraient venir enrichir les thèmes initiaux. Mais procéder ainsi c'est aussi faire de l'échantillonnage. Par ailleurs, les concepteurs de cette méthode proposent de rédiger des mémos avant de passer à la rédaction finale. Ce qui n'est pas à mon avis une technique nouvelle, car la rédaction des mémos figurait déjà dans d'autres approches méthodologiques. Malgré ses limites, j'ai opté pour cette méthode, car elle a plus d'avantages que des limites, si je me fie aux résultats originaux et novateurs auxquels je suis parvenu (cf. chapitres 4 à 9).

L'orientation méthodologique retenue ici est donc la « Méthodologie de la théorisation enracinée » (*Grounded theory*) qui permet, malgré ses limites, d'envisager et d'exposer la stratégie qui devra conduire à l'identification des catégories utilisées par les répondants et les techniques de collecte de données ethnographiques.

3.2.1.3 Critères pour le choix de la zone d'étude

Les trois principales raisons qui ont motivé le choix de cette aire culturelle, à savoir où vivent les Agotimés, pour y réaliser le travail de terrain sont les suivantes :

1) la population des Agotimés du Togo est constituée de deux communautés différentes : Ewe (*Eve*) et Adan (*Adã*). Une analyse comparative des pratiques traditionnelles de soins de santé infantile des Agotimés Ewe et Adan sera une première en anthropologie.

2) mon ethnographie sera réalisée dans un milieu rural où la majorité des personnes est pauvre (DGSCN-Togo 2013a, 2013b); or peu de recherches se penchent sur les milieux ruraux paupérisés du Togo.

3) la mortalité des enfants de moins de cinq ans comme la mortalité des enfants de moins d'un an sont très élevées dans ce milieu rural (DGSCN-Togo 2014b; OMS 2012).

Il s'agit de visiter ce terrain avec une approche méthodologique permettant de clarifier les problèmes liés à la santé des enfants. Cette thèse sera alors l'un des rares, sinon le seul travail en anthropologie de la santé de l'enfant auprès des Agotimés du Togo.

3.2.1.4 Catégories de répondants et de répondantes

Trois catégories de répondants sont visées dans le cadre de cette thèse. Il s'agit : 1) des mères ayant au moins un enfant de moins de cinq ans; 2) le personnel de santé publique opérant dans la zone d'étude; 3) et les praticiens traditionnels (intervenant dans les soins de santé des enfants de bas âge au sens de l'article 2 de la loi n°2001-017 du 14 décembre 2001 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle au Togo). Les catégories de répondants sont constituées par choix raisonné suivant des règles de décision qui découlent de la problématique.

Le processus d'identification des répondants dans la population est inductif. Pour ce faire, je me suis adressé aux personnes déjà rencontrées lors de mon premier terrain chez les Agotimés pour identifier les premiers répondants. La constitution de l'échantillon des répondants issus de la population locale, notamment les mères, est donc basée sur la méthode de « boule de neige » par laquelle mes répondants initiaux m'ont conduit vers de nouveaux répondants. Chacun et chacune sont porteurs de leur propre culture d'appartenance. S'agissant du personnel de santé publique exerçant dans la zone, ils sont sélectionnés sur la base des facteurs estimés théoriquement importants pour l'étude (par exemple le nombre d'années d'expérience en pédiatrie et en obstétrique). Cette stratégie a permis de constituer une catégorie de répondants souhaitant de bon gré de participer à la recherche. Pour le groupe de praticiens traditionnels, leur repérage s'est effectué sur la base des informations recueillies auprès des populations locales et des mères interviewées. Qu'ils soient praticiens traditionnels ou personnel de santé publique, je les ai approchés dans leur milieu de travail respectif pour présenter mon projet et les inviter à y participer.

En ce qui concerne le choix des événements comme critères de sélection, les variables des enquêtes et recensements réalisés par l'Institut national de statistique et des études

économiques et démographiques (INSEED)²⁴ du Togo sont utilisées. En effet, ces variables quantitatives sont pertinentes pour la constitution de catégories de répondants d'une enquête qualitative, réalisée à partir d'entrevues semi-dirigées (Corbière et Larivière 2014). Il s'agit des variables suivantes : statut d'occupation, niveau d'instruction, état matrimonial, religion, type de mariage, âge au premier mariage, âge à la première naissance; nombre d'enfants nés vivants, nombre d'enfants actuellement en vie, etc. Par conséquent, les hommes et les femmes de différents groupes d'âge ayant des niveaux d'instructions et statuts professionnels différents constituent l'échantillon²⁵. Une autre variable est ajoutée pour obtenir des informations sur les enfants de moins de cinq ans. Il s'agit des naissances des cinq dernières années précédant la collecte des données. Cette période est retenue sur la base d'une proposition selon laquelle les mères de ces enfants peuvent se souvenir facilement des événements liés à la santé de l'enfant durant sa première phase de vie. Néanmoins, des informations sont collectées à l'échelle de diverses générations féminines en vue d'une compréhension globale du phénomène. Les renseignements complémentaires sur les critères qui sont utilisés pour identifier et sélectionner les mères sont les suivants : il s'agit d'abord 1) des mères biologiques ayant au moins un enfant de moins de 5 ans, quel que soit son âge; ensuite, 2) des tuteurs (quelle que soit la génération) ayant en charge au moins un enfant de moins de 5 ans né d'une autre femme. En effet, dans un contexte où l'émigration (exode rural) des mères biologiques devient de plus en plus fréquente dans les zones rurales paupérisées, fait accentué par une augmentation du nombre de décès des mères biologiques lors de l'accouchement ou quelques jours après, l'enfant (orphelin) est souvent confié à un membre de la famille (sœur, tante, cousine, etc.) qui peut avoir un ou des enfants qui dépassent l'âge de 5 ans. En plus de ces critères, s'ajoutent le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le statut d'occupation des mères biologiques et tuteurs.

Par ailleurs, les modalités de recrutement de ces dernières reposent essentiellement sur l'obtention du consentement des répondants à participer à ma recherche. Toujours est-il que pour approcher et informer les mères des objectifs et du déroulement de la recherche je me

²⁴ Au paravent appelé Direction général de la statistique et de la comptabilité nationale (DGSCN)

²⁵ Lorsque je prends comme unité d'observation un individu dans la société, son rôle dans celle-ci détermine son statut. Par exemple, une mère peut être à la fois commerçante, herboriste et/ou membre d'un Comité villageois de développement (CVD).

suis dirigé soit à leur domicile, soit à leur lieu de travail habituel pour leur expliquer les contours de mon projet. Elles ont également disposé d'un délai de réflexion d'un mois, conformément au calendrier d'exécution des activités de terrain, avant de donner leur accord pour participer à l'entrevue. Aussi, est-il important de souligner ici que dans le cadre de ma recherche, en particulier pour les participants analphabètes, j'ai obtenu leur consentement verbal. Les relais communautaires tels que le Comité de santé (COSAN), le Comité de gestion (COGES) et le Comité villageois de développement (CVD) ont sensibilisé les mères à participer à mon étude.

3.2.2 Rencontre ethnographique

Dans cette partie, je présente une réflexion sur la façon dont s'est déroulé mon séjour de terrain et comment le regard de la population a fait évoluer la perception de ma posture. Elle débouche sur les modalités de ma collecte de données sur le terrain.

3.2.2.1 Séjour de terrain et transformation de ma posture

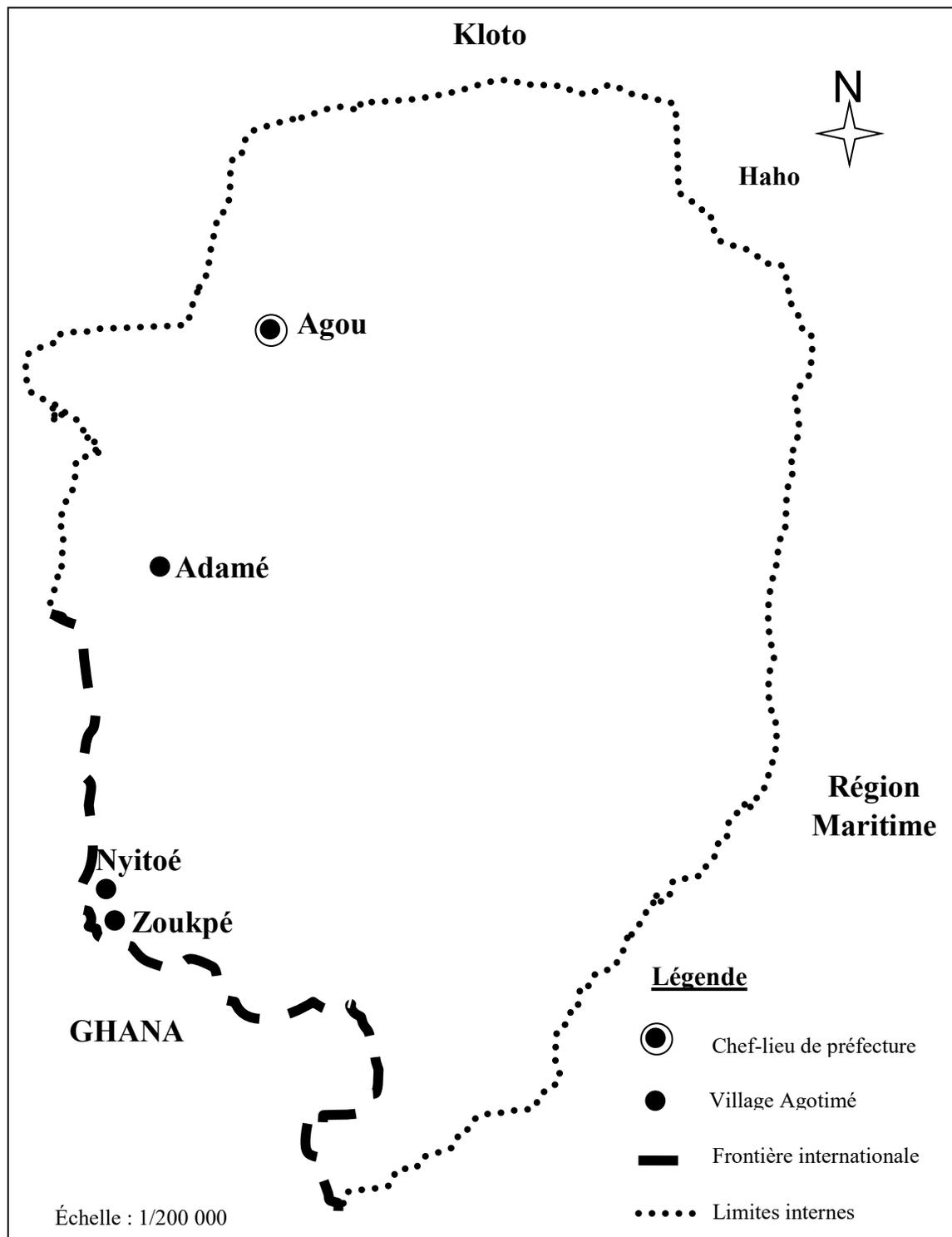
Je rends compte ici des modalités de rencontre, les attentes et les enjeux de recherche que j'ai perçus auprès de trois principales catégories d'acteurs du milieu d'étude : les mères et les tuteurs des enfants de moins de cinq ans, le personnel de santé publique et les praticiens traditionnels. En effet, le séjour chez les populations rurales agotimées a été la clé dans mon expérience de terrain et dans l'évolution de la perception qu'elles ont de ma posture : c'est-à-dire comment elles perçoivent ma présence et mon rôle dans les villages. Ce séjour a donné lieu à des expériences distinctes, me conduisant dans trois différents espaces villageois pour la collecte des données et un milieu urbain où se trouvent les hôpitaux les plus proches des villages. L'enquête a été conçue pour comprendre, chez les Agotimés du Togo, le phénomène de la santé infantile et comporte deux volets : d'abord, mieux comprendre la place de la médecine traditionnelle de soins de santé infantile dans le système de santé publique du Togo; ensuite, comprendre le lien entre la médecine traditionnelle de soins de santé infantile et la santé des enfants. Au total, j'ai passé dix mois chez les Agotimés dont le point de départ est le premier contact avec les populations du village de Nyitoé où je me suis installé. C'est même là qu'au moment de la « fête de l'igname » en septembre 2015, un officiant m'a invité pour participer au rituel de torréfaction d'un produit préventif contre la morsure du serpent. La période d'immersion qui a duré environ un mois m'a permis aussi de développer de bons

liens avec les infirmiers des dispensaires de Nyitoé-Zoukpé et d'Adamé. Ils ont été au cœur de la mobilisation des mères et tuteurs des enfants en vue de leur participation aux entrevues individuelles ou de groupe. En effet, le personnel de santé publique dans les villages est en contact permanent avec les mères. Ils les aident à suivre le calendrier de vaccination de leurs enfants et offrent d'autres services, dont le contrôle et la promotion de croissance de l'enfant, la consultation prénatale et la consultation postnatale. Les mères vont s'informer aussi dans le dispensaire du village au sujet de la planification des naissances et la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA. En revanche, ma présence fréquente aux dispensaires rendait la perception de ma posture plus ambiguë au regard des mères qui viennent à la consultation. J'ai dû expliquer plusieurs fois que je n'étais ni un agent de santé ni un nouveau fonctionnaire recruté par l'État. J'ai compris aussi que les mères avaient associé l'anthropologue que je suis à celui qui veut connaître tout sur leurs pratiques culturelles en matière de soin de santé de leurs enfants, et donc qui passe la majeure partie de son temps à causer avec les mères n'importe où.

J'ai alors senti que ma relation avec l'ensemble de la population agotimée a précisément changé à partir du moment où j'ai sillonné les trois villages qui ont été retenus : par ordre chronologique, Nyitoé, Zoukpé et Adamé (Figure 3). Habiter sous le même toit avec certains villageois, aller au champ avec les mères ou tuteurs, pêcher dans les rivières, se déplacer d'un village à l'autre, participer aux fêtes des prémices de l'année, assister un rebouteux en train de masser le bras déformé d'un nourrisson quelques jours après un accouchement difficile ont été des éléments déterminants du regard que les Agotimés pouvaient porter sur moi. La participation a été un élément essentiel pour éloigner la distance entre la population et l'étranger que j'étais à première vue; bien que je sois originaire de la localité. Participer à un rituel et poser des questions permettaient de mettre tout le monde à l'aise puisque chaque participant y voit l'esprit de curiosité que j'incarne et il l'exprime par de petites plaisanteries. Durant ces moments, j'ai tissé des liens plus étroits avec plusieurs mères avec lesquelles j'ai partagé cette expérience de la connaissance de la situation sanitaire des enfants de bas âge, quel que soit leur statut de participante ou de non-participante à l'enquête. J'étais bien reçu dans leur maison et j'ai partagé avec elles diverses activités quotidiennes : laver un enfant, l'habiller, le faire coucher en cas de sommeil, lui donner à manger quand il a faim, etc. Mon lien de confiance et d'intimité avec les Agotimés s'est construit et approfondi au fur et mesure

que le temps passait. Dans l'ensemble, j'ai reçu beaucoup d'encouragement de la part de la population pendant toute la période de l'enquête. Elle me témoigne, dans la façon d'être des personnes, ce sens de loyalisme, de générosité et de partage propre à leur culture et leurs valeurs. Mais après dix mois passés dans les villages, j'ai quitté le milieu d'investigation pour préparer mon voyage pour le Québec.

Figure 3 : Localisation géographique des villages dans la préfecture d'Agou



© Kodzo Awoenam Adedzi, février 2018

3.2.2.2 Collecte des données

La durée de l'enquête est de 10 mois et elle a effectivement débuté le 3 août 2015 pour prendre fin le 31 mai 2016. Deux mois furent nécessaires à l'obtention des autorisations du Comité de bioéthique pour la recherche en santé (CBRS) du Togo et du Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval (CÉRUL), en plus d'autres formalités administratives nécessaires à tout contact préalable avec la population concernée par l'étude.

En effet, je suis arrivée au Togo le 30 juillet 2015 et après quelques jours de repos je me suis présenté dans mon institution de rattachement, la Direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale (DGSCN), le 3 août 2015 pour rencontrer le personnel administratif de ladite institution. J'ai eu des discussions et des séances de travail avec le personnel administratif de cette institution afin de mieux aborder la population concernée par l'étude. Après, j'ai rencontré le personnel administratif du Comité bioéthique en recherche pour la santé (CBRS) puis je me suis dirigé vers la zone d'étude pour avoir l'autorisation du préfet d'Agou, autorité administrative locale qui couvre la zone d'étude. Après avoir eu son autorisation, je me suis installé dans le village Agotimé Nyitoé pour préparer le recrutement. Les discussions avec les mères en vue de leur participation à l'enquête ont effectivement démarré juste après l'obtention de l'autorisation du préfet d'Agou le 17 août 2015. Je me suis installé dans le village Agotimé Nyitoé qui se situe entre les deux autres villages concernés par l'enquête, tels Agotimé Adamé et Agotimé Zoukpé (Figure 3 ci-dessus).

Pour approcher et informer les participantes et les participants des objectifs et du déroulement de la recherche, je me suis dirigé soit à leur domicile, soit à leur lieu de travail habituel pour leur expliquer les contours de ma recherche²⁶. Les répondants disposent d'un délai de réflexion suffisant, conformément au calendrier d'exécution des activités de terrain, avant de donner leur accord pour participer à l'entrevue. Une fois l'accord conclut, un rendez-vous est donné pour s'entretenir avec la personne concernée soit à son domicile, soit au lieu de travail habituel.

²⁶ Même si j'ai contacté directement les mères, les infirmiers et les relais communautaires dans les villages ont contribué aussi à la sensibilisation des mères comme je l'ai mentionné précédemment.

L'apport des entrevues et des observations sont essentiels chaque fois que l'on cherche à appréhender et à rendre compte des systèmes de valeurs, de normes, de représentations, de symboles propres à une culture (Corbière et Larivière 2014). La collecte des données s'est déroulée autour de quatre axes thématiques qui se greffent aux *informations introductives*. Il s'agit des *savoirs et pratiques thérapeutiques de soins infantiles; maternité; petite enfance, enfance et enfant; liens entre médecine traditionnelle et système de santé publique*. (Annexe 4). Les mêmes axes sont considérés pour les trois catégories de répondants à savoir les mères, le personnel de santé publique et les praticiens traditionnels. Chaque axe thématique est constitué d'un certain nombre de thèmes qui, à leur tour, font émerger des questions autour desquelles sont centrées les discussions. Je m'attendais à ce que chaque axe thématique remplisse des objectifs bien définis (Paillé et Mucchielli 2003). Les techniques de collecte des données consistent en observation participante et en entrevues semi-structurées que j'ai réalisées auprès de 60 répondants.

3.2.2.3 Entrevues semi-structurées

Comprendre le phénomène de la santé de l'enfant dans un contexte où les pratiques locales de soins de santé, durant les premières années de vie, prennent de plus en plus place dans le système institutionnel de soins de santé; telle est ma mission. Alors, des entrevues individuelles semi-dirigées et de groupe avec les trois catégories de répondants susmentionnées sont privilégiées en référence à l'assertion de (Bernard 2006 : 212) : « In situations where you won't get more than one chance to interview someone, semistructured interviewing is best. It has much of the freewheeling quality of unstructured interviewing, and requires all the same skills, but semistructured interviewing is based on the use of an interview guide. » Deux villages des Agotimés Ewe et un village des Agotimés Adan ont constitué ainsi mon milieu d'investigation dans lequel j'ai réalisé 60 entrevues individuelles semi-structurées. En effet, 40 entrevues avec les mères biologiques et tutrices, 10 avec le personnel de santé publique et 10 avec les praticiens traditionnels ont été réalisées dans l'ensemble. En plus des entrevues individuelles semi-dirigées, 2 entrevues de groupe ont été réalisées avec les mères. Ces entrevues sont toutes réalisées par moi-même en langue locale ou en français selon les répondants. Les entrevues ont duré en moyenne 53 minutes et se sont déroulées soit dans le domicile des répondants et répondantes, soit sur leur lieu de travail.

Dans l'ensemble je n'ai pas connu de réticence à ce qu'un homme (moi) réalise des entrevues avec les femmes.

Pour vulgariser ou rendre plus accessible à un plus large public certaines questions destinées aux femmes, j'ai considéré les questions qui concernent surtout l'intégration de la médecine traditionnelle de soins de santé infantile dans le système de santé publique et la question relative aux méthodes traditionnelles de soins aptes à assurer le bon développement physique et psychique des nouveau-nés et les tout-petits enfants. Au reste, cette démarche de diversification vise la saturation qui est intervenue quand j'ai eu l'impression de ne plus rien apprendre de nouveau, du moins en ce qui concerne l'objet de l'enquête, passé un certain nombre d'entrevues semi-dirigées. Je signale que les entrevues ont été réalisées en français et en ewe²⁷.

3.2.2.4 Groupes de discussion

Les entrevues de groupe ont impliqué des mères et tutrices venant de trois villages, à savoir Adamé, Nyitoé et Zoukpé. Les deux discussions de groupe ont eu lieu respectivement à l'Unité de soins périphériques (USP) de Nyitoé-Zoukpé et à l'USP d'Adamé. Les participantes aux entrevues individuelles et collectives sont les mêmes. Cette stratégie m'a permis de faire le croisement des données individuelles et les données de groupe afin de repérer les points de divergence et de convergence des unes et des autres. D'une part, deux entrevues de groupe ont été réalisées avec 12 femmes âgées de 28 ans en moyenne qui ont accepté, lors de l'entrevue individuelle, de participer à l'entrevue de groupe et ont effectivement pris part au groupe de discussion à l'USP Nyitoé-Zoukpé (Tableau 2). D'autre part, 5 femmes âgées de 30 ans en moyenne ont aussi pris part au groupe de discussion à Agotimé Adamé. La conduite de la discussion de groupe a été assurée par moi-même, mais j'ai été aidé par les deux infirmiers-chefs de poste. J'ai joué le rôle de modérateur, mais je prenais quelques notes pour pouvoir compléter celles des infirmiers-chefs de poste. Chacun

²⁷ Quoique les Adan des deux villages Zoukpé et Kpodzaxo aient leur propre langue *adangbe*, ils parlent couramment la langue ewe. Au Togo, en plus du français qui est la langue officielle, l'anglais est considéré comme une langue secondaire et l'ewe au sud et le kabyè au nord sont les deux langues nationales.

des infirmiers-chefs de poste parle couramment la langue le français et l'ewe; c'est pourquoi je n'ai pas eu recours à une autre personne pour conduire l'entrevue de groupe.

Tableau 2 : Extrait d'une entrevue de groupe (N=12)

Groupe de discussion réalisée avec douze femmes, dont six de Nyitoé et six de Zoukpé, à l'Unité de soins périphériques de Nyitoé-Zoukpé (USP Nyitoé-Zoukpé). Les douze femmes ont participé à l'entrevue individuelle et ont accepté de participer à l'entrevue de groupe.

Quelle est votre perception des soins de santé offerts aux enfants de bas âge par les praticiens de la médecine traditionnelle?

- Les guérisseurs traditionnels font leur part, mais ils manquent de moyens pour améliorer leur prestation.
- Chez nous les praticiens traditionnels sont rares, alors qu'il y a beaucoup de plantes qui traitent les maladies. Ceux qui sont là font beaucoup d'efforts, car leurs produits traitent certains, mais pour d'autres on n'a pas tellement de satisfaction. Cela dépend de l'organisme de chaque personne.
- Certains apprécient le traitement des guérisseurs traditionnels, mais d'autres sont déçus à cause de certains escrocs ou malhonnêtes. (...)
- Les produits traditionnels sont efficaces dans certains cas, mais il y a souvent des risques.

Quelle est votre perception des soins offerts aux enfants de bas âge par le personnel de santé publique?

- C'est bien, mais il faut associer la médecine traditionnelle et la médecine occidentale pour le bien-être de la population.
- Quand le moment vient d'accoucher au dispensaire du village ils tardent à dire qu'ils ne peuvent pas le faire; ils diront ça vient, ça vient jusqu'au moment où les complications arrivent puis on te demande d'aller chercher une voiture pour aller à l'hôpital. Parfois, l'enfant, la mère ou les deux décèdent en cours de route.
- Ils travaillent bien et ils donnent des conseils qui nous aident beaucoup. (...)

Que pensez-vous de l'intégration des pratiques traditionnelles de soins infantiles dans le système de santé publique au Togo?

- (*railleuse*) L'intégration des pratiques traditionnelles de soins infantiles dans le système de santé publique au Togo a connu un échec.
- Je pense que si le praticien traditionnel a des produits qui guérissent une maladie et qui sont reconnus par la population, l'État peut autoriser sa mise en vente sur le marché. Mais s'il est là pour nuire les gens il doit être poursuivi par l'État. Mais je n'en sais rien de l'intégration des pratiques traditionnelles de soins infantiles dans le système de santé publique au Togo.
- L'intégration des pratiques traditionnelles de soins infantiles dans le système de santé publique au Togo n'est pas observable (*rire*).
- Je n'en sais rien de cette démarche de la place de la médecine traditionnelle de soins infantiles dans la politique nationale de santé mise en place par l'État actuellement. (...)

Quelles sont vos opinions et attentes?

- Si on peut améliorer les produits traditionnels et les mettre dans les hôpitaux, ce sera mieux.
- Il faut une coordination au sein même des guérisseurs traditionnels afin de connaître la spécialité de chaque tradipraticien.
- Il faut que l'État crée des centres d'analyses ou de laboratoire pour tester les produits des guérisseurs traditionnels avant leurs mises en vente sur le marché. (...)

Cet extrait illustre non seulement les voix et les perceptions multiples, parfois contradictoires, au sujet des soins biomédicaux, traditionnels et de l'intégration de la médecine traditionnelle, mais il traduit aussi la dynamique des échanges des participantes. En plus des échanges verbaux, les échanges non verbalisés des participantes ont permis de saisir le contenu de leur message. Les objectifs de cette recherche m'ont permis en effet d'identifier les opinions et les attitudes les plus importantes exprimées par les participantes. J'ai dû noter les éléments importants, qu'ils aient été prévus ou non. Le croisement de ces informations avec celles des entrevues individuelles a permis d'obtenir des résultats qui seront présentés dans les chapitres suivants.

3.2.2.5 Observation participante

J'ai retenu également l'observation participante qui est un processus d'apprentissage à travers l'implication routinière du chercheur dans les activités des participants dans le cadre de la recherche. Elle représente le point de départ dans la recherche ethnographique pour deux raisons : 1) elle permet de créer et d'établir des relations avec les personnes de la communauté, dont certaines sont invitées à participer aux entrevues individuelles et de groupes; 2) elle donne au chercheur une capacité intuitive à percevoir comment les gens se rapportent les uns aux autres (Schensul *et al.* 1999). J'ai effectué l'observation participante en séjournant chez les populations agotimées durant toute la période de la collecte (du 3 août 2015 au 31 mai 2016).

Mes observations portent principalement sur les enfants âgés de moins de 5 ans dont les mères biologiques ou tutrices ont donné des informations sur leur situation sanitaire lors des entrevues individuelles. Une attention est portée également sur les gestes des participants lors de l'entrevue. Pour les mères et leurs enfants, cette observation est réalisée à l'endroit où se déroule l'entrevue (à domicile ou au lieu habituel de travail²⁸). Les types d'activité à observer au domicile ou au lieu de travail sont : les soins maternels ou les savoirs locaux en matière de soins de santé infantile; le portage; l'allaitement maternel au sein et l'allaitement au biberon; le supplément alimentaire en cas de sevrage partiel ou total; l'utilisation des produits locaux et des produits provenant de la pharmacopée, des officines ou des pharmacies;

²⁸ Toutes les mères ont leurs enfants sur les lieux de travail.

l'initiative locale des femmes en lien avec la santé des enfants et l'activité principale ou habituelle des mères. Par contre, pour le personnel de santé publique et les praticiens traditionnels, j'ai observé en plus de leurs gestes lors de l'entrevue, leur milieu de travail, les séances d'examen des enfants malades et les produits prescrits pour le traitement et en particulier les produits locaux utilisés pour prévenir ou soigner les enfants de bas âge. Les interactions que j'ai eues avec les personnes observées sont verbales et participatives.

3.2.2.6 Caractéristique de l'échantillon

Les 60 entrevues individuelles semi-dirigées et les deux entrevues de groupe qui sont à la base de la collecte des données m'ont permis d'obtenir des informations assez riches, car elles laissaient aux répondants l'initiative de parler du vécu sanitaire des enfants à partir du sens qu'ils donnent à leur état de santé. Les entrevues ont duré en moyenne 53 minutes d'enregistrement audio et sont transcrites dans 62 fichiers Word. Ce qui représente 806 pages à interlignes et demi de transcriptions intégrales, soit une moyenne de 13 pages par participant. Compte tenu de la méthodologie que j'ai choisie (*Grounded Theory*), j'ai utilisé le logiciel NVivo sur le terrain pour les analyses préliminaires telles que la codification et la réduction des données de base ou données brutes.

Toutes ces techniques de collectes permettent de décrire le profil des enquêtés de la manière suivante : il est question ici de montrer d'abord le profil des enfants qui ont été visés par l'enquête. Ensuite, j'ai décrit la situation des mères biologiques qui vivent avec leurs enfants durant mon séjour sur le terrain, des tuteurs ayant pris en charge les enfants dont les mères biologiques ne sont plus en vie ou ont migré vers la ville à la recherche d'un emploi. De plus, quelques traits distinctifs des pères biologiques sont abordés afin de mieux comprendre l'environnement familial dans lequel vivent les enfants. Enfin, j'ai exposé le profil du personnel de santé publique et les praticiens traditionnels ayant participé à l'enquête.

Il ressort des résultats qu'au total 61 enfants de moins de cinq ans sont nés de 35 mères biologiques. En effet, il s'agit de 35 mères biologiques qui vivent avec leurs enfants de moins de cinq ans et 5 tuteurs qui ont pris en charge trois orphelins de mères et deux enfants, dont les mères résidaient hors du village lors de mon passage. Il faut noter également que l'effectif des filles est supérieur à celui des garçons dans son ensemble : 33 filles contre 28 garçons

(Annexe 2). La majorité des enfants ont atteint l'âge de trois ans et ces derniers sont suivis des enfants qui ont atteint l'âge de quatre ans, puis ceux qui ont atteint l'âge de deux ans. Par contre, les proportions les plus faibles concernent les enfants de 4, 6, 15, 22, 25 et 32 mois (Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition par âge des enfants de moins de 5 ans (N=61)

Âge en mois	0	1	2	3	4	6	7	9	11	12	15	18	22	24	25	30	32	36	42	48	Total
Effectifs	3	3	4	2	1	1	3	2	2	3	1	4	1	6	1	2	1	10	3	8	61
Pourcentage	4,9	4,9	6,6	3,3	1,6	1,6	4,9	3,3	3,3	4,9	1,6	6,6	1,6	9,8	1,6	3,3	1,6	16,4	4,9	13,1	100,0

De même, les résultats montrent que l'âge moyen des tuteurs est plus élevé (49,4 ans) que celui des mères biologiques (27,9 ans). En général, l'âge moyen des mères à la première naissance de leur enfant est de 21 ans, quel que soit le village. En revanche, les mères interviewées dans le village Adamé sont un peu plus avancées en âge que celles de Nyitoé et de Zoukpé. Certaines parmi elles ont perdu leur bébé après la naissance. Sur les quarante mères (biologiques et tuteurs) interviewées, la majorité d'entre elles n'a que le niveau primaire. Il faut noter ici que peu de femmes ont atteint le niveau secondaire et aucune d'entre elles n'a atteint le niveau universitaire. La majorité de ces femmes sont commerçantes (40 %) et agricultrices (27,5 %). Il est noté aussi une proportion de 15 % de couturières et de 5 % de boulangères. Ce qui montre qu'elles exercent prioritairement dans le secteur primaire. En effet, la majorité des produits qu'elles commercialisent proviennent essentiellement de l'agriculture. Par ailleurs, l'activité principale des pères biologiques est l'agriculture (30 %), la maçonnerie (22,5 %), mais il se dégage aussi une proportion moins importante de conducteurs de voiture, d'électriciens et de meuniers (Annexe 2).

Sur les dix professionnels de santé interviewés, il est observé une supériorité numérique des hommes sur les femmes (7 contre 3). Aucun agent interviewé n'est en bas du niveau secondaire. Toutefois, ceux de niveau secondaire du 2^e cycle que j'ai interviewé sont plus nombreux que ceux qui ont le niveau secondaire 1^{er} cycle et universitaire. Parmi les membres du personnel de santé publique interrogés, les infirmiers occupent la première place. Ils sont suivis des accoucheuses des dispensaires et hôpitaux, mais je rappelle ici que le seul médecin et le seul assistant médical interviewés sont des spécialistes en pédiatrie à l'hôpital de Kpalimé. Par ailleurs, l'âge moyen de ceux-ci est de 41,3 ans, mais le plus jeune parmi tous les membres du personnel de santé publique est âgé de 25 ans, alors que le plus âgé a atteint l'âge de 56 ans. Ils tendent en moyenne vers une quinzaine d'années d'expérience (14,3 ans). Toutefois, le moins expérimenté a effectué uniquement 4 ans dans son domaine, alors que le plus expérimenté a cumulé 28 ans d'expérience dans son domaine.

Dans mon échantillon, l'effectif des hommes praticiens traditionnels est aussi supérieur à celui des femmes (7 contre 3). La majorité des praticiens traditionnels a le niveau primaire. L'âge moyen des praticiens traditionnels interviewés est de 44,7 ans et comme chez le personnel de santé publique, le plus jeune parmi eux est âgé de 25 ans, mais le plus âgé a atteint l'âge de 70 ans. En ce qui concerne le nombre d'années d'expérience dans leur domaine spécifique, la moyenne est proche de vingt ans (18,6 ans). Le moins expérimenté a effectué un an, alors que le plus expérimenté a cumulé 43 ans d'expérience dans son domaine. Dans la plupart des cas, ils sont héritiers des savoirs médicaux traditionnels de leurs ascendants et n'ont pas bénéficié d'une subvention de l'État ou d'une autre institution financière.

Les difficultés rencontrées sur le terrain sont essentiellement liées à la lenteur administrative, à la procédure de négociation des entrevues, aux rendez-vous manqués. En effet, en plus des autorisations des comités d'éthique du Togo et de l'Université Laval, il fallait obtenir une autorisation supplémentaire à chaque niveau avant la rencontre de la population agotimée, du personnel de santé publique ou certains praticiens traditionnels. J'ai mis aussi beaucoup de temps dès le début à traduire certains mots ou expressions françaises du guide d'entrevue dans la langue locale. Aussi, l'état vétuste des routes qui mènent vers les différents villages m'a-t-il rendu difficile le déplacement sur le terrain. De même, les conditions de vie pénibles

des populations rurales, auxquelles j'ai participé, ont retardé un peu le travail. De plus, certains rendez-vous n'ont pas été respectés pour plusieurs raisons évoquées par les participants.

Quoiqu'une autorisation supplémentaire soit nécessaire à chaque niveau avant la rencontre des répondants agotimés, du personnel de santé publique ou de certains praticiens traditionnels, l'autorisation du Comité de bioéthique pour la recherche en santé du Togo a facilité mon intégration, davantage que l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval. Au vu de mes expériences sur le terrain, je suggère que pour des études futures le chercheur puisse obtenir une autorisation du Comité d'éthique du pays d'accueil avant de prendre son départ vers le terrain. En effet, en l'absence de l'autorisation du Comité d'éthique du pays d'accueil, l'attente sera plus longue. En même temps, ne vaut-il pas mieux être sur place pour demander une telle autorisation locale? La question demeure ouverte.

3.3 Méthode et étapes d'analyse des données

3.3.1 Méthode

J'entends par méthode d'analyse des données un ensemble de procédures et de techniques pour analyser mes données (Strauss et Corbin 2004). De toute évidence, « les théories enracinées, parce qu'elles sont tirées des données, ont bien des chances d'offrir des enseignements pertinents, d'augmenter la compréhension et de fournir un guide sérieux pour l'action » (Strauss et Corbin 2004 : 30). Alors, cette méthode plus connue sous le nom de « théorie enracinée » est une méthode visant à développer une théorie sur la base des données systématiquement recueillies et analysées au fur et à mesure qu'elles sont collectées. Dans l'entendement des concepteurs, le terme de « théorie enracinée » désigne une théorie qui dérive des données systématiquement collectées et analysées tout au long du processus de recherche. En ce sens, la collecte des données, d'analyse et la théorie éventuelle sont interreliées, car on ne peut commencer un projet de recherche avec une théorie préconçue à moins que son objectif concerne l'élaboration et l'extension d'une théorie existante (Strauss et Corbin 2004). Par conséquent, les théories évoluent au cours de la recherche par jeu continu entre analyse et collecte de données. Je fais le choix donc de cette méthode « itérative

de théorisation progressive » (Paillé 1994 : 151) pour étudier le phénomène de la santé infantile chez les Agotimés du Togo.

Strauss et Corbin (1990) ont comblé en partie les lacunes liées à l'absence de repères clairs et précis sur le déroulement de l'analyse par théorisation enracinée (*Grounded Theory*), grâce à la publication de l'ouvrage *Basics of Qualitative Research Grounded Theory Procedures and Techniques* (Paillé 1994; Strauss et Corbin 1990). Paillé propose cette méthode d'analyse de données qui nécessite « [...] la *simultanéité de la collecte et de l'analyse*, du moins au cours des premières étapes, contrairement aux façons de faire plus habituelles où la collecte de données est effectuée en une seule occasion et suivie de l'analyse de l'ensemble du corpus » (Paillé 1994 : 152). Le corpus de données sur lequel l'analyse par théorisation enracinée se réalise est constitué de notes de terrain, de transcription d'entrevues formelles ou informelles, des documents collectés sur le terrain :

L'analyse résulte de l'interaction entre les chercheurs et les données. Il s'agit à la fois de sciences et de l'art. Elle concerne la science dans le sens où elle assure un certain degré de rigueur et où elle enracine l'analyse dans les données. La créativité se manifeste, elle, dans la capacité des chercheurs à nommer avec pertinence les catégories, à poser des questions stimulantes, à faire des comparaisons et à extraire de la masse de données brutes et non organisées une logique innovatrice, intégrée en réaliste. (Strauss et Corbin 2004 : 31)

Il s'agit de pousser l'étude de la santé infantile chez les Agotimés du Togo au-delà d'une analyse descriptive. L'objectif poursuivi ici est de mettre en relation les éléments dans un schéma (Figure 7, p. 143) qui aurait uniquement valeur de proposition construite et validée simultanément par la comparaison constante entre la réalité observée et l'analyse de celle-ci (Paillé 1994; Schensul *et al.* 1999). Ainsi, chaque série de deux ou trois entrevues ou séquences d'observations est suivie de transcription des données puis de leur analyse qui est élémentaire au début, mais se complexifie par la suite. L'analyse préliminaire a permis ainsi de mieux orienter les entrevues et les observations au fur et à mesure des rencontres ethnographiques.

L'outil d'analyse du corpus des données est le logiciel NVivo (Corbière et Larivière 2014; Ragin et Kriss 2002). En effet, ce logiciel est utile dans le traitement des données aux fins d'analyse des entrevues, des documents textes, des médias sociaux et des pages web. Ce logiciel est choisi à cause de la souplesse de son utilisation tant sur le terrain qu'après le terrain. Il est aussi utile pour extraire des données textuelles issues du terrain, les similitudes ou les contradictions d'idées nouvelles qui apparaissent dans les propos des répondants. Un processus qui part de l'accumulation des données, jusqu'à la vérification de conclusions, en passant par la mise en relation des catégories (Miles et Huberman 2003; Miles *et al.* 2013). Six étapes sont retenues, telles que :

[...] la *codification*, qui consiste à étiqueter l'ensemble des éléments présents dans le corpus initial, de la *catégorisation*, où les aspects les plus importants du phénomène à l'étude commencent à être nommés, de la *mise en relation*, étapes où l'analyse débute véritablement, de l'*intégration*, moment central où l'essentiel du propos doit être cerné, de la *modélisation*, où l'on tente de reproduire la dynamique du phénomène analysé, et enfin de la *théorisation*, qui consiste en une tentative de construction minutieuse et exhaustive de la « multidimensionnalité » et de la « multicausalité » du phénomène étudié. (Paillé 1994 : 153)

S'agissant de la codification, elle se déroule selon Strauss et Corbin (2004 : 29) en trois étapes : celle dite *ouverte* qui permet d'analyser les premières entrevues en profondeur, phrase par phrase, paragraphe par paragraphe ou mot par mot pour en dégager les catégories ou concepts pertinents au phénomène à l'étude. Ici les concepts sont identifiés, leurs propriétés et leurs dimensions sont découvertes dans les données collectées. La codification *axiale*, quant à elle, consiste à approfondir les catégories identifiées précédemment en fonction des dimensions suivantes : les conditions de réalisation, le contexte, les conséquences, les stratégies reliées à cette catégorie et les types d'interaction apparaissant entre les catégories. C'est un processus de mise en rapport des catégories avec les sous-catégories que l'on qualifie de codage axial. La dernière étape, qui est la codification *sélective*, permet de déterminer les liens qui existent entre la catégorie centrale et les sous-catégories.

3.3.2 Étapes de l'analyse

Les fondements de ma démarche d'analyse des données et les modes de production des résultats ainsi que la dynamique de cette production reposent essentiellement sur la « Méthodologie de la théorisation enracinée » (*Grounded Theory*) (Glaser et Strauss 1967; Luckerhoff et Guillemette 2012; Strauss 1987; Strauss et Corbin 1990; Strauss et Corbin 2004). Les principes généraux de base qui sous-tendent la présente analyse découlent de ceux présentés par les fondateurs de cette méthode d'analyse (Glaser 1978; Glaser et Strauss 1967; Strauss 1987; Strauss et Corbin 1990; Strauss et Corbin 1998, 2004). Cela concerne la sensibilité théorique, l'échantillonnage théorique, la circularité, les processus de codage, les comparaisons théoriques, l'induction analytique et la saturation théorique.

Sensibilité théorique

Selon Strauss et Corbin (2004 : 67), « la sensibilité est nécessaire pour percevoir les nuances subtiles et le sens des données, ainsi que pour reconnaître les relations entre les concepts. » Afin de mieux s'ouvrir aux données collectées et les « faire parler », j'ai fait appel à ma capacité à tirer un sens des données, nommer les phénomènes en cause, dégager les implications, établir des liens et ordonner les catégories dans un schéma explicatif (Paillé 1994). Par ailleurs, une mise entre parenthèses de mes savoirs antérieurs ou une mise au jour de mes connaissances antérieures sur la santé infantile, les savoirs médicaux traditionnels et leur intégration dans les systèmes de santé publique en Afrique. Ainsi, comme le soulignent Guillemette et Lapointe (2012), il s'agit de retenir les éléments qui permettent de délimiter clairement l'objet de recherche.

Échantillonnage théorique

L'échantillonnage théorique a été nécessaire pour l'examen des domaines nouveaux ou inexplorés parce qu'il permet selon Strauss et Corbin (2004) de choisir les voies d'échantillonnage qui peuvent apporter le plus grand retour théorique. Il s'agit ici de l'échantillonnage cumulatif des cas ou des événements qui représentent les situations menant aux phénomènes dans lesquelles nos répondantes et répondants se trouvent. Comme on peut le voir dans le tableau 4, il s'agit d'une série de cas ou d'événements qui aident à mieux cerner mes répondants et répondantes. À noter que les liens entre catégories d'événements et

de répondants s'effectuent inductivement. Certes, les répondantes ont une certaine façon problématique ou routinière de résoudre le problème de santé de leurs enfants. Chaque événement répété étend et s'ajoute à la collecte des données et à l'analyse précédente. Au fur et à mesure de l'avancement de l'enquête, je me suis intéressé à générer autant que possible les catégories afin de les densifier jusqu'à la saturation. Ce qui exige un certain degré de cohérence dans la mesure où les comparaisons sont systématiquement faites par rapport à chaque catégorie, afin que chacune soit flexible. En ce sens, Paillé (1994) observe qu'il faut échantillonner la théorie en voie d'élaboration tout comme on échantillonnerait la population d'une étude. Ainsi, au lieu d'échantillonner des individus différents selon le sexe, l'âge, la situation économique, etc., il s'agit d'échantillonner les diverses manifestations du phénomène de la santé des enfants de bas âge représenté par une catégorie, un modèle ou une théorie en émergence. Par exemple, au cours de mes observations et entrevues dans les domiciles des mères, j'ai pu échantillonner de nombreuses voies de recours à la thérapie en cas de maladie de l'enfant : recours à la pratique thérapeutique familiale (utilisation des plantes médicinales pour préparer les tisanes ou infusions), recours aux praticiens traditionnels (rebouteux, herboristes, etc.), recours aux dispensaires et hôpitaux publics. Ma démarche visait surtout la mise en évidence de la complexité du phénomène ainsi que sa structure.

Tableau 4 : Exemple d'échantillon théorique

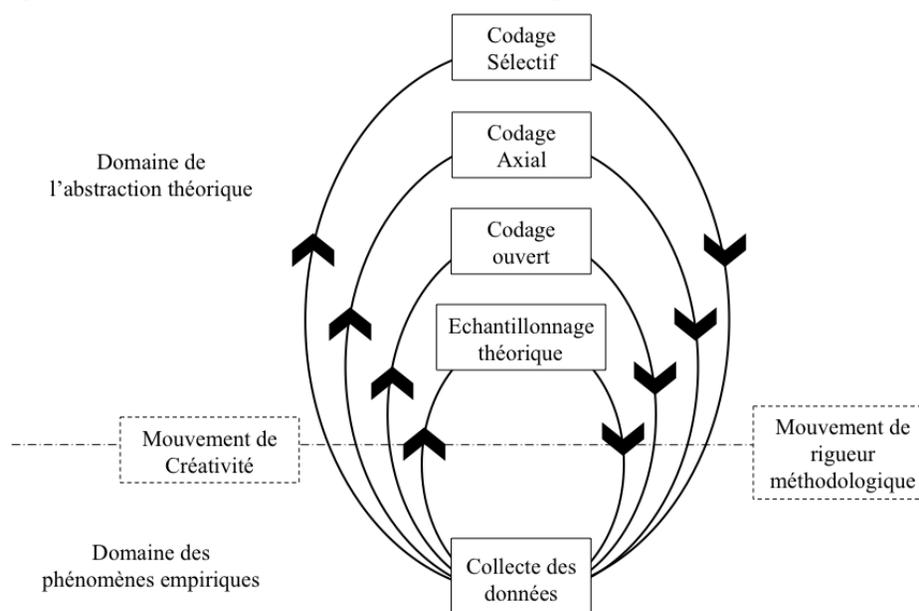
Cas ou événements échantillonnés	Répondants(es) ciblés(es)
Alimentation	Mères, tuteurs, infirmier, assistant médical, accoucheuse, médecin pédiatre, praticiens traditionnels
Allaitement maternel	Mères, tuteurs, infirmier, assistant médical, accoucheuse, médecin pédiatre, praticiens traditionnels
Hygiène et assainissement	Mères, Assistant d'hygiène
Intégration du savoir local de soins	Mères, tuteurs, personnel de santé publique, praticiens traditionnels
Maladies spirituelles	Mères, tuteurs, herboristes, « prêtres du <i>trɔ</i> » (<i>trɔnɔwɔ</i>), devins
Maternité	Mères, tuteurs, accoucheuses traditionnelles
Orphelins de mère	Tuteurs
Parenté	Mères, tuteurs
Malformations, fractures	Rebouteux, infirmier, assistant médical, médecin pédiatre
Recours à la thérapie	Mères, tuteurs, personnel de santé publique, praticiens traditionnels
Représentation de l'enfant	Mères, tuteurs, personnel de santé publique, praticiens traditionnels
Rites	Mères, praticiens traditionnels
Soins en matière de toilette	Mères, tuteurs infirmier, assistant médical, accoucheuse, médecin pédiatre, praticiens traditionnels

Il ressort du tableau 4 ci-dessus que le système de santé chez les Agotimés se caractérise par un ensemble de personnes qui exercent des activités dont le but essentiel est d'améliorer la santé des personnes d'une manière générale et surtout la santé des enfants. Outre le personnel de santé publique, y figurent les différents aidants de la famille, les guérisseurs traditionnels et les mères.

Circularité de la démarche de recherche

Ayant remarqué la difficulté à combiner créativité et rigueur scientifique dans la pratique de la méthode de théorisation enracinée, du fait qu'elle est souvent perçue comme un processus qui doit se dérouler dans la simultanéité et de façon répétitive, j'ai opté pour la circularité (Garreau 2015). Celle-ci est induite par l'échantillonnage théorique qui oriente tout le processus de collecte et d'analyse des données (Charmaz 2006; Garreau 2015; Guillemette 2006; Guillemette et Luckerhoff 2009). En effet, cette démarche circulaire m'a permis de revenir puis de revisiter sans cesse les données, les catégories conceptuelles et les relations qui s'établissent entre elles. L'émergence d'un nouveau concept entraîne automatiquement une vérification minutieuse de sa pertinence par rapport aux données collectées antérieurement. Pour Garreau (2015), la démarche circulaire de la méthode de la théorisation enracinée permet de dissocier puis de combiner de façon asynchrone les démarches créatives et les démarches visant la légitimité par le respect des méthodes (Figure 4). L'objet de ma recherche se définit davantage comme un « territoire à explorer » ou un phénomène à comprendre progressivement, que comme un phénomène précis à étudier (Garreau 2015; Guillemette 2006).

Figure 4 : Vision circulaire de la méthodologie de la théorisation enracinée

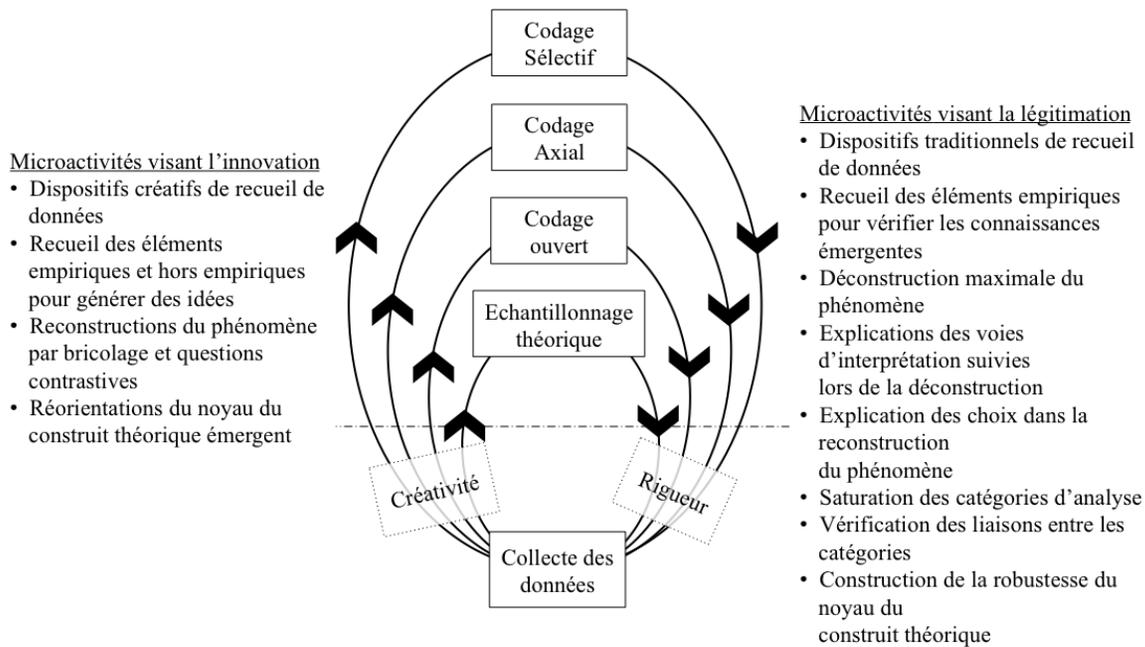


Source : Garreau 2015

Concrètement, les techniques de la théorisation enracinée ont été d’abord utilisées dans une optique circulaire où l’ensemble des données est revisité au travers des différents processus d’analyse. Ensuite, il était possible de dissocier les processus d’analyse visant la créativité de ceux visant la rigueur méthodologique. Enfin, un ensemble de microactivités lors de l’analyse ont permis de tendre vers l’innovation et la légitimation des connaissances (Figure 5). Ainsi, j’ai pu réduire la tension entre rigueur et créativité afin d’améliorer la qualité du processus de théorisation (Garreau 2015). Dans ce mouvement de va-et-vient circulaire, j’ai évolué vers la quête de la connaissance tout en revenant constamment sur des étapes déjà entamées aux fins de comparaisons progressives. Selon Glaser (1978), « The discovery of grounded theory assumes implicitly that the analyst will be creative » (Glaser 1978 : 20); ce qui m’a permis d’établir des relations entre les différentes étapes puis d’enrichir au fur et à mesure la compréhension du phénomène à l’étude. Toutefois, les cofondateurs de la méthodologie de la théorisation enracinée affirment : « [...] these procedures were designed not to be followed dogmatically but rather to be used creatively and flexibly by researchers as the deem appropriate » (Strauss et Corbin 1998 : 14). Alors, même si la découverte de la théorie enracinée implique implicitement que l’on soit créatif, les procédures proposées ont été

élaborées non pas pour être suivies de façon dogmatique, mais pour être utilisées de façon créative et flexible selon ce que l'on juge approprié à la réalité du terrain et des données (Garreau 2015).

Figure 5 : Créativité et rigueur dans la vision circulaire non synchronisée



Source : Garreau 2015

Codages

La première étape de mon processus de codage est essentiellement basée sur une analyse minutieuse des données, au fur et à mesure, depuis les premières entrevues jusqu'à la fin de la collecte des données. Elle est caractérisée par un codage ouvert qui est un processus au sein duquel je faisais des va-et-vient entre les différents types de codes. Cette étape souvent appelée la microanalyse (Strauss et Corbin 2004 : 83) a permis de créer des codes *in vivo* (Charmaz 2006; Glaser et Strauss 1967). En effet, ces codes *in vivo* sont issus des marqueurs symboliques des discours et les significations que les répondantes et répondants donnent à certains mots ou expressions qu'ils utilisent dans leur discours (Tableau 5). Pour les repérer,

je me suis basé sur les trois distinctions suivantes faites par Charmaz (2006), à savoir les expressions qui peuvent provenir des termes généraux que tout le monde sait (agité, purgatif, ingurgiter, etc.); ceux qui peuvent provenir d'un néologisme d'un participant et qui cachent des significations (« en panne ») ou son expérience personnelle (allaitement exclusif, sevrage); et les termes spécifiques à un groupe particulier d'initiés (professionnel de santé, guérisseurs traditionnels) qui reflètent leur point de vue sur le phénomène étudié. Par exemple, l'allaitement maternel, toilette des parties intimes de l'enfant, plantes médicinales, savoir thérapeutique local, maternité, etc., comme tout autre code, ils sont soumis à des traitements comparatifs et analytiques. De façon pratique, j'ai créé des codes à partir du corpus de données, mot par mot, phrase par phrase et paragraphe par paragraphe. Les cinq premières entrevues m'ont permis de créer 50 codes et au bout de soixante entrevues formelles (60), les informations recueillies ont atteint un niveau de saturation très élevé. Au total, 586 codes créés m'ont permis d'être ouvert à ce que les données « disent » (Guillemette et Lapointe 2012) ou d'être « à l'écoute » de ce qui émerge du phénomène de la santé infantile, tels que vécu par les différents acteurs interviewés (Strauss et Corbin 1998).

Tableau 5 : Codification ouverte d'un extrait d'entrevue individuelle

Entrevue avec Mère002 à son lieu de travail. Elle est une mère âgée de 25 ans, non mariée. Elle fréquente l'église protestante et exerce une activité commerciale. Son premier enfant est né lorsqu'elle avait 23 ans. Elle et le père de son enfant, maçon, n'ont qu'une seule fille qui est actuellement en vie.

(Les parties surlignées du texte transcrit sont des phrases et expressions codées. Les termes qui sont à l'intérieur des crochets sont les codes.)

[Recentrage]

Bon! Nous allons parler de la santé des tout-petits enfants.

Ah! Ok! De mes enfants? Les enfants des autres?

De votre fille de deux ans.

D'accord!

Selon vous, que signifie santé infantile

[Absence de maladie]

*On parle de santé infantile quand l'enfant n'est pas malade... L'enfant ne souffre d'aucun mal, alors on peut dire que l'enfant est en bonne santé. Par exemple, quand l'enfant n'est pas malade il fait des jeux ou il joue et quand le moment est venu où il ne joue pas alors il est malade ou bien il y a une partie de son corps qui ne fonctionne pas bien... [Jeu] Je ressens que mon enfant n'est pas en bonne santé ou elle est malade quand je lui donne mon sein pour téter puis elle rejette. [Rejet] Ou quand elle pleure de temps en temps, ou encore une partie de son corps est chaude, la tête ou le ventre par exemple, ou aussi quand elle fait la diarrhée. [Pleurs intermittents] En revanche, si elle est agitée [code *in vivo*] ou aguerrie comme l'enfant qui est à quatre pattes et qui se déplace et celui qui est sur les deux pieds et qui court, tous les deux sont en bonne santé. [Mouvement]*

[Choix thérapeutique]

Que faites-vous habituellement pour que vos enfants en bas âge restent en santé?

Elle a des médicaments que je lui donne quand elle n'est pas en bonne santé, ou soit je lui fais un purgatif... [Code *in vivo*] Si ça ne va pas je l'amène au centre de santé. [Recours au centre de santé]

Quelles sont vos préférences?

Les plantes que j'utilise le plus souvent est *nugbe* pour préparer le laxatif, puis aussi *akpɔpklɔgbe*. [Plantes médicinales]

[Catégories humorales]

Quels sont les maux dont souffrent le plus souvent ta fille?

Les maux dont souffre ma fille, c'est qu'elle a le plus souvent le corps chaud [chaud]. Pour le cas de la diarrhée [Humide], c'est quand elle a commencé par pousser ses dents; et aussi la fièvre, c'est tout. Mais on peut trouver chez certains enfants la toux [Sec] et la sensation de froid. [Froid]

Quelle est selon vous leur origine?

Dans mon cas concernant la fièvre, c'est quand elle ne dort pas sous moustiquaire et que les moustiques piquent cette dernière, elle aura la fièvre [Piqûre de moustique] ou encore si moi-même je fais une activité intense comme le travail de feu et que le palu me dérange, elle aussi souffre. [Activité de la mère]

Que faites-vous habituellement pour guérir ta fille selon le cas?

Ce qui me plaît c'est la plante médicinale *nugbe* [Préférence thérapeutique], mais pour ce qui concerne les médicaments de la pharmacie on nous prescrit le plus souvent le paracétamol sirop et la nivaquine sirop que je donne à l'enfant matin et soir.

[Maladie prénatale]

Certains disent que la santé des enfants de bas âge dépend du passé sanitaire de sa mère. Que pensez-vous de cette affirmation?

Oui c'est possible que le mauvais état de santé de la mère lors de la grossesse influence la santé d'un enfant qui va naître. Cela dépendra des maux dont souffre la parturiente. Par exemple, une parturiente qui souffre du paludisme au cours de sa grossesse; même si la femme accouche et elle a le palu qui n'a pas été traité, l'enfant tétera un lait maternel de mauvaise qualité qui va agir sur sa santé. [Paludisme] Il y a aussi d'autres maladies que la parturiente peut transmettre directement au fœtus.

[Allaitement maternel]

Pouvez-vous m'aider à comprendre comment se pratiquait l'allaitement dans le passé?

L'allaitement maternel, c'est quand l'on se lève le matin et on se débarbouille, puis après quelques activités domestiques si l'enfant veut pleurer on lui tend le sein pour qu'il tète. De même, après avoir lavé l'enfant le matin on le fait téter pour qu'il retrouve son sommeil. Quand il dort jusqu'à midi par exemple, ou bien si je vois qu'il a faim je peux le prendre pour l'allaiter et si l'enfant va dormir, on le laisse dormir, mais s'il ne va pas dormir il faut attendre jusqu'au moment où on sent que l'enfant a encore faim.

Que diriez-vous de ce que vous observez aujourd'hui?

Oui! il y a une différence entre la pratique de l'allaitement dans le passé et ce qu'on observe aujourd'hui, puisque dans le passé on allaitait à tout moment l'enfant quand l'enfant sent le besoin. Mais aujourd'hui on nous dit de ne plus téter l'enfant comme cela. [Évolution des pratiques d'allaitement]

[Alimentation]

Pouvez-vous me renseigner sur les méthodes traditionnelles aptes à assurer le bon développement physique et psychique des nouveau-nés et les jeunes enfants?

Il faut s'assurer que la marmite dans laquelle on va préparer la nourriture de l'enfant soit bien propre ou bien l'assiette ou le gobelet dans lequel on va mettre l'aliment pour l'enfant soit bien propre. De même l'eau que doit boire l'enfant doit être bien propre et saine. En plus, pour le cas de l'allaitement, si je suis parti au champ ou je suis revenu de la toilette et que je veux allaiter l'enfant, je dois bien laver les mains avant de lui donner le sein. [Hygiène alimentaire]

Quelles sont les méthodes professionnelles que vous connaissez aptes à assurer le bon développement physique et psychique des nouveau-nés et des enfants?

Si on va au centre de santé, on nous conseille, par exemple comme je l'ai déjà dit si l'enfant commence par manger il faut bien entretenir son alimentation. Il faut ajouter à tout cela le fait que l'enfant doit dormir sous une moustiquaire pour éviter le paludisme.

[Entourage familial impliqué dans les soins]

Dans votre entourage familial, qui sont ceux ou celles qui sont habilités à t'aider?

Pour laver le nouveau-né, ma belle-mère et ma mère s'en occupent jusqu'à un certain âge avant que moi-même je prenne la relève. [Soins en matière de toilette]

[Efficacité thérapeutique]

Que pensez-vous de l'efficacité des cures dans les dispensaires ou hôpitaux?

Le traitement qu'on donne dans les hôpitaux est efficace, dans la mesure où nos enfants retrouvent guérison en un laps de temps. Si je tombe par exemple malade ou bien mon enfant est malade et si je me dirige vers le centre de santé, puis on me prescrit les produits je retrouve satisfaction en ce qui concerne le traitement.

Que pensez-vous de l'efficacité des cures des guérisseurs traditionnels?

C'est aussi efficace dans certains cas, car si j'utilise certains je suis fier, mais d'autres par contre non. Mais le médicament traditionnel n'est pas aussi efficace comme les produits occidentaux. Il faut donc des machines pour rendre plus durables et efficaces les produits traditionnels. Ce qui permettra d'ailleurs de les utiliser dans les hôpitaux ou même le refaire complètement.

[Dépenses en matière de soins]

Comment sont réparties les charges de travail liées à la santé de l'enfant dans votre couple?

Parfois le père de l'enfant prend en charge le côté financier, parfois aussi je dépense de l'argent pour que l'enfant soit guéri de sa souffrance.

Qui décide des dépenses liées à la santé de l'enfant?

C'est mon mari.

[Besoins non satisfaits]

Quelles sont vos opinions et attentes relativement des pouvoirs publics?

Il faut équiper le centre de santé du village en médicaments et en personnel de santé publique. Par exemple, nous autres nous n'avons pas les moyens de soigner nos enfants, nous sommes dans le besoin et l'état doit nous aider en ce sens en nous donnant des choses pour aider nos enfants à garder leur santé. Ce n'est pas seulement le côté financier qui importe, mais aussi par exemple le cas du médicament; le « coartem » qu'on nous donne, c'est de cela que je parle. Nous avons seulement un infirmier et une accoucheuse; il faut plus que ça pour s'occuper de nous. Parfois, si on arrive tôt le matin on quitte tard vers l'après-midi à cause de l'insuffisance de personnel de santé publique. [Heures d'attente trop longue]

[Intégration]

Selon votre opinion, les pratiques traditionnelles de soins aux enfants occupent-elles une place dans le système de santé publique?

Ces pratiques traditionnelles de soins de santé infantile n'ont pas tellement de place dans le système de santé publique, car le secteur de la médecine traditionnelle est confronté à plusieurs problèmes comme le problème l'efficacité de certains produits mis sur le marché. [Limite des savoirs locaux]

Que pensez-vous du processus d'intégration des pratiques traditionnelles de soins infantiles dans le système de santé publique au Togo?

L'intégration progressive des pratiques traditionnelles de soins infantiles dans le système de santé publique au Togo est en panne [Code *in vivo*] ou n'existe même pas du tout.

Quelle est votre perception des soins de santé offerts aux enfants de bas âge par les praticiens de la médecine traditionnelle?

C'est bon dans une certaine mesure parce que certains produits de la médecine traditionnelle ne nous aident pas du tout. [Limite des savoirs locaux]

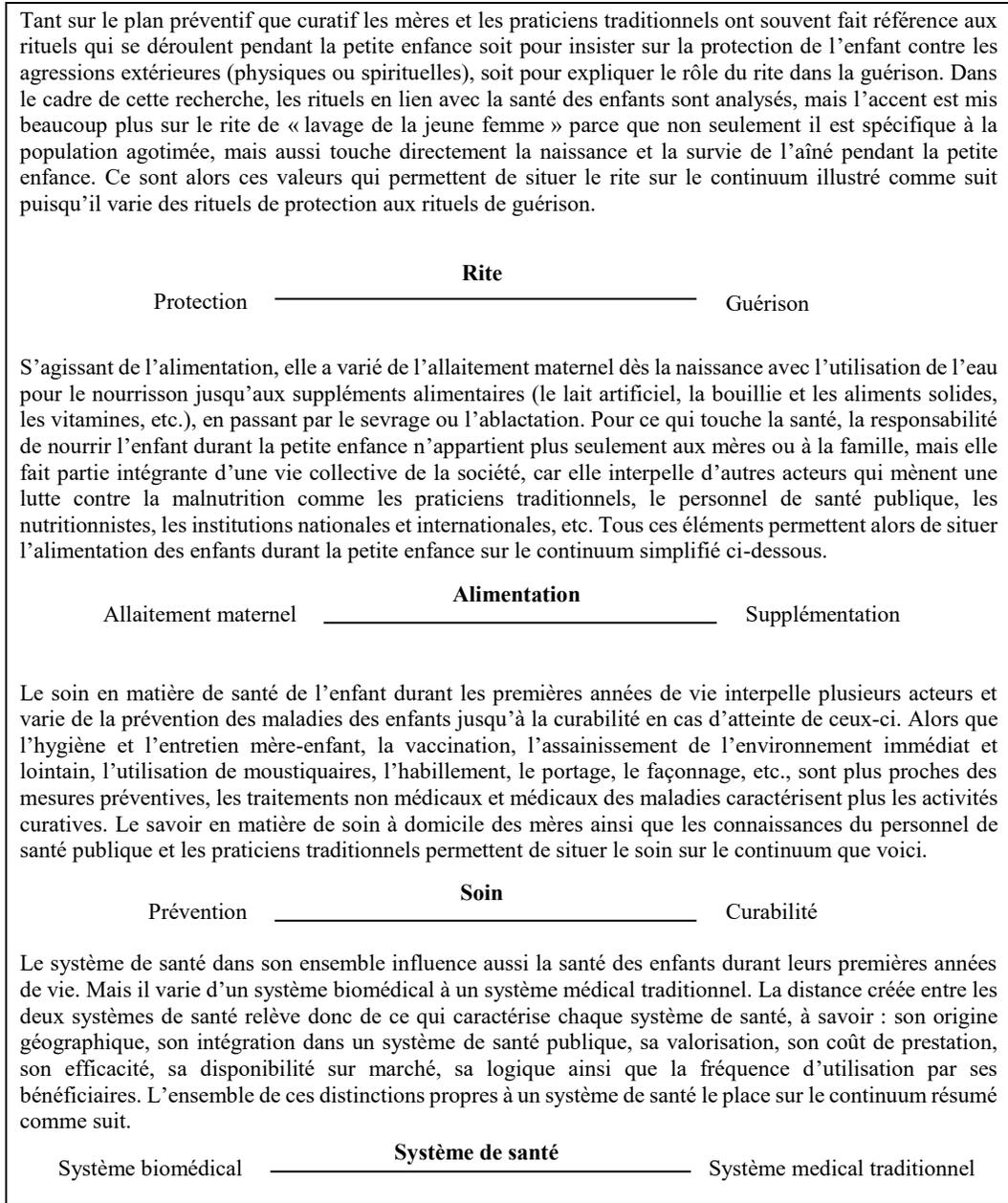
Quelle est votre perception des soins de santé offerts aux enfants de bas âge par le personnel de santé publique?

Le personnel soignant est bien accueillant et ils donnent des conseils. Ils font bien leur travail. [Accueil]

La deuxième étape est celle de la mise en relations des sous-catégories descriptives et conceptuelles avec des catégories « axiales » (Figure 6)²⁹; puisque selon les fondateurs de la méthode d'analyse par théorisation enracinée, le codage axial doit se réaliser autour de l'axe d'une catégorie, liant ainsi les catégories en fonction de leurs propriétés et de leurs dimensions (Strauss et Corbin 1990, 2004). Cette démarche de mise en réseaux multiples des différents codes a permis de créer des concepts qui rassemblent un maximum de codes qui sont par la suite regroupés selon un certain nombre d'axes de recherche. À ce stade, j'ai fait un effort de comparaison constant et continu pour la mise en relation des concepts en vue de leur intégration.

²⁹ Cette étape s'est réalisée concomitamment avec la suivante qui est celle de la codification sélective.

Figure 6 : Illustration d'une codification axiale



La troisième étape de ma démarche analytique qui est celle de la codification sélective s'est poursuivie avec la comparaison constante et continue de mise en relation des concepts entamée lors de la deuxième étape (Tableau 6). Mais lors de la comparaison constante, il y a eu des faits que je ne savais pas comment nommer ou classer parce qu'ils ont été difficiles à identifier. Par exemple, un praticien traditionnel qui utilise le stéthoscope, le thermomètre ou le microscope lors des consultations; le personnel de santé publique qui montre l'utilisation d'une plante médicinale à une mère pour son enfant qui souffre d'une maladie chronique. Devant des situations pareilles, j'ai opté pour la comparaison théorique (Strauss et Corbin 2004). Les comparaisons théoriques m'ont permis de stimuler ma réflexion sur les propriétés et les dimensions afin de diriger l'échantillonnage théorique. Chaque fait est ainsi comparé avec d'autres faits en fonction des similitudes et des différences au niveau des propriétés ou dimensions, puis il est placé dans une catégorie qui contient la majorité de ses propriétés et dimensions. Les comparaisons m'ont aidé à mieux comprendre le monde des enfants de bas âge. Elles m'ont permis de recentrer ma question de recherche, d'enrichir les théories existantes et d'ouvrir la voie à une nouvelle conceptualisation (Labelle *et al.* 2012).

Tableau 6 : Attributs et dimensions des concepts issus de la codification sélective

Concepts	Propriétés/attributs	Dimensions	Sous-dimensions
Rite	Naissance, sacrifices, prières, transes, accoutrement, croyances, survie de l'enfant	Protection Guérison	Religieux Économique Politique Symbolique
Soin	Méthodes, techniques, outils, type de soin, nature du soin, parenté, savoirs (local et global)	Prévention Curabilité	Vaccination Hygiène Assainissement Traitement
Alimentation	Durée de l'allaitement, allaitement exclusif, type d'aliments, marché, déficit de sécrétion de lait mammaire, malnutrition	Nourrir au lait Supplémentation	Allaitement mixte Allaitement maternel
Système de santé	Origine géographique, intégration, valorisation, coût, efficacité, disponibilité, marché, logique, fréquence d'utilisation	Secteur	Système biomédical Système médical traditionnel

À l'issue des codages ouvert, axial et sélectif, quatre concepts clés ou sous-catégories ont ainsi émergé des données et ont servi par la suite à la création de catégories centrales. Il s'agit : 1) du rite, et principalement des rituels d'enfance en lien avec la santé des enfants; 2) du soin tant préventif que curatif destiné aux enfants pendant la petite enfance; 3) de l'alimentation sur tous les plans depuis la naissance jusqu'aux âges un peu plus avancés et 4) du système de santé en général incluant le système local de santé dit traditionnel et le système de santé biomédical. Tous ces éléments sont des facteurs qui convergent vers une influence positive ou négative de la santé des enfants du milieu d'étude. Je réserve un chapitre à chacune de ces catégories. Toutefois, la codification à elle seule n'a pas permis de dégager les catégories centrales, puisque l'induction analytique et la recherche de la saturation théorique ont également joué un rôle important et m'ont permis d'atteindre mon objectif.

Induction analytique

L'induction analytique a consisté à confronter constamment l'explication du phénomène avec l'étude des cas qui défient ou dévient cette explication, mais ces cas dits « négatifs » sont entièrement pris en compte dans l'analyse (Paillé 1994). En effet, la méthode inductive vise à identifier les perspectives culturelles de la santé des enfants chez les Agotimés; c'est-à-dire une étude des diverses relations entre individus telles qu'elles prennent forme dans des situations plus ou moins complexes (Augé 2006; De Sardan 2008; St-Denis *et al.* 2015). En cours d'analyse, apparaissent des cas non pertinents au regard de l'étude de la santé des enfants de bas âge. Devant de telles situations, aucune modification n'est apportée au modèle en construction. En revanche, des modifications s'appliquent au modèle en cours d'élaboration si j'observe des cas qui remettent en cause l'explication initiale du phénomène à l'étude. Il s'agit ici de la logique d'émergence (*emergent-fit*), dont l'aboutissement du processus de la recherche est une théorie qui émerge (Guillemette et Luckerhoff 2009).

Saturation théorique

J'entends ici par saturation théorique le fait que le phénomène de la santé durant la petite enfance ou dans l'enfance auquel correspond une catégorie est bien documenté et que l'analyse ou les nouvelles entrevues n'y ajoutent rien qui puisse le remettre en question, comme l'ajout de sel ne modifierait plus une solution déjà saturée (Paillé 1994). Ce que Glaser et Strauss (1967) ont appelé la saturation d'une catégorie. J'ai constaté que la

saturation théorique est atteinte à partir du moment où la collecte de nouvelles données empiriques n'apporte rien de plus à ma conceptualisation du phénomène à l'étude (Charmaz 2006; Strauss et Corbin 1998, 2004). Une grande importance a été accordée à la saturation théorique, car à ce stade il n'y a plus de données nouvelles ou pertinentes qui laissent émerger de nouvelles catégories ou qui apportent un éclairage nouveau sur des catégories déjà existantes. De plus, les catégories obtenues sont solidement développées en fonction de leurs propriétés et de leurs dimensions tout en démontrant que la variation et les relations parmi les catégories sont fortement établies (Strauss et Corbin 1990, 2004). Il ne s'agit toujours pas de l'apparition répétitive des mêmes événements, des actions, et ou des déclarations décrites, mais de l'utilisation commune du terme saturation qui renvoie à l'absence de nouveaux éléments (Charmaz 2006). Par exemple, pour la documentation de la catégorie « soin », outre les propos des mères en ce qui concerne les soins à domicile pour maintenir l'hygiène de vie de l'enfant (toilette pour bébé, portage, couchage, façonnage de la tête, etc.), s'ajoutent le discours du personnel de santé publique sur leurs pratiques de soins dans les dispensaires et hôpitaux (soins infirmiers ou pédiatriques prodigués à un enfant malade ou souffrant). Ces données étant insuffisantes, du fait qu'elles se limitent seulement aux aspects cliniques, j'ai dû recourir aux discours des praticiens traditionnels pour documenter davantage la catégorie. Ainsi, les pratiques traditionnelles de soins destinées aux enfants (rituelles thérapeutiques, le massage traditionnel des rebouteux, la sélection des plantes médicinales d'un herboriste, etc.) ont permis de compléter ma documentation. Toutefois, rien ne s'ajoute à ma documentation au moment où un acteur supplémentaire dans chaque catégorie revient sur ce que les premiers répondants et répondantes ont déjà dit. Dans le même ordre d'idées, la documentation des catégories « allaitement maternel » et « alimentation » s'est faite grâce à l'analyse des discours des mères, des praticiens traditionnels et du personnel de santé publique. Mais le discours des mères et des praticiens traditionnels, à propos des rituelles thérapeutiques, a été suffisant pour documenter la catégorie « rite ».

3.4 Questions, objectifs et propositions de recherche

Pour rappel, ma question principale de recherche est la suivante : y a-t-il une place pour la médecine traditionnelle de soins de santé infantile dans le système de santé publique au Togo?

De cette question principale se dégagent trois questions spécifiques, à savoir :

- 1) *Quelles peuvent être les modalités d'intégration et de reconnaissance des médecines traditionnelles?*
- 2) *Comment la population perçoit-elle l'influence de ces médecines traditionnelles sur la santé des enfants dès le bas âge?*
- 3) *Quels défis pourront bloquer ou quelles possibilités pourront faciliter le processus d'intégration des médecines traditionnelles dans le système de santé publique au Togo?*

L'objectif général de cette thèse est de comprendre, chez les Agotimés du Togo, *les liens possibles qu'entretiendraient le système médical traditionnel, le système de santé publique et la santé des enfants.*

De cet objectif général découlent cinq objectifs spécifiques :

- 1) identifier les pratiques et les normes traditionnelles de soins infantiles existantes et reconnues *par les populations* pour la santé des enfants dès le bas âge;
- 2) explorer les antécédents maternels qui influencent la santé du nouveau-né;
- 3) identifier les pratiques traditionnelles de soins infantiles existantes et reconnues *par les pouvoirs publics* pour la santé des enfants;
- 4) faire un état des lieux de la complémentarité des pratiques traditionnelles de soins infantiles et les soins de santé publique en vue de cerner les contours explicatifs des populations au sujet de l'influence de ces pratiques traditionnelles de soins sur la santé et le bien-être des enfants;
- 5) identifier les défis qui bloquent et les possibilités qui facilitent le processus d'intégration des savoirs locaux de soins de santé dans le système de santé publique.

Avant d'entamer mon ethnographie, je savais déjà que les décès des enfants et des femmes qui accouchent étaient fréquents. Il existait déjà quelques dispensaires avec au moins un personnel de santé publique qui est soit un infirmier ou une accoucheuse dans le milieu d'étude. Les hôpitaux les plus proches des différents villages sont cependant situés à une distance allant de 20 à 40 kilomètres en moyenne des villes environnantes. Parallèlement, les praticiens traditionnels qui résident dans les villages et ceux venus d'ailleurs interviennent également dans la santé des enfants. Une loi a cependant été votée pour réglementer la médecine traditionnelle au Togo (loi n°01-017 du 14 décembre 2001) qui limite l'exercice de la médecine traditionnelle. L'une des solutions envisagées pour faire connaître aux autorités sanitaires, aux chercheurs et aux bailleurs de fonds la nécessité d'améliorer la santé des enfants dans le milieu d'étude, est de déterminer la place de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique. Ce sont ces éléments qui justifient le choix de nos objectifs.

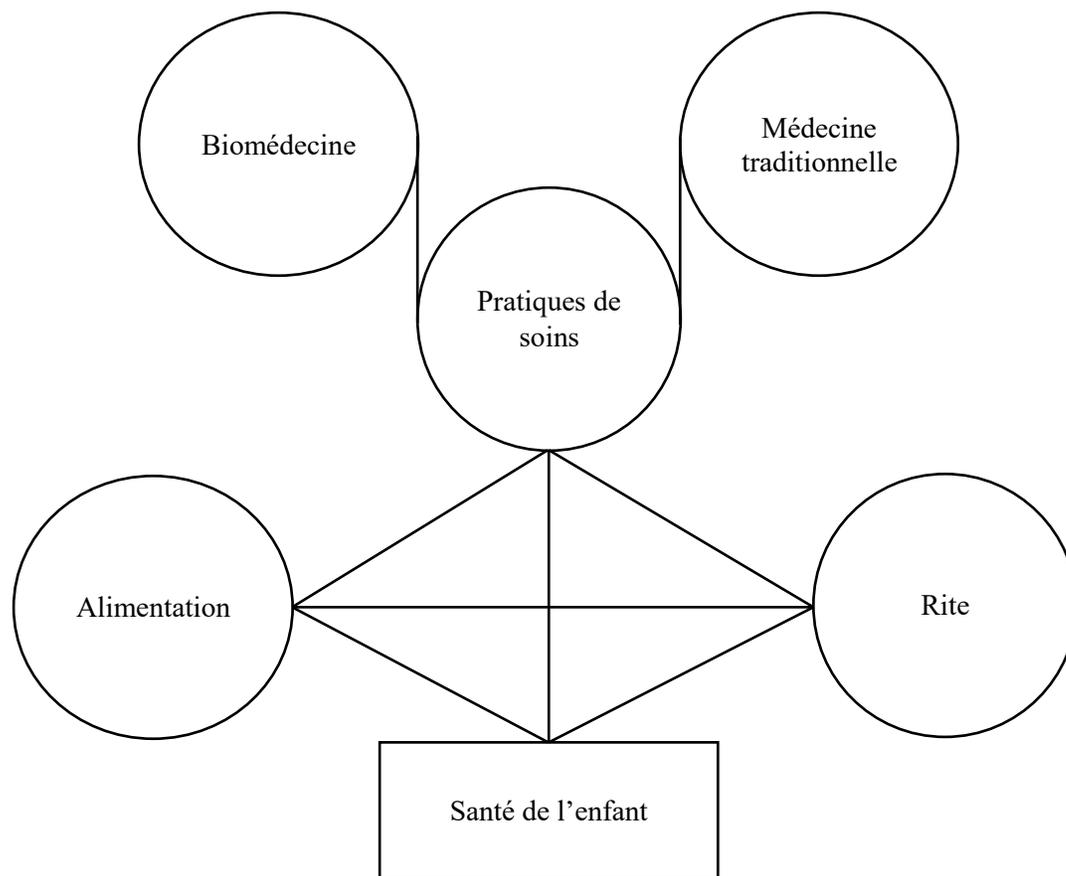
Il est question à présent d'identifier et de préciser le concept central sous étude et à y relier les autres concepts ou sous-catégories répertoriées. Dans le cadre de cette recherche, un concept plus large a inductivement émergé des données et semble entièrement saisir la substance de l'objet d'étude. J'ai décidé alors que mon concept soit « la qualité de la santé durant la petite enfance » ou « santé de l'enfant ». *Pour y parvenir, j'ai dû constater que l'état de santé d'un enfant varie puisque les mères, le personnel de santé publique ainsi que les praticiens traditionnels se représentent la « santé infantile » comme un attribut propre aux enfants pendant leurs premières années de vie et qui peut varier d'un excellent état à un état mauvais, grave ou critique selon plusieurs facteurs.* De plus, j'ai préféré utiliser le terme « petite enfance » parce que cela saisit mieux l'essence du processus d'analyse des données. En effet, ce terme cadre mieux avec le terme « *devime* » dans la langue locale (un mot qui vient de *devi* qui veut dire « petit enfant » et *me* qui veut dire « pendant »; ce qui renvoie aux premières années de vie du petit enfant ou, tout court, la petite enfance). Ce sont les connaissances et l'expérience en matière de soins de santé qui permettent de mieux situer ce concept central qu'est la santé durant la petite enfance sur un continuum. On peut donc définir « la qualité de la santé durant la petite enfance » ou « santé de l'enfant » comme *un attribut des enfants de bas âge qui varie, selon un certain nombre de facteurs, d'un état établi*

excellent à un état jugé mauvais, grave ou critique selon les différents acteurs, envisagé par les acteurs sociaux.

Toutes choses étant égales par ailleurs, l'ensemble de ces catégories ou concepts est organisé autour du concept central grâce à un effort d'intégration tout au long du processus d'analyse (Figure 7). En effet, le soin destiné aux enfants dans la petite enfance est un facteur qui fait varier la santé des enfants puisqu'un meilleur soin apporte une excellente santé aux enfants, alors qu'un mauvais soin les expose à un mauvais état de santé. De même, l'alimentation des enfants durant leurs premières années de vie est un autre facteur ambivalent; car un enfant bien nourri présente une meilleure santé, alors qu'un enfant malnutri présente les risques de morbidité et de mortalité. Quant au rite, il influence la santé pendant la petite enfance de deux manières, à savoir la protection des enfants contre les forces du mal et la recherche de guérison lorsque les enfants sont atteints d'une maladie. Accompagnant l'analyse des rites, une analyse supplémentaire des entrevues a permis de mieux distinguer deux systèmes de santé au Togo : le système biomédical qui est représenté par la « biomédecine » et le système dit traditionnel qui est représenté par la « médecine traditionnelle ». En effet, les deux médecines bien qu'elles soient différentes du point de vue de leurs contenus théoriques et pratiques, produisent des pratiques de soins qui sont destinées soit à préserver la santé des enfants, soit à les guérir lorsqu'ils sont malades. Les éléments conceptuels du modèle théorique ci-dessous vont être traduits par la suite sous forme de différents axes thématiques ou chapitres (Chapitres 4 à 7). Le système de santé est entendu ici par la coexistence dans un même pays d'une médecine traditionnelle et d'une biomédecine qui entretiennent des relations avec la santé des enfants durant la petite enfance. Toutefois, bien que différentes de par leurs logiques et pratiques de soin, ces deux médecines entretiennent des rapports de compétition dans certains domaines et de complémentarité dans d'autres domaines. C'est dans ce contexte que la question de la place de la médecine traditionnelle de soins de santé dans le système de santé publique se pose. Ce qui soulève également d'autres interrogations sur le processus d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique. Les enjeux soulevés par ces questions sont très importants, et ce, étant donné le fort ancrage de la pédiatrie ou de la biomédecine dans le monde et à un renouveau progressif de certains savoirs dits traditionnels de soins de santé qui semblent avoir disparu. L'anthropologie médicale critique (Baer *et al.* 2013) explique le recours aux médecines traditionnelles comme

étant une forme de résistance face à cette hégémonie biomédicale et à des tendances biopolitiques. Je montrerai plus loin les aires d'influence des différents acteurs qui interviennent dans le domaine de la santé et la maladie des enfants.

Figure 7 : Modèle explicatif de variabilité de la santé pendant la petite enfance chez les Agotimés du Togo



Eu égard au modèle présenté ci-dessus (Figure 7), je formule la série d'énoncés suivants pour les études interculturelles et comparatives de la santé durant la petite enfance :

[1] la santé pendant la petite enfance peut être analysée à travers ce modèle qui met en relation l'alimentation, les rituels thérapeutiques et les pratiques de soins. Si la biomédecine et médecine traditionnelle produisent des pratiques de soins complémentaires, il y a alors intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique dans un pays et

les services de soins offerts aux enfants seront meilleurs. Tous les acteurs, à savoir : les membres de familles ou de collectivités, les praticiens traditionnels, le personnel de santé publique, les membres des organismes, les décideurs, etc., peuvent être concernés par le caractère multidimensionnel de ce modèle. Pour toute étude comparative interculturelle, les services de soins de santé destinés aux enfants durant les premières années de vie peuvent être traités comme partie intégrante d'un système de santé national ou local. Les types de ressources locales de soins de santé et les modes d'utilisation qui en dépendent peuvent expliquer les différences importantes entre les localités. Les paramètres locaux sont utiles pour les études sur le terrain puisque chaque société possède des systèmes locaux distincts de soins de santé dont bénéficient les enfants. Ils permettent ainsi aux chercheurs de relier les systèmes de soins de santé à des influences contextuelles.

[2] le contexte d'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de soins de santé publique et l'interrelation alimentation-rite-pratiques de soins de santé influent soit directement sur la santé de l'individu pendant la petite enfance, soit indirectement à travers d'autres facteurs de risques ou de protection (environnement immédiat et lointain de l'enfant, l'âge de l'entrée en union et de la première naissance de la mère, le niveau d'instruction et le statut d'occupation des parents, la situation socioéconomique et politique du pays, etc.). En effet, le contexte d'intégration détermine la manière de nourrir les enfants dans les unités domestiques où ils naissent et vivent. Ce contexte détermine non seulement la disponibilité des moyens matériels et financiers permettant d'accéder à une meilleure nutrition, mais agit également sur le comportement des parents dans le choix d'une thérapie ritualisée ou non.

[3] étant donné que dans les sociétés occidentales et non occidentales, environ 70 à 90 % des maladies sont gérées exclusivement dans les arènes de la « médecine populaire » qui comprend principalement le contexte familial de la maladie et des soins, et le réseau social et communautaires (Kleinman 1978), l'amélioration des soins à domicile peut mieux aider à réduire le risque de décès dans l'enfance.

[4] la consommation d'eau étant aussi incluse dans l'alimentation, l'accès à l'eau potable peut réduire davantage le risque de décès des enfants durant la petite enfance que la pratique de l'allaitement exclusif préconisé par les experts de l'OMS et de l'UNICEF; puisque dans la pratique peu de mères suivent rigoureusement cette recommandation. Ce refus des mères permet de prédire un taux plus élevé d'utilisation de l'eau de boisson, et ce, quelle que soit la source pour le nourrisson pendant les six premiers mois en milieu rural comme en milieu urbain. La santé des enfants de bas âge dépend, d'une part, des caractéristiques de l'eau de boisson et de cuisson et, d'autre part, de l'accessibilité géographique des points d'eau potables. Par exemple, le milieu de résidence, la source d'approvisionnement en eau de l'unité domestique, l'accès à l'eau potable, etc., influencent la santé des enfants par la reproduction et la transmission d'agents responsables de la détérioration de leur état de santé. Les représentations socioculturelles de l'état de santé de l'enfant peuvent influencer aussi l'attitude nutritionnelle de la mère avant et après la naissance de l'enfant.

[5] contrairement aux ethnographes qui ont tendance à se concentrer sur les activités rituelles en cherchant une orientation stratégique pour étudier la médecine en tant que catégorie ethnographique (Dugast 2010, 2012; Rivière 1981a, 1990), oubliant ainsi les aspects non sacrés de la santé, de la maladie et du traitement (Kleinman 1978), le rite peut être considéré comme un facteur de protection des enfants durant les premières années de leur vie dans les analyses. Le « rite de lavage de la jeune mère » chez les Agotimés du Togo est un exemple puisque ce rite incarne les obligations des parents vis-à-vis du premier enfant d'un couple, à savoir s'occuper de sa santé, de son alimentation et de son bien-être pour assurer sa survie.

[6] s'il existe dans une société des interdits alimentaires pendant les périodes prénatale et postnatale, certains interdits alimentaires sont alors déterminés par des rituels thérapeutiques auxquels une parturiente, une mère et son enfant se soumettent. Ce qui aura certes une conséquence sur la santé des enfants dans le milieu de deux manières : d'une part, les rituels thérapeutiques influencent la santé de la mère et de l'enfant et d'autre part, l'alimentation de la mère influence directement la santé de l'enfant.

[7] la prévention des tensions majeures entre les pratiques traditionnelles de soins de santé destinées aux tout-petits enfants et les pratiques cliniques devrait exercer une influence positive sur l'adhésion des praticiens traditionnels aux systèmes de soins de santé publique.

Cela peut contribuer à la satisfaction et à l'utilisation appropriée des structures de santé traditionnelles et modernes par les mères. Le contexte d'intégration des services de la médecine traditionnelle dans la prestation des services de santé publique (OMS 2013b) détermine la santé des enfants de bas âge et peut faire varier la santé des enfants selon que la médecine traditionnelle est mieux intégrée ou non dans chaque État. L'effet d'incompréhension de l'intégration de la médecine traditionnelle par les autorités administratives, le personnel de santé publique à propos des problèmes relatifs à la sécurité, à l'efficacité, à la qualité, à la disponibilité, à la préservation et à la réglementation de la médecine traditionnelle pourrait se dissiper.

[8] il existe dans chaque système de soins de santé différents types de problèmes et ces problèmes peuvent augmenter ou diminuer l'espace qu'occupe dans la société chaque système de soins de santé offerte aux enfants durant la petite enfance.

[9] lorsque les services de la médecine traditionnelle sont mieux intégrés, il y aura une meilleure communication clinique, moins de problèmes de gestion clinique et une meilleure adhésion et une réelle satisfaction des parents. À l'inverse, lorsque ces services de la médecine traditionnelle sont mal intégrés, la communication clinique, l'adhésion et la satisfaction des parents seront pires et il y aura une augmentation significative de problèmes dans la gestion clinique. Le soulagement sera plus susceptible de se produire dans le premier cas que dans le second. Les perceptions des professionnels de santé vis-à-vis des pratiques traditionnelles de soins dépendent de leur niveau d'instruction et du nombre d'années d'expérience dans le domaine biomédical.

Ces énoncés, ou propositions, vont guider la discussion de mes résultats aux chapitres qui suivent.

Conclusion du chapitre

Somme toute, ce chapitre a servi dans un premier temps à une exploration des forces et faiblesses des différentes approches méthodologiques ici utilisées. Cela a permis de donner une orientation méthodologique à la présente étude. De ce fait, les techniques de collecte des données, les outils de collecte ainsi que le type d'analyse réalisée sont des éléments discutés dans ce chapitre.

Pour ce qui concerne mon séjour sur le terrain et l'évolution de ma posture, cela a donné lieu à des expériences diversifiées, me conduisant dans trois espaces villageois et un milieu urbain où se trouvent les hôpitaux les plus proches des villages. J'ai passé dix mois chez les Agotimés dont le point de départ est le premier contact avec les populations du village de Nyitoé où je me suis installé. La période d'immersion qui a duré environ un mois m'a permis de développer de bons liens avec les infirmiers des dispensaires de Nyitoé-Zoukpé et d'Adamé. Ils ont été au cœur de la mobilisation des mères et tuteurs des enfants en vue de leur participation aux entrevues individuelles ou de groupe. En revanche, ma présence fréquente aux dispensaires rendait la perception de ma posture plus ambiguë au regard des mères qui viennent à la consultation. La collecte des données s'est bien déroulée dans l'ensemble, mais j'ai été confronté à des difficultés qui sont essentiellement liées à la lenteur administrative, à la procédure de négociation des entrevues et aux nouveaux rendez-vous manqués. J'ai aussi mentionné dans ce chapitre que les autorisations des comités d'éthique du Togo et de l'Université Laval ont servi de piste pour l'obtention d'une autorisation supplémentaire à chaque niveau avant la rencontre des répondants et répondantes. En conséquence, les procédures de négociation de rendez-vous pour les entrevues ont été souvent longues. De plus, certains rendez-vous n'ont pas été respectés pour plusieurs raisons évoquées par les participants.

La méthode d'analyse par théorisation enracinée a permis l'émergence d'une catégorie principale, à savoir « la qualité de la santé durant la petite enfance » ou « santé de l'enfant ». Ainsi, les concepts secondaires tels que le rite, les soins, l'alimentation et le système de santé qui inclut le système local de santé dit traditionnel et le système de santé biomédical sont organisés autour d'un concept central « santé de l'enfant » grâce à un effort d'intégration tout au long du processus d'analyse. Malgré quelques limites liées à cette thèse les données

disponibles sont jugées très pertinentes pour la poursuite de l'analyse. Ainsi, les résultats issus des analyses sont présentés dans les chapitres 4 à 7 suivants.

À la lumière des résultats obtenus, émergent des questions suivantes : quelles méthodes d'ordre pratique découlent de chacune des logiques produites par la médecine traditionnelle et la biomédecine? Comment sont-elles utilisées pour une meilleure santé des enfants de bas âge? Le chapitre suivant proposera des éléments de réponse à ces questions.

CHAPITRE 4 :

DE LA PRATIQUE DE SOINS À LA PARENTÉ

Introduction du chapitre

Ce chapitre vise deux objectifs spécifiques déjà ébauchés dans le chapitre précédent. D'une part, il sera question d'identifier les normes et les pratiques traditionnelles de soins infantiles existantes et reconnues par les populations. D'autre part, il s'agira d'identifier les pratiques traditionnelles de soins infantiles existantes et reconnues par les pouvoirs publics.

Autrefois supposée tradition séculaire des soins prodigués par des femmes visant l'entretien de la vie des nouveau-nés et des jeunes enfants, les méthodes traditionnelles de soins durant la petite enfance sont de plus en plus influencées par la puériculture occidentale qui est venue avec ses nouvelles méthodes professionnelles supposées aptes à assurer le bon développement physique et psychique des nouveau-nés et les enfants très jeunes. Le soin, dans le cadre de ce travail, peut être défini comme *toutes actions ayant pour but l'hygiène et la thérapie dirigées vers un enfant de bas âge*. La plupart des pratiques locales de soins, connus par les mères et tuteurs pour le développement physique et mental ou intellectuel des enfants, sont considérées par les responsables sanitaires comme des pratiques mauvaises que les mères doivent systématiquement abandonner : les mères des nouveau-nés ou des enfants de bas âge doivent cesser de faire la toilette des parties intimes aux enfants au risque d'infecter les organes sexuels ou de détruire l'hymen chez la jeune fille; elles ne doivent plus modeler la tête du nouveau-né pour lui donner une forme; elles doivent adopter de nouvelles positions d'allaitement enseignées dans les dispensaires; elles doivent cesser l'utilisation du talc pour l'enfant au risque de provoquer la toux chez celui-ci; l'interdiction d'utiliser les amulettes, les cordelettes au coup, à la hanche ou au bras de l'enfant; l'interdiction des scarifications pour prévenir ou guérir la maladie de l'enfant, etc. Autant d'interdits pour les mères et tuteurs qui vont à l'encontre des pratiques locales transmises de génération en génération et de mères à filles. Plutôt que de puiser dans la tradition, parmi les pratiques locales de soins, celles qui permettent le bon développement physique et psychique des

enfants pour enrichir les connaissances en puériculture, l'on cherche à traiter les mères et les tantes d'ignorantes, de démunies, parce qu'elles ne sauraient rien de la puériculture. De fait, elles sont contraintes de suivre une formation organisée par les responsables de la santé publique pour une mise à niveau. Elles se sentent ainsi souvent frustrées, diminuées, discriminées par les propos des responsables sanitaires qui dénigrent les savoirs locaux de soins visant l'entretien du nouveau-né et de l'enfant. Ce qui freine tout projet d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique au Togo.

Les mères et tantes agotimées sont confrontées aux multiples injonctions des responsables sanitaires qui desservent les différents villages. Ces injonctions sont généralement réparties en deux catégories : d'abord, les interdictions qui concernent certaines pratiques locales de soins qui, dans la logique des populations, visent le développement physique et mental des enfants de bas âge; ensuite, les obligations liées à la pratique de nouvelles méthodes des professionnelles de santé aptes, selon ceux-ci, à assurer le bon développement physique et psychique des nouveau-nés et les enfants très jeunes.

Rares sont les études qui traitent de ce sujet très complexe de manière approfondie en vue de faire ressortir des résultats pour le mieux-être des enfants. Les résultats des travaux de Lovell (1995) chez les Ewe du Togo ont déjà montré que les services de santé semblent prêcher des converties : pour le cas de l'espacement et la planification des naissances par exemple, les pratiques et les savoirs traditionnels encouragent déjà un comportement reproducteur où l'espacement des naissances est pratiqué par l'abstinence post-partum et un allaitement prolongé qui s'étend souvent sur deux ans. Par ailleurs, bien qu'il en incombe aux deux conjoints d'éviter tout rapport sexuel pendant les mois suivant l'accouchement, une grossesse trop rapprochée est souvent attribuée à un manque de compréhension dans le couple. Nombre de tabous et rituels sont mis en place afin de s'assurer que les femmes et leurs partenaires se conforment aux règles établies.

Dans un premier temps, je tenterai de présenter les différentes méthodes des soins prodigués par les mères agotimées visant l'entretien de la vie des nouveau-nés et les enfants très jeunes. Ce qui permet de mieux connaître les multiples savoirs locaux existants qui favorisent un bon développement physique et mental de l'enfant. On verra par exemple que ces pratiques locales des soins qui entretiennent la vie des enfants varient selon l'âge et le sexe. Dans un

second temps, je vais décrire les activités de puériculture qu'organisent les responsables sanitaires opérant dans le milieu d'investigation. Il s'agit de montrer les limites liées aux séances d'éducation des mères, étant donné qu'il n'existe pas de spécialistes en puériculture dans les dispensaires. Ce sont donc les infirmiers et les accoucheuses qui assurent cette fonction en plus de leurs spécialités respectives. Submerger alors par les travaux qui relèvent de leur domaine, les formations en puériculture se résument généralement à de simples conseils lors des consultations postnatales. Certaines mères sont souvent surprises quand on leur reproche d'avoir négligé certaines pratiques de puériculture et s'interrogent sur le travail des responsables sanitaires. Enfin, je montre le lien qui existe entre le soin destiné aux enfants de bas âge et la parenté.

4.1 Savoirs locaux pour un bon développement physique et mental de l'enfant : actions et perspectives des mères et tutrices

Chez les Agotimés, les mères savent la fragilité des enfants. Elles essayent par différents moyens de les protéger, de les fortifier et de prévenir les maladies de leurs enfants; car l'état de moindre force du nouveau-né qui le rend incapable de résister à la maladie est réel et cela fait appel à des soins spécifiques. Si l'enfant a le corps chaud comme dans le cas du paludisme par exemple, il est fréquent de voir les mères entourer l'enfant malade de linge mouillé avec de l'eau fraîche pour diminuer la température. De toute évidence, un enfant qui naît occasionne une réorganisation interne des tâches des membres de la famille tant du côté maternel que du côté paternel. La belle-mère et la mère de l'accouchée sont les plus souvent sollicitées pour s'occuper, dans les premiers moments, de l'ensemble des soins concernant le bébé. D'autres membres de l'entourage familial de l'enfant comme les sœurs, les belles-sœurs de l'accouchée ou les tantes paternelles et maternelles sont aussi associées à ces soins. Ces dernières sont souvent de génération et de statuts différents. Outre les femmes qui interviennent en majorité dans l'entretien du corps de l'enfant et de sa mère, les hommes comme les frères, les oncles, les grands-pères, etc., apportent aussi leur contribution de différentes manières. Un système de soins qui implique plusieurs personnes ou membres de la famille élargie qui répondent aux besoins du bébé et de sa mère est ainsi mis en place pour le bien-être physique et psychologique du nouveau-né. Par exemple, le port de l'enfant sur le dos, de jour comme de nuit, implique un contact continu entre l'enfant et sa mère biologique et le cas échéant, entre l'enfant et les autres femmes de la famille. Ce contact est encore plus

fréquent quand l'enfant est malade ou souffre d'un malaise. Dans ces conditions, la mère peut tenir d'abord l'enfant dans son giron pour lui donner le sein. Ensuite, après la tétée, elle porte l'enfant sur son dos et il y reste pour longtemps, surtout en cas de maladie. Si la mère est fatiguée de porter l'enfant, elle peut se faire aider par d'autres membres de la famille, pourvu que l'enfant accepte de quitter sa mère biologique. La crainte des pleurs du bébé est très fréquente chez les mères qui n'hésitent pas à prendre précipitamment le bébé pour le bercer ou à se comporter à son égard avec beaucoup de tendresse et de douceur. Cette crainte s'observe plus durant la période où l'enfant n'est pas encore sevré puisqu'il est attaché davantage à sa mère.

La période de l'allaitement au sein est toujours longue et l'allaitement maternel est majoritairement pratiqué par les mères. Si le lait n'apparaît pas quelques jours après l'accouchement, les femmes aînées préconisent le plus souvent certaines tisanes qui ont pour effet de corriger les défauts d'émission, ces conseils ne sont pas souvent respectés comme on peut le remarquer dans les propos d'une tutrice dans la quarantaine :

Avant c'est seulement le lait maternel et quand une mère n'a pas le lait dans son sein les parents font tout pour faire venir le lait grâce à la préparation des tisanes à base des plantes... Aujourd'hui quand on constate qu'il n'y a pas de lait dans les seins on court pour aller acheter le lait en boîte, car il y a plein de lait dans les boutiques. (Mère 22)

Habituellement, ce sont les traitements à base d'herbes connues et expérimentées déjà qui sont fréquemment conseillés. Mais si le colostrum apparaît peu de temps après l'accouchement, c'est une assurance qu'il sera remplacé quelques jours par le lait clair. Une nouvelle grossesse trop rapprochée met fin à l'allaitement au sein, car une femme enceinte qui continue d'allaiter son enfant risque de l'intoxiquer. Cette situation a des conséquences sur la santé et le bien-être du premier enfant, car les répondants et répondantes affirment que ces enfants sevrés très tôt à cause des grossesses trop rapprochées tombent régulièrement malades. Les conséquences pourraient justifier une importante mortalité dans la petite enfance. En l'absence d'une grossesse nouvelle, l'enfant est allaité au sein pendant plusieurs années jusqu'au moment où lui-même abandonne. Durant la période de sevrage, sont introduits graduellement des aliments liquides qui seront accompagnés plus tard d'aliments solides. Cette période que j'appelle ici la période de sevrage partiel entraîne une diminution

de la fréquence de l'allaitement jusqu'à la suppression définitive qui met fin au processus de sevrage. Ainsi, la pratique d'une alimentation solide s'effectue longtemps avant l'arrêt définitif du processus de sevrage. Le sevrage est toujours dégressif, dans la mesure où le nourrisson est habitué à la bouillie et aux aliments solides depuis longtemps. Mais des difficultés surviennent le plus souvent, comme en témoigne une jeune mère de deux filles dont la dernière souffre de paludisme :

Au moment où j'ai mis au monde le premier enfant, il n'y avait pas assez de moyens. Donc, le sevrage a été difficile. Par conséquent, ce que je mangeais c'est ce que l'enfant mangeait aussi comme par exemple la pâte, le fufou, le riz... Pour le second, j'ai pu acheter le « céréalac » et autres choses; et j'ai préparé une farine qu'on nous a montrée au dispensaire pour préparer de la bouillie. (Mère 30)

Pour compenser la perte de relation mère-enfant, l'enfant entre dans un processus de socialisation dont sa famille étendue est le fondement³⁰. Quoique le lait maternel soit une exigence maternelle, les mères pensent que ce n'est pas suffisant pour le développement du nourrisson ou de l'enfant. Dès le premier mois et bien que le personnel de santé publique attire leur attention sur l'allaitement exclusif au sein durant les six premiers mois, elles le complètent par de l'eau bouillie, puis par les bouillies et plus tard par des nourritures comme les pâtes à base de maïs, l'igname, le manioc, le haricot, le fufou, etc., celles qui en ont les moyens financiers se procurent de l'eau minérale vendue dans les boutiques. Toujours est-il que l'allaitement exclusif pendant les six mois ayant suivi la naissance de l'enfant n'est pas respecté systématiquement.

Par ailleurs, les mères des enfants agotimés « forcent » souvent des aliments dans la gorge de leurs enfants au cas où ceux-ci manquent d'appétit ou lorsque les enfants ont des difficultés à manger en cas de maladie. Une fois assise, la mère accommode son enfant en décubitus latéral sur ses jambes. Elle dirige la tête de l'enfant vers ses genoux et applique le bord cubital de sa main autour de sa bouche. Après avoir versé le liquide (eau, bouillie ou médicament) dans le creux d'une main, elle utilise ses doigts de l'autre main pour obstruer les narines de l'enfant afin qu'il inspire par la bouche. L'effet immédiat est donc l'ingestion du liquide par l'enfant. Cette pratique bien que bénéfique pour l'enfant qui refuse de manger

³⁰ La famille étendue est ici un groupe d'individus apparentés d'au moins quatre générations.

ou de prendre son médicament lui permet d'avaler parfois de travers, car le plus souvent il est observé que l'enfant tousse. Mais c'est une pratique courante en Afrique de l'Ouest qui est déjà décrite par Tavernier (2000) chez les Mossi du Burkina Faso. Vers le sixième ou septième mois, où l'enfant commence à marcher, la prudence est renforcée par les parents. Habituellement, on lui fabrique un tuteur en bois muni de roulettes qu'il peut pousser en faisant quelques pas.

Dans la conception de cette population, le corps mou du nouveau-né est inachevé et nécessite un certain nombre de manipulations corporelles pour parachever la formation de son corps. Le façonnage corporel commence très tôt, dès la naissance par la belle-mère ou la mère de l'accouchée, puis relayée par l'accouchée elle-même. Certaines parties du corps du nouveau-né sont modelées après l'avoir lavé, surtout si ces parties ont été brutalisées pendant l'accouchement. La manipulation la plus importante concerne la tête qui peut être déformée dès la naissance, en référence à un accouchement difficile ou compliqué. La belle-mère ou la mère de l'accouchée modèle la tête pour lui donner la forme qui convient, car elle est malléable grâce à sa fontanelle ouverte. Le façonnage de l'enfant diffère selon qu'on est en présence d'une fille ou d'un garçon. Pour les garçons, le façonnage énergique à la main se fait beaucoup plus sur les parties du corps qui seront nécessaires pour les activités physiques à l'âge adulte. Il s'agit des muscles du bras et de l'avant-bras, les muscles de la jambe et de la cuisse. Outre ces parties du corps qui vont intervenir dans les travaux champêtres, s'ajoute la toilette des parties intimes permettant l'élimination des déchets qui entoure le sexe de l'enfant surtout quand il commence à s'asseoir, ramper ou marcher. Un des guérisseurs traditionnels présente deux réalités ci-dessous puis donne son point de vue sur la question de la toilette des parties intimes de l'enfant :

Certains disent qu'il n'est pas bon de faire ces bains sexuels aux enfants, mais nous avons vu qu'en Afrique ici les conditions dans lesquelles nous vivons sont différentes de celles de l'Occident. Il y a des infrastructures, on peut dire que le bébé peut naître jusqu'à deux ans, trois ans, il ne sera pas en contact direct avec le sol chez eux, mais chez nous ici ce n'est pas le cas. On peut laisser une natte par terre, on fait asseoir le bébé sur la natte et à travers cela il peut avoir des déchets au niveau de l'anus. D'autres disent qu'il faut le faire parce que notre réalité est différente de l'Occident; nous, nous avons besoin de ces choses pour le bien-être de l'enfant. Sinon eux ils n'admettent pas ça, mais comme nous vivons dans une autre réalité il faut que nous acceptions cela. (Prat. 6)

Outre le façonnage de la tête pour lui donner une forme ronde, se pratiquent également le massage de la colonne vertébrale et les autres parties du corps ayant subi une éventuelle déformation lors de l'accouchement. Pour les filles, l'accent est mis beaucoup plus sur la préparation en vue de sa future beauté naturelle et le façonnage se fait en douceur comparativement aux garçons. Ici, l'approche est faciale et les différentes parties du corps de la fille qui interviennent dans son façonnage sont plus centrées sur les bouts de seins que l'on « prépare » pour qu'elle puisse allaiter dans le futur, les joues, la tête et les oreilles pour la rendre belle. En effet, la forme idéale de la tête de la fille ou du garçon est entretenue au fil des âges, car en plus des massages corporels, on utilise le plus souvent des objets comme un bonnet bien ajusté pour les deux sexes ou un foulard pour la petite fille. Les autres parties du corps de la fille subissent également des massages doux et comme chez les garçons, la toilette des parties intimes et la maîtrise des sphincters se font pour éviter les infections génitales à la petite fille. Ce façonnage continue toute la vie d'enfance, grâce au port de serre-tête ou de coiffes rigides.

4.1.1 Séquence de toilette et d'habillement

Les pratiques de soin qui concourent au façonnage du corps des enfants de bas âge sont multiples et concernent de manière générale, les massages, la toilette et l'habillement y compris l'emballage. En réalité, tout se passe au moment des toilettes pour bébé. Deux types de toilettes existent dans le milieu : il s'agit des toilettes qui se font habituellement le matin et le soir; autour du midi, où le soleil est au zénith, les mères effectuent une toilette simple avec de l'eau froide. Pour effectuer une toilette complète, la mère se procure de l'eau chaude et de l'eau froide dans deux seaux différents. Pour créer l'harmonie, de l'eau froide est toujours versée sur l'eau chaude (et non l'inverse) en vue d'obtenir de l'eau tiède. Le processus inverse est source du désordre qui peut agir sur la santé et le bien-être de l'enfant en question. L'analyse de mes données ne révèle aucune explication, mais peut faire l'hypothèse que c'est par mesure de précaution (« prévenir le désordre ») que les mères et tantes procèdent ainsi.

Une mère ou tante a besoin, pour la toilette de l'enfant, d'une bassine, du savon de toilette, de l'éponge, de la serviette, du peigne, des pommades, de l'eau de Cologne, des médicaments, de la poire à lavement, etc., et d'un petit récipient contenant tout le nécessaire.

Une fois le tout rassemblé, la mère prend place sur un petit tabouret, les deux pieds allongés et joints sur la bassine, puis y fait reposer l'enfant dessus. La mère remplit d'eau tiède un gobelet percé d'un petit trou par le bas, puis le dirige vers l'ombilic pour que l'eau qui passe à travers le trou l'atteigne. Après quelques minutes, elle le dirige vers le sphincter anal. Cette pratique, selon les mères, provoque une défécation rapide chez le bébé, mais la poire à lavement est aussi utilisée. Par la suite, la mère procède de la même manière au niveau de l'organe sexuel pour éliminer les déchets qui l'entourent. Une fois terminée, la mère entame le massage du corps en commençant par la tête et selon qu'il s'agit d'une fille ou d'un garçon, le massage des autres parties du corps vise un but esthétique ou de vigueur. La position couchée est adoptée lorsqu'il s'agit d'un nouveau-né, nourrisson ou d'un enfant qui est toujours en position assise et qui ne peut pas se tenir seul debout. Au cas où l'enfant est en station debout, on le fait rentrer dans la bassine, la mère et l'enfant se tiennent debout au moment de la toilette. Après le massage, la mère nettoie tout le corps de l'enfant avec une éponge savonneuse, toujours en débutant de la tête pour atteindre les pieds. Ce choix est nécessaire pour deux raisons fondamentales : d'abord, la voûte crânienne n'est pas encore solide; ensuite, il faut prendre soin de cela pour en faire un être bien formé sur le plan physique et mental. Une jeune mère primipare et âgée de 23 ans permet d'avoir l'entretien-type pour bébé :

Quand je veux laver ma fille, je passe l'éponge chaude au niveau de sa tête avant de m'occuper de la mise en forme de la tête. On façonne la tête parce que si l'on ne le fait pas la tête ne sera pas solide; certains enfants sont nés avec la tête mal formée, cela revient à la mère ou de son entourage de donner forme à la tête. C'est dire que c'est dans la tête que se passe tout l'essentiel de ce qui fait l'homme, son intelligence. Donc, si l'on n'entretient pas bien la tête de l'enfant, son développement physique et psychique causera un sérieux problème. On ne peut laisser l'enfant sans travailler la tête; on dit souvent que c'est à cause de la fontanelle qu'on façonne la tête. Je lui fais la toilette des parties intimes en nettoyant les déchets au niveau de son sexe, du nombril avant de laver tout le corps avec du savon. Je passe de la pommade de beurre de karité et je l'habille tout en veillant au port de ses chaussettes et de son chapeau. (Mère 39)

Si ce processus est raté, selon certaines mères, l'on assistera vers la troisième ou quatrième année d'âge de l'enfant à des propos comme *q̄evia me q̄ota o* ou *ta mele q̄evianu o* (« l'enfant n'a pas de tête », pour marquer son insuffisance mentale) ou encore *wome fo ta na q̄evia nyuie o* (« on n'a pas bien massé la tête de l'enfant », pour exhiber les défaillances au niveau

de la forme de la tête). Ensuite, dans l'imaginaire social de la population, les parties inférieures du corps de l'enfant se salissent plus vite en touchant le sol que les parties supérieures, y compris la tête. D'où la nécessité de commencer par la tête et terminer par les pieds pour un meilleur entretien du corps. C'est en ce sens que l'essuyage du corps de l'enfant avec une serviette prévue à cet effet commence aussi par la tête pour aboutir aux pieds. Une fois l'essuyage terminé, la mère applique la pommade de beurre de karité sur le corps de l'enfant, dont le but est de rendre la peau tendre; elle donne, le cas échéant, le lait maternel, la bouillie, les médicaments, etc.; puis elle procède soit à l'embaillotement du bébé dans ses langes si c'est un nouveau-né ou nourrisson, soit à l'habillement s'il s'agit d'un enfant plus âgé.

4.1.2 Couchage et portage

Après la toilette, le couchage et le portage sont des pratiques qui permettent de stimuler le sommeil chez l'enfant. En effet, la protection sanitaire de l'enfant passe aussi par les techniques de couchage et de portage. Les berceuses que la mère fredonne au bébé lorsqu'il est allongé sur le lit ou porté au dos et son balancement régulier lorsqu'il est dans les bras de sa mère sont nécessaires pour l'endormissement de l'enfant. Quand l'enfant atteint l'âge de la parole, surtout à partir de la troisième année, la mère commence par accompagner les chansons de contes qui le conduisent petit à petit vers le sommeil. S'agissant du portage, les mères prennent soin de ne pas porter le nourrisson au dos au risque de déformer ses membres inférieurs. Habituellement, quand l'enfant dépasse un an, on commence par le porter au dos. Selon les mères, cette technique permet de ne pas exposer l'enfant au froid, dans la mesure où la présence de l'enfant sur le dos de sa mère favorise une régulation thermique grâce au contact corporel de sa mère et la couverture par le pagne.

Un environnement salubre et un mode de vie saine contribuent énormément à la bonne santé des enfants qui y vivent. La tradition locale de toujours se laver les mains avec du savon qui au départ était le savon traditionnel communément appelé *akoto* et de l'eau domestique avant de préparer la nourriture ou de manger existe toujours. De même, après avoir été aux toilettes, se laver les deux mains est aussi important que nécessaire bien que la main gauche soit toujours utilisée pour nettoyer les objets souillés : nettoyer l'anus de l'enfant qui vient de faire ses besoins, tenir une pelle pour enlever les ordures entassées, tenir le pot de nuit de

l'enfant, essayer la morve coulant du nez d'un enfant avec un mouchoir en cas de toux ou de congestion du nez, etc. De manière symbolique, la main gauche est généralement représentée comme une partie souillée du corps et elle est toujours en contact avec les objets souillés. Ce constat vient confirmer une fois encore la théorie de la gestualité (Héritier 2003; Lévi-Strauss 1950; Mauss 1936), dont le postulat repose sur la façon dont les hommes, société par société, d'une façon traditionnelle, codifient l'usage de leur corps (Mauss 1936). Et pour savoir pourquoi les mères et tutrices, voire les enfants ne font pas tel geste et font tel autre, je conviens avec Mauss qu'il faut connaître les traditions qui s'imposent à tous.

La qualité des soins de la future mère durant la grossesse et au moment de l'accouchement, la santé de la mère après la naissance de l'enfant, l'alimentation et les soins d'hygiène donnés au bébé, constituent les éléments importants qui contribuent aux chances de survie de l'embryon, du fœtus et du nouveau-né. La réalisation de ces conditions exige une organisation intelligente et des moyens financiers suffisants de l'entourage familial de l'enfant. Les institutions sociales agissent en conséquence pour sauvegarder la santé et la vie de l'enfant dans le foyer. Les aptitudes mentales qui conditionnent les réactions des mères jouent un rôle important sur la santé des enfants. Par exemple, les femmes préparent des tisanes ou des infusions pour leurs enfants. Ces produits varient selon le type de maladie et certains produits sont administrés dès la naissance de l'enfant soit par voie orale, soit par voie anale. Les raisons évoquées par nos répondantes sont de deux types : d'une part, c'est pour prévenir certaines maladies comme les maladies abdominales (voir Tableau 8, p. 349) ou infections chez les enfants, elles sélectionnent une variété de feuilles ou de racines des plantes médicinales et de débris d'animaux à cet effet. D'autre part, c'est pour traiter et guérir les maladies qui atteignent les enfants. De plus, certaines préparations sont administrées par aspersion corporelle ou par inhalation. Le lavement entre aussi dans ces pratiques thérapeutiques et est indispensable au bon développement de l'enfant. Cette pratique courante favorise une défécation rapide chez l'enfant et guide la mère dans l'analyse des selles obtenues qui peuvent être trop liquides ou trop dures, car cette variation dépend de la composition du purgatif. Cette diversification des savoirs à caractère culturel et social repose sur les processus éducatifs symboliques et non institutionnalisés comme le cas de la puériculture.

4.1.3 Ventilation et lumière du soleil

Les cases d'habitation sont construites afin de fournir une bonne aération et suffisamment de lumière du soleil. Selon les mères, la négligence d'une ventilation adéquate est la plus grande cause de maladies pulmonaires chez les enfants de bas âge. Pour construire une maison, il est particulièrement important de tenir compte de la ventilation et l'entrée des rayons du soleil. Il faut qu'il y ait un courant d'air et de la lumière en abondance dans chaque pièce de la maison. Les chambres à coucher ont des fenêtres qui permettent ainsi d'avoir une libre circulation de l'air jour et nuit. Aucune chambre n'est destinée à être occupée comme une chambre à coucher à moins qu'elle puisse être bien aérée. Habituellement, les enfants de bas âge dorment dans la même chambre que les parents. Comme les autres chambres, l'air et le soleil y rentrent par les fenêtres et les portes. Ce qui réduit l'humidité qui s'accumule dans les chambres, pouvant entraîner un risque pour la santé des enfants. Dans le logement, beaucoup prévoient soigneusement des fleurs comme ornement. Pour elles, sans la chaleur, l'air, le soleil et les fleurs, il n'y a pas de meilleure santé pour les enfants.

Autant que possible, les logements destinés à l'habitation des populations doivent être sur un terrain bien drainé. Ceci assure un site sec et permet de prévenir le risque de maladies dues à l'humidité et aux miasmes. La majorité des mères pense que pour avoir une maison familiale comme le lieu de meilleure santé et de bien-être des enfants, les alentours de la maison doivent être propres et débarrassés de flaques d'eau ou de miasmes. Mais ces éléments sont souvent pris à la légère par certains parents, une négligence dont résulte le mauvais état de santé causé par de graves maladies conduisant aux décès des enfants. Ce qui occasionne la multiplication des moustiques (anophèles) qui transmettent par piqûre, aux enfants, des parasites appelés le plasmodium. Le paludisme demeure ainsi selon les mères la première cause de mortalité chez les enfants dans la localité.

4.1.4 Propreté

La propreté est essentielle à la santé physique et mentale des enfants. Les impuretés sont constamment éliminées à travers les pores de leur peau. Ces pores sont souvent obstrués, à moins qu'on garde le corps de l'enfant propre grâce aux bains fréquents. Les impuretés qui devraient passer à travers ces pores deviennent une incommodité supplémentaire pour les

autres organes d'élimination. Chaque jour, la plupart des enfants reçoivent de leurs mères un bain tiède, le matin et le soir. Selon les mères interviewées, une fréquence de bain pris correctement fortifie le corps et améliore la circulation sanguine. Le sang est alors pur et favorise un écoulement plus facile et régulier, puis fortifie l'esprit et le corps des enfants. Les muscles deviennent plus souples et le mental ne souffre d'aucun problème. Le bain stimule aussi les nerfs des enfants (*lãmekã*) et aide les intestins (*dɔkaviwo*), l'estomac (*dɔgbo*), les reins (*ayikuwo*) et le foie. Ce qui leur donne la santé et l'énergie puisqu'il favorise la digestion et l'épuration. Il est également important que les vêtements soient gardés propres. Les vêtements portés absorbent les matières résiduelles qui passent à travers les pores; s'ils ne sont pas fréquemment changés et lavés, les impuretés seront réabsorbées par le corps. Toutes les formes de malpropreté tendent à la maladie des enfants de bas âge. Les germes qui entraînent la mort des enfants abondent dans les milieux obscurs, négligés, où la décomposition des déchets s'opère grâce à l'humidité. Ainsi, les légumes (« *adèmè* », bette, gombo, tomates) sont habituellement lavés afin d'enlever les saletés qui les entourent. Les tas de feuilles mortes qui entourent les maisons sont nettoyés pour éliminer les pourritures qui empoisonnent l'air. Rien d'impur ou en décomposition n'est toléré par les mères au sein de la maison. La propreté parfaite, beaucoup de soleil, une attention particulière à l'assainissement dans les moindres détails de la vie familiale sont essentiels à l'évitement des maladies infectieuses chez l'enfant. Ainsi, semblent s'organiser les perspectives et les actions des mères agotimées relativement à la santé et à l'entretien de leurs jeunes enfants.

4.2 Puériculture dans les unités de soins périphériques ou dispensaires

Il y a plusieurs différences et pas des moindres entre le soin dit traditionnel et la puériculture enseignée dans les dispensaires, car avant que les mères ne pratiquent la puériculture elles doivent recevoir une formation de la part du personnel de santé (accoucheuse, sage-femme, infirmier, etc.) dans un dispensaire ou un hôpital. La puériculture enseignée dans les dispensaires ne se transmet guère de la même façon que les savoirs locaux de soins de mères à filles. Plusieurs facteurs interviennent pour expliquer les différences dans la transmission des savoirs, incluant les enjeux politiques, économiques, sociaux et idéologiques. Faisant l'historique de la puériculture, Guidetti *et al.* (1997) parlent d'une science préventive nouvelle inventée par les médecins dans les années 1860, qui est devenue usuelle au début

du XX^e siècle quand elle est reprise par le médecin Adolphe Pinard. Elle est d'origine très variée, car certaines pratiques puéricultrices remontent au XIII^e siècle et rassemblent les bains quotidiens et la diététique légère adaptée à la faiblesse du nourrisson. Ainsi, une interdiction de donner de la bouillie au nourrisson dans les premiers mois devrait être respectée par les mères. D'autres règles sont issues de la morale bourgeoise du XIX^e siècle, intériorisée par les médecins, sans véritable justification médicale. En effet, les mères doivent donner les tétées à des heures fixes et apprendre les règles d'hygiène. Par ailleurs, les règles les plus importantes découlent des découvertes pastoriennes sur l'asepsie qui est l'une des méthodes pour détruire les microbes. Elles rendaient médicalement possible l'allaitement au lait de vache, jusqu'alors très meurtrier. Le lavage des mains avant la tétée, l'utilisation de lait bouilli, la stérilisation des biberons et des tétines entrent également dans les normes puéricultrices. L'enfant ne doit pas être privé des bienfaits du colostrum, premier lait très léger aux vertus purgatives. Ce qui veut dire que le nouveau-né doit téter dès la naissance et juste après l'accouchement et parfois le filet de langue est coupé par l'accoucheuse pour qu'il n'empêche pas le nouveau-né de téter ou de crier. Qu'est-ce qui se fait concrètement dans les Unités de soins périphériques (USP) communément appelées dispensaires et dans les hôpitaux qui desservent les villages concernés par l'étude?

Après avoir bénéficié des premiers soins à la maternité du village, les mères veillent sérieusement à la santé et au bien-être du nouveau-né. De toute évidence, elles sont les premières responsables qui assurent la bonne santé de leur jeune enfant. La santé des mères aussi en dépend et, pour inciter ces mères à emmener les nouveau-nés régulièrement à la consultation postnatale, les infirmiers et les accoucheuses organisent des causeries éducatives et font des visites à domicile. Puisqu'il n'existe pas de spécialiste en puériculture dans les dispensaires, c'est le personnel de santé publique en général qui joue ce rôle. Selon ces derniers, c'est à la consultation du nourrisson ou du jeune enfant que les mères reçoivent des conseils sur les soins à prodiguer. Ces conseils touchent généralement l'hygiène et la diététique. C'est aussi durant ces consultations postnatales que l'enfant reçoit le pansement ombilical. La surveillance de la croissance de l'enfant ainsi que son développement psychomoteur s'effectuent à travers la mesure régulière de son poids et de sa taille, car le régime de l'enfant s'établit en fonction de son âge et sa croissance. D'où la pesée pour le

poids et la toise pour la taille. Est observé également le comportement de l'enfant et ses éruptions dentaires.

Dans les USP, l'infirmier et l'accoucheuse mettent l'accent sur les soins d'hygiène et le respect du calendrier de vaccinations. En effet, quand l'enfant naît, la première vaccination est le Bacille bilé de Calmette et de Guérin (BCG). Ce vaccin qui est administré dès la naissance est contre la tuberculose. Cette vaccination est couplée avec le vaccin contre la poliomyélite. Ce sont donc les deux vaccins qui sont administrés dès la naissance de l'enfant. Un assistant d'hygiène décrit les différentes étapes de la vaccination de la manière suivante :

Avant que ces vaccins ne soient administrés, il faut que l'enfant pèse au moins 2 500 grammes. Même si le poids de l'enfant à la naissance est égal au seuil fixé, il est vacciné dès la naissance contre la tuberculose et la poliomyélite. Un rendez-vous est donné à la mère un mois et demi plus tard (six semaines). Elle doit ramener l'enfant et au cours du deuxième rendez-vous, quatre vaccins sont administrés à l'enfant : le vaccin contre les diarrhées que l'enfant peut avoir entre zéro et six mois; le vaccin antipoliomyélite contre la poliomyélite; le vaccin contre les méningites et les infections à pneumocoques chez les enfants; un pentavalent contre cinq antigènes, à savoir : la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B et l'hémophilie influenza B. L'enfant prend alors ces quatre vaccins au même moment à six semaines révolues, c'est-à-dire, l'enfant doit avoir six semaines révolues. Un mois plus tard (quatre semaines), l'enfant revient et l'on répète les mêmes vaccins. Quatorzième semaine après, l'enfant revient encore et l'on répète la même chose, sauf que pour cette troisième fois, on n'administre plus le vaccin contre les diarrhées puisque l'enfant n'est plus vulnérable. Maintenant que ces vaccinations sont effectuées, rendez-vous est donné à la mère sur neuf mois révolus. Quand l'enfant a neuf mois révolus, sa mère le ramène et deux vaccins sont administrés : le vaccin contre la rougeole et le vaccin antiamaril contre la fièvre jaune. Les vitamines A, B, C accompagnent en même temps cette dernière vaccination. Tous ces vaccins doivent être administrés avant le premier anniversaire de l'enfant. (Pers. 8)

S'agissant de l'attitude des mères face aux calendriers de vaccination, celles-ci respectent majoritairement le rendez-vous du personnel de santé publique. Elles viennent, selon eux, parce qu'ils prennent soin de mettre dans leur carnet la date du prochain retour. En effet, ils rappellent habituellement à la mère la date du prochain vaccin lors des consultations. Mais certaines reviennent tard et évoquent les raisons suivantes : voyage, oubli de la date de vaccination, oubli ou perte du carnet de vaccination.

Pour ce qui concerne la diététique des enfants, l'allaitement maternel exclusif aux bébés jusqu'à l'âge de six (6) mois au moins est recommandé, car le lait maternel est l'aliment le plus propre et le plus nutritif pour les nourrissons; affirment aux mères les infirmiers de l'USP. Les mères s'engagent alors à prendre une décision importante en ce qui concerne la manière d'allaiter leurs enfants afin d'éviter que ces derniers aient des troubles digestifs et des maladies infectieuses. En réalité, le problème fondamental est l'accès à l'eau potable par les mères puisqu'elles ne comprennent pas exactement pourquoi un nourrisson ne doit pas boire de l'eau. En effet, la principale source d'approvisionnement en eau des mères est la rivière communément appelée Todjin (*Tɔdzie* ou *Tɔdzɛ*). Néanmoins, l'explication donnée par un jeune de la santé publique âgé d'une vingtaine d'années et ayant un niveau universitaire permet de comprendre que les populations rurales n'ont pas accès à l'eau potable :

À part la vaccination, nous conseillons d'abord aux mères de respecter quelque chose que nous appelons allaitement exclusif. C'est-à-dire que quand l'enfant naît, on ne doit pas lui donner de l'eau jusqu'à l'âge de six mois. Le pourquoi on préconise cela, c'est que d'abord l'eau qu'on va donner au nourrisson et à l'enfant ici, on n'est pas sûr que ce soit potable. Mais étant donné que l'organisme de l'enfant n'est pas encore préparé à recevoir la nourriture solide, c'est-à-dire le système immunitaire, le système de défense n'est pas encore assez solide pour lutter contre les maladies. Quand on donne une eau qui est juste un peu contaminée, ça peut déjà attaquer l'enfant et l'enfant peut mourir. Donc, raison pour laquelle on conseille aux mères de respecter cela, seulement donner le sein à l'enfant jusqu'à l'âge de six mois. (Pers. 8)

De cette constatation, une accoucheuse ayant cumulé dix années d'expérience dans l'une des maternités visitées présente la situation de la manière suivante :

Elles donnent de l'eau de la rivière, des puits, toutes les eaux qu'elles utilisent, elles donnent aux enfants comme ça. C'est pourquoi on a arrêté. Normalement, s'il y a les eaux de rivière, de puits comme ça, elles doivent bouillir l'eau et mettre cela quelque part pour l'enfant, mais comme elles ne font pas ça comme ça, c'est pourquoi on l'avait arrêté jusqu'à six mois. Maintenant, il y a Voltic [eau minérale], de l'eau pure qu'on peut donner à l'enfant. (Pers. 1)

Mais le problème demeure puisque toutes les mères n'ont pas les moyens financiers de se procurer de l'eau minérale dans les boutiques et dans les pharmacies qui sont d'ailleurs

éloignées des villages. Celles qui ont les moyens doivent aller dans les centres urbains, ou se diriger dans une boutique du village où le coût d'achat est plus élevé qu'en ville.

En ce qui concerne l'hygiène, les conseils sont habituellement orientés vers une propreté stricte surtout pendant les premiers mois après la naissance de l'enfant, car la propreté du nouveau-né et de sa mère est primordiale. L'accent est davantage mis sur cette propreté dans les cas où l'enfant est né prématuré ou sa courbe de poids est anormale. Le bain du bébé peut se faire tous les jours, en moyenne deux fois par jour et il doit être de courte durée. Mais dans le cas d'un enfant né prématuré, les restrictions suivantes s'appliquent : le nouveau-né est lavé et nettoyé avec de l'huile de noix de coco uniquement jusqu'à ce qu'il atteigne 2 500 grammes.

Afin d'éviter les courants d'air, l'enfant doit être habillé aussitôt après le bain avec un vêtement propre comme une robe pour bébé, une culotte ou un lange, un tricot, un chapeau, des chaussettes, une brassière, etc. L'ensemble constitué par l'éponge, la serviette, les savons, l'eau de Cologne, le peigne, la baignoire de l'enfant ou sa cuvette, etc., qui sont destinés à l'enfant uniquement doivent être rangés dans un coin propre après chaque bain. Les mauvais comportements que les mères doivent éviter, selon le personnel de l'USP, concernent par exemple, l'habillement non adapté à la saison et à la température, l'utilisation abusive des culottes hermétiques, la mauvaise alimentation après le sevrage, l'emploi continu de la sucette et donner de l'eau au nourrisson avant l'âge de six mois. En revanche, les parents doivent veiller sur l'enfant en prenant garde que le bébé ne tombe pas du berceau. De même, les parents ne doivent pas laisser un inconnu l'embrasser, jouer avec les objets sales et pointus comme les aiguilles, les épingles ou les pièces de monnaie. Avant de balayer la chambre ou la cour, la mère doit prendre soin d'éloigner l'enfant afin d'éviter que la poussière ne l'atteigne et elle doit aussi faire attention aux insectes ou parasites. Le biberon de l'enfant doit rester toujours propre, car un biberon sale ou ayant déjà servi est porteur de microbes comme un objet tombé par terre que la mère doit éviter de donner à l'enfant. La mère doit veiller à ce que son enfant ne s'approche pas du feu, d'un bassin d'eau bouillante, des allumettes, des animaux domestiques comme le chat ou le chien. L'enfant peut coucher dans la chambre de ses parents, mais uniquement dans son berceau ou son lit, et son linge doit être séparé de celui des parents. Ces derniers ne doivent pas hésiter de sortir l'enfant à l'air libre

sauf en cas de maladie, car le plein air et le calme, sont indispensables au développement normal du système nerveux de l'enfant. Le non-respect de ces règles d'hygiène peut être source de maladies du nouveau-né ou de l'enfant. Par exemple, une mère qui néglige de stériliser les tétines et qui utilise l'eau non bouillie comme eau de coupage, risque d'être responsable des troubles digestifs graves, voire la toxicose mortelle.

Au cours des consultations dans les dispensaires ou dans les hôpitaux, le personnel de santé publique établit le dépistage des malformations congénitales. En effet, la première année de vie de l'enfant est la plus importante, car c'est à ce moment que l'on s'intéresse le plus à son développement physique et mental. Aussi, les soins et l'alimentation que l'enfant reçoit durant sa première année de vie favorisent-ils son développement harmonieux. Pour que l'enfant ait une bonne santé, il ne suffit pas de lui donner une nourriture de qualité et en quantité, mais il faut savoir aussi lui éviter des maladies. Une des affections qui peut menacer le développement physique de l'enfant est le rachitisme et le personnel de santé publique prend habituellement des mesures prophylactiques contre ce mal dès la fin du premier mois. Un traitement à base de vitamine D, qui se trouve dans l'huile de foie de morue ou dans les rayons ultraviolets du soleil, est conseillé. Les vers intestinaux comme l'ankylostome, l'ascaris, et la bilharzie sont également des vecteurs de maladies parasitaires chez l'enfant. Le manque de soins et d'hygiène provoque de nombreuses maladies de la peau chez l'enfant : la teigne, le pian, la gale et les mycoses. L'absence d'hygiène entraîne aussi des maladies diarrhéiques, les ulcères chez l'enfant.

S'agissant de l'alimentation, la consommation excessive et exclusive de féculents ou d'aliments pauvres en protéines et en vitamines provoque généralement chez l'enfant le marasme ou la cachexie, car un enfant qui est mal nourri ou sous-alimenté présente un état déprimé et perd son poids. L'étape la plus grave est le kwashiorkor qui est une maladie de la petite enfance qui provoque des œdèmes, des altérations de la peau et des cheveux, une faiblesse et une apathie générale. Il est souvent lié au sevrage par manque de protéine en quantité suffisante dans les suppléments alimentaires en période de sevrage.

Selon le personnel de l'USP, si toutes les conditions d'hygiène et de bonnes pratiques alimentaires sont réunies, l'enfant se développe de façon harmonieuse, devient robuste et sain. Il fait ainsi la fierté de sa famille et de son entourage. Pour éviter alors les microbes, les

parents doivent éviter la promiscuité et privilégier une habitation plus large où l'enfant aura suffisamment d'espace. Par conséquent, la participation effective du père de l'enfant est nécessaire, car le père doit s'intéresser à l'enfant et surtout pendant que la mère est occupée. Il doit prendre de plus en plus ses responsabilités durant toute la vie de l'enfant. Néanmoins, la mère doit être consciente de l'importance qu'il y a de veiller sur la santé du jeune enfant pendant la période d'allaitement et du sevrage. Les parents doivent aussi accorder une affection à l'enfant qui est indispensable à son développement complet. Ils doivent lui témoigner l'amour maternel et paternel pour que l'enfant sente constamment leur présence, car tout cela maintient son état de bien-être physique et mental.

Pour ce qui concerne les habits de l'enfant, la commodité, le confort et la santé devraient être recherchés avant la mode ou le désir d'admiration. La mère ne devrait pas rechercher seulement les petits vêtements beaux au détriment de la santé de son enfant. Elle ne devrait pas se pencher sur les habits serrés qui excitent fortement les nerfs à un moment où l'enfant a besoin de vêtements beaucoup plus amples. Elle devrait se rendre compte de son obligation à répondre aux demandes qui seront faites par son enfant. Si la robe de l'enfant s'échauffe au détriment de la protection et le confort, elle doit être abandonnée pour ne pas provoquer l'irritation et l'agitation chez l'enfant. Les habits de tailles serrés entravent l'action du cœur et des poumons et doivent être évités. Aucune partie du corps ne doit à tout moment être mal couverte par les vêtements qui compriment tout organe ou restreignent sa liberté de mouvement. Les vêtements de tous les enfants doivent être suffisamment lâches pour permettre la respiration la plus libre et la plus complète. Ils doivent être disposés de telle sorte que la respiration soit libre pleinement. Les responsables sanitaires dans les villages disent avoir souvent observé que certaines mères laissent les petits enfants nus quand il fait chaud; en revanche, les enfants sont convenablement vêtus quand il fait froid. Quand les enfants croissent, tous les éléments de la nature sont nécessaires pour leur protection. Si les membres ne sont pas suffisamment protégés, les enfants peuvent tomber malades puisque l'air peut être chargé de poussière ou de microbes. Mais si les enfants sont bien habillés, ils profiteront alors des jeux en plein air. Les mères qui désirent que leurs garçons ou filles aient une bonne santé, doivent les habiller correctement et à tout moment leurs enfants pour qu'ils soient beaucoup plus à l'air libre. Il est nécessaire de faire un effort pour habiller les enfants en référence à la santé. Le petit aura une meilleure santé et la mère ne fera pas de recours à une

quelconque prise en charge médicale de son enfant parce qu'il est malade pour cause de mauvais habillement. Telles sont, dans grandes les lignes, les consignes prodiguées aux mères par le personnel de santé publique des USP agotimées et les hôpitaux des environs. Toutes ces explications ci-dessus émanent du personnel de santé publique.

Il est toutefois noté que les mères et tutrices ont généralement des réactions négatives vis-à-vis des conseils et consignes du personnel de santé publique lorsqu'elles n'obtiennent pas de meilleurs résultats. Ce qui pourrait constituer un obstacle à la complémentarité des deux médecines. Dans ce cas, il serait difficile d'intégrer la médecine traditionnelle dans le système de santé publique. En effet, dès qu'une action tourne mal, les mères et tutrices n'hésitent pas à recourir à leur ancienne méthode. Habituellement, ces changements touchent par exemple les consignes liées à l'abandon du bain sexuel et le façonnage de la tête pour le nourrisson, les nouvelles techniques d'allaitement, etc. et, en règle générale, les soins des enfants concernent non seulement la mère, mais aussi l'ensemble de la parenté.

4.3 Soins des enfants de bas âge et parenté

Relations humaines fondées sur les liens de consanguinité et d'alliance, la parenté se présente comme un système d'organisation sociale et culturelle qui caractérise chaque société, dont les implications sont à la fois politiques, économiques et juridiques. Elle constitue un espace privilégié d'analyse des relations entre les membres d'un clan, lignage ou famille; suscite un intérêt de plus en plus croissant chez la plupart des anthropologues qui s'intéressent à l'étude des phénomènes d'enfance tels que : l'entretien du corps, l'allaitement, la nutrition ou la malnutrition, etc. En effet, les soins dans la petite enfance sont des enjeux sociaux pour toute société, puisque les pratiques de puériculture ne sont pas des pratiques traditionnelles de soins qui se transmettraient de façon banale uniquement de mères à filles. Il y a aussi les enjeux politiques, économiques, juridiques qui interviennent dans les relations de consanguinité et d'alliance (Querre et Mestre 2007). L'analyse des relations qui existent entre la parenté et les pratiques destinées à protéger et à soigner les tout-petits permet de mettre en évidence l'état sanitaire, morbide et mortel des enfants.

Chez les Agotimés, les rôles concernant les soins à l'enfant de bas âge sont diversement répartis entre les membres d'un même lignage, d'une même famille puisque « les pratiques

destinées à protéger ou à soigner l'enfant obéissent également aux règles de la parenté » (Alfieri 2000 : 115). De manière générale, l'intervention des membres de la famille ou du lignage de l'enfant dans les pratiques destinées à le protéger ou à le soigner varie selon la situation sanitaire de sa mère. En effet, un enfant dont la mère a un retard ou un déficit de sécrétion de lait mammaire ou est séropositive nécessite l'aide des sœurs utérines de la femme en difficulté. De même, un bébé qui tète et qui a un statut social d'orphelin est souvent confié dans un premier temps aux sœurs issues de la famille maternelle ou, le cas échéant, à l'une des belles-sœurs (famille paternelle). L'apport des membres de la famille maternelle ou paternelle dans les toilettes de l'enfant varie en fonction de l'âge de l'enfant et du statut social de sa mère. Par exemple, dès la naissance de l'enfant, ce sont les belles-mères et les tantes qui s'occupent de la toilette du nouveau-né durant les premiers mois avant que la mère ne prenne la main.

Les études sur la parenté en lien avec la santé des enfants en Afrique de l'Ouest sont insuffisantes. Il n'est point question de dresser une liste exhaustive de toutes ces études, mais je vais relever quelques-unes des études ici, car elles sont en relation avec la présente recherche.

Cette section est consacrée au lien entre le soin des enfants de bas âge et la parenté. Elle est structurée de la manière suivante : d'abord, j'examine le système de parenté et son rôle dans le choix des femmes du matrilignage ou patrilignage habilitées à intervenir dans le soin en cas d'absence provisoire ou du décès de la mère. Ensuite, nous verrons comment le statut social des femmes et le caractère élargi de la famille ou du lignage sont déterminants dans la capacité d'appel à l'aide des femmes en difficulté d'allaiter; ou des nouveau-nés orphelins de mère en quête d'une seconde mère. Ce qui permet d'identifier les différentes formes de soutien qu'une femme ou un enfant de bas âge peut recevoir de la part des autres membres de la famille élargie ou du lignage. Les limites qui s'observent également de ces formes de soutien issu de la parenté.

4.3.1 Système de parenté agotimé

Les villages sont structurés en unités élémentaires ou domestiques et abritent les populations agotimées. Une unité élémentaire est un ensemble constitué d'un homme, d'une ou des

conjointes et des enfants, unité sur laquelle se greffe un ensemble de relations familiales; puisque les parents sont rattachés à celle-ci par le principe de consanguinité. Si l'on se réfère au droit à la terre et les obligations qui l'accompagnent, il est nécessaire de considérer la lignée *bilatérale* qui considère les deux sexes bien que le système de filiation agotimé privilégie la *patrilinéarité*. Ainsi, la descendance est qualifiée de *patrilinéaire* si l'attribution des terres se fait à travers la lignée masculine; *matrilinéaire*, si elle se fait à travers la lignée féminine. En effet, de nombreuses questions se posent aujourd'hui sur les stratégies familiales en matière de soins destinés aux enfants. Mais il existe une ambiguïté autour du concept de famille puisqu'il n'existe toujours pas de définition rigoureuse ayant valeur universelle. Comme critères de définition, je note principalement la parenté par filiation ou par alliance et l'éducation des enfants à l'entretien et à l'hygiène. Ainsi, le terme famille traduit chez les Agotimés des réalités très proches de la « famille étendue » qui prend en compte l'ensemble de la parentèle. Les comportements des membres de famille sont liés par la double relation d'alliance et de consanguinité, puis par les systèmes généraux de parenté qui les fondent. Ainsi, les relations entre frères et sœurs, entre mères et enfants, entre oncles/tantes maternelles et neveux/nièces maternelles sont simples et détendues, alors que les relations entre pères et enfants, entre oncles/tantes paternelles et neveux/nièces paternelles se caractérisent par des règles rigides et des contraintes nombreuses.

La relation sociale ne coïncide pas nécessairement avec la consanguinité puisqu'il existe dans cette société des droits et des obligations en fonction des alliances. Dans cette société, s'observe un système d'échanges restreint, c'est-à-dire que les femmes d'un groupe sont échangées contre des biens d'un autre groupe. Aussi, en vertu des règles de prohibition de l'inceste, un père ne peut épouser sa fille, une mère ne peut se marier à son fils, un frère ne peut s'unir avec sa sœur. À ces interdictions en vigueur chez les Agotimés s'ajoutent d'autres obligations : le mariage entre cousins parallèles est également prohibé, alors que le mariage entre cousins croisés est permis³¹. En effet, les échanges des femmes sont obligatoires et elles passent d'un groupe familial à l'autre, d'un groupe lignager à l'autre, d'un village à l'autre. Ces échanges de femmes s'opèrent contre des biens (prestations et contre-prestations) qui

³¹ C'est-à-dire de mariages entre « cousins parallèles » quand se marient le fils et la fille de deux frères ou de deux sœurs, et de « cousins croisés » quand se marient ceux d'un frère et d'une sœur.

s'accompagnent des interdictions et des obligations des individus les uns envers les autres. Les filles sont tenues de rejoindre leur mari après le mariage puisque la résidence est du type *patrilocal* ou *virilocal*, mais il existe aussi des exceptions en cas de difficulté du mari à installer sa première épouse. Dans ce cas, l'on assiste à d'autres particularités; par exemple, *avunculocalité* (le couple habite chez l'oncle maternel de l'époux) et *ambilocalité* (la pratique de l'alternance). Toujours est-il que l'unité domestique peut accueillir d'autres personnes, de la lignée ou non, quel que soit le type d'unité résidentielle choisi. Toutefois, quel que soit le type de mariage ou d'unité résidentielle, cela peut susciter des craintes puisqu'une mésentente ou un divorce entraînerait une dégradation des relations de parenté. Par conséquent, les conflits risquent d'avoir des répercussions sur la santé de l'enfant dont les parents sont engagés dans un processus de divorce.

Les appellations ou termes par lesquels « ego » ou l'enfant de bas âge, c'est-à-dire le sujet de référence ou bien celui dont on parle, désigne chaque membre de sa parentèle se subdivisent en systèmes descriptifs et en systèmes classificatoires. Sur le plan descriptif, l'enfant désigne un de ses parents par la série des relations élémentaires qui le séparent de lui. Par exemple, « fils d'un tel » ou « fille d'un tel »; par contre, un terme classificatoire se réfère soit à des parents de même génération (*nɔ̃di* pour la petite sœur de la mère de l'enfant ou *nɔ̃gã* pour la grande sœur de la mère de l'enfant; *tɔ̃di* pour le petit frère du père de l'enfant ou *tɔ̃gã* pour le grand frère du père de l'enfant), soit à des parents appartenant à des générations différentes, voire de sexes différents (*tɔ̃gbui* pour un grand-père de l'enfant et *mamã* pour une grand-mère de l'enfant). Pour exprimer les notions de parenté en lien avec la fragilité de la santé des enfants de bas âge, les Agotimés utilisent les termes variés suivants :

Tsɔ̃evi ou orphelin traduit le caractère de ce qui est délaissé ou abandonné puis porté par une tierce personne. Le terme *tsɔ̃evi* vient de *tsɔ̃* qui veut dire porter, prendre quelque chose et *vi* (forme contractée de *evi* qui signifie enfant). D'où ce mot est utilisé pour signifier que la mère défunte ou le père défunt de l'enfant a quitté, abandonné, laissé ce dernier, puis il est repris par un autre membre de la famille. Ce qui montre habituellement le caractère délicat du statut social de l'enfant qui a pour corollaire dans la cosmogonie agotimée la fragilité de la santé de l'enfant. En l'absence des parents biologiques, ce sont les autres membres de la famille qui procurent des soins à l'orphelin. De toute évidence, cette situation est plus

complexe lorsqu'il s'agit d'un nouveau-né ou d'un nourrisson dont la mère décède lors de l'accouchement ou juste après l'accouchement.

Etivume est une expression courante utilisée, lorsque surviennent des événements tragiques lors de l'accouchement, qui dérive de trois mots : *eti* qui signifie demeurer, rester, *vu* qui veut dire sang et *me* (forme contractée de *eme* qui signifie dedans). Ce qui traduit l'idée d'un mort-né ou une femme qui meurt lors de l'accouchement, car le mort-né et sa mère sont généralement entourés du sang avant le décès. Par ailleurs l'expression *dziku dzikui*, qui traduit les décès consécutifs d'enfants, révèle le plus souvent une mère qui perd ses enfants dès le bas âge, c'est-à-dire, réfère aux faits simultanés de naître et de mourir.

Ces données ethnographiques issues de mon terrain chez les Agotimés viennent confirmer les résultats déjà obtenus par Rivière (1981a) chez les Ewe du Togo. En effet, selon lui, il faut au moins trois décès consécutifs d'enfants d'une même mère avant de se prononcer. Les mères interviewées pensent que les aînés décédés tentent d'entraîner avec eux leur cadet dans la mort. Ainsi, pour empêcher de pareilles tribulations, elles « achètent » le nouveau-né à ses frères défunts, et ce, en confectionnant sur les indications d'un devin, un *vosa* ou corbeille sacrificielle composée d'objets de la vie quotidienne : morceaux de tissu, peigne, boucle d'oreille, miroir, assiette, etc., et une somme d'argent. La mère va elle-même déposer les objets réclamés à l'endroit indiqué par l'oracle (*afa*). Si celui-ci révèle par l'intermédiaire du devin que la « rançon » est acceptée, on s'en tient là. On passe au cou du nouveau-né un collier de perles (*dzikui dzonu*) et on lui attribue un nom qui conjure la mort, tel que *Kutoglo* (la mort exagère), *Kuqasi* (la mort l'abandonne), *Kumasi* (ne pas fuir la mort), *Kudolo* (la cruauté de la mort est proverbiale), *Kumedzina* (c'est pour la mort que je l'ai engendré), *Kunake* (bois pour la mort). Si l'oracle se révèle, par géomancie, insatisfait on prépare une nourriture rituelle faite de pâte de maïs, d'œufs en quantité suffisante au nombre d'enfants défunts, de sel et d'huile de palme (symboles de la vie et du sang) que la mère répand sur le sol en sacrifice aux disparus. Parfois, on ajoute une scarification sur la joue gauche du bébé vivant et la mère s'astreint au respect d'interdits supplémentaires dictés par le devin. Si les mères de *dziku dzikui* veulent à nouveau enfanter, elles devront se soumettre à certains interdits. Par exemple, ne plus couper d'oignons directement sur la sauce, mais dans une assiette à part et les verser ensuite, sinon le couteau de la mort risquerait de frapper

directement le futur nouveau-né; la mère doit aussi se priver de la consommation de sel dans sa période de réclusion jusqu'à la sortie de l'enfant (*viḍeḍe ḍe go*), car le sel symbolise la vie comme le sang qui coule dans les veines. Les ancêtres dans l'au-delà n'en mangent pas. Mais à partir du jour de la sortie de l'enfant, sa mère peut en consommer avec lui jusqu'au moment où il « refuse le sel » (Rivière 1981a : 92), selon l'euphémisme par lequel on désigne un décès, il pourra devenir à son tour ancêtre et se réincarner. De nombreuses naissances considérées comme anormales et placées sous le signe de quelques divinités : le dieu de la foudre pour l'albinos (*gelesosi*) craignant la lumière intense; celui de l'eau pour les mongoliens (*təhəsʉ*); celui du fruit du rônier (*agɔ*) pour désigner des enfants qui présentent le siège lors l'accouchement et qu'on appellera *agɔsu* pour un garçon et *agɔsi* pour une fille; celui du messenger d'oracle *afa* pour ceux qui naissent avec le cordon ombilical autour du cou et qui porteront le nom de *bokənɔ* et récemment les enfants séropositifs dès la naissance (*dikanaku vi* pour dire qu'il est atteint d'une maladie qui fait maigrir dès sa naissance). Toutes ces situations font appel à des rites spéciaux.

Un autre terme liant le soin de l'enfant et la parenté est *Tɔvi*, ou « qui est issu d'une filiation agnatique ». Ce terme vient de deux mots : *tɔ* qui veut dire père et *vi* qui est la forme contractée de *evi* qui signifie enfant; d'où enfants du même père qui traduit le patrilignage. Par conséquent, ego pourra bénéficier de sa ligne agnatique des droits d'exploitation de la terre, de la protection de ses ancêtres paternels grâce au recours aux sièges ancestraux (*təgbuizikpui*) ou faire la connaissance des cultes protecteurs individuels et collectifs de sa lignée masculine, puis respecter les interdits alimentaires (*kənyinyi*). Si l'enfant réside dans la maison de son père, il est souvent la cible des coépouses ou des marâtres qui influent négativement sur sa santé et son bien-être psychologique. Parfois, certains enfants ne reçoivent pas des soins appropriés de la part de leur marâtre, d'après les propos des mères biologiques. Si l'enfant et sa mère résident ailleurs, il profite des soins de sa mère mais souffre de l'absence de son père. Cette situation crée des déséquilibres sur le plan sanitaire et psychique chez cette catégorie d'enfants.

Nɔvi ou « qui est issus d'une filiation utérine », cet autre terme vient de deux mots : *nɔ* qui veut dire mère et *vi* qui est la forme contractée de *evi* qui signifie enfant; d'où enfants de même mère qui traduit le matrilignage. Par conséquent, « ego » pourra bénéficier par ligne

utérine des droits d'exploitation de la terre, la protection de ses ancêtres maternels, et faire la connaissance des cultes protecteurs individuels et collectifs de sa lignée féminine, puis respecter les interdits alimentaires (*konyinyi*). Généralement, les enfants issus d'une même mère sont soudés par le lien maternel et résident ensemble avec leur mère biologique. Ce qui ne pose pas tellement de problèmes sur le plan sanitaire et affectif à condition que leur père soit avec eux sous le même toit. Ces enfants bénéficient des soins de leurs parents biologiques, de leurs frères et sœurs de la lignée maternelle ainsi que les autres membres de la famille. Dans le cas contraire, ils seront confrontés aux problèmes de santé et à l'absence d'affection de leur père.

Akogovi (de *akogo* qui veut dire « seul, unique » et *vi* qui est la forme contractée de *evi* qui signifie « enfant »; d'où l'idée d'enfant unique) est un autre terme qui renvoie à un enfant qui n'a connu ni frères ni sœurs pour plusieurs raisons telles que le décès des parents après sa naissance l'incapacité des parents à avoir une seconde naissance. Dans la conception des Agotimés, avoir un enfant unique réduit la chance pour ce dernier à être bien soudé par des liens de consanguinité horizontale. L'enfant unique n'a ni frère ni sœur à qui s'adresser en cas de besoin et tout se réduit à sa personne. Les soins des frères et sœurs faisant défaut, ce sont les autres membres de la famille ainsi que les parents biologiques qui s'en occupent. Ce qui a des conséquences sur son développement physique et son bien-être.

Ces appellations locales qui proviennent, d'une part, de mes données ethnographiques et d'autre part, de Rivière (1981a) sont importantes et permettent de comprendre non seulement les relations familiales et la santé de l'enfant, mais aussi les membres de la famille qui soignent chaque catégorie d'enfants. Elles constituent en effet des éléments empiriques qui permettent la compréhension des liens entre les soins familiaux et la santé des enfants de bas âge. Autrement dit, ces appellations illustrent, selon les praticiens traditionnels, « l'histoire de vie personnelle » des enfants, permettant ainsi de comprendre leur souffrance lors des consultations. Ce sont des facteurs qui interviennent le plus souvent dans le diagnostic de certains praticiens traditionnels tels que les « prêtres du *trɔ* » (*trɔnɔwo*) et du couvent (*bokɔnɔwo*), les devins, les *dzoto* et les « maîtres des cérémonies des sièges ancestraux » (*togbuizikpui*).

Nos données du terrain révèlent que le devin joue un rôle très important dans la recherche de l'inconnu ou des « maladies cachées ou invisibles ». Dans la pratique, c'est le *bokɔnɔ* (« prêtre d'un couvent », « prêtre-vodu » ou « prêtre-devin » selon la littérature) qui joue le plus ce rôle, car il utilise l'art de la divination le *Fa* ou *Afa*. En revanche, il est aussi fréquent d'observer des personnes communément appelées *nukpɔlawo* ou *nuwɔlawo* (voyants, devins) qui pratiquent la divination sans être dans un couvent. Pour Hounwanou (1984 : 76), « Le *Fa* se présente ainsi comme un système de divination dont seul le devin connaît le secret. [...] Il est utilisé dans les moments critiques de la vie tels que : maladies graves, décès, naissances, mariages etc. » Pour ce qui relève de notre ethnographie, le *Fa* est une institution composée de trois notions : le système religieux, l'objet de culte (par exemple, les cauris, les graines de palmier ou les petits cailloux) et le système divinatoire. On distingue dès le départ un certain nombre de signes mères (*dougã*) et chaque signe est constitué d'autres signes secondaires (*douvi*). Derrière chacune des combinaisons possibles (*kpɔli*) se cache des contes, des légendes, des proverbes, des chansons, le malheur, le bonheur, les maladies, etc. Chaque signe est lié à une étoile, d'où la relation de tous ces éléments avec le cosmos.

Selon Hounwanou (1984) et Maupoil (1961), les signes mères ou arcanes majeurs sont au nombre de 16 et les maisons qui constituent des maisons célestes en géomancie sont aussi au nombre de 16. Les signes secondaires sont au total 240. La passation des seize signes dans les seize maisons donne au total $16 \times 16 = 256$ possibilités de types humains ayant chacun ses spécificités et caractéristiques particulières. Aussi, le *Fa* fait appel à beaucoup de rites et sacrifices qui sont « [...] destinés à accroître l'effet de certains signes et par là, soigner ou prévenir des maladies, des indispositions ou même épargner bien de dangers redoutables » (Hounwanou 1984 : 99).

4.3.2 Habilitation de la parentèle

En fonction de l'âge de l'enfant, une catégorie de femmes de la parenté est habilitée à pratiquer les soins tels que : la toilette, l'allaitement, l'alimentation, la prise de médicaments, etc. En effet, le soin est destiné à protéger ou à soigner l'enfant durant toute sa vie d'enfance et cette responsabilité revient surtout aux femmes dans la famille. Elles apportent de différentes manières leur savoir-faire en matière d'entretien, de protection contre les agressions extérieures ou des maladies imprévisibles. Toutefois, l'apport de ces femmes est

généralement fonction du besoin qui se présente, de leur statut social, de leur expérience en matière de procréation et de leur dévouement pour la cause familiale. Par conséquent, toutes les femmes de la famille paternelle ou maternelle ne sont guère habilitées à exercer certaines pratiques liées aux soins des enfants de bas âge. L'entretien du corps du nouveau-né après l'accouchement est ainsi habituellement réservé à une catégorie de femmes qui ont déjà donné naissance à au moins un enfant. Une mère donne les explications suivantes :

Pour laver un nourrisson par exemple, cela dépend de l'issue de l'accouchement. Pour mon cas, c'est ma belle-mère qui s'en occupe pour le moment... Elle prend l'enfant, nettoie d'abord sa tête, puis son corps, passe l'éponge, passe de l'eau tiède au niveau du nombril de l'enfant et au niveau de son pénis pour enlever les déchets, etc., comme je l'ai dit pour mon cas présentement, c'est ma belle-mère. (Mère 4)

Ces femmes peuvent aussi se relayer de temps en temps dans l'exécution des tâches puisqu'elles sont habituellement touchées par d'autres tâches et activités domestiques pénibles. Ainsi, une mère a reçu de l'aide de la part de sa mère et de sa belle-mère, comme on peut le constater dans le discours suivant d'une mère :

[...] en ce qui concerne la toilette de l'enfant, laver proprement les habits de l'enfant et bien veiller à son alimentation. De temps en temps, préparer la tisane avec l'écorce de la plante « melonkou » qu'on expose au soleil pendant au moins deux semaines. Quand c'est bien sec on y ajoute « etso », le gingembre, le piment, le clou de girofle, « eyi »; on prépare tout ensemble et après on torréfie le sucre et on verse la tisane dessus. Le mélange est mis dans un biberon qu'on donne à l'enfant [...] si l'enfant souffre des plaies internes, ou n'est pas bien portant, cela l'aide à retrouver sa santé. C'est ce que je fais d'habitude à mes enfants. [...] ma mère qui m'aide pour tout cela, ma belle-mère aussi m'a aidé pour la toilette de mes nourrissons jusqu'à un moment et j'ai pris la relève. (Mère 10)

Juste après la naissance, une tierce personne *tasi* (tante paternelle) s'occupe du placenta (*amenɔ* ou « mère de l'individu ») et du cordon ombilical (*axoka* « corde du nombril ») ainsi que de la toilette du nouveau-né et de sa mère à l'aide d'eau et de savon. Le placenta est souvent enterré dans un endroit humide tout près de la toilette (*tsilekpɔ*) dans un trou creusé par une femme souvent inféconde afin de lui attirer le bonheur d'avoir un enfant. Toujours est-il que l'enterrement du placenta et du cordon ombilical doit être fait par une des femmes de la lignée maternelle ou de la lignée paternelle de l'enfant qui doit être de préférence inféconde. Le lien symbolique entre le lieu humide et le placenta est d'attirer le bonheur pour

que l'enfant ait un caractère paisible et favoriser les naissances ultérieures chez sa mère. Même si la mère accouchait dans un centre de santé, on ramènerait toujours le placenta à la maison pour l'enterrer. Ci-dessous un extrait d'entrevue avec une accoucheuse qui travaille dans un dispensaire :

Pour faire l'accouchement, il faut le couteau, mettre le ruban, deux pinces, les ciseaux, plateau, balance, gans stériles, eau de javel, alcool, coton, pince, savon, habit du bébé et les pagnes que les mères amènent... il faut préparer aussi certains produits si c'est nécessaire. [...] en cas de complication, on évacue vers les hôpitaux [...] le placenta, on donne aux parents. (Pers. 1)

Dès les premiers mois, ce sont souvent les belles-mères (*l̃xo*) et les tantes (*tasi, nɔ̃di, nɔ̃gã*) qui s'occupent de la toilette du nouveau-né, y compris le massage de la tête et le façonnage du corps. Elles sont surtout sollicitées pour donner d'ultimes conseils à la nouvelle mère surtout lors de sa première grossesse et aident l'accouchée à faire ses toilettes. Cette dernière doit ainsi se laver deux ou trois fois par jour, puis s'asseoir matin et soir sur un pot d'eau bien chaude pour favoriser une cicatrisation rapide des plaies dues à l'accouchement. Par conséquent, les belles-mères et les tantes ont pour rôle de fournir de l'eau chaude à l'accouchée pour ses bains et de l'eau tiède pour sa toilette. Les autres membres des familles telles que les sœurs utérines ou agnatiques lui préparent également de la nourriture spéciale pour qu'elle retrouve rapidement son énergie vitale afin de bien nourrir son bébé au lait maternel.

Quand l'enfant commence par grandir, au-delà d'un mois par exemple, la mère se charge de la toilette de son bébé et quand il atteint les trois mois, tout l'entourage familial commence par s'occuper des soins de l'enfant. La belle-mère et sa bru, les tantes, les sœurs, etc., participent pleinement à toutes les pratiques destinées à protéger ou à soigner l'enfant. Ainsi, à partir de trois mois, les rôles prescrits à certains membres de la parenté, relativement au soin du nourrisson, ne sont plus fixes (la prescription cesse). Même si les hommes y compris le père biologique semblent être à l'écart, ils y participent en approvisionnant la maison des denrées alimentaires et se chargent des dépenses liées aux soins de santé de la mère et du nourrisson.

Après le sevrage partiel de l'enfant, vers l'âge d'un an et demi, l'enfant est soumis à des suppléments alimentaires jusqu'au terme du processus du sevrage qui sera définitif. Durant cette période, la mère biologique, les tantes, les belles-mères, les frères et sœurs de l'enfant (s'il y en a) et les autres membres de la parentèle encouragent l'enfant à consommer la bouillie pour enfant (*devi dzogbo*) ou des aliments solides. L'enfant peut ainsi être porté au dos par tout le monde pour soulager un peu la mère qui commence par être fatiguée. De même, n'importe qui de l'entourage familial peut se porter volontiers à s'occuper de la toilette, de l'alimentation, de l'habillement, de la préparation des tisanes ou des infusions en cas d'indisponibilité de la mère (maladie, commerce, travaux champêtres). Ceci dans l'optique d'amener l'enfant à se détacher progressivement de sa mère. Mais à peine avait-il besoin de l'affection de leur mère, certains enfants refusent catégoriquement de la quitter et d'être soignés par une tierce personne. C'est ce que rapporte une mère à propos des soins que son mari et sa sœur aînée ont fournis à son enfant :

Comme pour le cas d'une femme qui vient d'accoucher, on se fait aider par les autres membres de la famille. Ma sœur aînée a pris l'habitude de mettre un foulard et un chapeau sur la tête de mon enfant, les chaussettes au niveau de ses pieds, l'habiller correctement pour que l'air ne le dérange pas, n'aime pas le laisser sous le sol sans culotte quand il a commencé par s'asseoir et le lave toujours avec de l'eau chaude. Elle le couvre souvent avec les pagnes. Parfois, c'est mon mari qui l'habille. Il arrive des moments où il le porte au dos. Mais il arrive souvent qu'il refuse de s'éloigner de moi en pleurant. (Mère 22)

Vers trois ou quatre ans, la mère commence par avoir une autonomie et peut laisser son enfant chez l'une de ses sœurs, sa belle-mère, sa mère ou chez une voisine pour aller vaquer à ses occupations. L'enfant est suivi par tout le monde même en dehors de la famille puisque tous les membres du village ont un regard attentif sur son état de santé et de son bien-être. Une moindre défaillance met les parents biologiques devant leur responsabilité vis-à-vis des soins donnés à l'enfant. En réalité, cette responsabilité bien qu'elle soit collective engage le plus souvent les femmes si l'on se réfère au rite de lavage de la jeune mère après sa première naissance. Cette pratique rituelle, même si elle est en voie de disparition, modèle d'une manière ou d'une autre la vie des mères quant au soin à donner à l'enfant pour préserver sa santé. Il se produit un transfert de responsabilité intériorisée par les mères qui luttent sans cesse pour une meilleure santé de leur enfant, qu'elles aient subi le rite de lavage après la première naissance ou non.

Si la circoncision pour le petit garçon et la percée de la partie externe et visible de l'organe de l'ouïe chez la petite fille se font aujourd'hui dans les dispensaires et hôpitaux, quelques jours après la naissance de l'enfant, elles se faisaient souvent en famille par un guérisseur traditionnel. Le choix est souvent porté sur un spécialiste membre de la famille qui est habituellement un homme. En cas d'absence de spécialiste dans la famille, on fait appel à des spécialistes d'autres familles ou des spécialistes ambulants. Même si le choix des parents s'oriente de plus en plus vers les dispensaires et hôpitaux, les guérisseurs traditionnels et certains agents de santé circoncisent les petits garçons et percent les oreilles des petites filles dans leur maison familiale ou chez eux. Mais à première vue, il est difficile de distinguer une circoncision faite à domicile d'une circoncision faite dans un centre de santé, car les bandes et les compresses sont à la portée de tout le monde. De même, il est difficile de distinguer une percée faite à domicile d'une percée faite dans un centre de santé puisque la ficelle insérée dans le trou est habituellement noire. Néanmoins, les produits utilisés pour que les plaies se cicatrisent rapidement varient d'un spécialiste à un autre. Dans tous les cas, personnel de santé publique et guérisseur traditionnel y trouvent leur compte, étant donné que ces pratiques quittent de plus en plus la sphère familiale vers un champ un peu plus vaste hors de la famille. La percée des oreilles est devenue une pratique chirurgicale et une pratique médicinale (souvent accompagnée de rituels) non gratuites, respectivement pour le personnel de santé publique et pour les guérisseurs traditionnels.

S'agissant de l'allaitement, la mère doit d'abord allaiter son enfant nourri uniquement au sein dans les six premiers mois; ensuite, la tétée est complétée plus tard par une bouillie et d'autres aliments solides. Cependant, si la mère constate qu'elle a un retard ou un déficit de sécrétion après l'accouchement, elle fait appel aux autres mères de la famille maternelle. Toujours est-il que la famille maternelle représente la première ressource à laquelle elle fait appel avant de recourir à la lignée paternelle. Encore faut-il savoir que la grande sœur ou la petite sœur de la femme est généralement sollicitée pour donner le sein au nouveau-né, à la seule condition qu'elle soit une mère dont les seins sont remplis de lait, c'est-à-dire une mère allaitante. Dans ces conditions, le nouveau-né est bien reçu par la grande sœur ou la petite

sœur de la femme et il peut appeler ses tantes maternelles aussi mères³². De même, en cas de décès de la mère, le bébé est confié aux sœurs utérines pour être allaité. Mais il existe des situations quelque peu exceptionnelles où l'enfant est confié à une femme de la lignée paternelle. Une tutrice âgée de 47 ans qui prit en charge un garçon 2 ans, dont le père et la mère ont voyagé, donne des explications ci-dessous :

Il y a une grande différence entre ce qui se faisait dans le passé et ce qui se fait aujourd'hui. Maintenant, on parle de l'allaitement exclusif pendant 6 mois avant de donner de l'eau à boire à l'enfant, mais avant ce n'était pas comme cela... si on donne uniquement le lait en boîte à l'enfant il ne sera pas intelligent. C'est pourquoi on s'arrange pour que la sœur d'une mère décédée puisse donner son sein à son enfant. S'il y en n'a pas on peut chercher dans la famille paternelle du nourrisson orphelin de mère. (Mère 28)

Dans tous les cas, la lignée paternelle participe également au soin de l'enfant en octroyant des biens en nature à l'attention de la femme qui allaite l'enfant. En réalité, il est souvent difficile de donner un enfant, qui a déjà goûté le lait de sa mère, à une autre femme pour l'allaiter puisqu'il refuse parfois d'accepter un autre sein, alors qu'un nouveau-né qui a perdu sa mère lors de l'accouchement ou juste après n'éprouve aucune réticence. Deux enfants utérins dont la mère biologique est en vie peuvent s'affirmer être du même sein, ou ayant bu le même lait. Ce n'est pas la même chose pour un enfant qui a été allaité par une autre femme, du fait que sa mère biologique a connu un déficit de sécrétion de lait après l'accouchement. La tutrice énoncée précédemment termine ses propos de la manière suivante : « [...] mais l'union est impossible entre les enfants, biologiques et l'orphelin ou l'enfant dont le sein de la mère ne coule pas, qu'une seule mère avait allaité. Ils sont liés par le même sein. » En effet, selon la norme sociale, le lait maternel vient en complément à la matrice (utérus) pour concrétiser le lien inaliénable entre deux utérins. Toutefois, comme chez les Bobos du Burkina Faso (Alfieri 2000), la parenté de lait existe chez les Agotimés. Le lien de mariage entre les enfants qui ne sont pas frères ou sœurs et qui ont été allaités par une même femme ne peut s'établir, parce qu'ils sont devenus frères ou sœurs de lait ou de sein.

³² Chez les Agotimés, les tantes paternelles jouent souvent le rôle de père et adoptent une attitude tendue envers leurs neveux et nièces.

Sous l'influence de la scolarisation, des médias (radios et télévisions), du christianisme et du progrès des services sanitaires, une certaine mutation s'est produite. Elle est marquée surtout par une plus grande fréquence des accouchements en maternité, la limitation de l'intervention des accoucheuses aux cas d'accouchement imprévu ou loin des dispensaires, l'amélioration des conditions d'hygiène dans l'accouchement lui-même, dans la toilette et la manipulation du bébé. À noter que l'usage de talc pour les nourrissons, auparavant accepté par les responsables sanitaires, est de plus en plus déconseillé parce qu'il cause selon eux la toux, alors qu'il joue le rôle de produit dermatologique pour les mères. La majorité des mères s'oppose à ce qu'on utilise le lait de vache pour les nourrissons au risque que l'enfant adopte un comportement animal, selon les mères. L'une d'entre elles donne la précision suivante : « Selon moi, les enfants qui ont bu le lait de vache ont souvent un comportement bizarre; ils ne sont pas calmes, mais agités comme les animaux. » (Mère 22). Ces conceptions influencent actuellement fortement la mémoire collective, mais des mères ayant un retard ou un déficit de sécrétion de lait n'hésitent pas, sur conseil médical, à donner le biberon avec du lait en poudre ou en boîte supposés provenir des seins de vache. D'une amélioration de l'hygiène résulte une diminution sensible de la mortalité pendant la petite enfance, mais il faut reconnaître que l'évolution n'affecte pas tellement les populations rurales.

4.3.3 Influences de la parenté sur la santé des enfants

Le mode d'organisation sociale de la communauté est de type lignager où le patriarcat domine la structure sociale. La culture se renouvelle par un mécanisme de transmission : d'une part, la transmission de base qui permet à l'individu membre de la localité une assimilation presque totale des connaissances de la génération précédente; d'autre part, il y a une transmission qui est réservée uniquement aux « élites »; ce qui démontre ainsi le caractère secret ou ésotérique de certaines connaissances. Aussi, les familles jouent-elles un rôle très important dans la formation de la personne. Chaque famille a des conceptions qui encadrent et orientent les enfants. En agissant sur eux, les familles ont des conceptions qui déterminent les normes de comportement, les valeurs morales et culturelles, les prestations, les ambitions et les jugements sur les événements, les sujets, l'individu, etc. Tout cela détermine alors les relations familiales et parentales. La famille développe un climat

d'affection et les formes de familles qu'on observe généralement sont les familles étendues qui peuvent être soit monogames, soit polygames.

La parenté joue un grand rôle dans l'organisation sociale, car chez les Agotimés c'est dans les familles que se concrétise l'organisation sociale de la parenté. Le terme *fome* ou famille dans la conception des Agotimés est issu de deux mots : *fo* qui veut dire rassembler et *me* (c'est la forme contractée de *Ame* qui veut dire Homme). C'est alors un groupe de personnes reliées par le sang, l'alliance ou l'adoption qui résident habituellement ensembles. Ainsi, la famille étendue est la forme générale qui génère des familles élémentaires par le lien du mariage endogamique ou exogamique. Mais l'union sexuelle entre personnes apparentées est interdite puisque cela traduit ce que la population appelle *alɔkpli* ou l'inceste. Si l'on enfreint ces règles, il faut alors procéder à un rite propitiatoire. La forme de mariage la plus répandue dans le passé était la polygamie, mais aujourd'hui ce sont les riches et les plus puissants qui sont en mesure d'entretenir les familles polygames et la majorité fait le choix d'une union monogame. La femme ou la coépouse est aussi une nouvelle possibilité d'enrichissement supplémentaire de son mari, car elle et ses futurs enfants constitueront une nouvelle force productive de la « petite production marchande agricole » (De Sardan 1995 : 116). Ces derniers interviendront en effet dans les travaux champêtres. En plus des activités agricoles, les coépouses exerceront également des activités commerciales. Cette situation était dans le passé très avantageuse pour les hommes et les encourageait à épouser plusieurs femmes. Mais aujourd'hui, cette pratique est en voie de disparition. Toujours est-il que l'enfant constitue une richesse ou un soutien pour une femme puisque par-delà les vivants, la femme appartient à l'ancêtre et au-dessous de lui, elle est soudée à ses descendants qui sont ses enfants. Une de mes interlocutrices justifie cette représentation de l'enfant par les mères agotimées de la manière ci-dessous :

L'enfant est une richesse. Si je suis de passage quelque part et qu'on m'appelle la mère de Yao, c'est une grande fierté pour moi. Si je ne mets pas au monde un enfant on appellera directement par mon nom et je n'aurais aucun honneur. Ce n'est même pas bon de ne pas avoir au moins un enfant parce que certains peuvent t'insulter à cause de ça. Par exemple, si c'est qu'après mon mariage je n'ai pas eu d'enfants, les membres de la famille de mon mari ne m'aimeront plus. (Mère 1)

Donc, ne pas avoir d'enfants est aussi grave que l'absence de parents biologiques. C'est pourquoi, plus la femme donne naissance à des enfants, plus elle pense recevoir de l'aide plus tard de sa progéniture³³. Un praticien traditionnel décrit les tâches quotidiennes d'une femme agotimée de la manière suivante :

En effet, elles ont beaucoup de travail à faire, mais ce n'est pas visible... par exemple, moi je suis cultivateur et j'ai fait un programme avec ma femme qui me permet de la devancer; je suis parti au champ pour travailler. Elle, cependant, doit aller chercher de l'eau, balayer la cour et les chambres, préparer de la nourriture, etc. avant de me rejoindre au champ... si elle arrive au champ aussi, elle n'est pas toujours libre, parfois même elle a un enfant, elle va travailler longtemps avant de regagner la maison le soir avec son mari. De retour du champ, c'est elle qui porte la plus grosse charge... arrivée à la maison, peut être moi son mari je suis allé boire de la boisson avec mes amis ou bien je me repose dans une balançoire... alors, c'est elle encore qui retour encore à la cuisine pour préparer le repas du soir sans oublier que c'est elle qui s'est levée la première le matin. (Prat. 1)

En revanche, cette pensée n'est pas seulement le reflet du comportement reproductif des femmes, mais aussi la décision de leur mari à agir sur la vie sexuelle de ces dernières. Les hommes exigent en effet des femmes un certain nombre d'enfants pour se faire valoriser dans la société sous la pression des tantes paternelles qui obligent leurs frères à avoir beaucoup d'enfants. Si la première ne peut pas donner naissance à plusieurs enfants et qu'elle tombe souvent malade, l'homme doit prendre une nouvelle femme pour satisfaire les exigences de ses sœurs. Cette pression sociale, assez répandue dans l'Afrique subsaharienne (Ela 1998), a une incidence sur l'indice de fécondité qui traduit le nombre moyen d'enfants qu'une femme peut avoir durant sa vie génésique et qui est très élevé chez les populations des différents pays au sud du Sahara et surtout dans les milieux ruraux (Population reference bureau 2016).

En somme, les relations d'alliance et de consanguinité jouent un rôle fondamental sur la santé et le bien-être des enfants de bas âge chez les Agotimés du Togo. Que ce soit l'entretien du corps de l'enfant, la recherche de plantes médicinales en cas de maladie ou l'alimentation de l'enfant, chaque membre de la lignée paternelle et de la lignée maternelle y contribue en fonction de sa responsabilité dans la famille ou dans le lignage. L'exclusion d'un membre de la lignée paternelle ou de la lignée maternelle n'est pas tolérée, car elle est source de malaise

³³ L'enfant, chez les Agotimés, est considéré comme un facteur de production.

au sein de la famille qui peut ne pas être bénéfique pour la santé de l'enfant en question. La participation de tous les membres de la famille crée une harmonie autour de l'enfant, symbolisant ainsi son intégration parfaite dans le groupe social qui l'a vu naître.

Chez les Agotimés du Togo, comme dans la plupart des sociétés africaines, la toute petite contribution d'un membre de la famille dans le maintien ou le rétablissement de la santé d'un enfant de bas âge paraît simple. En effet, en tout temps, que ce soit dans l'unité domestique, au dispensaire, à l'hôpital, chez un guérisseur traditionnel ou dans un endroit quelconque, au moins un membre de la famille reste au côté de la mère de l'enfant pour lui apporter son aide. Mais cette contribution qui s'impose à l'esprit de chacun des potentiels participants de façon indiscutable masque une réalité qui est celle de la santé de l'enfant et à travers lui la pérennisation des liens de consanguinité et d'alliance. Le maintien des meilleurs rapports de parenté détermine alors une meilleure santé de l'enfant puisque les rapports conflictuels au sein d'une même famille ou du lignage sont porteurs de malheurs qui peuvent influencer la santé de tous ses membres y compris l'enfant. Pour ces populations, en effet, la santé d'un enfant ne se limite pas au bien-être du corps physique, mais tient compte d'un certain nombre de paramètres sociaux qui font appel aux liens de parenté. En outre, une nouvelle naissance dans une unité domestique signifie sa soumission aux divinités ancestrales de son père et de sa mère. Par conséquent, les rapports de parenté et d'alliance tiennent compte des relations que les parents biologiques entretiennent avec leurs ancêtres à travers les divinités (*trɔ̃wo*) ou les sièges ancestraux (*Togbuizikui*) de la lignée paternelle et de la lignée maternelle. De toute évidence, si les relations avec ces divinités ne sont pas bonnes, cela peut remettre en cause la santé et le bien-être psychologique de l'enfant. Généralement, ce sont des maladies qui montrent les limites de la biomédecine puisqu'elles ne sont pas traitables, selon les mères, dans les dispensaires et les hôpitaux. Ce sont des maladies communément appelées « maladie de maison » (*Afeme fe do*). Une jeune mère ayant perdu sa première naissance après avoir fait le tour des hôpitaux et des dispensaires affirme :

Les maladies que les médecins ne peuvent plus traiter sont des maladies spirituelles. Vous allez plusieurs fois dans les hôpitaux et finalement on dit qu'on ne peut rien faire. Alors, il faut déduire que c'est une maladie spirituelle. Par exemple, tu vas pour accoucher et on dit qu'on ne peut le faire au centre de soins du village, mais d'aller à l'Hôpital de Kpalimé; là, c'est un processus normal,

mais au cas contraire c'est une autre chose; soit il faut prier, soit avoir recours aux praticiens traditionnels. (Mère 6)

Beaucoup sont celles qui ont vécu des situations similaires et elles sont nombreuses à se mettre d'accord sur l'impuissance de la biomédecine devant certaines maladies des enfants de bas âge. Mais si elles n'arrivent pas à sauver la vie de leurs enfants grâce aux pratiques médicinales ou rituelles familiales, ce sont les guérisseurs traditionnels qui leur apportent finalement une aide précieuse. Un véritable parcours de combattant des mères qui n'ont qu'un seul but qui est celui de rétablir la santé de leur enfant malade, peu importe le lieu de recours. Encore faut-il ajouter que les mères mènent une forte lutte contre l'infécondité primaire ou secondaire où dans la plupart des cas, ce sont les praticiens traditionnels qui leur apportent une aide après avoir fait le tour des hôpitaux et des dispensaires. En réalité, les femmes agotimées souffrent de diverses formes d'infécondité dont certaines sont plus faciles à identifier que d'autres.

Conclusion du chapitre

La question principale qui guide la présente recherche consiste à se demander s'il y a une place pour la médecine traditionnelle de soins de santé infantile dans le système de santé publique au Togo. Pour répondre à cette question, ce chapitre a permis de présenter les savoirs locaux en matière de soins pour un meilleur développement physique et mental des enfants. Ce qui débouche sur la puériculture qui est enseignée par les agents de santé dans les dispensaires. En outre, j'ai montré le lien qui existe entre le soin destiné aux enfants de bas âge et la parenté.

L'analyse des savoirs locaux pour un développement physique et mental de l'enfant de bas âge montre une différenciation selon le sexe de l'enfant durant les séquences de toilettes, surtout lors du massage du corps du bébé. La mère masse le corps de l'enfant en commençant par la tête et selon qu'il s'agit d'une fille ou d'un garçon, le massage des autres parties du corps vise un but esthétique ou de vigueur. Mais diverses pratiques des mères au moment des toilettes, bien que toujours courantes et approuvées par certains guérisseurs traditionnels, sont déconseillées par le personnel de santé publique. Par exemple, l'utilisation de l'eau chaude ou des objets chauds pour masser certaines parties du corps de l'enfant; la pratique de la toilette intime chez les enfants de bas âge, au risque d'endommager les organes sexuels

de l'enfant, comme l'hymen chez la fille. Si les mères et les guérisseurs traditionnels de la localité justifient le massage par l'utilisation d'un adoucissant qui apaise les irritations de la peau, stimulant ainsi le sommeil chez l'enfant, le personnel de santé publique s'y oppose sans donner aucune justification. De même, le fait que les enfants restent pratiquement toute la journée en contact avec le sol, les mères trouvent que la toilette intime pour les enfants est nécessaire afin d'éliminer les « déchets » autour du sexe de l'enfant, alors que le personnel de santé publique est contre cette pratique. Dans tous les cas, toutes ces pratiques traditionnelles de soin de la petite enfance qui sont décrites dans ce chapitre côtoient les nouvelles pratiques de puériculture enseignées par le personnel de santé publique dans les dispensaires et les hôpitaux. Toutes ces pratiques de soins énumérées par les mères et tutrices ont permis d'atteindre mon premier objectif spécifique, même s'il faut reconnaître que certaines pratiques traditionnelles de soins ne sont pas acceptées par le personnel de santé publique. Ce sont donc les pratiques traditionnelles de soins infantiles existantes et reconnues par les Agotimés pour la santé des enfants dès le bas âge. Ces pratiques de soins respectent, selon mes répondantes, des normes relatives à l'hygiène et à l'entretien de l'enfant.

Il ressort également de cette analyse que la puériculture qui est enseignée dans les dispensaires vient en complément des connaissances déjà acquises par les mères de génération en génération sur la pratique des soins aux enfants de bas âge. Mais la puériculture dans les dispensaires est adaptée au contexte local, car elle s'appuie sur le côté rationnel de la médecine traditionnelle. Ce résultat est donc l'une des contributions au second objectif présenté au début de l'introduction de ce chapitre.

Pour le cas particulier de l'allaitement exclusif au sein durant les six premiers mois après la naissance que recommandent l'OMS et l'UNICEF, il est plutôt souhaitable de mettre de l'eau potable à la disposition des populations rurales pour éviter les maladies chez le nourrisson. En effet, les principales sources d'eau des populations rurales agotimées sont les suivantes : eau de pluie, puits à ciel ouvert, rivière, etc. Néanmoins, l'allaitement au sein est la règle pour pratiquement tous les enfants, quelle que soit la source d'eau et se prolonge en moyenne jusqu'au second anniversaire. De même, ceux qui sont allaités jusqu'à l'âge de trois ou quatre ans ne sont pas nombreux. L'ingestion de l'eau commence très tôt avant un mois et l'introduction de l'alimentation mixte commence très tôt avant quatre mois, mais un nombre

infime d'enfants ne reçoivent pas des suppléments alimentaires avant l'âge de six mois. Plusieurs mères et tuteurs suivent des conseils sur les suppléments nutritionnels au dispensaire lors de la pesée, mais en dehors de celle-ci, peu fréquentent les dispensaires locaux sauf en cas de maladie grave de leur enfant.

La couverture vaccinale des enfants de moins de cinq ans est restée faible selon les propos des agents de santé. Beaucoup de mères ont du mal à respecter les calendriers de vaccination et certaines sont très hésitantes vis-à-vis de ces vaccins, parce qu'elles craignent la modification du corps de leurs enfants par des antigènes et surtout quand l'enfant n'a pas encore subi le rite de sortie (*vide de go*) pour se libérer de son « corps asocial » qui est dans sa phase transitoire entre le monde des vivants et le monde des ancêtres. Ce qui pose un problème de gestion qualitative de la santé des enfants, car les notions qui interviennent le plus souvent dans l'éducation sanitaire des mères sont considérées comme étant des principes universels (Jaffré 1990). Il est donc important de concilier les savoirs thérapeutiques traditionnels et les connaissances pédiatriques ou puéricultrices en vue de permettre au personnel de santé publique de mieux comprendre les attentes et préférences des mères.

Toutefois, certaines méthodes ou pratiques traditionnelles de soin de santé aux enfants de bas âge sont souvent accompagnées de rites sociaux. En effet, chez les Agotimés du Togo, plusieurs rites interviennent dans la préservation de la santé et la recherche de guérison des enfants de bas âge. C'est ce qui fera alors l'objet du chapitre suivant.

Mais avant d'aborder le chapitre suivant, retenons que la partie consacrée au lien entre les soins des enfants de bas âge et la parenté énonce d'abord quelques aspects du système de parenté chez les Agotimés du Togo. Ensuite, elle a permis d'identifier les personnes qui sont habilitées à intervenir dans les soins de santé des enfants de bas âge. L'objectif poursuivi dans cette partie est l'identification des différentes formes de soutien qu'une femme ou un enfant de bas âge peut recevoir de la part des autres membres de la famille élargie ou du lignage et selon quelles modalités. Ainsi, l'on a pu comprendre qu'au-delà des tâches ordinaires qu'exécute l'entourage familial lorsqu'une femme donne naissance à un enfant, certaines femmes sont particulièrement responsabilisées pour apporter leur aide à la mère ou à l'enfant. Par exemple, un nouveau-né ou un nourrisson qui doit être allaité alors que sa mère décédait; une mère qui souffre d'un retard ou du déficit de sécrétion après

l'accouchement fait appel aux autres mères de la famille maternelle. De plus, des limites sont liées à ses multiples formes de responsabilité parentale qui surviennent le plus souvent quand une personne à responsabiliser dans la famille est manquante. Dans ce cas, l'idée de trouver une autre personne en dehors de la sphère familiale émerge. Habituellement, les époux et les autres personnes de sexe masculin sont considérés comme ignorants, puisque dans l'imaginaire social ce sont les femmes qui savent quoi faire en matière de soins destinés aux enfants de bas âge (Saillant 2001).

La parenté joue évidemment un rôle capital dans la santé des enfants de bas âge et en même temps intervient dans la régulation des normes définies par la société elle-même. En effet, une meilleure organisation de leur système de parenté leur permet d'identifier les hommes et les femmes habilités à intervenir dans les soins concernant l'enfant. Mais l'autonomie plus ou moins grande des femmes de la localité leur permet de ne pas suivre certaines prescriptions normatives. En réalité, leur statut social joue un rôle très important dans la capacité d'une mère à mobiliser une aide en matière de soins pour leur enfant. Le système de parenté participe dans l'attribution des rôles aux femmes issues des matrilignages ou patrilignages habilités à intervenir dans le soin d'un bébé en cas d'absence provisoire ou du décès de la mère. Le statut social des femmes ainsi que le caractère élargi de la famille ou du lignage sont déterminants dans la capacité d'appel à l'aide des femmes en difficulté, ou des nouveaux-nés, orphelins de mère en quête d'une seconde mère. Ainsi, de nouvelles formes de soutien qu'une femme ou un enfant de bas âge peut recevoir de la part des autres membres de la famille élargie ou du lignage apparaissent pour assurer une meilleure santé aux enfants.

Même si ces formes de régulations sociales vis-à-vis des femmes et des enfants en difficulté existent toujours, le personnel de santé publique sur place y apporte sa contribution à travers les conseils qu'il donne aux mères en difficulté. Par exemple, ils prescrivent généralement aux mères qui ont un déficit de sécrétion ou d'absence de lait maternel le lait artificiel vendu dans les pharmacies situées dans les villes éloignées des villages. Il est donc clair qu'en l'absence des membres de la parentèle le personnel de santé publique intervient aussi dans le social qui s'ajoute aux multiples charges déjà existantes.

Dans les villages agotimés où j'ai réalisé mon étude, ce sont les Organisations non gouvernementales (ONG) et Associations qui viennent en aide aux mères et orphelins en

difficulté financière. La plupart des mères ont eu des difficultés de sécrétion de lait maternel après leur première naissance. De même, beaucoup d'enfants ont perdu leur mère soit en couche soit quelques jours après l'accouchement. Ces situations malheureuses sont dues pour la plupart à l'état défectueux de la route qui mène vers l'hôpital le plus proche en cas de complication lors de l'accouchement et dans une certaine mesure aux manques de moyens financiers pour la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. Même si les cas de césarienne sont pris en charge par l'État togolais, beaucoup reste à faire en matière d'amélioration de l'efficacité de la politique de subvention de la césarienne et surtout en milieu rural (Ministère de la santé 2012). Au Togo, la majorité des ONG et Associations sont dans les centres urbains et leurs actions envers les populations les plus démunies sont très limitées. Ce constat suscite alors des interrogations relatives à l'alimentation des enfants de bas âge de manière générale et surtout la relation entre l'apport en alimentation des enfants et la santé. La connaissance de la situation alimentaire des enfants de bas âge du milieu étudié permettra par la suite de cerner le lien entre l'alimentation et la santé des enfants concernés par cette étude. Mais bien avant cela prenons connaissance des rites sociaux et la santé des enfants.

CHAPITRE 5 :

rites sociaux et santé des enfants

Introduction du chapitre

Le présent chapitre ambitionne d'atteindre le premier objectif spécifique de cette thèse, tel proposé dans le chapitre 3, à savoir identifier les pratiques rituelles de soins infantiles pour la santé des enfants dès le bas âge chez les Agotimés. En effet, la question de l'influence des facteurs sociaux et culturels sur la santé et le bien-être des enfants, tel qu'on l'observe chez bon nombre d'enfants des sociétés non occidentales, est intrinsèquement liée à l'existence d'une multiplicité de rites dans ces sociétés. D'origines très diverses, certains interviennent directement ou indirectement dans la vie d'un individu pendant la première enfance et révèlent des structures semblables quant à leur forme et leur contenu. Ces cérémonies solennelles inscrites dans la vie sociale ou religieuse des villageois contribuent soit à préserver la santé de l'être en devenir depuis l'étape embryonnaire jusqu'à la vie d'enfance, soit à lutter contre les maladies ou les maux d'enfance. Dans une société où le culte des ancêtres et la divination sont deux composantes fondamentales des pratiques religieuses, il est fréquent de voir les parents accompagner leurs enfants devant les divinités ancestrales ou les *trɔ̃wo* pour les protéger contre les maladies ou bien recevoir la guérison. La santé et la maladie d'un enfant ne sont pratiquement pas isolées du contexte rituel de prévention ou de guérison. Une divination est donc nécessaire pour connaître la volonté céleste attestée par les présages, les miracles et les oracles. Le culte des ancêtres et la divination sont des activités spirituelles et thérapeutiques répandus en Afrique de l'Ouest (Dugast 2006, 2012; Dupire 1976). Il en est de même chez les Agotimés, si l'on en croit les témoignages de mes répondants et répondantes.

Cette préoccupation apparaît systématiquement dans tous les villages que j'ai visités malgré les avancées dans le domaine de la biomédecine et de la biotechnologie. Quelle que soit la maladie de l'enfant, les parents font un va-et-vient entre les pratiques rituelles et les guérisseurs traditionnels, entre ces derniers et le personnel de santé publique. Toujours est-il

que les villageois concernés par cette recherche, ayant subi l'influence des pratiques occidentales de soins de santé des enfants, se situent dans l'interface entre les savoirs populaires et familiaux de soins, ceux des guérisseurs traditionnels et ceux du personnel de santé publique : plusieurs d'entre eux ont adapté leur tradition à la nouvelle donne, permettant ainsi une ouverture vers la biomédecine, tout en préservant les acquis du passé. Une sorte de brassage culturel entre la médecine traditionnelle locale de soins de santé de la petite enfance et la pédiatrie³⁴. Cette vision syncrétique de la prévention et du traitement des maladies des enfants de bas âges vient de la volonté des populations locales qui ont su intégrer progressivement ces deux médecines dans leurs schèmes de pensée. Certes, cette réorganisation de la structure conceptuelle a des conséquences sur la santé des enfants concernés par cette recherche.

Le processus de prévention et de guérison des maladies des enfants s'inscrit dans une dynamique de fonctionnement de la société dans la mesure où cela fait appel à une multiplicité d'échanges à caractère économique et symbolique. En effet, le passage d'un enfant sain ou malade devant un objet de culte s'accompagne le plus souvent d'offrandes symboliques en argent et en nature comme un animal (poulet, bouc, mouton, etc.) pour des sacrifices aux divinités, aux ancêtres. Ces sacrifices sont habituellement suivis de messages et de prières ritualisées. Les prières jouent plusieurs rôles en ce qui concerne la santé et la maladie des enfants : la protection, la réparation, la soumission, la thérapie, etc. Du point de vue spirituel, une transition rituelle s'opère en cas de maladie et elle peut conduire soit à la guérison, soit au décès. Peut-on dire que les conséquences sont seulement négatives ou positives? La tendance majoritaire dans les différents villages concernés par la recherche semble aller vers les deux catégories de conséquences (positives et négatives pour la santé), mais il est impératif de comprendre ici comment les rites sociaux interagissent dans les questions de santé et de maladies des enfants pour mieux apprécier de façon globale l'effet négatif ou positif des deux médecines. Plusieurs études menées avec les parents des enfants ont traité des questions rituelles dans les sociétés traditionnelles. Par exemple, celles de

³⁴ Considérée comme une science et un art de guérison et de prévention des maladies dans la petite enfance, la pédiatrie est comprise ici comme une partie de la biomédecine qui est consacrée à la prévention et au traitement des maladies des enfants.

Dugast (2006, 2010, 2012) et de Rivière (1990, 1995), respectivement chez les populations Bassar et Ewe du Togo.

Afin d'apporter des éléments de réponse sur la contribution des rites dans la prévention et la guérison des maladies des enfants, j'aborderai dans les pages qui suivent les différents aspects suivants : un aperçu sur les institutions locales dans lesquelles interviennent les rites sera présenté d'abord pour montrer que les rites sont intimement liés à l'ensemble des pratiques religieuses et aux us et coutumes locales. Ces institutions, religieuses ou non, font généralement appel à des rites qui sont nécessaires dans les pratiques thérapeutiques et préventives des soins de santé des enfants. Ensuite, je m'attarderai sur un rite qui particularise la société agotimée. En effet, si la plupart des études concernant la vie dans la petite enfance s'intéresse aux rites d'enfances (Dugast 2012), c'est-à-dire des rituels qui interviennent directement sur l'enfant lui-même; force est de constater qu'il en existe certains que les mères primipares subissent et qui sont liés à la survie du premier enfant ou l'aîné(e). C'est le cas du *rite de lavage de la jeune mère après la naissance de son premier enfant*. Ce rite intervient quand la jeune mère a eu une naissance vivante et qui est toujours en vie jusqu'au moment où le rite se réalise. Mais la perte du premier-né par une mère suscite une attitude négative de ses paires. Cette description m'amènera à faire ressortir la signification symbolique contenue dans ces pratiques rituelles de lavage de la jeune mère primipare. On verra également les multiples implications des rites de façon générale dans les soins de santé des enfants. Enfin, il sera question de montrer que la santé du nourrisson et de l'enfant constitue un bien qu'il faut préserver nécessairement, car la santé d'un enfant n'a pas de prix, mais elle a certainement un coût : la logique occidentale axée sur la rationalité, et la logique traditionnelle locale qui repose sur les pratiques rituelles de soins ont pour fondement la recherche de solutions efficientes, efficaces et effectives; c'est-à-dire l'emploi de peu de moyens pour un résultat rapide et bon.

5.1 Institutions locales et rites

Les Agotimés croient en l'existence d'un Dieu créateur *Mawu* (Tout-Puissant), mais ils pensent que Dieu s'est retiré vers « le Très-Haut » après avoir tout créé sur la terre. Par conséquent, les divinités et les ancêtres constituent les intermédiaires entre *Mawu* et les hommes (Adzadi 1984; Bensah 1976). C'est le créateur lui-même qui a créé ces forces pour

qu'elles veillent sur tous les habitants de la terre. Ce sont des intermédiaires entre lui et les hommes, car ils reçoivent de lui des objets matériels et immatériels pour les hommes et reçoivent également les sacrifices des hommes pour lui.

L'analyse de mes données ethnographiques suggère que, selon les mères et les praticiens traditionnels interviewés, le Dieu créateur (*Mawu*) a mis à leur disposition ces dieux intermédiaires pour veiller sur leur santé et leur bien-être. Ces dieux intermédiaires font obstacle aux famines, aux maladies ou épidémies, à la pauvreté, aux guerres, etc., bref, ils se manifestent par leur mode opératoire dans la vie sociale de la population tout entière. De toute évidence, le bienfait que ces populations doivent tirer de ces dieux intermédiaires dépendra de la manière dont ils sont adorés. Ces dieux intermédiaires sont souvent localisés dans le ciel (les étoiles, le soleil, la lune, le tonnerre); d'autres sont localisés sur la terre (les montagnes, les pierres, les grottes, les collines et les forêts) et d'autres encore sont localisés dans les eaux (les rivières et les fleuves). Une tutrice âgée de 53 ans qui prend en charge une petite fille (de sa fille divorcée) âgée de deux ans explique la manière dont les divinités sont vénérées par les populations :

Chez nous, le culte est rendu à la terre et d'autres divinités telles que les statuettes, les *legba* [tertre], les sièges ancestraux, certains arbres, les rochers, les hommes et les animaux que nous vénérons. Les lieux de culte existent pour chaque entité et sont souvent des lieux de malheur. Moi je fais souvent recours à ces divinités pour guérir mon enfant en cas de maladie. (Mère 15)

La présente recherche vient confirmer une étude déjà réalisée dans le milieu par Adzadi (1984). Selon lui, les dieux intermédiaires les plus honorés et les plus adorés de ce peuple sont : *Mianɔ* (notre mère) qui a créé tous les habitants de la terre. Tout en protégeant les aliments, il fait tomber la pluie pour tout le monde : il est le dieu de la terre. *Nyigblan*, *Avakpe*, *Etunu*, *Adzem*, *Nana* et *Gle* sont des dieux de guerre. Les sièges ancestraux (*Tɔgbuizikpui*) jouent par ailleurs un grand rôle dans les pratiques divinatoires.

Avoir le pouvoir de faire tomber la pluie, afin que les cultures soient bonnes est un grand bien. Tout ce qui est capable d'éloigner les difficultés de la vie est bien vu. Tout ce qu'on fait pour barrer la route au mal, à la destruction ou pour supprimer le mal est bien; par contre, tout ce qui peut nuire à la vie ou la détruire est mal vu. On n'accepte pas de le faire et il n'est pas permis de le faire, comme avoir recours à la sorcellerie, *dzoquame*, l'avortement

provoqué ou l'interruption volontaire de grossesse, le meurtre, etc. Ce qui peut détériorer les relations, comme l'adultère qui est un acte qui peut entraîner la mort est considéré comme mal et est dangereux. Tuer les ennemis, leur couper la tête est en revanche un acte de bravoure³⁵ et, de nos jours, pratiquer la sorcellerie pour renflouer son commerce et pour avoir de l'argent est bien aux yeux de certains.³⁶

Les Agotimés pensent qu'une bonne relation de l'être en devenir (l'enfant) avec les autres personnes et tout ce qui l'entoure est la conséquence de sa meilleure relation avec le monde invisible. Pour un nouveau-né (*vidziè*) qui arrive dans une famille, son acceptation dans celle-ci grâce au rite de sortie (*viḍeḍe ḍe go*), est un moment solennel de sa consécration à des divinités familiales et villageoises. C'est pourquoi il est du devoir des parents d'entretenir une meilleure relation avec ces divinités puisque rien ne sera fait si l'on n'est pas sûr de garder la meilleure relation avec le monde visible et le monde invisible. Par exemple, l'entraide (*fidodo*), le partage des biens avec les autres ou le don sont l'expression d'une vie communautaire qui entretient une meilleure relation entre les individus. Si l'on se rend compte que la relation qui existe entre les parents d'un enfant souffrant n'est pas bonne, il est du devoir des autres membres de la famille de procéder à un arrangement familial (*tsitsutsu, gù ḍeḍe, ḡgbedodo*, etc.), afin que l'enfant retrouve sa santé. Les populations savent aussi que le jour de repos (*afenḗgbe*) est un jour où l'homme ne doit pas aller au champ ou se servir de houe ou de coupe-coupe pour travailler dans son champ. Si les parents d'un enfant désobéissent aux normes préétablies, les « *trḗwo* du village » (*dutrḗ*) peuvent introduire des maladies au sein de la population et l'enfant peut subir les conséquences. C'est pourquoi les populations se reposent en ce jour de peur d'être atteintes par les mauvais sorts des *trḗwo* et les autres divinités du village. À ce propos un guérisseur traditionnel du village donne la précision suivante :

³⁵ Je rappelle ici que l'événement le plus récent a eu lieu au début des années 1990. Il s'agissait d'un conflit entre les populations agotimées et les éleveurs nomades Peuhls à la suite d'une tuerie du chef du canton et du village Adzakpa par ces Peuhls. En effet, le chef voulait défendre la cause de ses sujets agriculteurs qui se plaignaient de la destruction de leur champ par les bœufs des Peuhls.

³⁶ La violence et la sorcellerie sont donc perçues avec ambivalence (tantôt bien, tantôt mal, tantôt constructrice, tantôt destructrice).

En ce qui concerne le respect du jour de repos (*afenɔegbe*), je dirais que dans la pensée de nos aïeux ou de notre population, personne n'a le droit d'aller au champ avec le coupe-coupe ou la houe à la main pour y travailler ce jour. Si quelqu'un le fait, il enfreint la loi. Le « *trɔ* du village » (*dutrɔ*) peut ramener le malheur sur la population. C'est pourquoi les villageois respectent ce jour de repos, de peur d'attirer le malheur dans le village. (Prat. 2)

Dans la mythologie agotimée, de nombreux sites naturels sont le siège sacré des puissances surnaturelles (ancêtres, revenants, esprits, *trɔwo*). Ce sont des lieux de recueillement pour la prédiction d'oracles et de prophéties et sont perçus par la communauté comme des protecteurs. Un culte est également rendu à la terre, considérée comme mère nourricière et témoin de l'histoire mythologique. Ces forces surnaturelles se distinguent par leurs attributions différentes, mais également par leur caractère bienveillant ou maléfique. En effet, comme les ancêtres voulaient profiter de leur bienveillance et atténuer leur maléfice, ils ont créé un lieu de culte pour chaque entité. Habituellement, ils choisissent un lieu de malheur comme l'endroit précis où a eu lieu un décès par accident qui peut provenir d'une noyade, du tonnerre, d'une tuerie d'un individu par un animal, etc. Les autres lieux d'habitation sont les statuettes, les *legba*, les sièges ancestraux, les arbres, les rochers, les hommes et les animaux. Ces forces veillent sur les villages, éloignent les calamités, les maladies, la pauvreté et empêchent les guerres. Alors, si les hommes veulent bénéficier de leur protection ils doivent bien les adorer. Tel que souligné précédemment, le créateur Tout-Puissant du ciel et de la terre s'est retiré loin vers le ciel après avoir tout créé. C'est pourquoi si les populations agotimées voient « la manifestation horrible de certaines créatures du ciel » comme les éclairs, le tonnerre, l'étoile filante, « ou de la terre » comme l'inondation, elles pensent que ce sont des puissances particulières. C'est *Mawu* lui-même qui a créé ces puissances surnaturelles pour qu'elles veillent sur tous les habitants de la terre. Ce sont des intermédiaires entre le créateur et les hommes, ils reçoivent de lui des objets matériels et immatériels pour les hommes et reçoivent également les sacrifices et les doléances des hommes pour Dieu. Toutefois, au-delà des croyances aux divinités ancestrales, il existe aussi une croyance chrétienne, celle-ci étant marquée par la présence des églises catholique, protestante, assemblée de Dieu, ministère de la foi, pentecôte, la congrégation des témoins de Jéhovah, etc. En plus des chrétiens s'ajoutent les musulmans qui demeurent très minoritaires.

Le culte est l'hommage rendu à une divinité et les cérémonies du culte se composent de rites. Les rites de passage qui marquent les temps forts de l'existence comme la naissance, l'initiation, le mariage et la mort sont présents. En effet, étant donné que tout le monde se connaît sur plusieurs générations, le rite est inséparable des cérémonies festives que la communauté elle-même s'est données (Photo 6).



Photo 6 : Rite de torréfaction

(Photo prise lors de la fête de l'igname à Nyitoé)

© Kodzo Awoenam Adedzi, septembre 2015

Dès la naissance déjà, le nourrisson subit un rite lié à l'enterrement du placenta, car le placenta n'est pas enterré par n'importe qui et n'importe où. Généralement, ce sont les tantes paternelles qui sont habilitées à procéder à cet enterrement. L'on assistera aussi au rite d'attribution de nom ou de dation de nom avant la sortie de l'enfance. En ce qui concerne le mariage coutumier, la compensation matrimoniale est obligatoire. Elle est aussi accompagnée parfois par des sanctions si le futur époux ne respecte pas les procédures

rituelles avant la grossesse. Parallèlement, l'adultère et l'inceste sont proscrits par la communauté et quiconque enfreint ses règles doit accomplir des rites propitiatoires. À cet effet, ce sont des cérémonies rituelles qui interviennent à la suite d'une infraction d'un interdit ou de la transgression des normes sociales en vue de rétablir l'équilibre social. Les rites funéraires sont en vigueur dans la communauté, car les morts ont plus de vitalité et « l'œil partout ». Ils sont plus vivants. Cette conception est très enracinée dans l'imaginaire social de l'ensemble de la communauté agotimée. C'est pour cette raison que les rites funéraires sont généralement de grandes fêtes organisées et célébrées comme l'avait remarqué Noret (2010) chez les populations voisines du Bénin. Toutefois, la perception du décès de l'unique nouveau-né est différente de celle des décès à répétition d'enfants issus d'une même femme. Si dans le premier cas on l'enterre dans la discrétion, le second cas présage un malheur. Ainsi, il faut conjurer le mal par des rituels, à la fois complexes et précis, comme dans le cas du décès d'une femme enceinte ou en couche. À part les rites de passage, il existe aussi d'autres rites comme les rites agraires qui sont observés surtout au niveau des nouvelles récoltes comme l'igname, le haricot, le maïs pour les prémices dans l'année (Adzadi 1984; Spieth 2009 [1906]). Mais je vais m'intéresser maintenant dans le cadre de cette thèse à un rite qui concerne les femmes qui ont eu leur première naissance vivante et toujours en vie au moment de l'organisation de ce rite parce qu'il touche la santé et l'avenir des enfants.

Les rites chez les populations agotimées ont certainement une fonction de régulation sociale, mais visent surtout à maintenir leur santé en général et celle des enfants en particulier. Ils servent également à perpétuer la différenciation sociale et à investir les puissances de leur légitimité sanctifiée.

5.2 Rite de lavage après la première naissance

En plus des multiples rites qui sont courants chez les Agotimés, il existe un rite spécifique qui différencie cette communauté des autres communautés du Togo. En effet, l'un des rites les plus importants dans la vie d'une femme chez les Agotimés est ce qu'on appelle communément *vidzitsilele* (*vidzi*=donner naissance, *tsi*=eau, *lele*=faire la toilette, d'où le lavage du donneur de vie ou lavage de la jeune mère). Ce rite se fait après la naissance du premier enfant d'une femme mariée coutumièrement. Ainsi, le rite ne peut être organisé que

si la jeune mère mariée a une première naissance vivante, selon mes répondantes. Celles qui ont subi ce rite étaient dans la vingtaine au moment où elles avaient leur premier enfant. Quand elles mettent au monde leur premier enfant, les parents peuvent organiser la cérémonie rituelle. Mais si leurs parents n'avaient pas les moyens, on peut le faire après la seconde ou la troisième naissance à condition que le premier enfant soit encore en vie. De même, si la jeune femme est atteinte d'une longue maladie après la naissance de l'enfant on peut le faire après sa guérison, toujours à condition que le premier enfant soit en vie. Si le premier enfant décède, on ne peut plus subir le rite, car ce rite est réalisé en guise de remerciement pour avoir eu une première naissance vivante.

Ce rite se fait dans tous les villages agotimés, mais il est aujourd'hui en voie d'extinction pour plusieurs raisons. Dans le passé, cette cérémonie constituait un jeu de « compétition » entre les familles. Ainsi, la décision doit venir de la mère qui pourra juger que sa fille est arrivée à une étape de la vie où elle doit subir le rite d'initiation. Cette idée sera approuvée par le père de la jeune mère qui réunira toute la famille pour programmer l'organisation de la cérémonie. C'est une cérémonie très coûteuse au vu des divers pagnes que la jeune femme doit porter pendant plusieurs semaines. De ce fait, il est clair que c'est une manière de valoriser sa fille en tant que parent et se faire valoriser dans la société. Ce qui fait que les parents se préparent au moment où leur fille est rentrée pour la première fois au foyer marital. L'analyse de cette situation donne ce qui suit : une femme qui veut être honorée par ses aînées qui ont déjà franchi ce stade doit retarder sa première grossesse si ses parents n'ont pas encore les moyens. Aujourd'hui, certaines familles ne trouvent pas de moyens financiers pour que leurs filles subissent l'initiation. Les initiées ayant les moyens pour accomplir le rite sont souvent envoûtées après l'initiation, envoutement suscité par l'envie et la jalousie des familles ne pouvant financer un tel rite. C'est une telle situation (manque de moyens financiers, envoutement ou sorcellerie) qui explique, selon les mères, tutrices et praticiens traditionnels la disparition progressive de ce rite. En vue de déterminer l'association entre la santé des enfants et ce rite qui se produit dans la localité, je me suis intéressé à l'ensemble de son organisation. Après une description un peu plus globale du phénomène social qui particularise la société agotimée, on verra le lien entre ce rite de lavage de la jeune femme après la première naissance d'un enfant et la santé des enfants.

Les familles paternelle et maternelle de la jeune femme doivent s'assurer de leur capacité organisationnelle avant de s'engager. Elles doivent mettre à la disposition de leur jeune fille devenue mère, suffisamment de pagnes traditionnels communément appelés *kete*, de perles et d'autres éléments prévus pour la cérémonie comme un tout petit canari ou *lubuze*, les chaussures, les bassines, les boissons alcoolisées telles que le *sodabi* local, les gins ou *todziha* (c'est-à-dire la boisson qui a traversé la mer avant d'arriver dans la communauté), les boissons sucrées, etc. Au niveau de la nourriture, il est évoqué tout ce qui est consommable, mais je veux bien signaler ici quelques-uns évoqués lors des entrevues que j'ai réalisées : les ignames, le maïs, le haricot, le riz; les volailles telles que les poulets ou les canards tout comme les petits ruminants tels que les boucs ou les chèvres sont aussi prévus pour la circonstance. Une mère dans la soixantaine donne l'explication suivante, en faisant référence au rite de lavage, aussi appelé « passage sous l'arbre à palabres » (cf. section 5.2.1) :

Comme appelé « *binyududui* » chez les Agotimés Adan, on fait ce qu'on appelle « *vidzitsilele* » chez les Agotimés Ewe. Ce rite est pour tous les Agotimés et c'est notre coutume. Alors, si une femme met au monde son premier enfant qui n'est pas décédé, mais qui est vivant, on peut lui faire ça. Sinon quand elle disputera avec sa voisine de la même génération, cette dernière lui demandera si elle est passée sous l'arbre à palabres... c'est ça le passage de l'arbre à palabres... es-tu passé par l'arbre à palabres? C'est pourquoi la génération d'aujourd'hui à qui on ne l'a pas fait, oh! Si c'est dans le passé, on va t'insulter en te demandant si tu es passée par l'arbre à palabres; c'est une insulte très sévère. Ce qui voudrait dire que les membres de ta famille sont démunis et ils sont incapables de te faire ce rite... quand ma fille [F] est née, c'est en ce moment qu'on me l'avait fait... oui, elle était ma première enfant que j'ai mise au monde. (Lave 1)

Selon mes répondantes, tout ce qui est nécessaire à la consommation de la jeune mère et de tous les participants à la cérémonie, est fourni par les membres de la famille maternelle et de la famille paternelle. De toute évidence, la durée de la cérémonie rituelle dépendra du poids économique des deux familles : plus elles ont les moyens, plus la période d'initiation sera longue. Pour certains, cela peut prendre une semaine seulement. Pour d'autres, un mois et pour d'autres encore, trois mois d'initiation.

On fixe la date à laquelle la cérémonie aura lieu et les parents biologiques l'annoncent à tous les membres de la famille maternelle et paternelle qu'en tel jour leur fille doit subir le rite de lavage de la jeune femme. Là, on invite les collaborateurs du chef de village à se joindre à la cérémonie. Avant le démarrage de la cérémonie, les familles maternelle et paternelle collectionnent les pagnes traditionnels communément appelés *Kete* ou *Agbamevo* auprès de tous ses membres qui en possèdent. L'ensemble de ces pagnes est soigneusement rangé dans de grosses bassines ou de gros récipients à usage domestique. Ainsi, le nombre de bassines dépend de la quantité de pagnes collectionnés auprès des deux familles. Les pagnes sont rangés dans trois ou quatre bassines différentes et si les membres de la famille ont suffisamment les moyens, cela peut aller jusqu'à six bassines. De même, d'autres bassines sont prévues pour ranger les colliers en perles collectionnés auprès des membres des familles paternelle et maternelle qui en possèdent. Une fois les pagnes et les perles rangés dans les bassines, le mari de la jeune femme vient déposer une certaine somme d'argent à remettre à sa femme. De plus, le père de la jeune mère apportera aussi sa contribution financière. Ce qui veut dire que la jeune femme a franchi l'étape de simple femme pour devenir mère (*tsugbewowo*); on l'a mis sur la place publique (arbre à palabres). Tout le village et les villages voisins l'ont vue. Le montant à déposer dépendra de la capacité financière du mari et du père de la jeune femme. En effet, les sommes souvent évoqués sont : 20 000 francs CFA; 50 000 francs CFA et 100 000 francs CFA³⁷. Cette somme est destinée à la jeune femme. Si le mari n'a pas suffisamment les moyens financiers, il peut faire un emprunt chez sa femme. Ce qui lui permet de faire le dépôt de la somme prévue lors de la cérémonie. Cela revient au mari maintenant de donner la somme qu'il a à sa femme lorsque les deux se retrouvent après la cérémonie. C'est donc une forme d'arrangement entre conjoints.

³⁷ 100 000 francs CFA est égale environ 235\$ CAN au moment de la rédaction de ce chapitre en 2018.

Habituellement, ces cérémonies de lavage de la jeune mère ayant eu sa première naissance vivante se tiennent en période de fête : soit en période de Pâques, soit en période de Noël pour permettre à la jeune mère d'être beaucoup plus visible aux yeux de toute la communauté³⁸. Mais la préférence est surtout donnée au jour de samedi pour le démarrage de la cérémonie d'initiation. Toujours est-il que l'ultime décision revient aux familles paternelle et maternelle à faire le choix de la date de début de la cérémonie d'initiation; puis d'aviser le chef de village, les chefs de quartiers et toute la population.

Le jour de l'initiation qui est généralement le samedi, un chef religieux adresse la prière aux ancêtres tout en invoquant toutes les divinités, tant du côté paternel et maternel, à venir les assister. En échange, le chef religieux leur donne des boissons alcoolisées (le *soqabi* et le *gin*), de la farine de maïs mélangée d'eau souvent appelée *dzatsi* (mélange versé sur terre en signe de remerciement aux divinités) et des repas qui sont préparés pour la circonstance. Après cette prière matinale, la jeune mère recevra un accoutrement spécial de la part des femmes âgées prioritairement membres des deux familles et souvent aidées par les autres des différents quartiers. En effet, après sa toilette matinale, les femmes âgées s'occupent soigneusement de la jeune mère pour la rendre belle avant sa première sortie. On lui ceint un pagne traditionnel au niveau de la hanche et un autre au niveau de la poitrine. Une fois terminée, on y aperçoit plusieurs variétés de colliers de perles au niveau du cou, une ou deux chaînes de perles au niveau du bras et quelques-uns au niveau du poignet. Outre les chaînes de perles blanches visibles au niveau des pieds l'on peut évoquer également quelques-unes au niveau de ses genoux et la hanche. Son visage et certaines parties de son corps sont décorés avec la plume de coq imbibée d'une peinture spéciale préparée à base du kaolin ou *ehe* et de l'encens ou *lifi*. On peut y voir aussi une couronne faite à base de foulards au niveau la tête (Photo 7 et Photo 8). Bref, tous les objets précieux dont la famille dispose pour honorer leur fille sont mis à sa disposition pour rendre visibles les membres de la famille.

³⁸ L'analyse de mes données ne montre aucun lien entre le choix des jours de fêtes chrétiennes et la religion chrétienne. Mais le croisement des séries d'observations montre que durant ces périodes festives l'affluence est perceptible dans les villages.



Photo 7 : Jeune mère après initiation (à gauche)



Photo 8 : Jeunes mères initiées le même jour (à droite)

Source : Photos sorties d'un coffre en bois et remises par la Mère 25 lors de l'entrevue

Le lendemain à 5 heures du matin, la jeune femme doit se laver; et c'est quand elle a fini sa toilette matinale qu'on remet les produits (kaolin ou *ehe* et de l'encens ou *lifi*) sur son corps. Et quand on a fini de mettre les produits, on habille une petite fille vierge de la même manière que la jeune femme et elle reste devant cette dernière. La jeune femme et la petite fille se dirigent vers la maison paternelle de la jeune femme, plus précisément chez le grand-père paternel. Quand elles quittent celui-ci, elles se dirigent vers la maison du père spirituel du chef du village avant de retourner dans la maison du père. Habillées en pagnes traditionnels, elles circulent de maison en maison pour saluer les uns et les autres. Les membres de chacune des maisons donnent le montant qu'ils peuvent donner à la jeune mère. On lui donne ainsi de l'argent partout où elle passe durant toute la journée de dimanche et tout au long de la visite dominicale, mais elle ne pourra pas rendre visite à tout le monde le même jour. Ainsi, elle peut retourner chez soi pour renouveler l'accoutrement, car les pagnes utilisés pour effectuer la première visite ne seront plus utilisés. De retour, on l'habille correctement pour aller à

l'église et au retour de l'église, elle se lave et mange. Selon mes répondantes, les églises intègrent de plus en plus certaines pratiques coutumières (rituels de sortie d'un enfant, de veuvage, de lavage qui autrefois étaient considérés comme mauvais par les églises). En témoigne une mère à propos du rituel de sortie de son bébé.

Pour la sortie de l'enfant, moi je l'ai fait à travers l'église. On a appelé le pasteur qui est venu prier pour l'enfant. Après la prière on a tué un coq et on a préparé un repas que tout le monde a mangé. Tous les membres de la grande famille ont assisté, tant du côté maternel que du côté paternel. (Mère 25)

Pour ce qui concerne la sortie de la jeune femme, une autre mère précise qu'après le manger, on lui dit : « Va saluer tel et revient. » (Mère 15). La petite fille n'a que la seule journée de dimanche à faire avec la jeune femme. Chaque aller-retour entraîne automatiquement un renouvellement complet de l'accoutrement, que ce soit la visite chez un ami, un parent ou les autres membres du village.

Le jour suivant, ceux qui ont donné de l'argent doivent être remerciés. Elle se lève très tôt le matin à 5 heures et on s'occupe de son accoutrement puis elle se met seule en route déjà à 6 heures pour saluer les gens. Et quand elle salue les gens, celui qui ne l'avait pas vu et que c'est la première fois qu'il la rencontre lui donne également de l'argent. Et après ces premières visites de la journée, elle revient à la maison pour renouveler l'habillement.

Les jours du marché, la jeune femme initiée doit s'y rendre successivement pour acheter, une à une, les provisions nécessaires pour la cuisine. En effet, au lieu d'acheter tout en même temps, elle devra acheter les condiments un à un tout en renouvelant son accoutrement. Par exemple, elle va au marché pour acheter le sel uniquement et revient à la maison puis le dépose; on lui renouvelle les pagnes et les perles et elle retourne au marché acheter le piment puis revient par la suite à la maison et le dépose; on lui renouvelle les pagnes et les perles, elle retourne encore au marché acheter le poisson et revient par la suite à la maison puis le dépose; elle fait des allers-retours entre la maison et le marché pour effectuer des achats un à un. On lui renouvelle ainsi concomitamment les pagnes et les perles au moment où elle effectue plusieurs achats différemment, car elle n'est pas autorisée à acheter tout en même temps. Ses multiples sorties et ses renouvellements de pagnes et de perles témoignent ainsi sa détermination à être beaucoup plus visible aux yeux de tout le monde. Elle montre ainsi le

poids économique de ses deux familles au sein de la société. C'est pourquoi elle devra renouveler autant de fois les pagnes et les perles pendant plusieurs jours, voire des mois selon les moyens de la famille paternelle et maternelle de la jeune femme. Mais pourquoi le marché alors? C'est parce qu'il revêt une grande importance pour la femme; car si elle devait être répudiée par son mari, le marché où elle peut s'acheter du sel, du piment, de l'huile, etc., lui garderait ses portes toujours ouvertes et il nourrit les hommes comme une mère nourrit ses enfants (Spieth 2009 [1906]).

Après avoir reçu un accoutrement spécial le jour suivant, ceux qui ont donné de l'argent doivent aussi être remerciés. Si quelqu'un lui donne encore de l'argent le mardi, le lendemain on doit aller le remercier et ainsi de suite. C'est ce que l'on doit faire pendant une période assez longue. On ne va pas à la cuisine, on ne fait rien, on prépare la nourriture pour la jeune femme et quand elle est de retour, elle mange et ressort. De même, on renouvelle les pagnes plusieurs fois durant cette période. Pour certains qui n'ont pas les moyens suffisants, cela dure seulement deux ou trois semaines, voire un mois. Quand elle a fini de porter les pagnes donnés par les membres de la famille paternelle et maternelle pendant deux mois, elle peut commencer à porter ses pagnes personnels pendant un mois. À ce moment-là, elle peut porter les tissus faits de fils textiles synthétiques et les vêtements plus ordinaires. Mais bien avant, cela lui est interdit. À partir du moment où elle commence par porter les tissus faits de fils textiles synthétiques et les habits on parle de la fin de l'habillement ou l'accoutrement traditionnel avec les pagnes provenant des membres de la famille paternelle et maternelle. Mais l'on ne peut refuser le port, par la jeune mère, d'un pagne traditionnel provenant d'un membre quelconque de la famille. Tous les pagnes doivent être obligatoirement utilisés avant de commencer par porter ses pagnes ou habits personnels.

Étant donné qu'elle doit effectuer plusieurs sorties sous le soleil ou sous la pluie, un parapluie est mis à sa disposition pour se protéger. La couleur et les dessins des pagnes peuvent varier, mais ce qui est essentiel c'est la nature artisanale ou locale des pagnes. On pourrait penser ici à une stratégie socioculturelle permettant de pérenniser ou valoriser le travail des tisserands locaux (Photo 9).



Photo 9 : Produit fini d'un tisserand à Zoukpé

© Kodzo Awoenam Adedzi, août 2015

Mais le parapluie tout comme les chaussures, de nature occidentale, sont utilisés ici pour mettre en scène les cérémonies traditionnelles qui pourraient attirer une attention particulière (Photo 10), sans oublier la consommation abondante de boissons étrangères comme le gin (boisson alcoolique), les boissons sucrées, etc.



Photo 10 : Combinaison de produits locaux et occidentaux

Source : Photo sortie d'une armoire et remise par la Mère 15 lors de l'entrevue

Comme le soulignait Sahlins (1992), à travers ces cérémonies, une union symbolique se crée entre les ancêtres et les vivants. Et quelle que soit la pensée des économistes du développement ou les officiels néocoloniaux, ceci n'est ni du gaspillage ni de l'arriération. C'est précisément du développement sur une plus grande et meilleure échelle dans la perspective de la population concernée. La marchandise occidentale obéit à un type de réception et d'assimilation qui ne débouche pas sur l'acculturation, la déculturation ou l'effondrement des cultures traditionnelles. Tout au contraire, l'appropriation des produits

occidentaux contribue à leur maintien et à leur reproduction, et davantage même à ce que Sahlins (1992) désigne par le *develop-man*, à savoir le développement des relations sociales traditionnelles, pour le bien de la société tout entière, par opposition au *development*, axé sur la pénétration de l'économie capitaliste et la généralisation des relations qui y prévalent, marquées notamment par l'individualisation des rapports sociaux (Babadzan 2009). L'on peut ainsi réfuter l'idée selon laquelle le processus de modernisation conduirait à la disparition des spécificités culturelles des sociétés non occidentales.

Vers la fin de la cérémonie, la jeune mère devra remercier toutes les femmes qui l'ont assistée durant la cérémonie lors du renouvellement de son accoutrement et dans les préparations des repas pour tous les participants. Pour ce faire, elle ira plusieurs fois à l'une des rivières du village accompagnée de certaines de ses amies puiser de l'eau avec un *lubuze* (le tout petit récipient ou le canari) et revenir verser dans la jarre de chacune des femmes. Si elles sont trente femmes qui l'ont assistée par exemple, la jeune mère devra aller puiser de l'eau avec le petit canari trente fois, et ceci en signe de remerciement.

Le rite de lavage après la première naissance peut se faire pour une seule jeune mère, à des sœurs d'une même famille ou en groupe avec les jeunes mères de différentes familles. Cela dépend de plusieurs facteurs, dont l'existence des premières naissances qui sont en vie avant l'engagement des parents des familles concernées. Le rite que j'ai décrit ici se présente avec des variantes mineures qui ne défigurent aucunement la structure mère discutée ici.

5.2.1 Signification symbolique

Le rite d'initiation de la jeune mère ne peut être réalisé qu'à condition que la jeune femme mariée ait une première naissance vivante. C'est un message de remerciement que la jeune mère adresse aux ascendants (les ancêtres) et aux descendants (les vivants de différentes générations). Il y a par conséquent une alliance qui se réalise au moment de l'initiation entre les vivants et les morts à travers l'invocation des ancêtres et les divinités. Ceci pour assurer la protection de la femme, son premier-né, ceux qui vont suivre et son mari. C'est aussi un passage obligé pour une jeune mère, lui permettant de prouver qu'elle est capable de gérer son foyer. Ainsi, une fois retournée au foyer, elle est honorée et respectée dans la communauté.

En réalité, il n'y a pas une eau spéciale pour laver la jeune mère, mais ce sont les divers changements de pagnes et de perles qui donnent un sens à la purification de la jeune mère après sa première naissance vivante. En effet, dans le discours des femmes interviewées, la notion de « lavage » disparaît, mais elles insistent plus sur l'expression suivante : « le passage sous l'arbre à palabres ». L'idée d'une exposition de la jeune femme parée se dégage alors pour prendre davantage la place d'une simple toilette ou de lavage de la jeune femme : « C'est la manifestation de la joie envers celle-ci. Aujourd'hui tu t'es faite belle devant tout le monde. Notre fille s'est faite belle et est passée par l'arbre à palabres aujourd'hui. » (Mère 25), propos d'une répondante à propos de ce que les parents de la jeune femme disent le plus souvent. De même, ses multiples sorties effectuées prouvent en suffisance à toute la communauté le changement de statut de simple femme à une mère et femme au foyer honorée et respectée. D'où l'appellation *vidzitsilele* (lavage de la jeune mère après sa première naissance vivante).

La société agotimée accorde une importance à la santé et au bien-être des premiers-nés. En effet, selon la population agotimée, l'institutionnalisation du rituel de lavage de la jeune femme donne droit à cette dernière de changer son statut pour être mieux considérée dans la société. Mais elle a aussi des obligations vis-à-vis du maintien de la santé du premier nouveau-né. Par conséquent, une femme qui n'est pas initiée est raillée par ses paires et n'est pas considérée dans le milieu. Toutes les jeunes adolescentes et futures jeunes mères sont ainsi censées adopter une vie exemplaire afin de pouvoir subir ce rite de passage une fois au foyer à la seule condition que leur première naissance soit vivante.

5.2.2 Implications des rites dans les soins de santé des enfants

Si les guérisseurs traditionnels des villages agotimés ont une motivation dans ce qu'ils font, c'est parce que la médecine traditionnelle est ancrée dans leur tradition. Les principes n'ont pas changé et ils fonctionnent encore en lien avec la santé et le bien-être du nourrisson et de l'enfant de bas âge. Par ailleurs, la croyance en la réincarnation est encore vivante dans la localité, car un enfant qui tombe malade dans une famille est conduit vers les divinités ancestrales pour demander la cause de sa maladie, avant de se tourner vers les hôpitaux publics. Par conséquent, les entités surnaturelles chez les Agotimés jouent un rôle très important sur la santé de l'enfant, car le rituel de lavage des jeunes mères se fonde en

particulier sur l'influence de la destinée prénatale (*gbetsi*), le présent et le futur du nouveau-né. En effet, le destin d'un enfant qui caractérise sa personnalité dès sa naissance peut être le résultat du destin heureux ou malheureux de ses parents biologiques. Cela peut être aussi son choix personnel qu'il a effectué dans son existence prénatale ou le choix opéré par certains esprits et certains ancêtres qui demandent à l'enfant en question de leur rendre un culte par l'offre de sacrifices réguliers. Cela se manifeste le plus souvent chez l'enfant par des événements singuliers, principalement des maladies à répétition. Cette société croit au destin de chaque individu qui détermine sa mission sur terre et sa durée de vie qui peut être courte ou longue. Les devins, les « prêtres du *trɔ* », les responsables des sièges ancestraux, etc. ont le pouvoir de révéler ce qui est caché, à savoir : le bonheur, le malheur, la santé et la maladie de l'enfant. Si un enfant naît et que son destin présage une durée de vie courte après consultation des entités surnaturelles pour raison de maladie, ses parents doivent conjurer le mal pour que l'enfant retrouve sa santé. Ce qui peut expliquer une importante fréquentation des « prêtres du *trɔ* », des devins, etc. De ce fait, plusieurs mères ont confirmé être allées chez les divinités en vue de protéger leurs enfants contre les maladies. À travers mes observations, j'ai découvert des signes sur le corps de certains enfants tels que les scarifications corporelles, les cordelettes nouées et portées soit au niveau du bras, soit au niveau du cou ou encore au niveau de la hanche. La protection se situe sur deux paliers : préventif, pour le premier palier consistant à éviter que l'enfant soit atteint par une maladie ou un sort; curatif, pour le second palier consistant à évacuer la maladie puis l'empêcher de revenir. Par exemple, les décès de plusieurs enfants issus du même couple sont généralement considérés comme un malheur prédestiné dans l'au-delà et qui s'abat sur les parents biologiques puisque les bébés morts sont perçus comme la réincarnation d'un ancêtre.

5.3 Santé du nourrisson et de l'enfant comme bien suprême

La santé demeure une valeur fondamentale dans la vie de la société agotimée dans son ensemble. Selon la conception de la société, la santé d'un enfant est l'une des richesses la plus importante et la plus précieuse, surtout en ce qui concerne la première naissance. Elle est inestimable, car sans elle on ne peut pas jouir pleinement de la vie. Cette valeur est fortement présente dans les rituels de salutation. En effet, la salutation matinale au lieu d'être un simple bonjour, est plutôt un moment très important pour demander la santé d'autrui. Dans

les salutations par exemple, l'on s'enquiert de la santé des autres. Les mots ou les expressions couramment employés pour demander l'état de santé de son prochain sont : « êtes-vous bien réveillé? » (*miefɔnyuiɖea?*), « es-tu en vie? » (*eleagbee?*), « es-tu bien portant dans ton corps? » (*lāmesēa?*), etc. Ces rituels de salutation sont encore beaucoup plus fréquents quand il s'agit de demander l'état de santé d'un nourrisson, d'un enfant et de sa mère. Selon la société agotimée, c'est l'une des façons d'être à l'écoute de l'autre pour avoir des nouvelles sur son état de santé. Ce qui permet de détecter très tôt un malaise et de s'organiser pour éradiquer le mal. C'est la santé de l'enfant qui confère une valeur aux autres richesses et ces dernières trouvent leur valeur dans le fait qu'elles nourrissent la vie de l'enfant, la maintiennent, lui procurent la sécurité, la fortifient et la prolongent. Ainsi, la société met en œuvre tous les moyens ou tous les soins médicaux qu'elle connaît pour sauvegarder la santé ou pour rechercher guérison en cas de maladie du nourrisson ou de l'enfant. En effet, l'ordre établi, les interdits, les us et coutumes, les lois, les désirs et les relations que l'on doit respecter pour sauvegarder la santé de l'enfant sont des biens précieux dans la société. Pour que les hommes et les femmes s'y soumettent, on représente les divinités par les puissances surnaturelles (revenants, ancêtres, esprits, *trɔ̃wo*). Ces puissances surnaturelles ont donc le pouvoir sur tous les hommes et peuvent devenir des forces protectrices qui se situent à plusieurs niveaux : village, lignage, famille et individu. Ce sont des ordres établis favorisant la cohésion sociale qui peut être bénéfique aux nourrissons et aux enfants dans la société. Par ailleurs, les éléments constitutifs de la nature comme les minéraux, les plantes médicinales, le savoir et le savoir-faire de certains membres de la communauté interviennent également dans la préservation ou le rétablissement de la santé du nourrisson ou de l'enfant. Sans ces éléments il n'y aurait rien pour nourrir et prendre soin des enfants de bas âge dans la société. Cette société adore la nature, ses éléments et ses forces, accorde un soin particulier aux relations entre l'homme et la nature. En effet, aux alentours et dans la cour de presque toutes les maisons s'observent des variétés de plantes médicinales qui sont plantées pour des besoins futurs (Photo 11 et Photo 12).



Photo 11 : Culture de plantes médicinales derrière la maison (à gauche)



Photo 12 : Culture de plantes médicinales dans la cour de la maison (à droite)

© Kodzo Awoenam Adedzi, août 2015

Ce sont les parents, surtout les mères qui sont les premières à utiliser leurs savoirs et savoir-faire médicaux pour la santé de leurs enfants après l'avoir hérité elles-mêmes de leurs parents. Une telle transmission des savoirs est facilitée par le fait que la famille est constituée par l'ensemble de tous ceux qui sont de la même lignée, tous ceux qui reçoivent et qui donnent la santé, c'est-à-dire les morts, les vivants et la génération future.

La santé d'un enfant n'est pas sa propriété individuelle, c'est une propriété collective ou familiale; il en est de même pour les savoirs médicaux qu'une famille ou la collectivité reçoit et qu'elle transmet en son sein, de génération en génération. Dans chaque génération, les hommes et les femmes d'une famille ou d'une collectivité doivent perpétuer les pratiques traditionnelles de soins de santé des enfants. Pour cette société, la santé provient de la nature, car la nature et ses éléments la préservent. La nature et ses forces ont le pouvoir sur sa santé et la protège. La nature contient tout ce dont le nourrisson ou l'enfant a besoin pour sa santé. En témoigne un phytothérapeute âgé d'une trentaine d'années à propos des obligations de la femme enceinte ou d'une mère vis-à-vis de la nature :

On dit souvent que les enfants ne doivent pas s'asseoir sur un tabouret... une femme enceinte ne doit pas s'asseoir sur tel ou tel tabouret... c'est-à-dire le tabouret fabriqué par certaines catégories de bois, qu'une femme enceinte utilise pour s'asseoir peut agir sur le fœtus, détruire les choses au niveau du bas-ventre de la femme. Ces conseils sont traditionnels et quand nous étions avec nos parents, ceux qui aimaient la culture traditionnelle nous donnaient ces conseils. Les plantes qu'on ne doit pas utiliser pour fabriquer des choses et déposer dans la chambre, une femme enceinte ne doit pas se coucher sur telle chose... il y a des bois qu'on interdit aux femmes d'utiliser pour faire la cuisine, il y a des charbons qu'on ne doit pas utiliser... des planches sur lesquelles une femme enceinte ne doit pas s'asseoir à tel ou tel moment. En ce qui concerne l'alimentation, il y a des cure-dents que la femme enceinte ne doit pas consommer... la sève issue de la consommation de cure-dents peut être dangereuse pour le fœtus... interdiction de consommer le sel de mer en grande quantité; à la place du sel de mer il y a d'autres sels traditionnels que les femmes utilisent... la potasse que nous avons aujourd'hui comme le bicarbonate, il n'est pas conseillé à une femme enceinte d'utiliser de la potasse si elle veut un bon développement de son fœtus... si l'on veut utiliser de la potasse il y a des herbes qu'on peut utiliser à sa place. (Prat. 3)

Il est donc nécessaire d'acquérir des connaissances sur la nature et sur les éléments dont l'enfant a besoin. De même, il est important de connaître les lois qui régissent la nature et qu'on se doit d'observer pour qu'il y ait harmonie entre la santé ou le bien-être de l'enfant et la nature. Je rappelle que les cérémonies de sortie du nouveau-né et du lavage de la femme consacrent son entrée au sein de la famille dans laquelle il est né et dans la nature. Ces cérémonies signifient également que le nouveau-né est placé sous le pouvoir des coutumes et *trɔ* de la famille. Tout ce qui peut maintenir ou rétablir la santé de l'enfant est encouragé localement. Par exemple, les adorations des *trɔwo* qui consistent à placer la santé de l'enfant sous la protection d'une puissance, les cérémonies de divination des sièges ancestraux sous l'appellation de *togbuizikui*, maintiennent les relations entre les morts et les vivants. Ceci pour qu'ils leur viennent en aide. De même, le *dzoka* ou *gbesa* (force à la fois maléfique et bienfaitrice) pour préserver la santé de l'enfant contre les dangers inopinés, l'oracle ou *afakaka* pour connaître les choses occultes pouvant nuire à la santé d'un enfant ou bien pour connaître les moyens de préserver la santé du nourrisson et de l'enfant puisque ces choses sont cachées et échappent à la connaissance des parents. Bref, tout ce qui est susceptible d'éloigner les maladies des enfants dès le bas âge est bien. Tout ce qu'on fait pour barrer la route au mal ou pour le supprimer est encouragé, incluant l'effort d'éviter les disputes et l'inceste pouvant provoquer la mort du nouveau-né, surtout le garçon (*enuleđevi*).

Quelles que soient les mères, les tutrices et les praticiens traditionnels interviewés, le monde invisible est celui des puissances surnaturelles (revenants, ancêtres, *trɔ̃wo*, etc.). Il n'est pas vide, mais plein de puissances. Ces puissances surnaturelles ne sont pas égales puisque certains surpassent d'autres par leur pouvoir et par leur capacité. Il y a une hiérarchie entre elles, mais c'est Dieu (*Mawu*) qui les domine toutes et est au sommet de la hiérarchie. Elles agissent compte tenu de la force et la capacité que Dieu leur a données et avec l'autorisation et l'accord de ce dernier. Les *trɔ̃wo* sont des éléments de la nature comme les cours d'eau, le tonnerre (*Hevieso*), l'arc-en-ciel, la terre (*Anyigbatɔ*), les animaux comme le serpent, le ciel d'où viennent la pluie et le soleil, etc. Pour les Agotimés, ce qui est invisible a pour siège les choses visibles et l'on peut passer par les objets visibles pour entrer en relation avec ce qui est invisible. Ce ne sont pas seulement les choses visibles qui constituent le monde, mais elles n'en sont qu'une infime partie. La partie qui est invisible est l'ensemble constitué par les puissances surnaturelles. Selon la conception de cette société, on peut passer par la nature et ses éléments ou par l'adoration des forces de la nature pour communiquer avec Dieu qui est au-dessus des puissances surnaturelles. Cette conception est à l'image de la chefferie, car si un chef envoie un message à l'un de ses sujets par celui qui porte son sceptre (*Tsami*), c'est par ce même messager qu'on répond au chef. Autrement dit, c'est par l'intermédiaire de la nature, ses éléments et les puissances surnaturelles que Dieu maintient la santé dans la société agotimée. C'est par eux que les hommes doivent passer pour manifester leur confiance, demander la préservation de la santé de l'enfant ou pour rechercher la guérison. Aussi, pensent-ils que dans la plupart du temps tout ce qui arrive à l'enfant dans le monde visible a sa source dans le monde invisible. Par exemple, la maladie, les accidents, la mort, etc. C'est pourquoi il est nécessaire de trouver un moyen pour déceler la cause des événements dans le monde invisible. Le moyen est la divination ou *afakaka*. De même, il faut qu'il y ait des gens capables de conjurer les périls, les malheurs dans le monde invisible. Ce sont les « prêtres du *trɔ̃* » (*trɔ̃nɔwo*), « prêtres du couvent » (*bokɔnɔwo*), les devins, les *dzotɔwo* (les individus « ténébreux ») et les maîtres de cérémonies des sièges ancestraux (*togbuizikpui*). En fait, comme elle le fait pour le personnel de santé publique dans les dispensaires ou hôpitaux, la société attribue aux intermédiaires surnaturels une capacité et une légitimité à agir sur les corps des enfants, à combattre leurs maladies et, dans une certaine mesure, à faire reculer la mort (Fassin 1996). Les us et coutumes de cette société sont axés beaucoup plus sur la

prévention, même si en cas de maladie on fait recours à la thérapie. Selon les Agotimés, la santé de l'enfant ne peut être en sécurité dans le monde que si on met ce dernier sous protection des puissances surnaturelles (ancêtres, revenants, esprits, *trɔwo*). C'est pourquoi le désir le plus profond de la société dans sa lutte contre les maladies des enfants est la possession d'une source de pouvoir pour gagner cette lutte. Ils savent que la force humaine seule n'est rien en face des forces ennemies pathogènes.

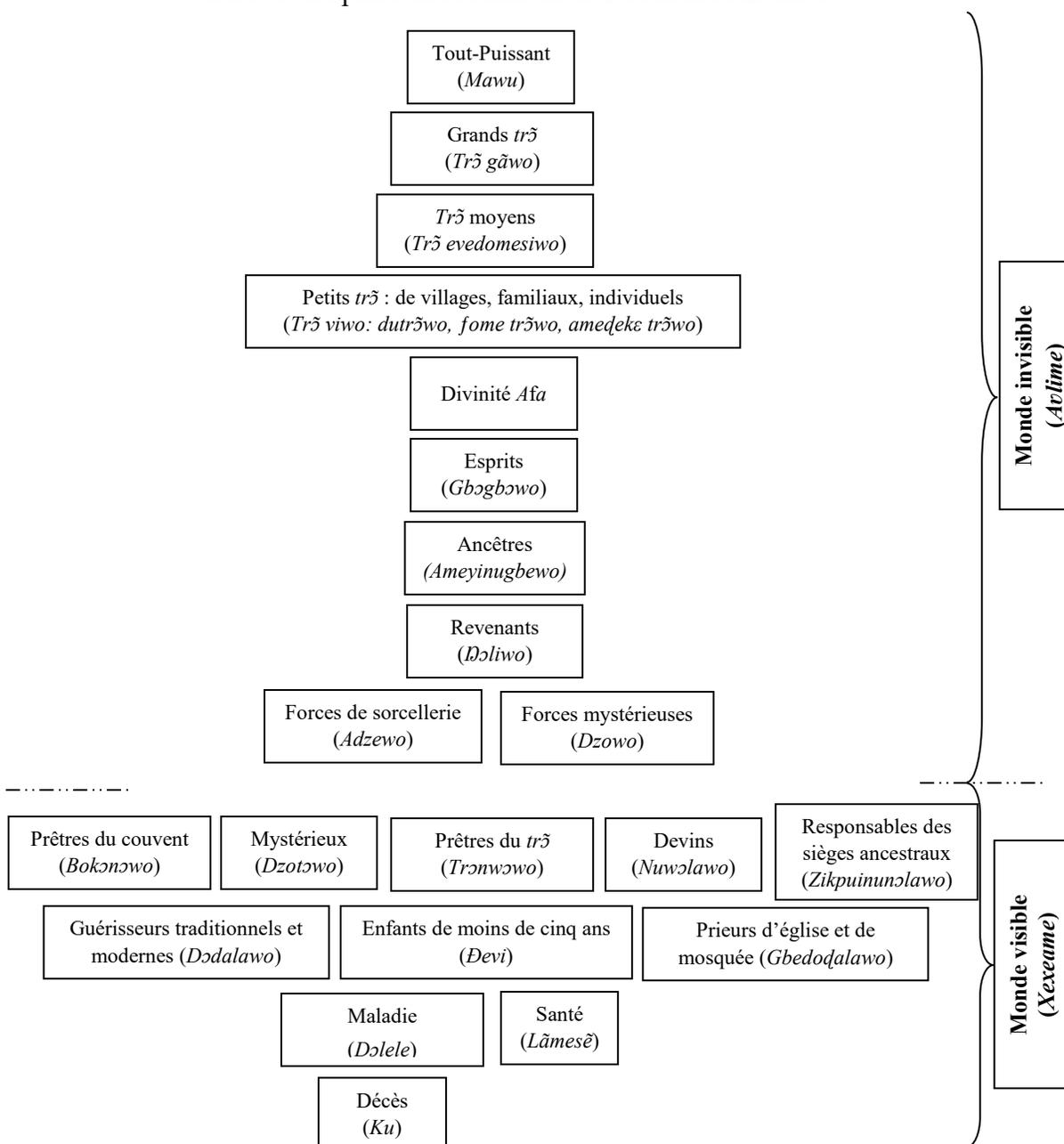
Eu égard à tout ce qui précède, la société possède un savoir médical traditionnel riche et diversifié de la santé du nourrisson et de l'enfant. Mes répondants praticiens traditionnels sont unanimes pour certaines actions que les parents doivent faire pour préserver sa santé ou pour rétablir celle-ci en cas de maladie. Ces actions (savoir médical traditionnel) destinées à la petite enfance sont transmises de génération en génération. Cela fait intervenir l'ordre social, les lois, les relations, les interdits, les coutumes, la parenté, etc. Ensuite, les parents doivent faire le bien et combattre le mal. Selon les « prêtres du *trɔ* », celui qui a le cœur pur a accompli la loi du bien, c'est-à-dire qu'il ne doit pas penser à faire du mal à son prochain, mais il doit plutôt respecter sa vie et chercher sa sécurité. Les parents doivent savoir également que la santé du nourrisson ou de l'enfant est le bien le plus important et le plus précieux. Ils ne doivent pas garder rancune contre leur prochain, car ce faisant, il aura de l'aversion pour l'enfant. Ils doivent aussi chercher à connaître les causes des événements, des malheurs, des maladies et faire le nécessaire pour les enrayer. Les parents doivent utiliser aussi les moyens nécessaires pour connaître le monde invisible. D'où l'existence des « prêtres du *trɔ* » (*trɔnɔwo*), prêtres du couvent (*bokɔnɔwo*), les devins, etc. De plus, ils doivent connaître l'ange gardien de l'enfant qui est caractérisé par son archétype caractériel (*kpɔli*), le choix initial de sa vie caractérisé par son prototype (*gbetsi*) et les interdits qui sont les siens pour savoir ce qu'il doit faire et ce qu'il ne doit pas faire. Ils doivent vivre selon les exigences de l'ange gardien de l'enfant. Enfin, les parents doivent avoir une source de pouvoir dans le monde invisible et placer la santé du nourrisson ou de l'enfant sous sa protection. La santé du nourrisson et de l'enfant telle conçue par la société, qui résulte d'un savoir médical traditionnel particulier, est un tout cohérent. Les interprétations des maladies des enfants dans la société étudiée ne sont pas les mêmes selon que l'âge de l'enfant se situe dans les trente premiers jours après sa naissance, un an, deux ans, trois ans ou quatre ans révolus. En effet, si l'âge du nouveau-né se situe dans le premier mois ayant suivi

l'accouchement, on considère qu'il est plus proche du monde des ancêtres que du monde des vivants et que sa maladie est la résultante de son lien avec certains de ses ancêtres. C'est pourquoi durant cette période, le processus de socialisation démarre avec le rite d'enterrement du placenta par la tante paternelle et se poursuit jusqu'au rite de lavage de la mère, en passant par la réclusion et le rite de sortie après la naissance de l'enfant (*vide de go*). Le nouveau-né est situé entre le monde des vivants et des morts. En effet, le placenta est une membrane qui est considérée comme la partie nourricière du nouveau-né qui doit être enterrée avec soin dans un endroit tout près de la maison familiale pour le bon développement de l'enfant. À partir du mois suivant, le processus de socialisation étant déjà enclenché, l'enfant est suffisamment en contact avec l'entourage familial et les autres membres de la société. Par conséquent, sa maladie est souvent interprétée comme le maléfice d'un humain. Tout en faisant référence au maléfice d'un humain et quel que soit l'âge, les interprétations se multiplient davantage et sont fonction de l'évolution morphologique de l'enfant selon qu'il a atteint l'âge d'un an, deux ans, trois ans ou quatre ans révolus. Dans le cas des maladies, on peut donc accepter l'existence d'une différenciation des interprétations des maladies des enfants selon l'âge de l'enfant dans les systèmes de pensées agotimées.

En réalité, ce serait une erreur de vouloir remplacer certaines choses inhérentes à leur savoir médical traditionnel de soins par d'autres savoirs médicaux de soins provenant d'autres sociétés. Pour Young (1983), chaque système de croyances médicales est capable de générer une gamme limitée de significations et de solutions. Mais la caractéristique essentielle du système médical traditionnel des Agotimés est l'étiologie qui produit des récits narratifs de la santé et de la maladie de l'enfant de bas âge. Par exemple, les explications peuvent être liées aux des mauvais tempéraments de la mère, de la rancune d'un proche parent ou de la vengeance d'un ancêtre.

Le schéma d'analyse qui résume ce savoir médical traditionnel de soins des Agotimés est présenté à la page suivante et montre les différents niveaux de chaque élément qui existent dans le monde visible et tout ce que cette population pense qu'il existe dans le monde invisible (Figure 8).

Figure 8 : Niveaux hiérarchiques des intervenants du domaine de la santé dans le monde visible et les puissances surnaturelles du monde invisible



La figure 8 ci-dessus se résume comme suit : les Agotimés croient donc à un Dieu créateur du ciel et de la terre (*Mawu* « Tout-puissant ») situé au sommet de la hiérarchie. Ils croient aux divinités secondaires ou intermédiaires telles que le vodu pratiqué par le prêtre du couvent (*bokɔnɔ*), les revenants, les ancêtres, le *Fa* qui est le dernier-né de toutes les divinités et le messager de Dieu (*Mawu*). En plus de ces divinités s'ajoutent les puissances telles que la sorcellerie (*Adze* ou *Aze*), les forces mystérieuses (*Dzokawo*), le *legba*. On peut donc dire que « toutes ces croyances constituent l'armature philosophique qui inspire et commande l'organisation politique, sociale et administrative de ces peuples et les influence en permanence. » (Hounwanou 1984 : 78).

Le schéma d'analyse ci-dessus montre clairement les différents niveaux hiérarchiques qui existent entre les intervenants dans le domaine de la santé ou la vie de l'enfant, à savoir le prêtre du couvent, le « mystérieux » (*dzotɔ*), le « prêtre du *trɔ* », le devin et les responsables des sièges ancestraux. À ceux-ci s'ajoutent les puissances intermédiaires (forces de sorcellerie, forces mystérieuses, revenants, ancêtres, esprits, divinité *afa* et les *trɔwo*) et le Tout-Puissant. Toutes ces puissances surnaturelles hiérarchisées influencent la santé et le bien-être de l'enfant (*dɛvi*) de manière négative ou positive. Par conséquent, l'enfant peut être soit atteint d'une maladie (*dɔlele*) qui peut conduire au décès (*ku*), soit être en bonne santé (*lāmesē*). En cas de décès d'un enfant à la suite d'une maladie par exemple et si l'enfant souffrait d'une maladie dont la première cause était naturelle, on dira qu'un sorcier (*adzɛtɔ*) l'a dévoré ou un ancêtre (*ameyinugbe*) s'est vengé ou encore un esprit (*ɲɔli*) s'est manifesté (Fassin 1990). Alors, on fera la divination (*fa*) pour faire connaître les causes profondes tout en continuant à considérer la cause naturelle (Tall 1990). Ou encore dès qu'un enfant quitte la ville pour le village et qu'il tombe malade l'explication va du naturel (*biomédical*) au surnaturel. Quel que soit le spécialiste de la santé et de la maladie de l'enfant consulté, la démarche est préventive ou curative. Par exemple, les prêtres du couvent, les *dzotɔ* (hommes mystérieux), les « prêtres du *trɔ* », les devins et responsables des sièges sont souvent consultés pour changer le destin ou la loi du jour de naissance (*dzɔgbese*) d'un enfant qui s'est révélé malheureux, telle une durée vie courte. Il s'agit de la promesse faite par l'individu lui-même avant de quitter la sphère divine, de mener tel ou tel type d'existence. Ainsi, chaque enfant dans la société agotimée vient au monde avec sa « feuille de route » où sont inscrits les événements malheureux ou heureux qui doivent émailler le cours de son existence. De

même, en cas de maladie de l'enfant, ces spécialistes de la santé sont aussi consultés pour la thérapie. Toutefois, la maladie d'un enfant n'est pas seulement une affaire de guérisseurs traditionnels et modernes. C'est plutôt une question sociale qui peut faire intervenir des histoires de lignage, d'alliance, de conflits des parents parce que souvent la maladie met en jeu des institutions sociales et des acteurs sociaux qui sont totalement en dehors des préoccupations ayant trait au corps de l'enfant, du nourrisson et à sa santé (Bonnet 1988; Bonnet et Pourchez 2011; Fassin 1990). Si la biomédecine considère la maladie de l'enfant comme un dysfonctionnement physique ou physiologique l'affectant, elle est souvent interprétée par les populations comme le signe d'un *désordre social* à la lumière de ce qu'écrivait Augé (1986); sans pour autant exclure, pour les Agotimés, des explications d'ordre physique ou physiologique comme l'avait déjà remarqué Muller (1978) au Nigeria. La maladie de l'enfant de bas âge est souvent vue comme une infortune et prend place dans un ensemble de mesures qui relie un enchaînement causal des événements que les logiques biomédicales ont du mal à distinguer. Mais que ce soit les pratiques traditionnelles ou biomédicales de soins, l'objectif reste le même, c'est-à-dire la bonne santé de l'enfant passe par la prévention de la maladie. Or, les causalités mises en œuvre pour expliquer les pratiques et les procédures de guérison ne sont pas toujours les mêmes dans les deux médecines.

D'autres praticiens (traditionnels et modernes), que les populations des différents villages agotimés dénomment *dɔyɔlawo* (de *dɔ*, qui veut dire maladie; *da* qui veut dire traiter et *lawo* qui veut dire un groupe de personnes; d'où les personnes qui traitent la maladie ou les guérisseurs) sont des personnes reconnues comme telles dans le traitement des maladies. Aux tradithérapeutes (*atikeɖalawo*), herboristes (*amagbe ɲtinyalawo*) et accoucheuses (*vixelawo*) qui existaient avant l'arrivée des colons européens, vient s'ajouter l'ensemble du personnel de santé publique communément appelé *ɖɔkita* (c'est-à-dire « docteur »; qu'il soit infirmier, médecin, sage-femme, laborantin, etc.). Cet élargissement vers le champ de la biomédecine est dû à un glissement métaphorique consistant à désigner le personnel de santé publique des dispensaires et des hôpitaux par *dɔyɔlawo* avec lesquels ils entretiennent un rapport de ressemblance. Ce lien analogique est donc fondé sur une ressemblance subjective, mais tous visent la guérison du sujet malade. Ainsi, l'intention reste la même quand il s'agit d'amener un enfant malade chez un guérisseur traditionnel ou chez un personnel de santé publique, car tous traitent la maladie. Il s'est produit alors chez les populations un phénomène d'adaptation

de la biomédecine à la médecine traditionnelle locale existante, puisque les deux systèmes médicaux visent le même objectif qui est celui de guérir une personne malade.

Malheureusement, les pratiques rituelles ne sont pas bien acceptées par le personnel de santé publique (*dokita*) comme une pratique thérapeutique. Ils pensent plutôt que ces pratiques aggravent l'état de santé des enfants. Un membre du personnel de santé publique, évoquant les raisons de la fréquentation des praticiens traditionnels par les mères et tuteurs, affirme :

Oui! Comme je l'ai dit, certains parents pensent qu'aller à l'hôpital, c'est plus cher. Pour eux, il faut aller voir ceux qui pratiquent les rituels et on leur prépare des infusions, ils font des scarifications sur le ventre de l'enfant pour des pathologies donner, souvent lorsqu'il y a splénomégalie, ou bien un drépanocytaire qui a la splénomégalie. Mais nous on ne tolère pas ça hein! (Pers. 10)

Les prieres dans les églises et mosquées (*gbedoqalawo*) constituent une autre catégorie de personnes que les mères et tuteurs consultent en cas de maladie de leurs enfants. Ils sont souvent sollicités par les parents qui se sont convertis au christianisme ou à l'islam.

5.4 Cohabitation islam-christianisme et pratiques ancestrales

Parler de cohabitation des différentes pratiques religieuses renvoie souvent à la notion de tolérance (Barbier et Dorier-Apprill 1996). Autrement dit, la tolérance peut-elle être plus facile à établir dans une situation de pluralisme religieux ou de pluralisme thérapeutique? Pour répondre à cette question, je voudrais tout d'abord présenter quelques faits issus de mes données ethnographiques. Lors de mon séjour sur le terrain, j'ai observé les faits suivants : la plupart des fêtes des prémices sont organisées sous le patronage de l'administration publique (accueil des préfets, maires, ministres, voire le président de la République pour l'ouverture des cérémonies); les prières chrétiennes, musulmanes et coutumières (adeptes du vodu) sont organisées pour la même cause (funérailles, réalisation des projets au niveau local, meeting de sensibilisation, etc.); les sacrifices d'animaux à l'occasion de la visite de personnalités officielles, et ce, quelle que soit sa croyance sont fréquents dans les villages; les praticiens traditionnels sont impliqués au même titre que les responsables des églises et des mosquées dans certaines initiatives villageoises comme la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme, l'excision, etc. À l'instar de la société agotimée, les autres communautés rurales du Togo incarnent les mêmes préoccupations depuis la colonisation jusqu'à ce jour (Barbier

et Dorier-Apprill 1996; Spieth 2009 [1906]). Ces préoccupations touchent particulièrement les pratiques religieuses ayant pour finalité le maintien de la population en santé ainsi que la prévention, le diagnostic, le traitement et la guérison des maladies physiques et mentales.

En général, on présente la période qui a suivi la période coloniale comme « une période de libération puis d'autonomie des territoires africains. » (Dozon 2008 : 259). Mais la politique de retour aux valeurs traditionnelles africaines, qui est apparue au Togo dans les années 1970, a plutôt réduit le champ de liberté et de rapprochement des différentes pratiques religieuses :

Les politiques d'authenticité culturelle menées dans le cadre du parti unique (notamment au Zaïre et au Togo) ont donné lieu à des exhibitions néo-traditionnelles ne dépassant pas le niveau folklorique, ou à la création de fédérations de guérisseurs coutumiers en ordre de « tradi-praticiens », dans le but d'instrumentaliser et d'endiguer les pratiques susceptibles de relever de la magie. (Barbier et Dorier-Apprill 1996)

Cette situation qui a duré environ deux décennies n'a donc pas favorisé la cohabitation des différentes pratiques religieuses. Il a fallu le discours du Président de la République française François Mitterrand, le 20 juin 1990 dans la commune française de La Baule-Escoublac, dans le cadre de la 16^e conférence des chefs d'État d'Afrique et de France pour voir restaurer la liberté de pensée, de religion, d'association, de fédération. Ainsi, l'année 1990 qui a conduit le Togo vers la démocratisation a plus favorisé cette cohabitation des différentes pratiques religieuses. Pour répondre à ma question précédente, je dirai qu'en ce qui concerne le Togo où le pluralisme religieux et le pluralisme thérapeutique sont perceptibles (Barbier et Dorier-Apprill 1996; Lovell 1995), on peut parler de tolérance entre les différentes confessions religieuses qui cohabitent ensemble.

Conclusion du chapitre

En guise de conclusion, mon objectif dans ce chapitre était de montrer comment les rites contribuent, chez les Agotimés, à la guérison et la prévention des maladies chez les enfants. Les institutions locales sont indissociables des rites et trouvent leur vitalité dans ces pratiques rituelles qui sont fortement ancrées dans le système de représentation des Agotimés du Togo. En effet, selon les Agotimés, les rites exercent une influence sur la santé et la maladie des enfants, mais les populations locales s'adaptent de manière différentielle. Avant de faire le choix d'une thérapie qui nécessite un rituel particulier, la maladie de l'enfant est en général représentée par les populations locales soit par une atteinte physique de son corps, soit par un *désordre social*. En ce qui concerne le *désordre social*, on peut distinguer trois types de représentations populaires de l'origine du mal : d'abord, la transgression d'une loi sociale, c'est-à-dire le déséquilibre entre le monde visible et le monde invisible entraînant automatiquement la rupture de l'équilibre intérieur de l'enfant. La maladie de l'enfant intervient alors comme une sanction d'une puissance surnaturelle à l'encontre de l'auteur de la perturbation qui est souvent le parent biologique. Plus grand est le désordre, plus grande sera la sanction. La maladie de l'enfant est alors vécue comme un *châtiment* des parents coupables. Il faut souligner que dans certains cas, l'enfant malade ne fait qu'expié une faute dont l'auteur est l'un de ses ancêtres plus ou moins lointains. Ensuite, l'enfant qui souffre d'une pathologie peut être la cible d'un être jaloux, envieux, celui qu'on appelle communément le sorcier et qui jette un mauvais sort à l'enfant qui jouit d'une réussite familiale ou sociale. En effet, les esprits malfaisants sont couramment utilisés par des hommes à des fins personnelles. Ceci est la spécialité du sorcier (*adzeto*) et du « jeteur de mauvais sort » (*dzoto*). Ils peuvent alors rendre l'enfant malade par l'envoûtement et peuvent « manger l'âme » de leurs victimes et provoquer la mort. Enfin, la pathologie peut être manifestée chez l'enfant sous forme de possession par un être surnaturel (Augé 2006). La divinité malfaisante ou l'ancêtre générateur rend fou l'enfant qu'il a choisi comme son serviteur, son « prêtre du *trɔ* », qui refuse de se plier à sa volonté. Il l'habite, le torture et en fait un possédé qui n'aura de vie normale que s'il voue son existence au service de cette divinité devenue désormais son dieu. Ainsi, la maladie d'un enfant est rarement isolée de son contexte social et cosmogonique. Le choix de l'itinéraire thérapeutique est souvent source de conflits entre les parents de l'enfant ou plus encore entre les autres membres de la famille.

C'est pourquoi le comportement individuel des femmes par exemple vis-à-vis de leurs enfants malades est soumis à une structure collective composée de rapports de parenté d'intérêts économiques, politiques, religieux et de réseaux associatifs. Tout comportement est pris dans un contexte social global. L'enfant qui souffre d'une maladie recherche une aide sous forme de soins significatifs en fonction de définitions sociales liées à son histoire personnelle ou de définitions sociales liées à une situation vécue. La quête de sens est inséparable de l'identité de l'enfant qui souffre et de celle de ses parents biologiques.

Une des particularités des populations étudiées est la centralité qu'ils accordent à la première naissance qui s'en trouve fortement ritualisée. En effet, le rite de lavage après la première naissance est une forme de régulation sociale qui entraîne une obligation de l'entourage familial de l'enfant à mieux prendre soin de la santé de ce dernier. Cette responsabilité concernant les soins incombe surtout aux mères qui sont les premières à être constamment auprès de leur enfant comme l'avait remarqué Saillant (2001) au Brésil et au Canada. Selon cette dernière, en plus du fardeau déjà lourd pour les femmes pauvres dans le contexte socioéconomique actuel, vient s'ajouter une des tâches relatives au soin destiné à un malade de la famille.

Autant l'humiliation d'une mère qui n'a pas subi l'initiation de lavage après la première naissance de la part de ses paires traduit l'échec de la mère et des autres membres de la famille, autant le décès de son premier né traduit l'échec dans la prise en charge de la maladie de son enfant. C'est pourquoi chaque femme fait un effort pour que sa première naissance soit en vie jusqu'au moment de la cérémonie rituelle afin d'intégrer le rite d'initiation de lavage après la première naissance et ainsi prendre mieux soin de son enfant. Cette forme de régulation sociale est en voie de disparition puisque les populations agotimées s'ouvrent de plus en plus à la modernité (école, médias, religion, exode rural, voyage à l'étranger, etc.). Pourtant, la modernisation conduit parfois à la réaction inverse qui consiste à s'ancrer plus fortement dans une tradition ancestrale génératrice de sens (Mekki-Berrada 2013). De fait, les populations se conforment de plus en plus aux obligations des guérisseurs locaux et surtout au personnel de santé des hôpitaux et des dispensaires. Les conseils de ces acteurs sont souvent intériorisés par les mères lors des consultations prénatales et postnatales ou lors de la pesée des enfants.

Toutefois, certains conseils ne sont pas suivis par les mères soit à cause de leur application difficile (position nouvelle d'allaitement, toilette du bébé, couchage du bébé, etc.), soit par manque de compréhension (l'interdiction de donner de l'eau, même à boire à un nourrisson si elle est potable, jusqu'à l'âge de six mois) puisque le rituel d'accueil du nouveau-né est toujours une pratique courante dans le milieu (Rivière 1981a, 1981b). Inversement, les pratiques rituelles ne sont pas bien acceptées par le personnel de santé publique comme une pratique thérapeutique. Ils pensent plutôt que ces pratiques aggravent plutôt l'état de santé des enfants comme on le verra plus loin.

Les rites jouent un rôle très important pour la préservation de la santé et le traitement des maladies chez le nouveau-né, le nourrisson ou l'enfant de manière générale. L'alimentation du nourrisson, de l'enfant et de la mère étant indissociable des rites, il est à présent nécessaire de voir son influence sur la santé des enfants. C'est ce qui fera l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE 6 :

ALIMENTATION ET SANTÉ DES ENFANTS DE BAS ÂGE

Introduction du chapitre

Deux objectifs spécifiques proposés pour cette thèse et identifiés dans le chapitre 3 sont retenus pour le présent chapitre : d'abord, il s'agira d'identifier les pratiques alimentaires de soins infantiles existantes et reconnues par les populations pour la santé des enfants dès le bas âge ainsi que les normes qui les encadrent. Ensuite, il sera question d'identifier les défis qui bloquent et les possibilités qui facilitent l'intégration des savoirs alimentaires de soins de santé. Ces deux objectifs spécifiques concourent à l'explication de la malnutrition chez les enfants au Togo. Afin de déterminer le lien entre l'alimentation des enfants et leur santé dans les pays du Sud, les États et les institutions internationales qui interviennent dans ce domaine ont tendance à évoquer la malnutrition pour signifier un mauvais équilibre des éléments nutritifs. Sa relation avec l'état de santé de l'enfant et en particulier avec la mortalité est souvent posée comme une évidence. Pour la majorité des acteurs qui interviennent dans cette lutte contre la malnutrition, il suffit d'apporter une amélioration substantielle dans le choix des aliments pour que l'enfant mal nourri retrouve sa santé. Les femmes enceintes et allaitantes reçoivent fréquemment des injonctions, avant le choix des aliments, des responsables sanitaires et des nutritionnistes pour une meilleure santé du nourrisson et de leur enfant. Ainsi, les conseils dans les maternités et sur les médias, les visites à domicile des agents de santé et les causeries éducatives sont des moyens utilisés par les acteurs qui interviennent dans le domaine pour instruire les mères. Aujourd'hui, les mères font le choix parmi les aliments conseillés par les agents de santé pour la croissance et le développement des enfants ou des bébés. Paradoxalement, les enfants sont de plus en plus sensibles aux conséquences de la malnutrition : sevrés très tôt, puis nourris d'une alimentation pauvre en éléments nutritifs, les nouveau-nés sont fréquemment atteints de marasme. En effet, ils ont souvent un poids très inférieur à la normale lors de la pesée au dispensaire ou à l'hôpital. De même, certains enfants souffrent de kwashiorkor qui survient habituellement après un sevrage tardif lorsque le lait maternel est remplacé par une alimentation riche en féculents

(ignames, manioc, taro, patate douce, etc.), mais pauvre en protéines. En outre, les infections chroniques, les gastro-entérites favorisent aussi la maigreur chez d'autres enfants, souvent masquées par une rétention d'eau qui leur donne un visage gonflé (œdème facial) et un ventre bouffi.

Cette approche réductrice se limite à une simple analyse biologique et physiologique du corps de l'enfant mal nourri. Vu de cette manière, il serait donc difficile de donner une réponse holistique aux questions liées à la mauvaise alimentation dans les milieux ruraux pauvres. Il est nécessaire d'explorer un champ beaucoup plus large qui fait appel à d'autres dimensions : je veux dire l'analyse des dimensions sociales et culturelles de la malnutrition qui touche l'économie, la politique, le religieux, les institutions nationales et internationales, etc.

L'alimentation des enfants a reçu une attention particulière des chercheurs, qu'ils soient anthropologues, nutritionnistes ou démographes. Je m'intéresse dans ce chapitre à la place de l'Homme et des institutions sociales dans l'alimentation des enfants. Les études anthropologiques réalisées dans ce domaine sont abondantes, ayant chacune sa portée et ses limites. Certaines d'entre elles instruisent sur les origines de la malnutrition en général et plus particulièrement la malnutrition des enfants. Elles traduisent ainsi les comportements des communautés qui s'inscrivent dans une culture qui a une histoire ancrée dans les valeurs coutumières. Fassin (1990) donne deux exemples pour lesquels la recherche d'un « agresseur » est la règle dès lors que surviennent une maladie grave, un accident imprévisible ou une répétition de malheurs : un nourrisson souffre de maladie parce qu'on n'a pas identifié l'esprit géniteur (générateur mystique) ou encore l'enfant a des vers intestinaux parce qu'il mange trop de sucreries. Parfois aussi l'environnement religieux ou physique influence considérablement l'interprétation de la maladie d'un enfant mal nourri.

Ce chapitre s'intéresse principalement à l'alimentation en lien avec la santé des enfants. Plus précisément, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ainsi que l'alimentation des femmes enceintes ou allaitantes, gage de la santé et du bien-être des enfants. Je m'intéresserai aussi à l'hygiène et aux bonnes pratiques alimentaires de l'enfant de bas âge. Ce chapitre est organisé de la manière suivante : la première section présente la répartition, la fréquence et la gravité de la malnutrition des enfants au Togo.

La deuxième section s'intéresse à l'alimentation des mères, surtout en période gestante et après l'accouchement. L'attitude des femmes, quant à la préservation de la santé de l'embryon, du fœtus, du nourrisson et du tout petit enfant, est abordée. Ce qui permettra de voir l'influence de l'alimentation de la mère, pendant la grossesse et après l'accouchement, sur la santé de l'enfant.

La troisième section traite de l'alimentation du nourrisson depuis la naissance et nous permettra de voir l'influence de la nutrition de l'enfant, dès sa naissance, sur sa santé. Je m'attarderai sur le rôle que joue, dans la société agotimée, l'allaitement dans l'alimentation du nourrisson et les problèmes qui ont émergé depuis l'introduction dans le milieu du lait de vache (*nyino tsi*) sous diverses formes : liquide et en boîte métallique, liquide et en bouteille, en poudre et en boîte métallique, en poudre et en boîte de carton, etc. Une attention particulière sera portée sur l'alimentation des tout-petits enfants en lien avec le sevrage. Cette section sera consacrée également à l'analyse du lien entre l'apport nutritif et la santé de l'enfant. Il s'agit de présenter le savoir local en matière du choix des ingrédients alimentaires par les mères et comment les aliments sont consommés par les enfants pour leur éviter les maladies.

La quatrième section fait ressortir la responsabilité parentale en matière d'alimentation des enfants. Je souhaite montrer dans cette section le rôle d'interface que jouent les parents entre le village et le reste du monde. Il s'agit de montrer l'influence des sociétés étrangères sur le choix alimentaire qu'effectuent les parents pour leurs enfants de bas âge. Je montre ici les améliorations que les mères apportent dans l'alimentation de leurs enfants, surtout dans les moments de difficultés économiques familiales. Mon objectif est de décrire les multiples stratégies des mères qui sont souvent confrontées aux difficultés financières. Les aliments à base de végétaux prennent de plus en plus place face aux aliments issus d'animaux à cause de la rareté des produits provenant de la pêche et de la chasse au niveau local, alors que les moyens financiers des mères sont limités pour se procurer de viandes et de poissons venus de l'étranger.

La dernière section porte sur la discussion des résultats obtenus sur l'alimentation de la mère, du nourrisson et du jeune enfant.

6.1 Répartition, fréquence et gravité de la malnutrition des enfants au Togo

Les pratiques alimentaires inadéquates constituent l'un des principaux facteurs qui nuisent à la croissance physique et au développement mental de l'enfant au Togo (Djadou 2016). Aussi la malnutrition chronique affecte un enfant sur trois en milieu rural (33 %), alors qu'elle touche environ un enfant sur six en milieu urbain (16 %) (DGSCN-Togo 2014b). Si l'on considère les différentes périodes de l'âge des enfants de moins de 5 ans au Togo, 24 % de ces enfants âgés de 9-11 mois sont trop maigres par rapport à leur taille. Mais au-delà de cet âge, la proportion diminue régulièrement jusqu'à 11 % pour les enfants âgés de 12-17 mois et à 3 % pour les enfants âgés de 48-59 mois (DGSCN-Togo 2014b). Évaluant l'état nutritionnel des enfants togolais de moins de 5 ans apparemment sains, selon les normes de l'Unicef et de l'OMS (OMS et Unicef 2003, 2008)³⁹, Djadou (2016) est parvenu à des résultats suivants : sur 530 enfants inclus dans son analyse, 12,5 % étaient émaciés et parmi les enfants émaciés, 34,8 % appartenaient à la tranche d'âge 1 à 5 mois et 27,7 % avaient l'âge compris entre 6 et 11 mois.

Selon le rapport de la troisième enquête démographique et de santé du Togo (DGSCN-Togo 2014b), l'allaitement maternel est une pratique généralisée dans la population togolaise, mais tous les enfants n'ont pas été allaités à l'heure qui a suivi leur naissance. Seulement 61 % des enfants ont été allaités juste après leur naissance. Mais 87 % des enfants ont été mis au sein pour la première fois au cours des 24 heures qui ont suivi leur naissance. L'introduction de liquides et des aliments solides ou semi-solides (quel que soit le type d'aliment), autres que le lait maternel dans l'alimentation des enfants, a lieu dès le premier mois de leur naissance. Elle augmente rapidement avec l'âge de l'enfant. Ainsi, chez les enfants de moins de 2 mois qui ont été allaités, 3 % reçoivent d'autres liquides, 1 % reçoivent du lait autre que le lait maternel et 2 % des préparations d'aliments pour bébé. Chez les enfants de 4 et 5 mois, 17 % consomment déjà des aliments à base de céréales. Entre 6 et 8 mois, âges auxquels tous les

³⁹Selon ces institutions, les normes liées aux pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant comprennent l'introduction progressive d'aliments solides et semi-solides dès l'âge de 6 mois, en augmentant non seulement la quantité et la variété des aliments, mais aussi la fréquence de l'alimentation au fur et à mesure que l'enfant grandit tout en maintenant également l'allaitement fréquent

enfants devraient déjà consommer des suppléments alimentaires et le lait maternel, 67 % seulement reçoivent des aliments solides ou semi-solides.

À l'instar des autres communautés rurales du Togo, l'interprétation de la malnutrition des enfants de bas âge pourrait être une chaîne de représentations complexes chez les Agotimés, et les termes qu'ils utilisent pour traduire celle-ci peuvent se présenter sous forme de modèles explicatifs particuliers (Bonnet 1999a). Les causes peuvent être liées non seulement à la capacité de production alimentaire de chaque famille ou de chaque collectivité locale, mais aussi à d'autres facteurs structurels tels que la situation politique et économique du pays, le changement climatique, l'échec des programmes alimentaires exécutés par l'État et les institutions internationales, etc. (Scheper-Hughes 1997).

6.2 Mères et alimentation dans l'unité domestique

Les résultats issus de mes analyses montrent que les mères apprennent généralement à garder de bonnes habitudes de vie dans les moments de grossesse et après l'accouchement dans les familles et dans les lignages. Ces habitudes de vie sont transmises de génération en génération et de mère en fille. Une femme qui tombe enceinte pour la première fois, sa mère ou sa belle-mère donne des instructions spéciales concernant les habitudes alimentaires à adopter pendant les périodes prénatale et postnatale ainsi que la manière de nourrir l'enfant qui naîtra. Par exemple, ne pas manger le rat (prisé dans la cuisine togolaise) au risque de donner naissance à un enfant turbulent, ou bien ne pas manger l'escargot en période de grossesse au risque d'avoir un enfant qui bave trop, ou encore ne pas manger le sel au risque de voir le fœtus ou le nouveau-né « retourner chez ses ancêtres ». De ce fait, l'effet des influences prénatales est considéré par de nombreux parents comme une question très importante permettant d'avoir un bébé en bonne santé. De toute évidence, pour les Agotimés, les mauvaises habitudes alimentaires de la mère pendant la grossesse peuvent affecter le bien-être du nouveau-né, si ses appétits et ses passions ne sont pas bien contrôlés. La mère est donc obligée pendant la période gestante de faire le choix entre ce qui, pour les Agotimés, est bien pour son embryon ou fœtus et ce qui ne l'est pas. Avant la naissance de son enfant, si elle ne respecte pas les interdits alimentaires le futur bébé peut être affecté. Une mère boulangère dans la vingtaine donne l'explication suivante :

[...] l'enfant mange bien et sa mère aussi, surtout si la mère ne mange pas à des heures précises l'enfant ne sera pas du tout en bonne santé, ne sera pas solide... tu vois! Ce que je mange [sauce avec légume], si ce n'est pas riche, c'est mauvais. Tu mets de l'eau simple dans une marmite et tu y ajoute *abɔbi* [l'anchois], tu ajoutes de la tomate et tu dis que c'est une bonne sauce, tu te trompes! [Rire]. Elle doit éviter de consommer aussi les viandes faisandées, l'escargot, le rat palmiste, les viandes et d'autres que j'ignore. Mais aujourd'hui beaucoup de mères ne respectent pas ces interdits à cause de l'école. (Mère 4)

Ainsi, de nombreux enfants subissent les conséquences liées au non-respect des interdits alimentaires de leur mère pendant la grossesse. Mais si la mère adhère fermement aux normes sociales établies et si elle est à l'écoute des sœurs aînées ou des personnes âgées, elle peut donner à son enfant une bonne alimentation. Une nourriture désirée par elle mais qui est jugée mauvaise pour le bon développement du fœtus lui est interdite. Toutefois, les besoins alimentaires pour le renforcement physique de la mère ne sont en aucun cas compromis, étant donné que ses souhaits sont souvent considérés tendrement et ses besoins fournis généreusement. Mais elle évite dans son alimentation tout ce qui réduirait sa force physique ou mentale, car elle est sous l'obligation la plus solennelle de la maîtrise de soi.

Les enfants aspirent à la sympathie et la tendresse, car ils aiment la compagnie ou bien s'amuser avec leurs parents et surtout avec leur mère. Par conséquent, les mères évitent de blesser leurs cœurs sensibles et restent toujours à l'écoute de leurs besoins alimentaires. Leur sympathie et leur approbation sont précieuses et avec un regard approuvateur, un mot d'encouragement, elles rendent souvent les enfants heureux. Au lieu de les renvoyer loin d'elles pour éviter les ennuis provenant de leur demande alimentaire incessante, elles laissent les enfants s'amuser auprès d'elles tout en les accompagnant de quelques petits gâteaux ou beignets (*agaou*, *atɔmɔ* ou *botokoɛ*), des fruits (orange, mandarine ou mangue) ou de l'igname frite (*koliko*). Ainsi, à la question de savoir « *qu'entendez-vous par petite enfance, enfance et enfant?* », une tutrice âgée de 42 ans ayant pris en charge deux enfants de son fils aîné, qui vit avec sa femme à l'étranger, répond :

Ces périodes sont des moments où les parents s'occupent de l'individu en ce qui concerne sa santé, son alimentation jusqu'à l'âge de six ou sept ans environ pour l'enfance et quatre ou cinq ans pour la petite enfance parce qu'un enfant de quatre ou cinq ans ne peut pas se rappeler de tout ce qu'il a fait durant cette période mais à partir de sept ans l'enfant peut se rappeler de certains événements. (Mère 22)

Elles adhèrent ainsi à leurs perceptions en dirigeant leurs amusements et gagnent leur confiance au fur et à mesure qu'ils croissent. Elles corrigent le plus efficacement les mauvaises habitudes alimentaires, et cherchent à comprendre les manifestations de leur passion⁴⁰. Les mères et les tuteurs adressent des avertissements aux enfants et elles obtiennent une réaction favorable de leur part. Avec patience, affectivité et la vigilance, elles orientent la vie nutritionnelle des enfants dans la bonne direction en cultivant en eux des attraits et caractères attrayants. Elles donnent beaucoup de temps et d'attention à faire avaler la nourriture à leurs enfants dès le sevrage, mais elles les forment pour qu'eux-mêmes commencent par mettre aisément la main dans le plat après le sevrage. À propos du sevrage, une mère âgée de 40 ans donne la précision suivante :

Pour le cas du sevrage de l'enfant, on cherche tous les aliments qu'on peut donner à l'enfant même ce qu'il peut prendre tard dans la nuit comme le pain, le lait en boîte... pour mes enfants j'ai acheté le biscuit... pour les aliments, je prépare la bouillie de maïs, le riz, la pâte, etc., au terme du sevrage. Mes enfants atteignent au moins deux ans avant de les sevrer et je pense qu'un enfant qu'on allaite au-delà de deux ans ne cause aucun problème, mais au-delà de cet âge les gens commencent par crier sur les mères de sevrer vite l'enfant, parce que quand la durée de l'alimentation est longue la mère maigrit progressivement. (Mère 14)

Les enfants les plus âgés se divertissent pour exercer leurs propres ingéniosités et habiletés en mangeant. Ainsi, ils apprennent à se contenter des aliments très simples et à supporter courageusement leurs déceptions. Les mères éduquent leurs enfants à s'adapter à une alimentation pauvre en ingrédients, à cause des conditions de vie difficile. Par ailleurs, plusieurs mères se sentent coupables parfois de ne pas prendre le temps d'instruire patiemment leurs enfants à laver la main correctement avant de manger ou à bien manger avec la main droite. Mais elles se rappellent que si les enfants ne trouvent pas chez leurs parents ce qui peut satisfaire leur désir de sympathie et de compagnie, ils se tourneront vers d'autres sources d'aliments dangereux. Par manque de temps, certaines mères refusent à leurs enfants un certain amusement mère-enfant au moment du repas puisqu'elles ont les mains occupées pendant plusieurs heures dans la journée. Elles sont ainsi assidûment engagées dans leurs activités commerciales, de coiffure, de couture, etc. Quand les enfants grandissent en âge, leurs efforts portent leurs fruits et elles sont valorisées dans la société. Presque toutes les

⁴⁰ Les enfants aiment plus les aliments sucrés.

mères se lamentent le plus souvent quand leurs enfants refusent de manger, puisque l'alimentation dès le bas âge rentre dans la formation de l'enfant. Malgré cela, les mères ne sont pas semblables dans le traitement de leurs enfants. L'unité domestique exerce une influence importante sur la santé et le bien-être des enfants.

L'aliment que donnent les mères à leurs enfants détermine, dans une certaine mesure, leur état de santé. La variabilité des aliments, leur qualité, leur quantité, les conditions de préparation des repas ainsi que la manière de les administrer sont à un degré plus ou moins varié selon le statut social et économique des mères. Parlant de comment préserver la santé de son enfant, une tutrice et une mère biologique dans la quarantaine déclarent :

Pour prévenir la santé de l'enfant, je m'intéresse plus à la nourriture matinale de l'enfant. S'il fait froid ou s'il fait chaud, il faut savoir quel type d'aliment donner à l'enfant. Parfois je donne aux enfants qui sont avec moi de la bouillie. Pour le matin j'évite de leur donner des aliments lourds comme la pâte, car si je leur donne des fois ils tombent malades et commencent par vomir. Mais certains enfants aiment la pâte; donc, il faut bien surveiller l'enfant pour savoir ce qu'il aime le plus dans son alimentation. (Mère 22)

Cela dépend de comment on entretient l'enfant, si on entretient bien l'enfant il sera en bonne santé. Soin approprié, son alimentation à des heures convenables et la qualité de son alimentation, ne pas faire avaler l'enfant des aliments de mauvaise qualité. Le matin quand je me réveille, je lave bien l'enfant, et après je lui achète de la bouillie. Vers 10 heures, si je prépare la pâte, le riz ou un aliment lourd je lui donne. Mais si au petit matin, quand l'enfant se réveille et je lui donne un aliment lourd, comme le fougou ou la pâte, l'enfant tombe souvent malade. (Mère 9)

Quel que soit le niveau d'études des mères, elles inventent de nouvelles stratégies alimentaires pour lutter contre les difficultés financières. Face à leurs responsabilités, elles servent d'interface entre les aliments « traditionnels » et « modernes », car l'aire géographique qu'elles occupent s'ouvre de plus en plus au monde occidental (Photo 13). La majorité d'entre elles est attirée par les comestibles venus de l'étranger, qu'elles adaptent à leur savoir culinaire. Mais elles font des efforts dans la sélection des comestibles qui leur semblent meilleurs pour leurs enfants. Grâce à leur courage, les mères gèrent leur énergie au mieux et continuent de sauver la vie de milliers d'enfants dans leurs milieux, malgré les conditions de vie difficiles. Avant la naissance de l'enfant, les préparatifs alimentaires

commencent afin de mieux combattre avec succès toutes éventuelles maladies. Cette responsabilité qui pèse surtout sur la mère est toujours bénéfique à la santé du nouveau-né ou de l'enfant nourri dans un cadre physique bien aménagé. De même, les aptitudes mentales et affectives de leurs mères, visant une alimentation saine, influencent le développement de leur corps et leur esprit.

Santé et bien-être ALFORTS ALIMENTS FORTIFIES
des aliments qui sauvent des vies

Purée enrichie Pâte Alimentaire
Choline, Vitamine D, Magnésium, Biotine, A, B1, B2, B6, B9, Fer, Zinc, Iode, Sélénium

Maïs enrichi
Vitamine A, Chrome, Vitamine G, Magnésium, Biotine, A, B1, B2, B6, B9, Fer, Zinc, Iode, Sélénium

Purée enrichie de composés nutritifs et utiles - BOULLE ENRICHIE
Vitamine A, B1, B2, Niacine, B6, B9, C, Fer, Zinc, Iode

Riz enrichi
Vitamine E, B1, B3, B9, B12, Sélénium, Zinc

Sucre enrichi
Vitamine A

Purée de maïs enrichie-gros choucroute
Vitamine A1, B1, B2, Niacine, B6, B9, B9, Fer, Zinc, Iode

DOUBLE CHAMPION
Prix du meilleur projet au Togo

Meilleurs aliments à consommer

Reconnus favorable pour la santé

Nos aliments enrichis sont destinés à:

- * Fortifier l'organisme et renforcer le système immunitaire
- * Prévenir les infections,
- * Prévenir les retards de croissance chez les enfants
- * Prévenir les troubles de la vision chez les enfants
- * Prévenir et traiter l'anémie
- * Prévenir le goitre et les troubles de la carence en iode
- * Augmenter les capacités d'apprentissage chez les enfants
- * Augmenter les capacités de travail chez les adultes
- * Prévenir les malformations congénitales et les naissances prématurées
- * Lutter contre la malnutrition et les carences en vitamines et sel minéraux

Nos aliments enrichis contiennent les vitamines et minéraux exigés par les lois au Togo et dans l'espace UEMOA: Vitamine A, Vitamine B9 ou Acide Folique, Fer, Zinc, Iode.

Association Togolaise de Lutte contre la Faim et la Malnutrition (ATOLFAM)
Togo 16 BP 217 Lomé-Kégué (TOGO)
Tel : 00228 23 38 62 / 91 02 83 04 / 98 11 58 30
Site: www.alimentsenrichisqsi.org

Consommez régulièrement les aliments enrichis et vivez longtemps !

Photo 13 : Affiche de la pédiatrie du Centre hospitalier préfectoral (CHP) de Kpalimé

© Kodzo Awoenam Adedzi, octobre 2015

6.3 Apports nutritifs et santé de l'enfant

Beaucoup d'enfants sont sensibles aux attitudes de leur mère et une influence apaisante lors de l'allaitement est bénéfique au nourrisson. Malheureusement, certains enfants sont privés de ce bien pour des raisons de décès de la mère, d'exode rural ou d'immigration. Une tutrice de 45 ans et ayant en charge un garçon donne l'indication suivante : « La cause principale des maladies pour le cas de l'enfant dont j'ai la charge est l'insuffisance du lait maternel, car l'enfant n'a pas atteint 6 mois avant qu'il soit abandonné par sa mère. » (Mère 24). En effet, disent certaines mères, le lait maternel est pour le nourrisson ce que l'eau, le soleil et l'air sont pour le monde végétal. Ce lait maternel promeut la santé, la vigueur de l'esprit et du corps du nourrisson. Par conséquent, le meilleur aliment pour le nourrisson est le lait maternel. De ce fait, il ne doit pas être inutilement privé de ce lait pour des raisons personnelles en cherchant à utiliser le lait en boîte ou en bouteille pour son enfant.

La plupart des mères choisissent les aliments qui fournissent mieux des éléments nutritifs nécessaires à la qualité de santé de l'enfant grandissant en âge. Mais ce choix ne repose pas souvent sur l'appétit des enfants. Si elles se comportent ainsi, c'est parce que, disent-elles, parfois la demande alimentaire des enfants n'apporte pas beaucoup de nutriments pour leur santé. En règle générale, on peut retenir que l'allaitement maternel reste la priorité comme cela se dégage dans les propos d'un praticien traditionnel :

Certains enfants aiment seulement les aliments sucrés. Les mères sont souvent guidées par le savoir culinaire de la société transmis de mère en fille. Mais la plupart des maladies et souffrances des enfants sont, en grande partie, liées aux erreurs d'alimentation des enfants. Toutefois, le régime alimentaire choisi par la majorité des mères pour leurs enfants repose essentiellement sur le lait maternel pour les nourrissons; les céréales, les tubercules, les fruits et légumes pour les autres enfants. (Prat. 7)

Ces aliments considérés comme simples et naturels sont les plus vus comme sains et nourrissants. Ils donnent selon les mères, l'énergie, l'endurance et la vigueur aux enfants et un bon développement de leur intellect. Mais tous les aliments sains ne sont pas aussi adaptés aux besoins de l'enfant en toutes circonstances, car cela dépend selon les mères des saisons et du climat. Il existe donc différents types d'aliments adaptés pour les enfants selon les moments. La production de fruits, légumes, tubercules et céréales chaque année est plus

généralement mise en vente dans le marché local. De plus, de nombreux produits alimentaires qui étaient considérés dans le passé comme des produits rares sont désormais à la portée de tous en tant que denrées alimentaires destinées à une utilisation quotidienne pour les enfants. C'est particulièrement le cas des produits en boîte ou en conserves qui prennent la place des produits naturels n'ayant pas subi de transformations chimiques. Pour rendre les aliments sains et nourrissants, les mères et tuteurs combinent souvent les légumes, les céréales et des tubercules. Elles donnent la priorité aux céréales et le maïs est préférable aux autres céréales, car le maïs est plus cultivé et donc plus disponible. Elles préparent la bouillie de maïs qui contribue selon elles à la croissance de l'enfant. En réalité, les mères préparent une « farine pour bébé » (*devi wɔ*) à base d'une variété de graines torréfiées de graminées (riz, mil, millet ou petits mils, maïs), comme le témoigne cette mère de 32 ans qui a donné naissance à quatre filles, dont l'une est âgée d'un an :

Pour les suppléments alimentaires qui accompagnent le sevrage pour les plus âgés, j'avais préparé de la bouillie pour enfant (*devi dzogbo*) issue d'une farine spéciale. Cette farine est un mélange de maïs, riz, soja, mil, millet, fonio, torréfiés puis on y ajoute des petits poissons fumés pour amener chez le moulineur afin d'obtenir ce qu'on appelle ici farine pour bébé (*devi wɔ*). Mais jusqu'à un certain âge l'enfant refuse et quand je l'accompagne avec des aliments lourds comme la pâte de maïs ou le riz elle accepte et c'est tout. (Mère 17)

D'autres mères ajoutent l'amande de la noix de coco en plus du poisson fumé (anchois fumé communément appelé *abɔbi*) et des légumineuses (arachide, soja). Les huiles de la noix de palmier (*amidzɛ*), de la graine de palmier (*nɛmi*), de la noix de coco (*yovonɛmi*) et d'arachide (*azimi*) sont les plus utilisées au détriment des huiles animales. Ce qui est plus propice à la santé de l'enfant est souvent fixé dans l'imaginaire social de tous les membres de la communauté comme le précise un jeune guérisseur traditionnel :

Les enfants qui se sont habitués à une alimentation riche et très stimulante sont bien portants parce que pour maintenir leur santé, un nombre suffisant de bonne qualité d'aliments est nécessaire. Les diverses préparations de riz, maïs, haricots, ignames, plantains, etc. sont connues par les mères. De même, la variété de légumes, dont la bette (*gboma*), ademe et de malvacées (dont le gombo (*fetri*)) qui poussent dans chaque localité, donnent la possibilité aux mères de choisir une alimentation qui ne serait complète sans l'utilisation de viandes de poulets, de canards, de chèvres, de mouton ou de bœufs. (Prat. 7)

S'agissant des fruits, la majorité des répondants (mères, tuteurs, praticiens traditionnels et personnel de santé publique) s'accordent à dire qu'un approvisionnement se fait quotidiennement selon les saisons. Les fruits tels que l'orange, la mangue, la banane, la mandarine, le pamplemousse, etc., sont les plus cultivés dans le milieu et sont couramment utilisés dans l'alimentation des enfants. Par exemple, pendant la « saison des mangues » (avril – mai – juin), une grande quantité est consommée par les enfants à chaque repas ou après le repas, mais cela favorise souvent, disent les responsables de santé publique, l'ingestion de parasites, la suralimentation et provoque des indigestions. Si la digestion est faible, cela entraîne souvent la détresse et l'incapacité des enfants à mettre en avant leur effort mental. Par ailleurs, il est souvent observé que certaines mères préparent de la même façon les mêmes plats pour leur enfant. Toujours est-il que lorsque la nourriture est variée, l'organisme de l'enfant est mieux nourri. Chez la plupart des mères, aucune indifférence ne se manifeste au sujet de la qualité de la nourriture ou la manière de la préparer. La nourriture est habituellement choisie soigneusement et préparée avec intelligence et compétence par les mères et tuteurs pour que le corps de leur enfant soit bien nourri. La farine issue des graines de maïs, soja, mil, etc., non torréfiées n'est pas selon elles la meilleure, car cette bouillie n'est pas « bénéfique » pour l'enfant. Il est donc important, disent-elles, de torréfier les graines de céréales ou de légumineuses pour rendre plus « léger » la bouillie issue de la farine. Cela évite, ajoutent-elles, la constipation et d'autres complications digestives chez l'enfant. Beaucoup de mères pensent également qu'il n'est pas bon de faire une grande quantité de farine pour une longue période, mais plutôt une petite quantité pour une courte durée. Cela permet de garder non seulement le goût naturel de la farine, mais aussi d'éviter sa détérioration. Plusieurs heures de cuisson sont nécessaires pour la préparation de la bouillie à base de céréales. La plupart des aliments sont salés, même les bouillies. Le lait de vache (*nyino tsi*) est utilisé par certaines mères, mais il n'est pas utilisé avec précaution. Par conséquent, il y a plus de risque pour l'enfant de contracter la maladie lors de son utilisation.

Selon certains praticiens traditionnels, une nourriture peu abondante et mal cuisinée rend le sang impur et affaiblit les organes de l'enfant. Les mères mettent en danger selon eux l'organisme de l'enfant et provoquent en lui un malaise qui s'accompagne de mauvais tempéraments. Pour cette catégorie de répondants, les enfants victimes de la mauvaise cuisson sont nombreux, alors que c'est un devoir sacré pour les mères de préparer des

aliments sains aux enfants. Plusieurs enfants sont malades à la suite de la mauvaise cuisson. La cuisine est l'une des activités les plus essentielles dans la vie pratique des mères et est enseignée aux jeunes filles. Pour rendre les aliments appétissants et en même temps simples, cela requiert des compétences. Les mères savent comment préparer les aliments de manière simple et saine pour que leurs enfants les trouvent plus agréables au goût.

Bien que les moments habituels des repas pour les enfants soient le matin, le midi et le soir, cette restriction n'est pas souvent respectée. Entre le matin et le midi, l'enfant peut exprimer le besoin de se nourrir qui est généralement satisfait avant le prochain repas. Il y a beaucoup d'enfants qui mangent quand ils sentent le besoin de manger, à des intervalles irréguliers et entre les repas, parce que leurs mères acceptent habituellement leur demande pour éviter les pleurs. Certains enfants mangent constamment quelque chose et, selon les mères, les enfants qui mangent régulièrement de la nourriture simple et nutritive ne sentent pas une grande fatigue et ne souffrent pas tellement de maladies dues à une mauvaise alimentation.

Une autre habitude est celle de faire manger l'enfant lorsqu'il se réveille la nuit. En plus des repas réguliers pris dans la journée, un repas spécial est préparé et réservé pour la nuit. La majorité des mères prévoient toujours quelque chose avant le coucher pour faire face à de pareilles situations. C'est ce qui se dégage dans les propos de la mère ci-dessous :

Au moment du sevrage, j'ai acheté le maïs et l'arachide. Je les avais torréfiés, le tout mélangé avec d'autres condiments que j'ai écrasé pour avoir la farine. Ce qui me permet de préparer de la bouillie chaque matin pour l'enfant. J'ai acheté aussi le cérélac [biscuit déjà écrasé pour bébé] et les choses pour lui faire prendre une tasse de thé quand il se réveille dans la nuit profonde. (Mère 9)

Par complaisance, cette pratique devient souvent une habitude ancrée dans la pensée des mères et tuteurs qui pensent qu'il est impossible d'aller au lit sans prévoir une nourriture pour l'enfant. Selon elles, le sommeil de certains enfants est souvent perturbé par des rêves désagréables, dont l'une des conséquences est la difficulté à prendre le petit déjeuner le lendemain matin, puisque les organes du corps de l'enfant n'ont pas profité du repos la nuit. Pour les praticiens traditionnels, cette perturbation est souvent un début de maladie qui se termine parfois par le décès de l'enfant. Dans de nombreux cas de malaises qui conduisent à un désir de nourriture chez les enfants, les organes digestifs sont généralement surchargés au

cours de la journée. Après avoir fait manger un repas aux enfants, les mères disposent au moins trois ou quatre heures entre les repas; car disent-elles les organes digestifs des enfants ont besoin de repos.

Quoique la plupart des aliments proviennent de la cuisson, ils sont habituellement consommés par les enfants ni très chauds ni très froids, parce que les mères et tutrices estiment que si les aliments sont très froids, la force vitale de l'estomac s'atténue et rend difficile la digestion. D'après elles, l'utilisation d'aliments très chauds est dommageable pour la santé des enfants. Il est déconseillé, affirment le personnel de santé publique, de faire manger aux enfants des aliments trop froids surtout en période de l'harmattan. Donc, les aliments préparés le jour sont réchauffés souvent les matins avant de les donner aux enfants. En fait, le plus difficile pour les mères est de donner à leurs enfants les aliments faciles à digérer. Même si la consommation d'aliments salés par les enfants de plus de deux ans est plus régulière, les mères évitent d'utiliser trop de consommables piquants (piment, clou de girofle, poivre, gingembre). Parmi les stimulants, on peut citer une grande variété de condiments utilisés comme épices pour purifier le sang de l'enfant. Cette utilisation est positive selon elles, car les résultats sont agréables. Les condiments ne sont pas préjudiciables à la santé de l'enfant de par leur nature. Les épices comme l'ail (*ayo*), les poivres (*atiŋkali*, *etsɔ*), l'anis vers (*nuveve/sikɔni*), le clou de girofle (*plɛŋgota*), le gingembre (*dotɛ*), le piment (*atadi/ablɛ*) et autres choses de nature similaire sont fréquemment présents dans les repas des enfants en infime quantité. Selon les propos des mères, ces épices jouent à la fois un rôle de purification du sang de l'enfant et luttent contre les « microbes » (*dɔlekui*)⁴¹. Toutefois, une inflammation ou l'irritation de l'estomac de l'enfant survient souvent si ces condiments sont utilisés en excès. C'est pourquoi ces condiments sont utilisés par les mères avec une certaine modération. Mais les fruits accompagnent souvent les repas afin d'atténuer l'irritation de l'estomac et de faciliter la digestion.

Une fois le repas prêt, les mères apprennent aux enfants à manger lentement et à mastiquer soigneusement les aliments avant de les avaler pour que la salive puisse être bien mélangée avec ceux-ci. Selon les propos du personnel de santé publique, il y a des mères qui pensent

⁴¹ Je rappelle que ces épices interviennent également dans la préparation des purgatifs.

qu'elles choisissent bien les aliments destinés à leurs enfants, alors que la nourriture n'est peut-être pas mieux adaptée. En voici quelques conseils prodigués aux mères et tutrices par un agent de la santé publique :

Ces suppléments alimentaires dépendent de l'âge de l'enfant. Nous conseillons principalement la farine enrichie dès le premier âge, deuxième âge selon l'âge de l'enfant. Le premier âge ça commence aussitôt après six mois et la composition généralement c'est à base de soja principalement et la teneur ou bien la fluidité de la bouillie, tout ça là nous expliquons ça aux mères. Lorsque l'enfant a 7 ou 8 mois déjà on conseille certaines parties des aliments familiaux, on commence à donner de petites quantités. Déjà à dix mois, il prend l'alimentation familiale en petites quantités en plus de la bouillie de la farine enrichie. (Pres. 2)

Le personnel de santé évoque également la suralimentation des enfants comme un des cas les plus consultés et affirme que les organes digestifs des enfants victimes de la suralimentation perdent leur force vitale, une fois arrivée à l'hôpital ou au dispensaire. Toujours selon le personnel de santé publique, les excédents alimentaires pèsent sur leur organisme et les rendent souvent fiévreux. Les organes digestifs ayant accompli de lourdes tâches, le personnel de santé observe généralement un sentiment de malaise chez les enfants suralimentés. Selon eux, ces symptômes désagréables sont ressentis parce que le corps physique et psychique de l'enfant a accompli un travail supplémentaire inutile et est complètement épuisé. De nombreux malaises des enfants peuvent être interprétés comme une charge supplémentaire de nourriture donnée aux enfants par leur mère. Toujours selon le personnel de santé publique, les organes digestifs des enfants sont souvent épuisés, alors que la nourriture devrait être plus simple et moins consommée par les enfants, afin que leur santé ne soit pas influencée.

6.4 Amélioration de l'alimentation chez l'enfant

Je présente ici les améliorations réalisées par les mères en ce qui concerne l'alimentation des enfants de bas âge. Lorsque la sous-alimentation conditionne une maladie digestive par exemple, les mères changent de comportement afin de préserver la santé de l'enfant. Une bonne alimentation permet de rétablir plus ou moins complètement la santé de l'enfant. Il n'est pas facile de prescrire des règles qui répondent dans tous les cas. Certains comme le personnel de santé publique souhaitent qu'une règle exacte puisse être prescrite pour l'alimentation des enfants de bas âge. Toutes celles qui comprennent les normes alimentaires des tous petits, établies par leur société, se rendent compte de leur obligation d'obéir à ces normes. Obéissance aux normes alimentaires de l'enfant est donc une question de devoir personnel : « Nous ne sommes pas libres de faire avec le corps de nos enfants tout ce que nous désirons. » (Mère 12), affirme une jeune mère de 23 ans.

Le corps de l'enfant peut être vigoureux et en bonne santé grâce à l'apport en protéines animale et végétale. Les céréales, les fruits, les légumes et les viandes contiennent toutes les propriétés nutritives nécessaires à la santé de l'enfant. Ces éléments nutritifs sont entièrement fournis par un régime alimentaire complet. L'utilisation de la viande est essentielle à la santé de l'enfant et lui donne la force, c'est pourquoi les mères associent régulièrement aux céréales et aux légumes les viandes ou les poissons. Lorsque les viandes et les poissons ne sont pas inclus dans les aliments, précisent les mères et tutrices, il y a souvent des signes de faiblesse et un manque de vigueur qui s'observe chez l'enfant. Ainsi, les mères savent que le régime alimentaire qui prend en compte les protéines animales et végétales est nécessaire pour la croissance de l'enfant. Mais plusieurs d'entre elles n'arrivent pas à respecter ce régime alimentaire au complet, parce qu'elles sont fréquemment confrontées aux difficultés économiques. Elles n'ont pas les moyens financiers pour se procurer des viandes ou des poissons qu'elles trouvent trop chers. Ainsi, il est très fréquent d'observer les enfants qui mangent les aliments dont la sauce qui les accompagne ne contient ni viande ni poisson ou bien en infime quantité. Dans ces circonstances, les mères sont obligées d'opérer un changement. À défaut de viandes ou de poissons, les enfants sont ainsi nourris avec une variété de céréales et de légumes. Ceci est particulièrement nécessaire dans le cas des enfants

qui sont issus des familles très pauvres. En examinant la situation de certains enfants, de nouvelles habitudes alimentaires se créent face à la misère qui sévit chez les Agotimés.

Toutes les mères aspirent à une croissance rapide de leurs enfants, mais toutes n'arrivent vraiment pas à améliorer l'alimentation de leurs enfants. En effet, sous l'influence de la modernité, l'amélioration de l'alimentation chez l'enfant consiste simplement pour le personnel de santé publique à un abandon de certains aliments traditionnels supposés malsains. Ils ont ainsi une compréhension particulière des principes de l'amélioration de l'alimentation et sont souvent les plus rigides, autant dans l'affirmation de leurs points de vue que dans le rejet des idées des mères et des praticiens traditionnels. Les effets s'observent en ce qui concerne la santé des enfants puisque leurs efforts à imposer leur point de vue aux autres donnent souvent un résultat négatif. En effet, selon les mères, les agents de santé publique ne comprennent pas les principes de la santé du nourrisson et de l'enfant, et leurs recommandations sont loin d'être un exemple de sobriété et de modération. Il y a des mères qui ont pris conscience que la santé de l'enfant nécessite un régime simple qui a besoin de soin dans la sélection ou la préparation des aliments. Elles font un choix alimentaire qui n'est pas pour la simple satisfaction de l'appétit chez l'enfant, mais pour le développement de son corps. Elles cherchent ainsi à préserver tout dans les meilleures conditions pour la meilleure croissance de l'enfant.

Il y a réel bon sens dans l'amélioration de l'alimentation de l'enfant, car les mères étudient constamment leurs enfants avant d'agir et il est hors de question de les critiquer tout simplement parce que leur pratique n'est pas en harmonie avec les principes biomédicaux. Il est impossible de se donner une loi universelle qui régleme les habitudes alimentaires de chacun. Toutes les sociétés ne peuvent consommer partout les mêmes choses. Les aliments qui sont savoureux et sains pour les enfants de bas âge dans une société peuvent exister dans une autre. Les aliments à base de maïs et d'igname, qui constituent les suppléments alimentaires après le sevrage et qui sont fréquemment consommés par les enfants chez les Agotimés, peuvent ne pas l'être dans d'autres sociétés. Certains enfants ont souvent des difficultés à digérer même le fofou, alors que d'autres se sentent plus à l'aise après l'avoir consommé. Il y a aussi certains enfants pour qui les préparations de pâte de maïs sont une bonne nourriture, tandis que d'autres les considèrent comme une mauvaise nourriture et ne

peuvent pas les consommer. Par ailleurs, les enfants qui vivent dans les familles rurales pauvres à Agotimé sont encouragés à consommer les œufs à la place des viandes. En plus des œufs, elles optent également pour l'utilisation des poissons provenant des rivières environnantes. Cependant, il est vrai que certaines mères ne peuvent éviter, par habitude, l'utilisation d'aliments accompagnés de viandes. Un effort est fait pour compléter ces aliments avec les légumes qui sont selon elles sont sains et peu coûteux. Partout, les mères et tuteurs apprennent à varier la cuisson autant que possible et gardent encore la nourriture saine et agréable au goût de l'enfant. D'après les propos du personnel de santé publique, la pratique de donner à manger à l'enfant au moins deux repas par jour, très légers et plus faciles à digérer par celui-ci est en général un avantage pour sa santé. Leur principe exige que les mères abandonnent les aliments qui irritent l'estomac et nuisent à la santé de l'enfant puisque selon eux le régime alimentaire pauvre rend le sang pauvre en nutriments. Selon eux, il y a des cas de maladies difficiles à soigner (maladies chroniques) et les mères sont toujours obligées de dépenser, alors qu'elles doivent faire face à la pauvreté, à la misère et la faim. Un personnel de santé publique âgé de 56 ans qui a cumulé 28 années d'expérience dans son domaine donne la précision ci-dessous :

Quelquefois, il y a des familles qui viennent, ils sont démunis, ils n'ont rien. Il faut un service social pour pouvoir l'évacuer [c'est-à-dire transférer dans un autre centre de santé]. Avant le service social travaille bien, maintenant le service social, c'est comme ça n'existe pas, ça existe de moins en moins. Ça fonctionne quand même du point de vue suivi et conseil des jeunes filles, des jeunes, tout ça là, ça ils font leur travail. Mais côté nutritionnel, ça ne marche pas. (Pers. 5)

Lorsque le corps de l'enfant n'est pas bien nourri par des aliments variés qui le fortifient, la santé de l'enfant en souffre. Outre les difficultés économiques des mères, ajoute le personnel de santé publique, l'imprudence de certaines mères et tuteurs les conduit souvent à donner les aliments qui ne sont pas bien cuits ou trop cuits à leurs enfants, alors que l'approvisionnement régulier en nourriture doit être accompagné d'une meilleure cuisson afin de préserver la santé de l'enfant. C'est en ce sens que les jeunes mères apprennent sans cesse ce que l'enfant doit manger et comment préparer les aliments. Cela leur demande souvent d'obtenir des aliments sains et si elles ont une connaissance d'une nouvelle cuisson elles n'hésitent pas à l'utiliser pour un bon usage. D'après le discours du personnel de santé publique, l'hygiène et l'amélioration des aliments chez les enfants de bas âge reposent sur

des principes définis dans le système de santé publique au Togo. Mais il n'est point question de sous-estimer les pratiques traditionnelles des mères des enfants du milieu.

La responsabilité parentale en matière d'alimentation s'est illustrée dans les propos de mes répondants et répondantes. D'après les propos des mères et tuteurs, les enfants ont souvent un désir constant de manger quelque chose. L'appétit est stimulé chez les enfants et cette demande devient souvent plus fréquente, mais difficile des fois à satisfaire par les parents. Cela devient encore plus grand si le désir nutritionnel de l'enfant est toujours satisfait par les parents. Mais l'imprudence des parents dans l'alimentation des enfants entraîne parfois des surprises désagréables en ce qui concerne la santé des enfants, car les mauvaises habitudes alimentaires détruisent la santé de ces derniers. Les meilleurs principes en matière d'alimentation des nourrissons et des enfants sont donc nécessaires pour le bien-être des enfants. De ce fait, les parents observés mènent une lutte incessante contre la malnutrition, afin que leurs enfants soient en bonne santé. Il y a des mères qui aident leurs enfants à manger correctement, des pères qui enseignent aux enfants à détester la gourmandise. Mais au-delà de l'aspect éducatif, que peut-on savoir de l'entière responsabilité des parents vis-à-vis de l'alimentation et de la santé des enfants de la localité?

La vie des parents est le reflet des us et coutumes, de sorte que les injonctions et les instructions des personnes âgées réveillent la conscience intérieure de ceux-ci. C'est pourquoi le travail de la mère ou de la tutrice est souvent un service rendu à ses enfants et à la communauté dans son ensemble. Parce que, chez les enfants soumis à une alimentation saine, chaque mère ou tutrice a un devoir sacré qui est rarement isolé de son contexte social et ontologique. Cependant, quelques praticiens traditionnels précisent que certaines mères très jeunes d'aujourd'hui négligent les injonctions et instructions des personnes âgées et se vantent de ce qu'elles ont appris à l'école, sur les médias, dans les dispensaires, etc., comme une grande « réussite » et de « supériorité ». Elles ont, disent-ils, laissé les normes sociales en matière d'alimentation de la mère et de son enfant pour se consacrer à ce qui vient d'ailleurs. Ce qui crée un conflit de générations, surtout en ce qui concerne l'alimentation du bébé ou de l'enfant.

En réalité, un esprit joyeux favorise le bonheur dans la famille; et, dans une certaine mesure, la mère est appelée à améliorer sa propre santé. Outre sa consommation des aliments sains et

équilibrés, s'ajoute la joie qu'elle peut apporter à son enfant. Tous ses efforts allant dans ce sens favorisent un meilleur développement de l'enfant, tant sur le plan du bien-être physique et mental. Une mère, qui n'a pas eu les moyens financiers pour payer les médicaments durant sa grossesse et après la naissance difficile de sa fille à domicile (suivie des soins traditionnels), décrit la responsabilité du père vis-à-vis de sa conjointe et de son enfant de la manière suivante :

Si le mari sympathise avec sa femme, l'entoure d'affections et travaille pour approvisionner le foyer de divers comestibles, ses liens avec sa femme et son nouveau-né sont alors un précieux encouragement qui apporte la santé et le bien-être à son enfant. Mais certains pères fuient cette responsabilité parentale instaurée dans notre société qui est celle de nourrir l'unité domestique et laisse leur femme seule s'occuper de l'alimentation de tous les membres de la maison. Par conséquent, les efforts de la mère devenant de plus en plus vains, sa santé ainsi que la santé de ses enfants font défaut puisqu'ils tombent souvent malades à cause de la malnutrition. (Mère 16)

En effet, si la mère est privée des soins alimentaires, du soutien qu'elle devrait avoir de son mari et si elle est épuisée par l'anxiété et la tristesse, les enfants sont privés des soins alimentaires qu'ils devraient obtenir de leur parent. Toujours est-il que l'alimentation des enfants est nécessaire pour leur protection contre les maladies. Grande est la responsabilité qui incombe aux pères et aux mères, en ce qu'ils représentent un soutien pour leurs enfants, car leur influence préserve la santé ou repousse la maladie chez l'enfant si leur caractère, leur vie quotidienne, leurs stratégies visent en priorité le bien-être sanitaire des enfants.

L'enfant est initié aux habitudes alimentaires permettant la préservation de sa santé. Le travail engagé par les parents est exigeant et nécessite non seulement de l'énergie, mais aussi les plus hautes qualités mentales. C'est pourquoi la société donne par moments des instructions pour les parents de l'enfant. Les indications données sur les enfants nous enseignent que les parents ne doivent pas négliger tout ce qui peut affecter le bien-être physique de l'enfant. Tout ce qui influence et qui affecte le corps de l'enfant a une incidence sur sa santé du point de vue physique et mental. Ainsi, l'on accorde une importance à la formation précoce des enfants à travers l'alimentation, car les habitudes alimentaires rendent compte des comportements acquis dans l'enfance. Ces habitudes alimentaires touchent

beaucoup plus la formation du caractère et le sens de la vie⁴². Les parents tiennent compte de cela et comprennent les principes qui sous-tendent l'alimentation et la formation des enfants. Les enfants sont ainsi élevés en tenant compte de leur santé physique et mentale, mais les parents font habituellement recours aux lois de la nature et de la société.

Grâce aux premiers soins effectués dès la naissance par la belle-mère ou la mère de l'accouchée, cette dernière étudie et reçoit les enseignements sur les principes les plus simples d'allaitement du nouveau-né, durant les premières semaines suivant la naissance. La belle-mère ou la mère enseigne à l'accouchée la meilleure façon de préserver ses forces physiques et mentales afin d'obtenir le lait de qualité. Cette connaissance est transmise aux jeunes mères; car dans l'imaginaire social, une éducation familiale qui prend en compte l'alimentation de la femme enceinte ou allaitante, du nourrisson et les tous petits, en lien avec la santé, est plus importante pour l'accouchée que les connaissances scientifiques enseignées dans les « écoles des blancs ».

6.5 Discussion

Sachant que l'enfant est très fragile, une alimentation saine et de qualité est nécessaire pour son développement physique et mental. Tous les parents apprennent beaucoup sur le soin et la prévention, et même sur le traitement de la maladie telle qu'appréhendue par les praticiens de la biomédecine et de la médecine traditionnelle (*disease*). Surtout, les mères savent ce qu'il faut faire dans les cas courants de la maladie telle qu'éprouvée, interprétée par l'enfant qui parle, son entourage familial et la société (*illness*). Elles savent les voies de recours pour trouver la solution à leur enfant malade.

Pour traiter des maladies des enfants causées par une mauvaise alimentation (*sickness*), une grande sagesse est nécessaire. Un petit corps mal nourri et un esprit affaibli nécessitent un traitement doux. Plusieurs fois, des ennuis alimentaires influencent la santé de l'enfant. Et parfois, il est vrai que les erreurs nutritionnelles portent atteinte à l'équilibre psychique de l'enfant. Une catégorie d'enfants qui en souffrent bénéficie d'une sympathie et le guérisseur

⁴² Chez les Agotimés, il faut toujours manger avec la main droite qui est représentée saine par rapport à la main gauche qui est considérée comme une main souillée. Il est souvent observé que les parents battent leur enfant parce qu'il mange avec la main gauche alors que naturellement il est né gaucher.

tout d'abord gagne leur confiance, puis les amène vers une alimentation saine et équilibrée. Parfois, la pensée des mères est dirigée vers le personnel de santé publique et si elles ont confiance en leur traitement, ceci soulage souvent l'enfant malade et redonne la santé au corps physique. Sympathie et tact donnent souvent un plus grand bénéfice aux enfants malades, mais le côté mauvais est lié à l'indifférence de certains professionnels de santé et guérisseurs traditionnels. Il est courant de voir un personnel de santé publique qui reste indifférent au chevet de l'enfant malade, regardant le lit affligé avec peu d'intérêt, envoyant des paroles ou actions qui donnent une mauvaise impression à l'égard des parents qui se sentent coupables d'avoir mal nourri leur enfant. Le doute et le découragement produits par son indifférence contrebalancent souvent le bon vouloir des parents d'acheter les médicaments prescrits. En revanche, d'autres agents de santé publique sont mieux disposés à apprécier les sentiments de l'enfant qui souffre en se mettant à la place de l'enfant dont l'esprit est avili et dont la volonté est affaiblie par la souffrance. En traitant l'enfant mal nourri (retard de croissance, émaciation, insuffisance pondérale), il lui inspire confiance. Beaucoup craignent de dire la vérité qui peut exciter ou décourager les parents. Ces derniers gardent toujours espoir de la reprise de la santé de leur enfant qui souffre de malnutrition aiguë ou sévère. Le personnel de santé publique n'est pas toujours sûr d'expliquer aux parents le danger. Vu l'état critique de l'enfant malade, ils sont souvent impuissants devant certaines maladies des enfants et considèrent que les parents gaspillent de l'argent. Cela crée parfois des frustrations chez les parents ou même provoque la récupération de l'enfant par ces derniers qui sont obligés de recourir par la suite aux guérisseurs traditionnels, dont l'issue est parfois favorable. D'autres responsables de santé préfèrent ne pas dire toute la vérité au sujet d'un enfant qui est entre la vie et la mort. Plusieurs parents trouvent que l'état critique de l'enfant est intimement lié aux effets de la situation économique difficile dans leur village (la cherté de la vie, baisse de la productivité agricole). Ils ont leur propre stratégie et imaginent beaucoup de choses y compris leur propre survie. Mais ceux qui s'occupent de leur enfant malade manifestent souvent une constante gentillesse, une patience infatigable et du tact. Ces parents s'intéressent à la survie de leurs enfants, alors que les responsables sanitaires les accusent de n'avoir pas bien nourri leur enfant. Ils se disent être offensés et sont découragés du traitement en cours. Il est aussi observé, par les mères, les cas de prévarication chez

certain responsables sanitaires et celui qui le fait perd souvent la confiance des parents qui refusent d'aller à l'hôpital.

La volonté de rester alerte et engagé, à juste titre, donne l'énergie à l'être tout entier. C'est une aide merveilleuse dans le maintien de la santé. Il est une puissance aussi dans le traitement de la maladie de l'enfant mal nourri. Exercée au meilleur moment, elle contrôle l'imagination et est un puissant moyen de résister et de vaincre la maladie de l'enfant due à une insuffisance nutritionnelle. Selon les répondants et répondantes, une bonne coopération entre le traitant et les parents aide beaucoup l'enfant dans sa récupération.

Une alimentation complémentaire adéquate des enfants âgés de 6 mois à 2 ans est particulièrement importante pour la prévention de la malnutrition et d'autres maladies afférentes (Unicef 2015; WHO *et al.* 2014). Les enfants malnutris courent plus de risques de mourir de maladies de la petite enfance, et ceux qui survivent souffrent de maladies récurrentes et de retard de croissance (WHO *et al.* 2014). C'est en ce sens que l'initiative locale de culture de la spiruline, une cyanobactérie filamenteuse, abondante dans certains lacs salés d'Afrique (lac Tchad) ou du Mexique est louable. En effet, la spiruline est cultivée dans une ferme agricole non loin des villages agotimés et est récoltée pour la fabrication des suppléments alimentaires traditionnels destinés aux enfants malnutris (Photo 14).



Bassin



Paillettes



Sachet



Boite de comprimés

Photo 14 : Bassin de culture de la spiruline et les produits de la ferme d'Agou Nyogbo

© Kodzo Awoenam Adedzi, 2016

L'indigestion est souvent l'une des conséquences observées chez les enfants de bas âge. En fait, selon les propos des mères et tuteurs, la meilleure santé de l'enfant dépend naturellement d'une meilleure circulation sanguine nécessaire à sa vie. Le sang nourrit son corps lorsqu'il est riche et donne la vie à toutes les parties de son corps. De manière symbolique, elles pensent que si l'enfant sue bien surtout après le repas, sa circulation sanguine est bonne et donc il vit (*evuwo le agbe*, ton sang est vivifiant; *evuwo le dawom nyui*, ton sang circule bien, sont des expressions courantes).

Conclusion du chapitre

En définitive, je me suis fixé comme objectif principal dans ce chapitre de montrer comment la mauvaise alimentation des enfants peut conduire à des maladies (*sickness*), dont les causes sont profondes et sont liées aux violences structurelles exercées sur les enfants. Cette violence structurelle est ancrée dans la vie politique, économique, religieuse, et culturelle de la société togolaise, puis dissimulée dans le social. En effet, la majorité des parents du milieu rural agotimé est pauvre et se considère comme des laissés-pour-compte, oubliés, abandonnés⁴³. Malheureusement, les échanges inégaux en augmentation et la pauvreté grandissante des villageois sont deux situations qui sont à l'origine de la malnutrition chronique ou aiguë chez les enfants. Cette malnutrition est en constante augmentation, car elle est surtout aggravée par le changement climatique. Les produits locaux issus de l'agriculture ou de la pêche fluviale locale deviennent de plus en plus rares à cause de la rareté des pluies et du décalage des saisons.

Il est vrai, selon les propos des mères et tutrices, que la malnutrition constitue un des déterminants dans la détérioration de l'état de santé et de bien-être des enfants dès le bas âge. Plusieurs enfants du milieu souffrent, selon le personnel de santé publique qui travaillent dans le milieu, d'insuffisance pondérale et présentent un retard de croissance. Ils précisent en outre que la malnutrition est aiguë chez certains enfants et chronique chez d'autres, ce qui confirme l'idée selon laquelle le taux d'affection de ces deux types au Togo est très élevé en ce milieu rural (DGSCN-Togo 2014b)⁴⁴. Parmi les grandes endémies sévissant dans les milieux ruraux paupérisés, la malnutrition des enfants de bas âge peut être le premier trouble nutritionnel qui peut justifier des actions planifiées en santé publique. L'attention des

⁴³ Par plaisanterie, les populations agotimées sont appelées « les gens de derrière les rails » pour signifier, selon les propos des mères, tutrices et guérisseurs traditionnels, les populations enclavées; vue leur position géographique. En effet, le chemin de fer construit par les Allemands à l'époque coloniale a favorisé le désenclavement des villages, mais les villages agotimés étant éloignés des lignes de chemin de fer, les villageois estiment que les initiatives de développement sont en faveur des villages desservis par ces lignes de chemin de fer. Selon eux, les autorités administratives refusent de leur rendre visite à cause de l'état défectueux des routes qui vont vers les différents villages.

⁴⁴ Selon les résultats de l'Enquête démographique et de santé (EDST) de 2013-2014, organisée par la DGSCN, la malnutrition chronique touche 28 % des enfants en moyenne sur l'ensemble du territoire: 18 % sous sa forme modérée et 10 % sous sa forme sévère (aiguë). Mais un enfant sur trois (33 %) en milieu rural souffre d'un retard de croissance.

chercheurs sur la compréhension du phénomène traduit aujourd'hui un regain d'intérêt sur l'analyse des liens entre la malnutrition et la mortalité. La malnutrition des enfants reste un des sujets majeurs de préoccupation et un enjeu important de l'aide internationale aux pays pauvres.

Dans le but de lutter contre la malnutrition, des mesures liées au contrôle de la croissance des enfants, à la prise en charge nutritionnelle, à l'intégration des bonnes pratiques en matière de survie et de développement de l'enfant (alimentation du nourrisson et du jeune enfant, hygiène et bonnes pratiques alimentaires) et à l'apport de compléments en micronutriments sont appliquées régulièrement dans les dispensaires de la localité. J'ai observé également dans les dispensaires, les hôpitaux et les lieux de consultation des guérisseurs traditionnels, que les conseils du personnel de santé et des praticiens traditionnels touchent l'alimentation des femmes enceintes et des femmes allaitantes. Ces conseils viennent donc en complément des savoirs nutritionnels qui existent déjà dans la communauté. Cependant, ces efforts sont insuffisants puisqu'ils ne touchent pas le maximum de bénéficiaires, à en croire les propos des mères et tuteurs. Pendant des années les mesures prises par l'État togolais pour atténuer les effets pervers de la pauvreté sur les couches sociales les plus démunies ont beaucoup plus favorisé les pauvres dans les villes. Cela peut être dû au fait qu'ils ont été les plus touchés par la crise secondaire aux ajustements structurels des années 1980 et 1990 (Gogué 1997). L'augmentation du nombre de pauvres en général et surtout en milieu rural comme chez les Agotimés a entraîné une aggravation de la situation sanitaire et de l'état nutritionnel des enfants. La malnutrition continue d'être un problème de santé dans le milieu parce que la situation nutritionnelle des mères et de leurs enfants est caractérisée par une prédominance du retard de croissance, de l'insuffisance pondérale, de la carence en fer (anémie), en vitamine A et en iode, principalement chez les enfants et les femmes (DGSCN-Togo 2014b). Ces facteurs ont des conséquences graves sur la santé des enfants, en plus de causer des dépenses plus élevées en santé dues à la morbidité, la mortalité et le faible développement cognitif des enfants.

En tant que problème de santé publique, l'explication de la malnutrition (la sous-alimentation et la suralimentation) ne pourrait se réduire à une carence, à un excès ou à un déséquilibre des apports alimentaires, mais les causes en sont beaucoup plus profondes. La malnutrition

est une déclinaison de la violence structurelle exercée sur les enfants de bas âge. Chez les Agotimés où plus de sept personnes sur dix sont pauvres (DGSCN-Togo 2013a), on peut donc comprendre que la misère qui sévit dans cette localité a des conséquences sur l'alimentation des enfants de bas âge et sur la qualité de leur santé. De plus, ces populations rurales n'ont pas accès à l'eau potable nécessaire pour la consommation et la préparation des aliments pour les enfants. Il est donc clair que le slogan véhiculé par l'OMS et l'UNICEF selon lequel la mère doit s'en tenir à un « allaitement exclusif au sein pendant 6 mois », c'est-à-dire que le nourrisson se doit prendre que du lait maternel et aucune autre nourriture ou boisson, pas même de l'eau, cache la faiblesse des institutions nationales et internationales responsables à mettre à la disposition des populations de l'eau potable. Il suffirait que l'ensemble de la population ait accès à l'eau potable pour éviter les maladies diarrhéiques chez les enfants de bas âge, puisque l'on continue de donner au nourrisson de l'eau ou d'autres substances préparées avec cette même eau puisée à la rivière, dans un puits non couvert, recueillie sous le toit de la maison quand il pleut, puisée dans une mare, etc. (Adedzi 2013) surtout lors des cérémonies rituelles. La malnutrition demeure un problème de santé publique et celle-ci fluctue traditionnellement avec la période de soudure chez les Agotimés. Certes, cette situation est aussi liée aux déficits alimentaires chroniques dans les villages.

Selon les mères, la pratique traditionnelle consistant à bien nourrir l'enfant dès le bas âge en vue de préserver sa santé et qui a servi jadis de protection contre l'exclusion des plus démunis est en voie de disparition dans le milieu d'étude. En effet, disent-elles, cette pratique est de plus en plus confrontée ces dernières années à des difficultés liées à l'afflux des aliments provenant des usines et des industries nationales et internationales. Depuis l'époque coloniale, de nouveaux types d'aliments des enfants de bas âge s'incrustent au fil des ans dans les unités domestiques et modèlent les structures familiales traditionnelles. Ce qui occasionne une remise en cause progressive de certaines valeurs culturelles alimentaires du nourrisson et des tout-petits⁴⁵. Retourner à l'essentiel des savoirs nutritionnels locaux, accorder une priorité aux plus démunis, leur permettre de s'exprimer et de participer

⁴⁵ Dans les dispensaires et hôpitaux qui desservent la localité, des plaques indicatives des micros-nutriments sont visibles sur les affiches publicitaires collées sur les murs des dispensaires et des hôpitaux (Photo 13, p. 231 ci-dessus). Ces affiches contribuent à affermir puis à renforcer les capacités cognitives des femmes à nourrir leurs enfants.

pleinement à une meilleure alimentation de leurs enfants ne signifie pas freiner leur bien-être sanitaire souhaitable. Cela peut insuffler au contraire un idéal mobilisateur susceptible de décupler les énergies, en rendant aux populations locales la fierté de leurs racines nutritionnelles culturelles et historiques. Les communautés locales cherchent avant tout à mobiliser leurs ressources humaines (surtout les mères) et culturelles propres pour nourrir les enfants de bas âges. Les familles qui doivent recevoir des aides alimentaires pour leurs enfants doivent devenir plus concrètement les principaux agents partenaires d'une alimentation originale saine et équilibrée. Un meilleur équilibre entre une alimentation rurale d'une part et une alimentation industrielle d'autre part, peut s'avérer convenable. Aussi, ce savoir nutritionnel traditionnel destiné aux enfants de bas âge doit donc être respecté, reconnu et préservé parce que, plus que tout savoir, il est source de bonne santé et de bien-être de ces enfants. Les populations rurales sont conscientes et fières de leur patrimoine culturel alimentaire, de leurs racines, de leurs expériences de vie, de leurs connaissances alimentaires et des pensées qui en découlent. Mais pour qu'elles puissent s'organiser au nom de leurs convictions profondes et les faire valoir auprès de leurs enfants, l'État et les institutions internationales comme l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) doivent considérer les groupes de populations les plus défavorisés comme les principaux « experts » en matière d'alimentation des enfants. Ces groupes doivent être consultés et impliqués en premier lieu dans les politiques et programmes de lutte contre la malnutrition et la faim. Les intermédiaires engagés entre les plus pauvres ou les populations rurales et les décideurs sont nécessaires. Ils doivent identifier toutes les barrières structurelles pouvant exister entre les populations rurales pauvres et ceux qui viennent d'ailleurs pour les soutenir. La communication effective entre les uns et les autres est essentielle, afin d'éliminer ces barrières structurelles.

CHAPITRE 7 :

PERSPECTIVES MULTIPLES DE LA « SANTÉ INFANTILE »

Introduction du chapitre

Je vise ici les trois objectifs spécifiques suivants : d'abord, je tenterai d'identifier les pratiques traditionnelles de soins infantiles existantes et reconnues par les populations pour la santé des enfants dès le bas âge ainsi que ses normes; ensuite, les pratiques traditionnelles de soins infantiles existantes et reconnues par les pouvoirs publics pour la santé des enfants; et enfin il sera question de faire un état des lieux de la complémentarité des pratiques traditionnelles de soins infantiles et les soins de santé publique en vue de cerner les contours explicatifs des populations au sujet de l'influence de ces pratiques de soins sur la santé et le bien-être des enfants.

Au Togo comme dans les autres pays africains, la « santé infantile » suscite de nos jours un regain d'intérêt dans les domaines de la santé publique et de la médecine traditionnelle. Alors que le secteur biomédical l'aborde de façon normative avec ses logiques et valeurs de rationalité particulières, le secteur de la médecine traditionnelle se base sur des logiques qui lui sont propres, et ce, sans que les logiques respectives des deux médecines soient toujours mutuellement exclusives. Ainsi, le choix d'une thérapie ou d'une protection est souvent source de négociations entre les parents de l'enfant ou plus encore les autres membres de la famille. Dans cette dynamique socioculturelle, le comportement des mères dépend de multiples rapports de parenté et d'intérêts économiques, politiques et religieux. Toutes les initiatives des mères, des autres membres de l'entourage familial de l'enfant, des guérisseurs traditionnels et du personnel de santé publique sont ancrées dans le contexte social et culturel. Un enfant malade bénéficie de soins de santé liés à son *histoire personnelle*, son *héritage biologique* et son *environnement socioculturel immédiat et lointain*. De même, un enfant qui n'est pas atteint d'une maladie jouit également d'une protection de la part de ses ascendants (parents biologiques, autres membres de la famille, ancêtres, etc.). Alors, les logiques

biomédicales et de la médecine traditionnelle de la petite enfance s'intéressent à une catégorie d'enfants de bas âge. Quelle tranche d'âge est donc concernée par la « santé infantile » chez les Agotimés? Que signifie cette tranche d'âge pour les répondants et les répondantes? Quelles sont les multiples actions et perspectives de préservation de la « santé infantile » chez les Agotimés? Quels sont les points de convergence et de divergence qui émanent des propos des répondants et répondantes? Plusieurs études anthropologiques se sont intéressées à la santé des enfants de bas âge, mais ce chapitre essaie de dégager le sens de la « santé infantile » chez les populations agotimées du Togo. Je n'ai pas la prétention de rechercher dans ce chapitre une définition univoque chez ces populations pour en faire une définition universelle, mais je m'intéresse plutôt ici aux divers schèmes de représentation de la « santé infantile » auxquels se réfèrent différentes catégories de répondants et de répondantes concernées par cette recherche.

Je mettrai l'accent sur la « complémentarité » entendue ici par le caractère de ce qui vient en plus pour améliorer la santé des enfants chez les Agotimés. Aussi, j'emploierai le terme « intégration » qui se réfère ici à un système de santé dans lequel les acteurs de la médecine traditionnelle et de la biomédecine mettent en place une plateforme commune destinée à assurer une meilleure santé des enfants.

Avant de présenter les perspectives personnelles et culturelles des répondants et des répondantes, relatives à ce qui pourrait améliorer la santé et le bien-être des enfants, je mettrai l'accent sur ce que signifie la tranche d'âge 0-4 ans pour les répondants et les répondantes. Je ferai également une présentation synoptique des propos des répondants et des répondantes suivant les différentes variables identifiées dans cette étude afin d'appréhender les liens entre la culture et la santé des enfants de cette tranche d'âge. Cette démarche permettra de dégager les points de convergence et de divergence qui émanent des propos des répondants et répondantes concernant la « santé infantile » chez les Agotimés. Je terminerai ce chapitre en dégageant la distance que j'ai observée entre la logique rationaliste de la biomédecine et la logique qu'incarne la médecine traditionnelle.

7.1 Signification de la tranche d'âge 0-4 ans pour les répondants et les répondantes

Dans les dispensaires comme dans les hôpitaux, le personnel de santé publique intervenant dans la prévention et le traitement des maladies ont évoqué plusieurs périodes dans la vie de l'enfant, chacune correspondant à une étape différente de son développement physiologique. Ils distinguent ainsi la période néonatale qui concerne les nouveau-nés, celle du nourrisson qui s'étend jusqu'au sevrage, la période de l'âge moyen qui suit directement le sevrage jusqu'à une limite variable selon les répondants et répondantes. Toutes ces étapes évoquées ci-dessus sont rassemblées dans ce qu'ils appellent habituellement la petite enfance (*devime*). Mais ils parlent aussi de morbidité ou de mortalité infantile pour évoquer respectivement les maladies et les décès qui surviennent dans le groupe spécifique de la population, dont l'âge se situe entre zéro et un an; de morbidité ou de mortalité juvénile pour évoquer respectivement les maladies et les décès qui surviennent dans un autre groupe de la population, dont l'âge se situe entre un et cinq ans; ou encore, de morbidité ou de mortalité infanto-juvénile pour évoquer respectivement les maladies et les décès qui surviennent dans le groupe de population, dont l'âge se situe entre zéro et cinq ans. Les catégories servent aussi d'indicateurs pour évaluer le système de santé du pays à travers l'offre de soins pédiatriques et obstétriques mis en place par l'État togolais.

Chez les Agotimés, en dehors des dispensaires et des hôpitaux, chaque enfant passe par trois phases : à la naissance, on est d'abord « enfant de couleur » (*vidzie*) en raison de la couleur rouge de la peau du bébé (Rivière 1981a) ou le tout petit individu (*viñeñe* ou *ñeñevi*). Ensuite, on devient le nourrisson ou « l'enfant qui tète le sein de sa mère » (*anònucoe*, *vinòno*); puis on devient enfant (*devi*) et, pour distinguer le sexe, on rajoute une spécification : *ñtsuvi* pour le petit garçon et *nyònuvi* pour la petite fille. Ce stade marque le début de la différenciation sexuée des soins préventifs comme la toilette pour enfant, le massage du corps, l'habillement, la toilette des parties intimes de l'enfant, etc. Le petit garçon doit subir la circoncision avec ses pairs, alors que la petite fille doit s'accommoder du perçage à l'aide de perce-oreilles. Cette étape extrêmement importante est le tournant décisif de la différenciation sexuée qui est marquée par les transformations morphologiques et physiologiques que subit le corps du petit garçon ou de la petite fille. Toutefois, il est difficile de déterminer exactement les âges limites de chacune des étapes ci-dessus. De même, il est difficile de préciser à quel âge

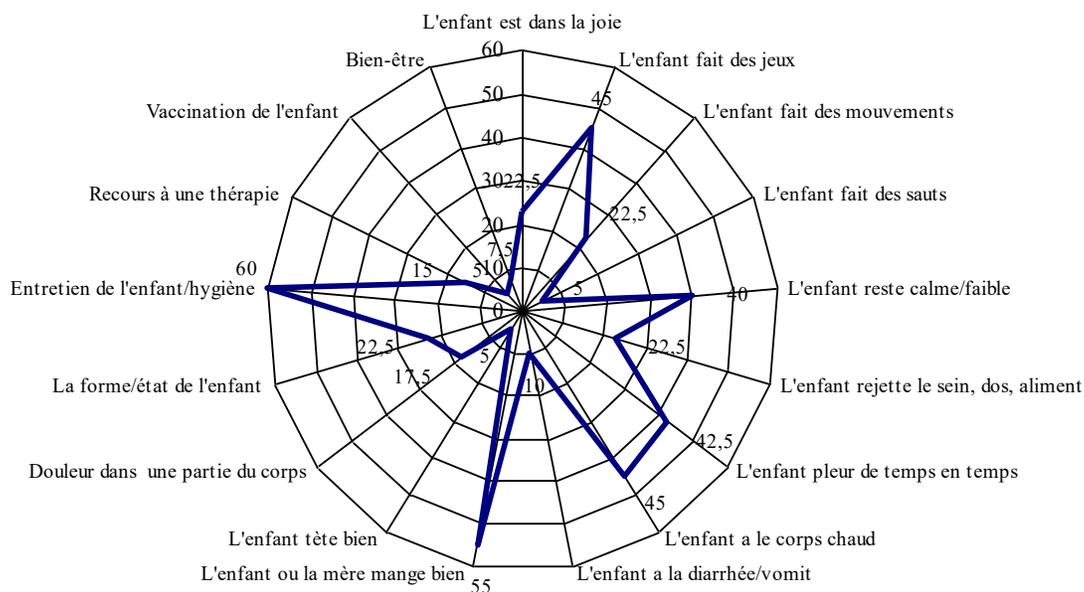
l'enfant (*devi*) quitte l'enfance pour devenir soit une jeune fille adolescente (*detsugbui*), soit un jeune garçon adolescent (*dekakpui*) puisque tout dépend de la croissance de l'enfant.

Si certains responsables sanitaires interviewés optent pour un découpage qui tient compte de trois stades, à savoir nourrisson, petit enfant et enfant, d'autres proposent en revanche quatre stades qui commencent dans le ventre de la future mère. Selon cette conception, l'organisme humain en développement passe, non pas par trois étapes, mais par quatre étapes avant le cinquième anniversaire : la vie intra-utérine qui tient compte de la formation de l'embryon et le développement du fœtus, la période néonatale qui correspond aux quatre premières semaines de vie extra-utérine; la première enfance qui se situe entre le 28^e jour et deux ans; la deuxième enfance qui va de 2 à 5 ans (Lazorthes 2000). Toutefois, plusieurs études anthropologiques ont déjà montré les multiples diversités socioculturelles des représentations de l'enfance. Dans tous les cas, il existe dans chaque société une représentation de la petite enfance comme stade séparé de l'enfance ou de la phase adulte comme le montre la représentation de la petite enfance chez les Agotimés. Toujours est-il que la santé de l'enfant durant cette période est fonction de cette représentation de la petite enfance. Ce qui renvoie à des perspectives multiples de la santé pendant la petite enfance pouvant inclure les maladies des enfants de bas âge. L'analyse des réponses données par les répondants et les répondantes a permis de faire ressortir ci-dessous ces multiples sens de la notion de « santé infantile » chez la population étudiée.

7.2 Perspectives multiples de santé infantile chez les Agotimés

Il s'agit de caractériser les propos des répondants et des répondantes suivant les différentes variables identifiées dans cette étude afin d'appréhender les liens entre la culture et la santé des enfants de bas âge. Dans l'ensemble, les mères et les tantes ont donné la priorité à l'entretien de l'enfant, de son alimentation et le respect des règles d'hygiène dans l'explication de la santé infantile (Figure 9). En revanche, le personnel de santé publique et les praticiens traditionnels évoquent prioritairement le recours à la thérapie ou la recherche de guérison de l'enfant. L'on peut déduire que les mères et les tantes privilégient la prévention, alors que les agents de santé et les guérisseurs traditionnels sont plutôt favorables aux soins curatifs, dont eux-mêmes assurent l'interface entre la maladie de l'enfant et le rétablissement de sa santé.

Figure 9 : Distribution (en %) de la perception de qualité de la santé durant la petite enfance selon les mères biologiques et les tuteurs (n=40)



Il ressort de la figure 9 ci-dessus que l'entretien de l'enfant et l'hygiène restent les premières préoccupations des mères biologiques et des tuteurs. En effet, à la question de savoir « Selon vous, que signifie santé infantile? », la majorité des répondantes associe la santé infantile à l'entretien et à l'hygiène : sur les quarante femmes interviewées, vingt-quatre (60 %) ont dit qu'il faut entretenir le corps de l'enfant, prendre soin de son alimentation et de l'eau à faire boire à l'enfant. Tout ce qui est utilisé pour nourrir l'enfant doit être propre et doit être bien lavé après utilisation. Les seins de la mère doivent être bien propres avant d'allaiter le nourrisson surtout après une activité intense comme les travaux champêtres. À propos de l'entretien et l'hygiène, une mère dans la trentaine précise :

Si l'on met au monde un enfant il faut l'entretenir, c'est donc l'entretien que l'on fait à l'enfant qui déterminera son état de santé, bonne ou mauvaise. Il faut soigner son alimentation surtout avant de donner à manger à l'enfant il faut bien laver les mains avec le savon. Il en sera de même pour allaiter l'enfant. Si l'enfant fait ses besoins, il faut aussi bien laver les mains après avoir s'occuper de lui. Pour l'eau et son alimentation, on doit éviter de les mettre à l'air libre pour que les mouches ne tombent pas dessus. Pour l'eau par exemple, on peut préparer

l'eau et la mettre dans une bouteille fermée hermétiquement et quand il a soif on peut lui donner à boire. (Mère 21)

En effet, pour préserver la santé de leurs enfants, les mères s'efforcent d'être propres tout le temps avant d'approcher leur enfant. Elles lavent leurs mains et leurs seins avant d'allaiter leur enfant et lavent bien leurs marmites avant de préparer les aliments pour enfant. Si elles veulent préparer de la bouillie, elles la préparent en petite quantité et elles la renouvellent encore pour éviter que le surplus se gâte. Elles évitent aussi que les mouches se déposent sur les aliments et les assiettes. Protéger l'enfant, le laver correctement et, si l'enfant finit de jouer, laver ses mains avant qu'il ne mange, ne pas faire avaler à l'enfant les aliments de mauvaise qualité, laver régulièrement les habits des enfants, telles sont les activités quotidiennes des mères qui ne visent qu'un seul but : préserver la santé de leur enfant. L'alimentation de la mère et de son enfant est aussi l'une des caractéristiques de la santé infantile, car vingt-deux répondantes sur les quarante (55 %) ont évoqué cela dans leurs discours. Parlant de l'alimentation de la mère et de son enfant, une mère donne des explications suivantes :

Quand il mange bien, il est alors en bonne santé et le jour où il refuse de manger alors il n'est plus en bonne santé. La mère doit entretenir l'alimentation de son enfant et entretenir la tienne. Si je me réveille le matin, je peux savoir s'il est malade ou pas. Parfois quand l'enfant se réveille, il se réveille bien, mais des fois quand il se réveille il n'est pas bien portant et quand j'observe son état je déduis que c'est un début de maladie. (Mère 36)

En effet, comme je l'ai montré précédemment, la malnutrition est un problème de santé publique au Togo et surtout dans les milieux ruraux comme chez les Agotimés. Par ailleurs, quand l'enfant s'amuse avec sa mère, joue seul ou fait des jeux avec ses pairs, les mères considèrent également qu'il est bien portant. Sur les quarante mères interrogées, dix-huit ont évoqué la notion de jeux pour donner sens à la santé infantile, soit 45 %. En réalité, les mères n'ont pas seulement présenté l'état de bonne santé pour expliquer la santé de leurs enfants, mais elles ont exprimé également dans leur propos l'état de mauvaise santé de l'enfant. Elles sont entre neuf (22,5 %) et dix-huit (45 %) sur les quarante à se pencher du côté de la maladie pour expliquer, par contraste, la santé durant la petite enfance. À propos de la santé et de la maladie de sa fille de 2 ans une mère, dont l'âge à la première naissance est de 23 ans, donne l'explication suivante :

On parle de santé infantile quand l'enfant n'est pas malade, l'enfant ne souffre d'aucun mal, on peut alors dire que l'enfant est en bonne santé. Par exemple, quand l'enfant n'est pas malade il fait des jeux ou il joue, et quand le moment est venu où il ne joue pas alors il est malade ou bien il y a une partie de son corps qui ne fonctionne pas bien. Je ressens que mon enfant n'est pas en bonne santé ou elle est malade quand je lui donne mon sein pour téter puis elle rejette, ou quand elle pleure de temps en temps, ou encore une partie de son corps est chaude, la tête ou le ventre par exemple, ou aussi quand elle fait la diarrhée. En revanche, s'il est agité ou aguerri comme l'enfant qui est à quatre pattes et qui se déplace et celui qui est sur les deux pieds et qui court, tous les deux sont en bonne santé. (Mère 2)

Cette constatation permet de retenir dans cette thèse que la santé des enfants renvoie à celle de la maladie. De ce fait, l'enfant qui présente l'un des caractères suivants : calme ou affaibli, rejette le sein ou un aliment présenté par sa mère, refuse de rester sur le dos de sa mère, pleure de temps en temps ou a le corps chaud, peut être considéré comme un enfant dont l'état de santé est mauvais. Généralement, ce sont ces indicateurs qui permettent aux mères de soupçonner un début de maladie. Mais il faut noter que seules six répondantes sur les quarante (15 %) ont parlé du recours à une thérapie comme cela se dégage dans les propos d'une mère :

Son corps devient chaud, mais je ne sais pas de quelle maladie il s'agit. Comme je ne sais pas de quelle maladie il s'agit, je ne sais pas aussi son origine. C'est pourquoi je l'amène souvent au centre de santé pour consultation. Si l'enfant tombe malade et que je n'ai pas les moyens de l'amener dans un centre de santé, je cherche des plantes médicinales pour préparer un bain pour l'enfant pour réduire sa température. J'utilise les plantes comme le citronnier, le pamplemoussier, le neem, le *kakle*, etc. (Mère 19)

Cela pourrait justifier peut-être le fait que les premiers soins sont faits d'abord par les mères ou un des membres de l'unité domestique; et quand la maladie s'aggrave, elles ont recours à un guérisseur traditionnel ou se dirigent vers un centre de santé. Dans tous les cas, le centre de santé reste le dernier recours comme je vais l'illustrer dans le dernier chapitre. Les autres éléments qui permettent de décrire la santé infantile sont présents dans une proportion faible dans le discours des répondantes. Les moins fréquents (5 %) concernent le bien-être, les sauts de l'enfant, la tétée et la vaccination. En ce qui concerne la vaccination des enfants, on peut se référer au propos suivant d'une mère :

Si l'enfant en question ne tombe pas régulièrement malade on peut alors parler de santé infantile. S'il est en bonne santé il est en bon point, mais quand c'est un début de maladie il pleure, ou a le corps chaud et quand on lui temps le sein il

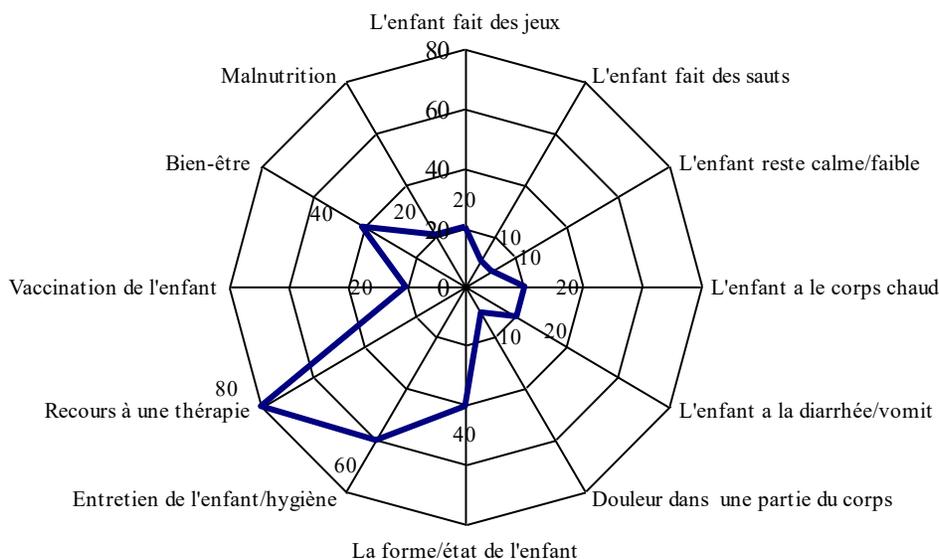
refuse de téter. Mais pour enfant qui a eu le corps chaud, je l'ai amené au dispensaire on me dit qu'il n'est pas malade, mais c'est l'effet de la vaccination.
(Mère 26)

Dans l'ensemble, l'explication donnée par les mères et les tuteurs sur la santé dès la petite enfance tient compte des caractéristiques physiques et mentales ou émotionnelles de l'enfant. Si elles sont jugées bonnes, cela traduit un meilleur état de santé de l'enfant; et dans le cas contraire, cela traduit un mauvais état de santé de l'enfant. Même si la détérioration du corps physique peut être prise en charge par le personnel biomédical et les guérisseurs traditionnels, certaines maladies dites « spirituelles » qui bouleversent profondément l'équilibre psychique de l'enfant sont considérées par les mères et les tuteurs comme les « maladies de maison »; c'est-à-dire les maladies des enfants de bas âge pour lesquelles le traitement ne peut être effectué qu'en dehors du dispensaire ou de l'hôpital⁴⁶. Dans ce cas, les lieux de recours sont multiples pour les mères et les tuteurs, mais les types de thérapeutes les plus fréquentés sont les « prêtres du *trɔ̃* » (*trɔ̃nɔwo*) et du couvent (*bokɔnɔwo*), les devins, les *dzotɔ* et les « maîtres des cérémonies des sièges ancestraux » (*togbuizikpui*) de la famille ou du lignage de l'enfant malade.

Contrairement à la faible proportion observée chez les mères concernant le recours à la thérapie, la majorité des agents de santé ont évoqué ce recours à la thérapie comme condition sine qua non à la santé durant les premières années de vie (Figure 10).

⁴⁶ L'espace médical agotimé est structuré en au moins deux sphères centrales, à savoir la « maison » et une autre sphère qui englobe tout le reste, « hors maison ».

Figure 10 : Distribution (en %) de la perception de la santé durant la petite enfance selon le personnel de santé publique (n=10)



Huit agents de santé sur les dix répondants (80 %) précisent dans leurs discours qu'il faut en tenir compte dans l'explication de la santé des enfants. Une mère donne la précision suivante : « Ils nous ont dit que si l'enfant a le corps chaud de l'amener vite au centre de soins, si on l'amène vite et qu'on le soigne rapidement, l'enfant va retrouver sa guérison. » (Mère 1) Il est donc clair que l'idée première du personnel de santé publique en ce qui concerne la santé d'un enfant est sa maladie dont ils pensent qu'ils sont en mesure de traiter tous les cas au dispensaire ou à l'hôpital. Une accoucheuse dans la trentaine recrutée et affectée un mois dans l'un des dispensaires que j'ai visité donne les consignes suivantes aux mères et tutrices :

Pour préserver la santé des enfants, si l'enfant n'est pas malade, mais surtout si l'enfant tombe malade automatiquement qu'elle amène l'enfant à l'hôpital pour le soigner et lui donner des conseils sur comment elle doit donner les produits pour que l'enfant soit en bon état, comment entretenir l'enfant pour qu'il ne tombe pas malade de temps en temps. (Pers. 1)

Les soins curatifs prennent ainsi le dessus sur les soins préventifs, ce qui se reflète aussi dans l'attitude de l'État togolais qui néglige parfois d'octroyer du crédit aux assistants d'hygiène travaillant dans les dispensaires et hôpitaux. Selon les assistants d'hygiènes, le crédit qu'ils

perçoivent de l'État pour la sensibilisation, l'hygiène et l'assainissement à des fins préventives est moindre par rapport à ce qui est octroyé dans le domaine thérapeutique et cela freine leurs activités. C'est ce qui ressort de ce plaidoyer adressé à l'État togolais par un assistant d'hygiène :

L'État néglige parfois et le crédit alloué à l'hygiène et à l'assainissement, à la prévention est peu par rapport à ce qui est donné là-bas et ça freine aussi nos activités. Ça fait que nous n'arrivons plus à travailler comme il faut. Donc, si l'État peut revoir sa manière de financer ce secteur préventif ça nous aiderait à travailler plus, à faire encore des exploits et ça va même diminuer la morbidité de la population en général puisque celui qui fait la prévention tombe rarement malade. (Pers. 8)

La prévention a un coût pour l'État, car cela nécessite des fonds pour l'organisation des séances de sensibilisation de masse. Il est de la responsabilité de l'État de revoir sa manière de financer ce secteur préventif afin de diminuer la morbidité et la mortalité des enfants au Togo; puisque pour les parents qui font de la prévention des maladies leur priorité, leurs enfants tombent rarement malades. En réalité, six agents de santé sur dix (60 %) pensent qu'il est nécessaire d'accompagner le traitement avec l'entretien et l'hygiène pour la santé des enfants. Ce résultat est dû au fait que le personnel médical donne souvent des conseils aux femmes enceintes et aux mères lors des consultations prénatales et postnatales, au moment de la pesée des enfants. Ils font également des visites ponctuelles dans les maisons, couramment appelées Visites à domicile (VAD). Cependant, deux agents de santé sur les dix (20 %) ont parlé de la vaccination de l'enfant. L'accoucheuse présentée précédemment donne ici des explications à propos de la vaccination des enfants dès le bas âge :

Pour que les enfants ne tombent pas malades, il faut les vacciner normalement, respecter le calendrier de vaccination pour qu'ils soient vaccinés dès le bas âge. Nourrir bien les enfants et prendre soin d'eux, les surveiller. Quand elles viennent à la consultation prénatale, on les conseille de vacciner les enfants; donc, la mère ne peut pas négliger la vaccination. C'est important! Si l'enfant est bien vacciné, l'enfant est dégagé de certaines maladies. Maintenant de surveiller l'enfant avec la vue d'œil. De le surveiller, si l'enfant est là par exemple, la journée il s'amuse bien, il fait tout. Si l'enfant est fatigué un jour, il ne se lève pas bien, il ne sait comment se déplacer ou l'enfant est timide il faut savoir que ah! Mon enfant là, il n'a pas cette habitude-là, c'est quelque chose qui lui arrive. Qu'elle amène l'enfant à l'hôpital. (Pers. 1)

De toute évidence, les campagnes de vaccination sont périodiques et ne se déroulent que rarement au Togo et le calendrier de la vaccination des enfants de bas âge varie d'un enfant à un autre, et la fréquence de ces séries de vaccinations est fonction du nombre de naissances dans l'année. Toutefois, il est important de souligner ici que les dispensaires dans les villages ne sont pas équipés de matériels comme un réfrigérateur pour conserver les vaccins. Pour que les enfants soient vaccinés contre la coqueluche, la diphtérie, la fièvre jaune, la poliomyélite, la rougeole et le tétanos dès le bas âge, le personnel de santé publique doit périodiquement se déplacer vers la Direction préfectorale de santé (DPS) située entre 12 et 30 kilomètres selon le village, muni d'une glacière pour prendre les vaccins et les ramener au village où ils doivent être administrés. Cette situation peut influencer sur la santé des enfants puisque l'efficacité des vaccins peut être remise en cause, mais tant qu'une étude dans ce domaine n'a pas évalué ce risque de détérioration des vaccins dans ces conditions, il est difficile de donner une conclusion hâtive ici.

Par ailleurs, quatre agents de santé sur dix (40 %) ont évoqué le bien-être de l'enfant; il en est de même pour la forme ou l'état de l'enfant. Pour ce qui concerne le bien-être, l'on peut se demander si c'est une reproduction par le personnel de santé publique de la définition de l'OMS selon laquelle la santé est un état de complet bien-être physique mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité⁴⁷. Toujours est-il que le travail des agents de santé vise le bien-être des enfants dès leur naissance. Mais un médecin dans la quarantaine situe le contexte togolais de fréquentation des hôpitaux de la manière suivante :

Normalement, c'est ce qu'on dit, l'enfant ne doit pas être malade avant de venir à l'hôpital, mais dans notre contexte c'est lorsque l'enfant est malade qu'on l'amène à l'hôpital. Ou bien s'il y a une situation particulière comme par exemple il a été vacciné, il y a la fièvre on court vers l'hôpital. C'est au cours des vaccinations, c'est tout. Sinon l'enfant ne vient pas à l'hôpital lorsqu'il n'est pas malade. En dehors de ça, ce que nous-mêmes on fait chez les drépanocytaires, on leur fixe un rendez-vous mensuel. C'est-à-dire qu'il n'est pas obligé d'être malade, le malade drépanocytaire c'est quelqu'un qui est fragile et donc eux ils viennent mensuellement, qu'il soit malade, qu'il ait un problème ou pas, ils sont obligés de venir à l'hôpital pour un suivi parce que là on ne sait pas quand est-ce

⁴⁷ La définition de la santé par l'OMS fait partie intégrante de la Charte d'Ottawa de 1986. Celle-ci a été élaborée lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé le 21 novembre 1986 à Ottawa.

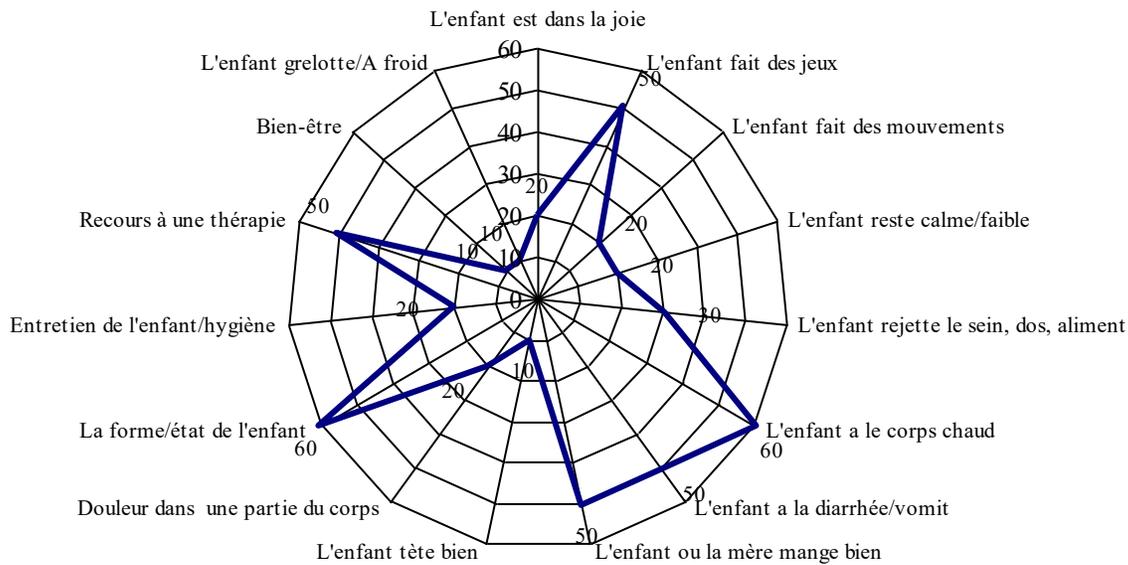
que l'affection se dégénère, se dégrade. Donc, eux-mêmes on leur dit de venir chaque mois sinon, dans notre contexte, si on n'est pas malade on ne vient pas à l'hôpital, alors que ça ne devrait pas être ainsi. (Pers. 10)

S'agissant de la forme ou l'état de l'enfant, il est question des multiples examens physiques que font les agents de santé avant de poser leur diagnostic : l'observation physique du corps de l'enfant, sa palpation, le piquer, le toucher, etc.

Si on amène un enfant malade, on consulte l'enfant, on l'examine. Pour l'examen, il y a plusieurs étapes. Il y a l'observation, la palpation, on voit la taille, le poids, etc. Après ça, on demande des analyses de laboratoire pour nous orienter. Au vu de ça, on pose le diagnostic et on passe au traitement spécifique. (Pers. 5)

Or les termes qui indiquent la détérioration de l'état de santé de l'enfant apparaissent faiblement dans les propos des agents de santé. Cela pourrait être attribuable au fait que pour le personnel de santé publique, les signes cliniques doivent être considérés avec réserve. C'est pourquoi les propos des mères et des tuteurs lors des consultations pour les symptômes tels que la douleur, le corps chaud, l'affaiblissement, le vomissement de l'enfant renvoient certes à une maladie spécifique, mais celle-ci ne peut être confirmée que par les analyses au laboratoire. D'où leur hésitation à évoquer les maladies soupçonnées par les mères et tuteurs dans leur propos. Or, ces analyses au laboratoire sont non seulement très coûteuses pour les mères et les tuteurs, mais également elles ne sont pas faites dans les dispensaires du village puisque les laboratoires sont situés dans les villes. Néanmoins, pour le cas du paludisme par exemple, il existe dans les dispensaires un dispositif permettant de faire un Test de diagnostic rapide (TDR) et si le test est positif chez l'enfant malade, un antipaludéen (coartem) doit être remis gratuitement à la mère pour le traitement de la maladie. Mais le problème fondamental auquel le personnel de santé publique qui travaille dans les dispensaires est confronté est l'insuffisance de cet antipaludéen mis à la disposition de ces centres de soins par l'État. Reste à analyser les résultats des propos des praticiens traditionnels (Figure 11).

Figure 11 : Distribution (en %) de la perception de la santé durant la petite enfance selon les praticiens traditionnels (n=10)



S'agissant des praticiens traditionnels, ils sont presque unanimes, comme les agents de santé publique à dire que le recours à la thérapie ou la recherche de guérison de l'enfant est un élément fondamental pour la santé des enfants de bas âge. Ainsi, sur les dix praticiens traditionnels interrogés, le recours à la thérapie apparaît dans le discours de cinq praticiens traditionnels (50 %). Ce résultat traduit les interventions des guérisseurs traditionnels dans le traitement des enfants malades puisqu'ils sont majoritaires à le dire. De plus, six praticiens traditionnels sur dix (60 %) trouvent qu'on peut passer par l'observation de la forme ou l'état de l'enfant pour dire si l'enfant est en bonne santé ou malade. Aussi le fait de constater qu'un enfant a le corps chaud exprimé par six répondants sur les dix (60 %) et si un autre fait la diarrhée ou vomit, révélé par cinq praticiens traditionnels sur dix (50 %), cela aide les guérisseurs traditionnels dans le diagnostic du mal dont souffre l'enfant en question. Un praticien traditionnel décrit sa manière de diagnostiquer la maladie des enfants que les mères et tuteurs amènent à la consultation comme suit :

La santé infantile c'est le bien-être des enfants de bas âge, c'est aussi le bon état du corps de l'enfant. Si on m'amène un enfant, le parent me dit ce qui arrive à l'enfant. Après je prends l'enfant dans mes bras pour l'examiner. Je le dépose sur un lit pour observer comment l'enfant joue. Pour certains enfants, ils refusent carrément de quitter le dos de leur mère, même si je le prends l'enfant ne fait que

dormir. Alors, le fait qu'il a le corps chaud et son mauvais état montre que l'enfant n'est pas en bonne santé... donc, peut-on parler de mauvaise santé de l'enfant. Pour certains enfants malades, je tiens la tête de l'enfant pour examiner ses yeux, je manie son ventre. Pour d'autres, je les pique avec mes ongles pour écouter le cri de l'enfant. (Prat.1)

Par ailleurs, si l'enfant et sa mère mangent bien ou si l'enfant fait ses jeux habituels, cinq guérisseurs traditionnels sur dix (50 %) respectivement pensent que ce sont des actions favorables à la santé de l'enfant. Dans l'ensemble, l'explication donnée par les guérisseurs traditionnels sur la santé durant les premières années de vie tient également compte de l'état physique et mental de l'enfant. On peut parler d'un meilleur état de santé de l'enfant dans la mesure où son état physique et mental n'est pas affecté, mais il souffre au cas contraire.

La thérapie des guérisseurs traditionnels tient généralement compte de l'enfant en tant qu'être qui se déploie en trois dimensions : son *histoire personnelle*, son *héritage biologique* et son *environnement socioculturel (immédiat et lointain)*. En ce qui concerne l'héritage biologique, un praticien traditionnel fait le lien entre le sang de la mère et le fœtus ou l'embryon :

Ce que nos ancêtres disent le plus souvent et que je ne peux nier, c'est qu'une femme enceinte qui mange des aliments très chauds durant sa grossesse a des conséquences sur le nouveau-né. Est-ce que cela a brûlé le dos, le ventre, le visage du fœtus? On observera des signes chez l'enfant après la naissance. Je dirai donc que si la femme est malade avant d'être enceinte ou si elle est malade au cours de la grossesse son sang n'est pas bon pour la santé de l'embryon, du fœtus, du nouveau-né ou de l'enfant. Je ne parle pas de l'infirmité, de problème de handicap ou de malformation chez l'enfant, mais de la santé de l'enfant qui ne sera guère solide à cause de la mauvaise santé de sa mère. Par exemple, une mère handicapée au niveau des membres inférieurs ou supérieurs qui est enceinte aura un enfant bien en forme avec tous ses membres. Mais sa maladie entraînerait l'état mauvais de son sang qui va agir sur la santé et le bien-être de l'enfant. (Prat. 2)

Alors que la médecine traditionnelle locale tient compte de plusieurs éléments, la biomédecine considère seulement l'enfant comme une personne physique. La compréhension de la maladie d'un enfant tient donc compte, pour la médecine traditionnelle, non seulement de son état physique, mais aussi de son histoire socioculturelle. Pour ce qui concerne l'histoire personnelle de l'enfant, cela tient du passé qui survient, des interdits alimentaires au moment de la grossesse, des circonstances dans lesquelles l'accouchement a eu lieu (accouchement difficile ou facile, naissance par le siège, naissance par les bras ou par les pieds, accouchement par césarienne, etc.). Quant à son héritage biologique, cela est déterminé

par le sang des parents biologiques. Pour ce qui est de l'environnement socioculturel immédiat et lointain, il fait appel aux relations qu'entretient l'enfant avec les autres membres et non-membres de sa famille ou de son lignage.

Concernant l'accouchement, celui-ci est un moment de lutte pour la mère et le nouveau-né contre les « forces du mal »⁴⁸. Le nouveau-né résiste donc à l'influence du mal quand la femme est en travail. Ce résultat vient confirmer une étude déjà réalisée au Congo par un groupe de chercheurs africains sur les femmes ayant eu un enfant âgé de plus de 28 semaines, mort-né ou décédé en période néonatale précoce. En effet, l'un des résultats obtenus se présente comme suit :

La césarienne est perçue par les populations dans notre milieu comme une sanction, et si en plus, elle donne lieu à un mort-né ou un enfant mort en période néonatale précoce, elle est perçue comme une double sanction. Lorsqu'il s'agit d'un premier accouchement, l'idée générale répandue dans la société est que les maternités futures sont compromises et cela entraîne dans bien des cas un divorce. (N'Dinga *et al.* 2015 : 120)

Une mère qui accouche à terme considère son accouchement comme une valeur inestimable. Aussi, cherche-t-elle à pérenniser ce gain par des acquis en matière d'alimentation du nouveau-né. Par son courage, sa patience et sa clairvoyance, elle cherchera à améliorer ses propres capacités qu'elle utilise correctement au profit de sa nouvelle progéniture. Avec diligence, elle s'étudie rapidement pour être à la hauteur de sa tâche et être un reflet de donneur de vie. En effet, le développement physique et mental de l'être en devenir est le plus important dans les premières années de vie et doit être en faveur du nourrisson. En tout temps, la mère est tranquille, calme et garde la maîtrise de soi.

Dans l'histoire personnelle de l'enfant, des indicateurs qui définissent un enfant varient selon les villages, les lignages et les familles. Ces indicateurs peuvent être, son nom de naissance, son habillement, son alimentation et les maladies d'enfance. De ce fait, s'il y a un

⁴⁸ Pour les mères et tutrices interviewées, un enfant qui est né par césarienne est non seulement mal vu, mais il est « diminué » ou « réduit », car il n'a pas pu résister à toutes les forces négatives qui l'empêchent de sortir de façon naturelle. En effet, selon cette conception, lors de l'accouchement, la mère et le fœtus mènent une lutte intense jusqu'au moment de la délivrance. Et si l'enfant est né normalement sans aucune complication, c'est un gain supplémentaire en matière d'immunisation. Par conséquent, l'enfant né par césarienne voit son système immunitaire affaibli. C'est pourquoi un rituel appelé *ta v̄̄ lulu* (« expédier le malheur en enlevant une partie des cheveux ») est souvent organisé pour conjurer le mal.

déséquilibre chez l'enfant, on agit sur ces indicateurs pour rétablir l'équilibre et beaucoup de tradithérapeutes procèdent ainsi.

Pour comprendre un traitement, il faut tenir compte des trois composantes susmentionnées, car la relation qui existe entre l'histoire personnelle de l'enfant et son héritage biologique au sein de son environnement socioculturel immédiat et lointain est une relation sacrale. Dans les villages agotimés, il est courant de voir des éléments significatifs comme un arbre entouré d'un pagne blanc, un tertre couvert de l'huile de palme, des cauris et de la calebasse ainsi que des débris d'œufs dans les lieux de convergence et d'intersection de plusieurs voies dans les villages. Dans leur justification de la présence de ces éléments par les acteurs en présence se dégage l'idée d'un enfant malade, dont ils recherchent des solutions pour avoir un résultat probable. Dans la plupart des cas, le petit enfant malade est l'incarnation d'un ancêtre et les objets en présence comme l'huile de palme à verser sur le tertre, qui représente le « *trɔ̃* familial », doivent rétablir le lien entre ce dernier et son ancêtre. Comme cause de la maladie de l'enfant, les répondantes avancent qu'à sa naissance on n'a pas rétabli le lien entre celui-ci et son ancêtre d'une part et entre le « *trɔ̃* familial » et l'ancêtre d'autre part. En effet, la parenté biologique ne garantit pas à elle seule l'existence sociale de l'enfant, mais il est lié à d'autres éléments qui constituent sa personnalité de base.⁴⁹ Ces éléments tissent autour de lui tout un réseau de relations qui ont pour fonction d'assurer son équilibre sanitaire ou de vie. Ici, l'ancêtre, le « *trɔ̃* familial » et l'enfant forment une entité trinitaire. Le déséquilibre du corps physique permet à l'ancêtre et au « *trɔ̃* familial » de signaler leur présence et de montrer que le corps de l'enfant n'a d'existence qu'à l'intérieur d'une symbiose. Pour assurer cette union, l'huile de palme devient l'élément d'identification, la référence symbolique de la marque de reconnaissance. Mais cette relation qui reste la base d'unité n'exclut pas les particularités de chacune des composantes de l'unité trinitaire. Le *trɔ̃* et l'ancêtre appartiennent au monde invisible. Né sous le signe d'un « *trɔ̃* familial », l'enfant forme avec l'ancêtre et le tertre (*trɔ̃*) une seule entité. Selon les prêtres du couvent (*bokənɔwo*), un pouvoir mystique se produit en présence de l'huile de palme qui rétablit l'équilibre physique

⁴⁹ La complexité vient du fait que la parenté ne constitue pas toujours une instance de sécurité ou de protection sociale et sanitaire pour les enfants. La famille a un caractère ambivalent pour autant qu'elle soit le lieu de rencontre et de cohabitation de tous les contraires : l'amour et la haine, la fraternité et l'adversité, la bénédiction et la malédiction, le souhait implicite ou explicite de la guérison et de la mort, le secours et l'abandon, la paix et la guerre intestines, la richesse et la pauvreté, la vie et la mort.

de l'enfant malade. Dans ce contexte, la maladie de l'enfant n'est qu'un élément révélateur qui démarre un processus permettant d'assurer à travers les rites sacrificiels ou thérapeutiques, l'union entre le « *tr̥ṣ* familial », l'enfant et son ancêtre.

S'appuyant sur le contexte socioculturel des populations agotimées, la maladie d'un enfant est aussi un déséquilibre biophysique ou un désordre du corps de celui-ci. Il y a ce que les populations appellent le corps physique qui est la matière, et le corps psychique qui est l'esprit. Dans leur représentation socioculturelle, les deux sont intimement liés; autrement dit, il y a une interdépendance entre les deux. Donc, il faut toujours faire référence à ces deux dimensions lorsqu'on veut parler de la santé et de la maladie des enfants de façon générale.

Dans un autre ordre d'idées, le parcours de vie d'un enfant se distingue chez les populations agotimées par plusieurs stades permettant de représenter sa santé, mais j'évoquerai ici deux grands stades; parce qu'ils conditionnent les autres stades. En effet, *le premier stade* est le stade embryonnaire ou fœtal pendant lequel les parents doivent prendre une certaine disposition avant la formation de l'embryon ou du fœtus. Ils doivent par conséquent explorer tous les champs d'investigation des interdits. Par exemple, les interdits alimentaires pendant la grossesse, les rapports sexuels en dehors du mariage, l'inceste. Si l'on considère la grossesse, il y a habituellement une représentation positive de la santé d'une femme enceinte. C'est pourquoi on fait toujours référence aux interdits socio-comportementaux. Pourquoi interdire par exemple à une femme enceinte de passer devant une boucherie? Pourquoi une femme enceinte ne doit-elle pas fendre du bois? Pourquoi ne doit-elle pas manger un animal sacrifié alors qu'il était en gestation? C'est qu'il y a une représentation du corps pendant la grossesse, et si on interdit à la femme de manger un animal qui était en gestation au moment de sa mise à mort, c'est parce que cet animal portait la vie qui a été détruite, et le fait de le manger porte atteinte à la santé et la vie de l'enfant qu'elle porte. En ce qui concerne le bois fendu et l'animal coupé par le boucher, ils représentent respectivement une entité comme l'embryon ou le fœtus. Quand elle fend le bois ou passe devant le boucher, cela crée un désordre socioculturel et sanitaire. Bref, il est important de faire référence aux interdits et repérer tout ce qui se dit autour de la grossesse. *Le second stade* dans le parcours de vie d'un enfant est le stade de la naissance qui renvoie à des repères qui définissent la santé et le bien-être de l'enfant. Il s'agit du lien entre le placenta, le cordon ombilical, l'alimentation de la

mère et de l'enfant, le nom de l'enfant, les pratiques usuelles de soin, etc., et la santé de l'enfant. Encore faudrait-il insister sur le fait que ces représentations continuent jusqu'au décès de l'individu⁵⁰.

La maladie et la santé des enfants sont deux phénomènes ayant une dimension biophysique étroitement associée à des forces métaphysiques dans la pensée symbolique agotimée. Celle-ci considère que la santé d'un enfant résulte d'un équilibre entre ce dernier et son entourage familial et tient compte d'une infime dimension « objective » ou immanente, et d'une grande dimension surnaturelle, ou transcendante. Dans cette perspective, la santé d'un enfant est perçue comme un tout, car une perception culturaliste simpliste qui consiste à voir le surnaturel partout dans les sociétés africaines et à croire que la souffrance de son corps n'y est pas ressentie serait une erreur selon Fassin (1990). C'est le bien-être physique de l'enfant en ce qui concerne le fonctionnement de ses organes et de son corps. C'est aussi le bien-être de la société en rapport avec la nature et avec d'autres éléments : l'absence d'épidémie, l'abondance de pluies, la fertilité des sols, la fécondité des parents. Cependant, la maladie de l'enfant sous sa forme biophysique n'apparaît pas de façon fortuite. Elle survient lorsqu'un déséquilibre s'opère entre l'enfant et son environnement immédiat ou lointain. Ce déséquilibre peut être lié à la personne même de l'enfant malade ou à celle d'un membre de la famille ou du lignage.⁵¹

La structure ontologique de l'être humain que je considère ici comme une connaissance de l'enfant en tant qu'être permet de comprendre cette vision métaphysique de la santé et de la maladie de l'enfant. Ce dernier est plus ou moins vulnérable selon les circonstances de la vie. Sa capacité à réagir aux « risques » auxquels les parents l'exposent en commettant des actes contraires à l'éthique socioculturelle de la société (adultère, mensonge, dispute, rancœur, etc.). Selon un responsable d'un siège ancestral (*Zikpuinunola*), l'enfant issu de (ou exposé

⁵⁰ Dans la conception de la population Agotimé, un individu qui décède effectuera un long voyage et par conséquent, l'on doit bien prendre soin de son corps défunt pour que le voyage se déroule bien. Les enfants qui décèdent sont aussi bien lavés et bien entretenus par les mères avant l'entame de ce long voyage. L'idéologie religieuse à dominance ancestrale considère que la personne traverse un cycle symbolique de vie dont la trajectoire est circulaire. C'est en ce sens qu'on a la réincarnation et pour être réincarné il faut respecter les règles socioculturelles, c'est-à-dire avoir un comportement exemplaire.

⁵¹ Par déséquilibre, il faut entendre les conséquences des actes consciemment ou inconsciemment posés par soi-même (adulte) ou par autrui et qui transgressent les interdits fondamentaux d'ordres socioculturel et religieux (infractions des parents de l'enfant).

à) ces actes tombe régulièrement malade. Par conséquent, il est courant d'observer des rituels de confession de l'un des parents, en cas du décès de son enfant; parce que la société estime que le décès de l'enfant est toujours associé symboliquement aux diverses dérives et aux difficultés de la vie du couple.

En somme, la santé durant la petite enfance renvoie à la notion de la « qualité de la santé » d'un enfant de bas âge qui peut être bonne ou mauvaise. En effet, les trois catégories de nos répondants (mères ou tutrices, personnel de santé publique et praticien traditionnel) ont une perception plus ou moins variable de la santé des enfants comme le montre le tableau 7 ci-dessous. Toutefois, les résultats montrent que les mères ont une conception beaucoup plus large de la santé dans la petite enfance que les praticiens traditionnels et le personnel de santé publique. Ce qui laisse suggérer que les mères sont toujours les premières à faire face aux problèmes de santé de leurs enfants.

En réalité, un meilleur entretien des enfants ou l'hygiène dont ils bénéficient, les jeux habituels des enfants et leur sensation de bien-être sont considérés par l'ensemble des répondants comme les signes d'une bonne qualité de la santé des enfants. Mais quand les enfants ont la diarrhée (vomissent), le corps chaud, ressentent des douleurs dans une partie du corps ou restent calmes, l'on pense globalement que la qualité de leur santé est mauvaise. Que la santé soit bonne ou mauvaise, cela dépend de la forme ou l'état des enfants de manière générale. Dans tous les cas, l'état de bonne ou mauvaise santé de l'enfant dépend des systèmes de soins préventif et curatif mis en place par la population elle-même ou par l'État de manière générale (Tableau 7)⁵².

⁵² Les acteurs privilégient les « gestes » (préventifs, thérapeutiques) plus que des concepts abstraits, ou encore l'âge pour définir traduire leurs actions multiples concernant la « santé infantile ».

Tableau 7 : Convergences et divergences de la perception de la santé dans la petite enfance selon les répondants(es) (n=60)

Variables	Mères	Praticiens traditionnels	Agents de santé	Santé de l'enfant
Entretien ou hygiène	•	•	•	Bonne
Faire des jeux habituels	•	•	•	Bonne
Sensation de bien-être	•	•	•	Bonne
Téter le lait de sa mère	•	•		Bonne
Se déplacer comme d'habitude	•	•		Bonne
Être joyeux	•	•		Bonne
Exécuter une suite de petits sauts	•		•	Bonne
Vaccination de l'enfant	•		•	Bonne
Forme ou état de l'enfant	•	•	•	Bonne/Mauvaise
Recours à une thérapie	•	•	•	Bonne/Mauvaise
Alimentation mère-enfant	•	•		Bonne/Mauvaise
Avoir la diarrhée ou vomissement	•	•	•	Mauvaise
Avoir le corps chaud	•	•	•	Mauvaise
Douleur localisée	•	•	•	Mauvaise
Rester calme ou faible	•	•	•	Mauvaise
Rejeter sein, dos ou aliment	•	•		Mauvaise
Pleurs intermittents	•			Mauvaise
Malnutrition			•	Mauvaise
Grelotement ou sensation du froid		•		Mauvaise

7.3 Perspectives personnelles et culturelles des répondants et répondantes

Les perspectives personnelles et culturelles des répondants et des répondantes, relatives aux retombées de la biomédecine et de la médecine traditionnelle sur la santé infantile, peuvent être regroupées en deux catégories principales. En effet, *la première catégorie* est la complémentarité entre le système de soins de santé publique et le système médical traditionnel. Alors que la biomédecine constitue un ensemble de techniques et de pratiques ancrées dans les sciences biomédicales, la médecine traditionnelle quant à elle repose sur un ensemble de connaissances, techniques de préparation et d'utilisation de substances, de mesures et de pratiques en usage, explicables ou non à l'état actuel de la science. Ces connaissances sont basées sur les fondements socioculturels et religieux des collectivités locales. *La deuxième catégorie* est la mise en place d'une « médecine mixte », c'est-à-dire un système de santé dans lequel le secteur biomédical et le secteur des guérisseurs traditionnels contribuent ensemble à l'activité de prévention de la santé et de guérison des maladies des enfants. En effet, les deux médecines ont pour objet la conservation et le rétablissement de la santé des êtres humains.

En ce qui concerne les possibilités qui peuvent être envisagées avec réalisme, la complémentarité entre le système de soins de santé publique et la médecine traditionnelle locale prend le dessus sur les autres possibilités. Elle découle du contexte d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique au Togo. Ce processus entamé en 2001 est en cours, mais semble ne pas être connu par les populations. À la question de savoir « Que pensez-vous du processus d'intégration des pratiques traditionnelles de soins infantiles dans le système de santé publique au Togo? », presque tous mes répondants et répondantes (mères, tutrices et praticiens traditionnels) affirment qu'ils n'ont pas remarqué quoi que ce soit en ce qui concerne l'intégration progressive des pratiques traditionnelles de soins infantiles dans le système de santé publique au Togo. En effet, on ne peut pas parler de collaboration, parce qu'on n'a pas au Togo une plateforme qui la rend possible. La majorité du personnel de santé publique a donné l'exemple du Ghana, pays frontalier à l'ouest du Togo, où il y a des médicaments fabriqués par les tradithérapeutes qui sont prescrits dans les dispensaires et hôpitaux, et pour lesquels ces derniers possèdent une licence. À propos de la collaboration entre la médecine traditionnelle et la biomédecine, un de mes répondants déclare :

Je ne peux pas parler de collaboration, parce qu'on n'a pas au Togo une plateforme qui permet cette collaboration. Je ne peux pas dire qu'il y a une collaboration. Par exemple, au Ghana à côté, il y a des médicaments fabriqués par les tradithérapeutes qui sont servis dans les hôpitaux. Et ils ont une licence sur leur produit. (Pers. 9)

Même dans les hôpitaux de certains pays comme le Ghana, on sert les produits fabriqués à base d'herbes, mais au Togo il n'y en a pas. Ils estiment que la complémentarité est la clé d'une meilleure collaboration entre la biomédecine et la médecine traditionnelle locale. En ce sens, une jeune mère âgée de 22 ans qui a accouché par césarienne et dont le premier enfant est né deux mois avant l'entrevue, présente deux situations différentes la concernant :

Au fait, je vais te décrire deux cas de figures me concernant. En effet, quelques jours avant mon accouchement, le père de mon enfant a été blessé dans la rivière. On l'amène dans le centre de soin le plus proche, on a prescrit des médicaments qu'il a achetés et il a commencé par utiliser le produit, mais les plaies ne se cicatrisaient pas. Il est encore retourné dans le centre de santé du village au moment où on m'a amené à l'hôpital pour mon accouchement. Jusqu'à mon retour, toujours rien, plutôt son cas s'est aggravé. C'est ainsi que ma belle-mère et l'Oncle de mon enfant ont préparé différemment des médicaments

traditionnels : pour ma belle-mère, c'est une potion qu'on a mise sur la plaie, mais pour l'oncle de mon enfant c'est une tisane. Deux jours après, on commence par voir des améliorations et aujourd'hui il est complètement guéri. Pour conclure, je dirai que pour mon cas il faut aller à l'hôpital à cause de la césarienne, mais le cas du père de mon enfant c'est à traiter à la maison ou traditionnellement. On peut donc dire qu'il y a complémentarité entre les méthodes traditionnelles et les méthodes de la médecine occidentale. (Mère 4)

De nos jours, il y a une nouvelle approche qui est en train de voir le jour au niveau local. Avant, la biomédecine écartait les tradithérapeutes dont on pensait qu'ils n'étaient pas sur la bonne voie et que ce sont les médicaments pharmaceutiques qui, seul, guérissent ainsi que le personnel de santé publique qui traite, seul et bien l'enfant malade. Mais il apparaît aujourd'hui que la plupart des mères interrogées vont vers les guérisseurs traditionnels aussi, tout comme la population en général. Quand les mères se dirigent vers eux, ils posent le diagnostic puis prescrivent leur produit qui s'avère parfois être efficace et l'enfant malade retrouve la guérison.

Par ailleurs, il y a une approche dite collaborative selon laquelle le personnel de santé publique invite l'ensemble des guérisseurs traditionnels de la localité pour des réunions d'échange. Ceci dans l'optique de partager certaines informations avec les guérisseurs traditionnels afin qu'ils puissent dans le futur référer certaines maladies, qui dépassent leur compétence, vers l'hôpital. Un herboriste-guérisseur âgé de 47 ans qui a assisté à l'une des réunions sur la lutte contre le paludisme en fait un résumé :

L'association dans laquelle je suis membre est l'Association des herboristes guérisseurs du grand-Kloto (AHGGK-Togo). Tout récemment, le personnel de santé publique, les responsables de tous les centres sanitaires du grand-Kloto et certains de nos dirigeants herboristes venus de Lomé qui ont rejoint le bureau local des herboristes ont convoqué tous les membres de notre association. Ce qu'ils nous ont dit concerne le paludisme. Ils disent qu'ils n'arrivent pas à traiter efficacement le paludisme à l'hôpital, mais ils ont remarqué que les patients sont traités par nous les herboristes. Ils ont demandé aux membres d'exposer leur mode de traitement et de citer trois plantes utilisées par chacun de nous. Nous avons cité les trois plantes; ils disent aussi que nous arrivons à traiter 8 malades sur 10, et donc ils nous ont conseillés de bien entretenir notre travail. Selon leur propos, avant on pense qu'ils sont contre le travail que nous faisons parce qu'on interdit au patient de ne pas utiliser les produits à base de plantes médicinales. Mais d'après leur explication, il y a des herboristes qui ne maîtrisent pas bien leur travail, car ils ne savent pas exactement la dose à utiliser pour le malade pour ne pas causer des dégâts après. Certains ne maîtrisent pas la posologie et cela

entraîne des problèmes graves, c'est pourquoi les médecins interdisaient aux patients de prendre ces produits médicinaux. Ils ont dit aussi qu'il y aura une formation dans le futur, et donc de venir suivre la formation pour que les choses soient dans les normes, afin que nous puissions travailler ensemble de façon collaborative. (Prat. 4)

Comme il y a une entente entre le personnel de santé publique et les guérisseurs traditionnels, l'on peut parler d'un début de collaboration parce que les guérisseurs traditionnels réfèrent de plus en plus certains enfants vers les hôpitaux. De plus, quand il y a certains ateliers de formation organisés par le personnel de santé publique, les guérisseurs traditionnels y sont invités pour suivre une formation. Dans l'ensemble, le personnel de santé publique bannit de moins en moins l'œuvre des guérisseurs. Au contraire, ils les associent et font tout pour qu'il y ait une entente entre eux et les guérisseurs traditionnels afin qu'ils puissent travailler en étroite collaboration. Les résultats montrent que les praticiens ayant des compétences manuelles ont plus collaboré avec le personnel de santé publique. Parmi ceux-ci, les rebouteux sont les plus mentionnés par les trois catégories de répondants et répondantes, comme on peut le constater dans ce discours d'une mère :

Oui je connais un rebouteux qui fait bien son travail. Si quelqu'un est fracturé et qu'on l'amène chez lui pour les soins, il entoure la place fracturée avec un panier spécial, c'est-à-dire qu'il fait des petits bâtons avec les branches du palmier, il met d'abord de l'huile ou une pommade et fabrique quelque chose sous forme de panier dont le bas n'est pas bouché, puis entoure la partie fracturée. Il y a beaucoup de cas où la personne sort d'un plâtre fait à l'hôpital qu'on amène chez lui parce que ce n'est pas droit. Il applique donc le massage pour que la partie prenne une forme normale. C'est un de mes oncles à qui on a fait cela. (Mère 3)

Mais il n'existe pas un programme destiné à améliorer ou à étendre les compétences des rebouteux ou les intégrer officiellement dans le secteur de la santé publique du Togo. Ainsi, les rebouteux peuvent être considérés comme de potentiels agents du secteur officiel, dans le sens où ils sont simplement reconnus par les populations locales comme fournissant des services médicaux réels pour les enfants issus des accouchements difficiles (Beninguisse et De Brouwere 2004). Les nouveau-nés issus des accouchements difficiles sont les plus traités, mais le service des rebouteux est disponible pour un grand nombre de personnes. De même, les accoucheuses traditionnelles ne sont pas intégrées officiellement dans les hôpitaux publics au Togo, mais certaines ont reçu des formations pour mieux travailler à domicile. Les populations ont également suggéré l'intégration des herboristes qui connaissent les usages

des plantes médicinales qu'ils vendent et les phytothérapeutes qui soignent les malades principalement par les plantes dans le secteur public. Ils sont probablement les types les plus reconnus des populations. Cependant, cette initiative locale est confrontée à des difficultés qui empêchent parfois l'évolution normale de cette collaboration. En effet, étant donné que les guérisseurs traditionnels ont été écartés pendant longtemps du système de santé publique, certains hésitent ou refusent carrément de venir aux réunions d'échange d'informations entre personnel de santé publique et praticiens traditionnels. Les raisons sont multiples : certains ont peur de se faire connaître par les responsables sanitaires qui peuvent selon eux faire venir les policiers pour les arrêter, puisqu'ils en ont le pouvoir⁵³. Un de mes répondants donne un témoignage sur la perquisition que les policiers ont effectué dans son lieu de travail, à la demande des responsables de santé publique :

Ce n'est pas enraciné, si je prends particulièrement le cas du Togo ce n'est pas bien enraciné. Mais quand j'étais au Ghana, je vois que c'est bien enraciné parce que là-bas personne ne vient gêner les tradithérapeutes. Ici au Togo, parfois nos machines ont été confisquées. Ils sont venus. Les gens de la santé. Ils sont venus en l'occurrence monsieur [X] qui est aussi un assistant médical à l'hôpital [T]. C'est lui qui a pris le devant et ils sont venus confisquer la machine avec laquelle nous faisons l'échographie et c'est avec des supplications qu'on nous a restitué la machine. Notre chef l'a ramené au Ghana et maintenant les gens souffrent pour aller faire l'échographie. Au Ghana, quand on était là-bas, personne, les docteurs même venaient prendre les produits chez nous. Ils disent qu'ils ont besoin de ça, ils viennent acheter les produits, mais ici au Togo c'est un problème. (Prat. 6)

D'autres, par contre, ne voient aucune relation entre la médecine traditionnelle locale et la biomédecine ou la « médecine du Blanc »; d'autres encore pensent que les agents de santé leur manquent de respect quant aux jugements qu'ils portent sur leur travail et leurs produits. De toute évidence, la plus grande prudence est recommandée par temps d'exercice du métier de guérisseur traditionnel comme le précise ci-dessous l'herboriste-guérisseur cité précédemment :

Maintenant, il n'y a pas de peur, mais il faut avoir une carte professionnelle attestant l'exercice du métier et si l'on n'a pas cette carte et en cas de quelque chose ou on a utilisé un produit à un patient et que cela a entraîné un dégât, on demande cette carte et si on n'en a pas on peut être arrêté. Il y a des choses qui se sont passées; il y a des gens qui sont venus du Ghana et ils sont venus avec

⁵³ Les guérisseurs étaient arrêtés parce que leur pratique était considérée comme illégale.

des produits sans notice que certains ont achetés et ils ont eu des complications. C'est pourquoi la majorité des guérisseurs sont dérangés s'ils ne présentent pas une carte professionnelle ou le numéro d'autorisation. Dans notre association, on peut interpeller un étranger qui vend les produits afin de voir s'il a un papier avant de vendre ses produits. S'il n'a pas de papier, on peut appeler notre président ou bien l'envoyer chez notre président. Nous, notre carte a été établie à Lomé par notre secrétaire. (Prat. 4)

De tout ce qui précède, je retiens que la complémentarité entre la biomédecine et la médecine traditionnelle locale est fonction d'un renforcement de la collaboration entre les guérisseurs traditionnels et le personnel de santé publique. J'avance l'hypothèse qu'une meilleure collaboration entre les guérisseurs traditionnels et le personnel de santé publique conduit à la complémentarité entre la biomédecine et la médecine traditionnelle locale; de même, cette complémentarité réduirait le risque de morbidité et de mortalité chez les enfants. Aussi l'approche consistant à écarter la médecine traditionnelle locale n'est pas bénéfique pour ces enfants puisque le fait d'utiliser simultanément les produits pharmaceutiques et les produits traditionnels pour une même maladie sans une franche collaboration entre les deux catégories d'acteurs peut présenter un risque pour l'enfant malade. C'est du moins ce que j'essaierai de démontrer.

La seconde possibilité que les trois catégories de répondants et répondantes pensent qu'on peut envisager est de construire des dispensaires et des hôpitaux où le personnel de santé publique et les praticiens traditionnels seront des collaborateurs qui travailleront ensemble pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales des enfants.

Dans l'ensemble, presque toutes les trois catégories de répondants et de répondantes pensent que la cohabitation de la biomédecine et de la médecine traditionnelle peut réduire davantage le risque de décès des enfants. Plusieurs sont ceux qui souhaitent la mise en place d'une plateforme qui repose sur un ensemble de mesures et d'idées fondant les principes de la prescription des produits traditionnels par le personnel de santé publique ou du transfert des enfants malades des hôpitaux vers les guérisseurs traditionnels ou inversement. Ainsi, l'idée de la création par l'État d'un hôpital de médecine traditionnelle est aussi envisagée par certains répondants et répondantes des trois catégories, tout comme l'implantation des institutions de formation qui tiennent compte de la médecine traditionnelle locale et de la biomédecine. Ceci, non pas pour « biomédicaliser » la médecine traditionnelle, mais pour la

valoriser. De même, le personnel de santé publique pourra éliminer des préjugés au sujet de la médecine traditionnelle locale s'ils sont aussi formés aux pratiques des savoirs locaux de soin comme aux pratiques des produits traditionnels locaux et aux pratiques de guérison rationnelle; car la majorité du personnel de santé publique interrogé pense que les guérisseurs traditionnels ne savent rien de la posologie et du dosage de leurs produits traditionnels, alors que la médecine traditionnelle locale a aussi sa logique propre à elle et qui est parfois loin de la rationalité biomédicale. C'est en ce sens qu'un tradithérapeute réagit de la manière suivante :

Les raisons que les responsables du ministère de la Santé évoquent, c'est qu'ils disent que les produits ne sont pas testés. Il n'y a pas les dosages tout ça là. Moi par exemple, pourquoi ne pas avoir le dosage pour traiter n'est-ce pas les gens? Même les pauvres qui n'ont pas été à l'école là, ils ont leur dose pour guérir les gens et ils sont des guérisseurs. Et tu vois qu'ils ont leur dose, mais c'est qu'ils empêchent l'évolution des guérisseurs. (Prat. 10)

En effet, ces accusations des responsables de la santé publique sont toujours fréquentes même si le constat révèle un début de collaboration entre ceux-ci et les guérisseurs traditionnels. Un contexte qui n'est pas du tout favorable aux activités de thérapie des enfants malades.

7.4 Logiques de la médecine traditionnelle et de la biomédecine

Dans une étude sur l'anthropologie de la maladie, Augé (1986) ouvrait le débat selon lequel il n'y a pas de société où la maladie n'a pas une dimension sociale. De ce point de vue, elle est aussi la plus intime et la plus individuelle des réalités. Il résume son idée de la manière suivante :

L'étude des systèmes d'interprétation de la maladie devrait éclairer le débat toujours réouvert depuis Lévy-Bruhl sur la rationalité des croyances « primitives ». Si l'anthropologie dite médicale ne remplit pas ce rôle, la faute en est à son penchant pour les schémas diffusionnistes et le recours aux typologies. Or les représentations de la maladie, parce qu'elles procèdent toutes d'un certain sens de l'observation et de l'expérience du corps, devraient aider à comprendre comment les systèmes nosologiques les plus divers peuvent s'appréhender comme des combinaisons singulières d'éléments universels. (Augé 1986 : 81)

Par ailleurs, l'analyse du corps d'un individu fait l'objet d'un intérêt de plus en plus croissant et très varié en anthropologie médicale. Ayant opté pour une approche interprétative-critique, Lock et Schepers-Hughes (1990) ont mis en lumière trois corps, à savoir le corps individuel,

le corps social et le corps politique. Douglas (1970) avait déjà élaboré une théorie qui faisait référence à deux catégories de corps, à savoir le corps physique et le corps social. Tandis que le corps physique touche les dimensions somatiques, biologiques, anatomiques, physiologiques, etc., qui sont le propre des études expérimentales, le corps social évoque les dimensions symboliques, culturelles et sociales qui influencent les perceptions et sont habituellement le propre des études symboliques et structuralistes. Quinze années plus tard, O'Neill (1985) montrait les insuffisances de cette conceptualisation du corps, car elle ne prenait pas en compte certains aspects. Ainsi, en plus du corps physique et du corps social, il ajoute le corps communicatif, le corps universel, les corps consommateurs et les corps médicaux. Après avoir discuté de la manière dont les anthropologues, les autres chercheurs et les personnes de différentes cultures ont conceptualisé le corps, Scheper-Hughes et Lock (1987) se sont inspirées des concepts des deux auteurs ci-dessus et de l'étude de Turner (1984) sur le lien entre le corps et la société pour définir et arrêter trois perspectives théoriques sur lesquelles le corps peut être analysé : « (1) *as a phenomenally experienced individual body-self*; (2) *as a social body, a natural symbol for thinking about relationships among nature, society, and culture*; and (3) *as a body politic, an artifact of social and political control*. » (Scheper-Hughes et Lock 1987 : 6). Les trois corps sont réunis pour donner ce que les auteurs appellent le « *mindful body* » qui illustre un modèle conceptuel tripartite. Cette distinction trilogique du corps a été enseignée par de nombreux anthropologues dans l'univers académique. Même si je considère son importance en anthropologie de l'enfance, je note cependant que le corps du nouveau-né se situe, dans les sociétés africaines, entre le monde des ancêtres qui est invisible (*avlime* chez les Agotimés) et le monde visible, c'est-à-dire la société à laquelle son corps est destiné pour être façonné. Peut-on alors qualifier le corps d'un nouveau-né, qui n'a encore subi aucun rite et qui n'est pas encore nommé, dans les sociétés africaines de social ou « asocial »⁵⁴?

Chez les Agotimés du Togo, les logiques et les représentations médicales traditionnelles ne cadrent pas avec les logiques et les représentations occidentales véhiculées par la biomédecine. L'on assiste par conséquent à deux systèmes de représentations médicales qui

⁵⁴ J'entends ici par corps « asocial » non pas le corps d'un enfant qui reste volontairement ou involontairement en marge de la société, mais un corps non socialisé d'un nouveau-né; c'est-à-dire un corps qui n'est pas encore officiellement intégré dans la société à travers le rite de sortie d'un enfant appelé *vide de go* chez les Agotimés.

ont leurs logiques propres, mais qui ne peuvent être compris que si l'on reste dans chaque système. Chaque système médical développe un savoir et un savoir-faire de prévention et de guérison des maladies des enfants de bas âge qui cadrent avec sa logique propre. Ainsi, les techniques de traitement et de prévention des maladies de cette catégorie d'enfants par les guérisseurs traditionnels et les responsables sanitaires sont différentes, mais visent les mêmes objectifs : soit protéger le nouveau-né, le nourrisson ou l'enfant contre les maladies, soit guérir ces derniers lorsqu'ils sont malades.

À travers l'analyse du système de représentation médicale traditionnelle des Agotimés comparé au système de représentation occidentale, je montre ici que ces deux systèmes médicaux sont complémentaires. De même, une exploration de la représentation du corps de l'enfant dans cette société permet de montrer que le corps d'un enfant est composé d'un corps biologique et d'un corps social. L'analyse montre aussi que le corps des tout-petits est ambivalent, car il présente des matériaux typiques des ensembles déterminants ou références physiques, s'il est vu du dehors. Il est perçu comme un déterminant psychosocial, c'est-à-dire qu'on voit dans le corps de l'enfant un système vivant de rapports sociaux qui peuvent être matrimoniaux, familiaux, lignagers et politiques (Fassin 1988). Mais le nouveau-né qui n'est pas encore intégré dans la société est composé d'un corps physique et d'un « corps asocial », car le corps physique doit subir le rite de sortie (*vide de go*) pendant sa petite enfance avant la duplication de l'entité-corps du nouveau-né en un corps physique et un corps social.

7.4.1 Deux systèmes de représentation médicaux dissemblables

Kleinman (1978) proposait un modèle qui tient compte d'une médecine populaire (« *popular medicine* ») qui appartient au cercle de la famille et des voisins, d'une médecine tradipraticienne non professionnalisée (« *folk medicine* ») et d'une médecine professionnelle (« *professional medicine* ») telles qu'Ayurveda et Unani, en Asie. Mais des difficultés surgissent lorsqu'on essaie de classer d'autres formes de médecines. C'est le cas par exemple des pratiques médicinales de l'officiant rituel, du prophète-guérisseur, ou du marabout mouride observé au Sénégal par Fassin (1990). D'un autre point de vue, Pordié et Simon (2013) font le constat selon lequel le modèle de Kleinman (1980) ne permet plus d'expliquer les thérapies comme un système traditionnel ou local à l'heure de la globalisation :

Les guérisseurs d'aujourd'hui ne correspondent plus aux portraits classiques des manuels d'anthropologie. Nous pouvons observer un guérisseur togolais réaliser des rituels bouddhistes. Dans un pays voisin, l'un de ses homologues envisage de publier les résultats de ses essais thérapeutiques dans une revue médicale. Un maître de qigong chinois enseigne sur Internet à des étudiants venus écouter, la semaine précédente, un médecin tibétain prodiguer ses enseignements à l'Université de Stanford. Tandis qu'une ensorceleuse danoise s'attaque aux chakras de ses victimes, Marco, un chaman italien, ancien partisan de la *deep ecology*, évoque les cosmogonies hindoue et shuar pour expliquer son « art de vivre ». Un guérisseur népalais se spécialise dans la protection de l'environnement; une femme sud-africaine se fait herboriste pour pourvoir à son existence matérielle. À Angers, le docteur Pichou détourne une technologie destinée à l'usage des cosmonautes russes pour produire des cartes magnétiques censées guérir ses patients; il lit également leur aura dans des radiographies pulmonaires. (Pordié et Simon 2013 : 9)

Les typologies ci-dessus montrent que les questions suivantes sont toujours d'actualité : à l'intérieur de ces différents modèles, où peut-on classer le « prêtre du *trɔ* » (*trɔnɔ*), le prêtre du couvent (*bokɔnɔ*), le responsable d'un siège ancestral (*Zikpuinunɔla*) qui interviennent aussi dans le cours des maladies de la petite enfance chez les Agotimés du Togo et dont l'essentiel des activités est d'ordre religieux? De même, comment parler du guérisseur traditionnel en quête de modernité en utilisant l'internet, le microscope ou le streptocoque? Comment qualifier l'infirmier qui enseigne les plantes médicinales et les minéraux à ses patients?

Il est impérieux d'aborder les systèmes de référence de manière systématique en examinant les différents contours. En réalité, il y a quelque chose de commun à la société agotimée qui veut que toute pensée sur la petite enfance soit aussi une pensée sur la société. C'est ce qui fait précisément l'intérêt du phénomène de la santé et de la maladie de l'enfant dans le milieu étudié. Il y a aussi une différence d'appréciation de ce phénomène qui varie selon les thérapeutes traditionnels et modernes. En effet, entre les guérisseurs traditionnels qui apprennent aux parents à utiliser d'abord les éléments naturels environnants (plantes médicinales, minéraux, forces surnaturelles, etc.) pour traiter le corps souffrant de l'enfant, et le personnel biomédical qui exige des analyses au laboratoire avant de prescrire des médicaments, il y a des évaluations différentes de la santé des enfants. Autrement dit, les modes de diagnostic et les techniques de soins et de prévention sont déduits des logiques propres à chaque système de santé; un lien qui lui-même est d'une part, fonction des

croyances portant sur les causes des maladies et de la perturbation de la santé de l'enfant et, d'autre part, fonction de la rationalité (Good 1994). En effet, le système de référence de la biomédecine repose sur une considération de la maladie de l'enfant comme une perturbation qui vient d'un dysfonctionnement physique et physiologique l'affectant. C'est en ce sens que les progrès effectués dans le domaine de la médecine ont permis la mise en place des vaccinations et des examens médicaux obligatoires qui permettent de fournir un dépistage précoce et de connaître les situations à risque. Par exemple, on a introduit la surveillance médicale des femmes enceintes ayant des antécédents compliqués tels que ceux qui ont eu un enfant pesant moins de 2 500 grammes, enfant mort-né ou un accouchement compliqué ou par césarienne. Aussi, la prévention anténatale s'est considérablement améliorée, car l'on dispose maintenant de techniques comme l'échographie ou l'amniocentèse qui permettent de surveiller efficacement les femmes enceintes, l'évolution de l'embryon ou le fœtus. Mais il existe toujours des maladies ou accidents relativement rares, dont on ignore souvent l'origine exacte et qui continuent de causer les décès du fœtus et du nouveau-né. Aussi, la mort subite du nourrisson, même si elle est à l'heure actuelle en régression, constitue-t-elle une des causes de mortalité.

Contrairement à la biomédecine, le système de référence des guérisseurs traditionnels a pour fondement l'interprétation de la maladie d'un enfant comme un signe d'un *désordre social*. Dans tous les cas, l'objectif reste le même, quel que soit le type de recours thérapeutique. En effet, pour préserver la santé de l'enfant, il faut que les parents évitent la maladie. Mais les étiologies mises en œuvre pour expliquer les pratiques et les procédures de guérison sont toujours dissemblables. Par exemple, là où le personnel biomédical dit qu'il faut faire reculer les facteurs de risque, les guérisseurs traditionnels disent qu'il faut plutôt mettre l'enfant sous la protection des ancêtres, c'est-à-dire confier l'enfant à celui qui a pour tâche de le réconcilier avec ses ancêtres (Jaffré 1990). Ainsi, d'un(e) répondant(e) à l'autre la démarche de maintien ou de recherche de la santé durant la petite enfance n'est pas la même. Par exemple, chez les Agotimés où la culture principale est l'igname, on pense que la diarrhée survient chez l'enfant quand il mange l'igname qui n'est pas encore présentée aux divinités sous forme de prémices de l'année. En revanche, pour la biomédecine on pense que cette maladie provient de microbes déposés par les mouches sur l'aliment. De toute évidence, la pédiatrie est entrée dans les mœurs et les populations pensent le corps des enfants, mais ont

des construits étiologiques différents. Parfois, une attention particulière est portée ce à qui est visible et à ce qui n'est pas visible. Ces classifications éloignées de celle du discours médical servent de support pour l'utilisation de divers discours interprétatifs et thérapeutiques.

Les termes utilisés par les populations pour parler du corps d'un enfant ou de sa souffrance et les règles qui régissent les principales pratiques sociales, alimentaires, hygiéniques, etc., ont une influence sur la santé de l'enfant (Jaffré 1990). Il existe donc des appellations propres à la communauté dont le but est de montrer l'univers de sens des différentes informations relatives à la santé et à la maladie. Les systèmes de santé propres aux sociétés varient en fonction de leur vision du monde. Les populations donnent un sens au corps de l'enfant selon ses souffrances et cela de manières différentes. En biomédecine, les diverses analyses aux laboratoires ne permettent pas parfois de détecter le mal dont souffre l'enfant; alors que chez les Agotimés, l'ensemble des renseignements recueillis par le guérisseur traditionnel auprès de l'enfant malade et de son entourage est souvent l'élément du diagnostic qui aide à apporter un remède efficace. Pour aider à apprécier les divergences existantes ou pouvant exister entre les définitions scientifiques de la maladie ou de la santé et leurs représentations populaires, il faut donc des recherches anthropologiques.

Événement élémentaire, la maladie d'un enfant est une réalité qu'on peut saisir à des niveaux divers : sociaux, économiques, politiques, culturels. Ainsi, l'entourage immédiat fait souvent appel à ses savoirs étiologiques et nosologiques qui retiennent la maladie durant les premières années de vie à une réorganisation de la société. En effet, des modifications à visée préventive qui s'opèrent d'abord dans le mode de vie des parents peuvent se répercuter sur le mode de fonctionnement de la collectivité tout entière. Très souvent, il y a certaines maladies des enfants que l'on qualifie de maladies propres aux pays tropicaux comme le paludisme, les maladies infectieuses, les maladies de la peau, etc., qui sont souvent considérées comme des maladies dues à l'environnement. Chez les Agotimés, dès que les mères ont connaissance de la maladie, cela est perçu comme un *désordre social* qui affecte l'économie familiale; c'est-à-dire que l'état de santé d'un enfant est appréhendé à partir de déséquilibres socioculturels de l'unité domestique. La maladie de l'enfant fonctionne comme signifiant social (Herzlich 1986), c'est-à-dire qu'elle fait l'objet de discours qui mettent toujours en cause l'environnement

social. Chez les Agotimés, il y a des logiques propres aux habitués de la biomédecine et ces logiques sont encore effectives. Parfois, les représentations culturelles des maladies des enfants ne cadrent pas nécessairement avec les explications scientifiques des agents de santé. Par ailleurs, la structure sociale est telle que le niveau de décision du choix du traitement des maladies est parfois secret. Dans ces conditions, le choix des itinéraires thérapeutiques en face d'une maladie échappe à bien des membres d'une famille. Généralement, la maladie d'un enfant n'est pas seulement de nature biologique ou individuelle. Mais elle est aussi et surtout psychosociale, spirituelle et collective, incluant les dimensions rituelle, cosmique, ontologique, mythico-religieuse.

Par ailleurs, les résultats de ma recherche montrent également l'existence de discours critiques, c'est-à-dire les discours qui visent les conditions économiques et politiques comme cela se dégage dans les propos d'une mère âgée de 25 ans, dont le conjoint est agriculteur à propos de son activité commerciale :

Je dirai que c'est l'argent que l'État nous prête pour faire le commerce, environ 30 000 francs CFA avec un taux d'intérêt de 2,5 %, soit 750 francs CFA de plus à payer après six mois... Moi quand ce projet de prêt accordé aux femmes est venu dans le village, mon partenaire n'avait pas accepté que je puisse demander un prêt parce qu'il craignait que cela devienne une dette pour lui; donc, je n'ai pas fait le prêt à son compte. (Mère 10)⁵⁵

Une autre mère agricultrice, qui est dans la quarantaine, dont l'âge à la première naissance est 28 ans, qui vit avec son mari couturier, a connu une dernière grossesse et un accouchement difficiles. Elle en donne plus de précision :

L'État doit aider les femmes dans leur éducation surtout les jeunes filles, car si on n'est pas instruite on ne peut que recourir aux travaux champêtres... ou soit on fait recours au prêt que le gouvernement accorde aux femmes pour le commerce, c'est tout; 30 000 francs CFA avec un intérêt de 2,5 % payable en tout dans un délai de six mois. En tout cas, moi je ne peux pas faire ce prêt parce que c'est très difficile de faire le commerce dans le village puisque les voisins achètent toujours à crédit et n'aiment pas rembourser leur dette. Et l'on s'endette après tout, pour être incapable de rembourser la dette de l'État... Pour faire ce prêt il faut être dans un groupe de cinq, et si un parmi vous n'arrive pas à honorer son engagement, les autres membres du groupe doivent faire un effort supplémentaire pour rembourser la totalité des prêts accordés au groupe, y

⁵⁵ 30 000 francs CFA est égale environ 70\$ CAN au moment de la rédaction de ce chapitre en 2017-2018.

compris les intérêts. Ou soit on retire la personne dans le groupe ou, au pire des cas, on supprime le groupe. Il y a actuellement trois groupes dans le village. C'est le dernier groupe qui a reçu tout dernièrement, et donc ce groupe remboursera en novembre 2015 prochain. (Mère 14)

En réalité, presque toutes les mères et tuteurs ont déclaré que leur situation s'est dégradée parce qu'elles reçoivent l'argent, mais finissent par fuir le village. Elles s'endettent et migrent vers les villes environnantes pour chercher un travail de domestique, afin de revenir payer leur dette. Dans les villages, il est difficile pour elles de faire le commerce par manque de clientèle. Par exemple, une femme qui vend la boule d'*akassa* ou *akpã* (pâte à base de maïs), dont le chiffre d'affaires est de 2 000 francs CFA, serait obligée de prélever 200 francs par jour pour rembourser une partie de sa dette tous les mardis (on le nomme « *l'argent de mardi* »). De plus, les mères débitrices répondent souvent à leurs créanciers ou créancières du village qu'elles iront payer leur « *dette de mardi* », et donc elles ne pourront plus rembourser les dettes subséquentes. C'est pourquoi certaines mères interviewées ne voient pas l'importance de ces prêts de l'État togolais, car beaucoup se sont endettées parce que le petit commerce ne marche pas. De plus, elles vendent quasiment les mêmes choses. Les arrestations pour le non-remboursement des prêts octroyés par l'État togolais, dans le cadre de la finance inclusive, découragent également les mères et tuteurs.

Face au contexte social qui affichait 73,4 % de pauvres en 2011 dans les milieux ruraux (DGSCN-Togo 2013b), le gouvernement togolais avait décidé de créer en décembre 2013 (par décret pris en conseil des ministres), un Fonds national de finance inclusive (FNFI). C'était dans le but d'atténuer les effets pervers de la pauvreté sur les couches sociales les plus démunies. Le 24 janvier 2014 le FNFI a été lancé officiellement et la Direction de promotion de cette finance inclusive était placée sous la tutelle du ministère du développement à la base, de l'artisanat, de la jeunesse et de l'emploi des jeunes. Un de ses objectifs était de toucher en 5 ans un grand nombre de bénéficiaires en matière d'activités génératrices de revenus. Sa mission est donc de rendre plus accessibles les services financiers à tous, surtout les plus pauvres, par l'entremise des banques et des institutions de microfinance. Au départ, le FNFI a été financé sur le fonds propre de l'État, mais il est soutenu actuellement par des partenaires financiers tels que la Banque mondiale, le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), la Banque ouest-africaine pour le développement (BOAD), la

Banque africaine pour le développement (BAD) et le Fonds koweïtien pour le développement économique arabe (KFAED). C'est alors dans ce cadre que les mères bénéficient d'un prêt de 30 000 francs CFA qui est remboursable avec un taux d'intérêt de 2,5 % dans un délai de six mois. Mais elles sont finalement déficitaires vis-à-vis de l'État et ont du mal à soigner leurs enfants malades. C'est en ce sens que les mères suggèrent que l'État revoie sa politique envers les couches sociales les plus démunies comme cela se dégage dans les propos d'une répondante :

Pour ce qui concerne le prêt du gouvernement par exemple, je ne suis pas du tout satisfaite parce que l'argent est très peu et les délais de remboursement trop courts. Parfois, la majorité des femmes s'endette sauf quelques rares femmes qui arrivent à rembourser leur dette avec les intérêts. Cela dépend aussi du type d'activité de la femme. Pour les hommes, quand les récoltes ne sont pas bonnes, ils s'endettent aussi. Il faut que le gouvernement revoie un peu sa politique vis-à-vis des paysans. Ce qui fait que certaines décident de ne plus faire le prêt. (Mère 40)

La solution proposée par une mère en ce qui concerne l'accessibilité des soins destinés aux enfants est la suivante : « Il faut mettre suffisamment de moyens financiers à la disposition des tradithérapeutes et ceux qui veulent apprendre ce métier pour la production des médicaments en qualité et en quantité. Cela pourra aider les plus démunis. » (Mère 33) À l'instar des autres pays de l'Afrique subsaharienne, les conditions socioéconomiques et politiques n'assurent pas à tous les enfants du Togo les mêmes chances d'accès à la santé (Ela 1998). C'est ce qu'on peut comprendre de ce plaidoyer d'une mère âgée de 29 ans et qui eut des difficultés financières durant les deux premiers mois qui ont suivi son accouchement :

Parfois, quand on va au dispensaire, on prescrit des médicaments que nous n'arrivons pas à acheter à défaut de moyens financiers, alors qu'on doit sauver l'enfant. L'État doit nous aider en nous donnant des médicaments gratuits pour les enfants; il faut augmenter le nombre de personnel soignant parce que c'est insuffisant et les heures d'attente sont longues. Il fut un moment, quand on y va à 6 heures du matin on revient dans l'après-midi... Souvent, certains médicaments ne sont pas au dispensaire et on nous demande d'aller à Agou ou à Kpalimé pour les acheter. (Mère 26)

La santé d'un enfant prend alors place dans un dispositif interprétatif-critique qui tient compte à la fois de l'économie politique de la santé (Baer *et al.* 2003; Morsy 1979, 1990) et de la culture (Kleinman 1978). Le rôle ou la fonction sociale, le niveau socioéconomique, le

niveau d'instruction, etc. des parents d'une part et, d'autre part, l'efficacité du système de gouvernance et du système de santé mis en place constituent d'énormes défis à relever.

7.4.2 Origine du mal

Les colons allemands et français avaient choisi délibérément de négliger les aspects purement culturels de la santé au Togo. Aujourd'hui, la maladie et la santé d'un enfant sont connues comme phénomènes culturels et sociaux à part entière (Bonnet 1999b; Creusat 2000; Guillou 2009; Jaffré et De Sardan 1999). Tandis que les infirmiers avec leur biomédecine continuent de fonctionner essentiellement en logique biomédicale, les mères interrogées continuent de faire appel aux divinités et aux ancêtres sans toutefois abandonner le recours à la biomédecine. Ainsi, pour un enfant qui est atteint d'une maladie, la représentation de son entourage familial ne coïncide pas toujours avec le diagnostic médical. Par exemple, si l'on pense que le mal est causé par les divinités négligées, offensées ou par les sorciers qui ont jeté le mauvais sort, des interprétations multiples naissent. Parfois, une maladie qu'on a du mal à traiter dans les hôpitaux oblige les mères à chercher à consulter les *trɔ̀nɔ̀wo* plutôt que l'infirmier. Tous ces comportements s'inscrivent dans la culture des populations, une culture qui a une histoire ancrée dans les traditions. Parfois, l'enfant est malade, mais sa maladie n'attire pas l'attention : c'est l'exemple des malformations congénitales et ce que ressent l'enfant malade est loin d'être pris en compte dans les priorités familiales. Ces différences sont socialement et culturellement déterminées; une conséquence pratique à cela est que l'enfant malade n'est pas nécessairement amené chez l'infirmier du village lorsqu'il présente des troubles que les parents attribuent au « maléfice d'un humain ».

La façon dont les mères et les praticiens traditionnels nomment une maladie durant les premières années de vie dépend de son classement qui repose sur les systèmes de représentations existants, à savoir : les symptômes de la maladie, les organes qui sont atteints, les mécanismes, les causes et l'intensité de la douleur. Par exemple, la médecine expérimentale occidentale dira d'un enfant qui présente un ventre ballonné qu'il est atteint de splénomégalie. Les guérisseurs traditionnels recourent plutôt à des connaissances empiriques (« atteinte de la rate » ou *kuku*). De même, la médecine expérimentale occidentale dira d'un enfant qui a des déformations de globules rouges qu'il est drépanocytaire, mais la connaissance empirique des guérisseurs traditionnels est « l'atteinte des os » (*nyuqui*). Bibeau

(1978), chez les Ngbandi du Zaïre, avait trouvé que la façon de nommer les affections cutanées repose sur plusieurs principes dont ce qui se rapporte spécifiquement aux enfants est le principe socioculturel : « Il s'agit d'un cas particulier important de la maladie générale (*ngã*) *ngu* : des plaques de cheveux disparaissent et des ronds blanchâtres se forment un peu partout sur la tête. Généralement, la peau est également attaquée par (*ngã*) *ngu*, mais pas toujours. Cette variété de (*ngã*) *ngu* qui s'attache aux cheveux ne concerne que les enfants. » (Bibeau 1978 : 31).

Chez les Agotimés, pour parler d'une maladie sévère d'un bébé ou d'un enfant qui est attribuée à l'infidélité de l'un des parents (*edafɔgbe*) « littéralement des parents qui ne se contrôlent pas », le terme consacré est *dɔsesẽ*. Les maladies des enfants sont souvent classées suivant les critères bien définis par les membres d'une société. Ces systèmes classificatoires et la diversité des termes qui leur sont associés servent avant tout à reconnaître les maladies des enfants dans le but de les comprendre, de les soigner et reposent sur des critères spécifiques pour reconnaître chaque affection avec multiples dénominations. Toute classification suppose une interprétation des mécanismes et des causes d'une maladie et, grâce à cela, un traitement pourra être entrepris (Fassin 1990).

Les modèles de référence des Agotimés résultent de la superposition de multiples interprétations. La croyance en la sorcellerie ou en la vengeance d'une divinité accompagnent toujours les connaissances empiriques des causes et des effets d'une maladie chez l'enfant. Ainsi, même si l'explication immédiate de la mort d'un enfant repose sur une cause naturelle, cela n'annule pas la recherche d'une explication d'ordre surnaturel. Les causes naturelles et surnaturelles se complètent ainsi dans les modèles explicatifs locaux de la maladie, permettant aux uns d'expliquer ce dont les autres ne parviennent pas à rendre compte. Par exemple, la « maladie de l'oiseau » (Bonnet 1999b : 305) en Afrique de l'Ouest montre la présence de certaines espèces d'oiseaux comme le hibou (*adzexe* en langue ewe chez les Agotimés) porteur de malheur. Mais aussi cette attitude n'exclut pas qu'on pense à des troubles physiologiques. Par ailleurs, les distinctions des chercheurs ont souvent des insuffisances sur le terrain parce que l'interprétation de la maladie des enfants de bas âge varie d'une famille à l'autre. Il y a aussi lieu de distinguer la causalité a priori et la causalité a posteriori. En effet, il est parfois frappant de constater que l'explication avancée par un

guérisseur lorsqu'on l'interroge peut différer de celle qu'il met en œuvre dans une situation concrète. Ce qui conduit à noter que le savoir énoncé doit être toujours confronté au savoir pratiqué. Les sociétés disposent ainsi de modèles généraux explicatifs pour une maladie des enfants, mais les utilisent de façon pragmatique en fonction du contexte. Ce constat vient confirmer l'étude chez les Soninkés de la vallée du fleuve Sénégal où Fassin (1988) montrait que la lèpre est interprétée comme une rupture d'un interdit sexuel; par exemple, les parents de l'enfant lépreux ont eu des relations sexuelles pendant la période menstruelle, et donc c'est un signe d'impureté :

La lèpre chez les Soninké de la vallée du fleuve Sénégal est interprétée comme rupture d'un interdit sexuel (les parents du lépreux ont eu des relations sexuelles pendant la période menstruelle, signe d'impureté), alimentaire (le lépreux a mangé un poisson de fleuve, le silure dont la couleur rappelle la peau du malade) ou d'alliance (un mariage a eu lieu entre deux familles théoriquement « incompatibles »). (Fassin 1990 : 42)

Tout cela est modelé, mais en fonction du statut social du lépreux on choisira l'une ou l'autre explication. Par exemple, pour un homme important on évoquera un tabou alimentaire plutôt que sexuel. Malgré les diverses interprétations de la maladie des enfants, la caractéristique générale de son origine fait appel à un *désordre social*. Cependant, comme le souligne Fainzang (2000), Augé avait montré dans les années 1980 l'étroite intrication entre les conceptions du désordre biologique et du désordre social. Il donnait l'exemple suivant en ce qui concerne les procédures thérapeutiques chez les Guin ou Mina du Sud Togo :

J'ai essayé pour ma part de distinguer deux procédures thérapeutiques types chez les populations guin ou mina du Sud Togo, l'une qui, passant par la divination (*Fa*), aboutit à l'identification d'un *vodu* considéré comme le responsable de la maladie puis à un traitement par les plantes relevant de ce *vodu*, l'autre qui, passant par l'analyse du symptôme, aboutit à un traitement par les plantes puis à des sacrifices au *vodu* dont ces plantes relèvent. Le principe de cohérence est alors dans la mise en rapport systématique du panthéon et de la pharmacopée, qui laisse elle-même percevoir des recouvrements et un certain « jeu » dans les options intellectuelles possibles. Ce modèle de cohérence virtuelle se distingue du type idéal d'une cohérence fermée pour lequel le symptôme renvoie à un désordre social dont l'élimination rétablit la santé individuelle (Augé 1986 : 85).

Quel que soit l'avènement d'une maladie ou de malheurs à répétition, l'origine du mal doit être recherchée en premier lieu. Parfois, l'environnement religieux ou physique aide ou influence considérablement l'interprétation d'une maladie de la petite enfance. Par exemple,

à propos des Ewe de Ho au Ghana voisin, « [...] les chèvres à la robe tachetée de points blancs, noir blanc, rappelle l'aspect d'un varioleux. C'est pourquoi il faut supprimer ces animaux le plus tôt possible » (Spieth 2009 [1906] : 268). Cependant, dès qu'un enfant malade meurt d'une maladie bien connue les explications d'une mort naturelle ne suffisent plus, car on dira par exemple qu'il a subi un mauvais sort (Favret-Saada 1977) et l'on fera la divination pour faire connaître l'auteur tout en continuant à considérer les causes (Tall 1990). Dès qu'un enfant quitte la ville où l'environnement est moins rude, pour le village considéré comme lieu d'habitation des esprits, la maladie change de signification et devient une force maléfique du village qui a attaqué l'enfant; on passe ainsi du naturel au surnaturel, autrement dit de la contamination mécanique à l'agression spirituelle. En général, lorsque la maladie présente des caractères de gravité, de durée, de répétition ou d'inattendu, il y a lieu d'en donner l'identification à l'une des cinq modalités suivantes : mauvais comportements des parents ou des parents qui ne se contrôlent pas, attaque par un sorcier, maléfice d'un humain, désir des ancêtres, possession par un esprit (Bibeau 2013; Fassin 1990). En réalité, « la possession établit, dans la verticalité de la filiation, la permanence d'une structure dont le langage de la sorcellerie déploie, lui, les multiples dimensions dans l'horizontalité de l'espace social » (Augé 2006 : 30).

Un enfant qui tombe malade n'est pas seulement l'affaire d'une mère chez les Agotimés. C'est plutôt une question sociale qui peut faire intervenir des histoires de lignage, d'alliance, de propriété foncière, de conflits familiaux parce que la maladie met en jeu des institutions sociales et des acteurs sociaux qui sont totalement en dehors des préoccupations ayant trait au corps et à la santé de l'enfant. Si la biomédecine considère la maladie d'un enfant comme un dysfonctionnement physique ou physiologique, elle est souvent considérée chez les Agotimés comme le signe d'un *désordre social* (Jaffré 1990). La maladie de l'enfant prend place dans le dispositif interprétatif-critique qui va relier en un enchaînement causal des événements que les logiques scientifiques ont du mal à distinguer. Ainsi, l'origine d'une maladie de l'enfant pourrait être recherchée dans la relation des parents; dans le manque de respect des parents envers les *trɔ̃wo*; dans le niveau de vie économique de l'unité domestique, du village, d'une région ou du pays; dans l'apport nutritionnel des parents, dans les systèmes de santé mis en place, etc. Cette analyse nécessiterait des traitements très éloignés de ceux des domaines biomédicaux.

En définitive, il existe différentes médecines de soins de la petite enfance et aucune n'est réellement parfaite. Toutes les médecines de soins de la petite enfance sont réductrices. C'est pourquoi j'avance l'hypothèse voulant que la complémentarité entre la biomédecine et médecine traditionnelle aboutisse à une meilleure santé des enfants de bas âge. En effet, l'exemple de l'appropriation de la biomédecine par les populations des villages agotimés, sans toutefois renoncer à leur savoir médical local, nous instruit davantage à ce sujet.

7.4.3 « Corps asocial » et « corps social » du nouveau-né

Bien que le corps du nouveau-né puisse être analysé selon les perspectives individuelles et politiques (Scheper-Hughes et Lock 1987), son « corps asocial » doit être aussi mis en lumière avant l'analyse du corps social (Douglas 1970; Scheper-Hughes et Lock 1987; Turner 1984). Dans son étude sur la naissance chez les Ewe du Togo, Rivière (1981a) présentait cette transition qu'effectue le corps du nouveau-né de la manière suivante :

La présentation de l'enfant au soleil et à la famille, le fait de l'avoir posé sur la terre et aspergé d'une eau lustrale coulant du toit de la maison, la bénédiction sollicitée des membres défunts du lignage, tous ces rites visent à situer l'enfant et à l'intégrer dans son milieu de vie : forces de la nature, puissances ancestrales et hiérarchies actuelles de la famille. Par ce premier acte de socialisation, accompagné de prières et d'offrandes, tout est mis en œuvre pour la protection et l'épanouissement sociaux du nouveau-né qui, purifié, vient de passer officiellement du monde cosmique au monde culturel. (Rivière 1981a : 81)

Ces pratiques sont également présentes de nos jours chez les Agotimés, malgré l'influence des églises chrétiennes et la présence de la religion musulmane. Le nouveau-né, pour être reçu et être accepté par la communauté dans son ensemble, doit subir le rite de sortie après la naissance (*viqede de go*) qui consacre le passage de son corps non socialisé vers un corps social. Cette transition symbolise ainsi les relations entre le monde cosmique, la nature, la société et la culture. Ainsi, pour un nouveau-né qui n'a pas encore subi le rite de sortie après sa naissance et qui est atteint d'une maladie, l'origine du mal est souvent recherchée dans le monde cosmique (invisible); c'est-à-dire celui des ancêtres d'où il vient. Habituellement, les populations agotimées pensent que c'est l'un des ancêtres de la famille maternelle ou de la famille paternelle qui est revenu (*amedzo*). Dans ces circonstances, la thérapie consiste à rechercher par la divination le nom de l'ancêtre réapparu sur terre (*dzotɔ*), puis à faire des sacrifices ou des rituels de reconnaissance pour que l'enfant retrouve sa santé physique et

mentale. Ce qui justifie les nombreux sacrifices et libations adressés aux ancêtres en ce moment de souffrance de l'enfant malade afin qu'il retrouve sa santé. C'est donc selon les mères agotimée le seul moyen pour que l'enfant souffrant soit libre de toutes actions nuisibles de l'ancêtre qui vient de renaître dans le corps du nouveau-né et qui trouble son corps physique et psychique. Une tradithérapeute donne l'explication suivante à propos des expériences vécues :

Certains enfants souffrent de maux de ventre, d'autres des maux de tête et d'autres encore souffrent des maladies spirituelles. Il y a des maladies qui touchent le corps physique et il y a des maladies qui relèvent de la spiritualité. Par exemple, l'enfant peut dire qu'il a des douleurs au niveau de l'abdomen, mais cette maladie peut l'amener dans plusieurs hôpitaux sans trouver la guérison. Alors, il faut déduire que ce n'est pas une maladie naturelle, mais c'est une maladie spirituelle qu'il faut guérir en faisant recours à un spiritualiste. À travers les prières ou les rituels, on peut éradiquer le mal. Si c'est une maladie naturelle, on peut parler de paludisme, fièvre ou l'enfant a le corps chaud, les maux de ventre. (Prat. 8)

Cependant, pour la biomédecine le corps du nouveau-né est souvent considéré du point de vue somatique. Ce qui oriente la thérapie des enfants malades vers les analyses au laboratoire en vue de connaître les causes réelles de leurs maladies. Cette approche rationaliste est réductrice, car elle se limite le plus souvent aux causes directes et ne prend pas en compte les facteurs lointains comme la pauvreté, la malnutrition, la faim, certaines pratiques coutumières et la place de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique. Par conséquent, il est fondamental d'analyser le corps du nouveau-né selon la perspective interprétative-critique qui permet de mieux cerner sa souffrance.

7.4.4 Corps biologique et corps social de l'enfant

Le corps de l'enfant est à la fois biologique et socioculturel selon la perception de la population étudiée. Ceci vient essentiellement de la conception de l'enfant chez les Agotimés du Togo. En effet, les résultats issus de l'analyse des données collectées chez les mères, les tutrices et les guérisseurs traditionnels montrent que le nom (*ɣkɔ*) d'un enfant est un principe vital important qui rend cohérent son état de santé et son existence. C'est pourquoi, disent-ils, les Agotimés ne donnent pas n'importe quel nom à un enfant. Selon cette population, un enfant qui est souvent malade peut porter un nom comme *adukpo* c'est-à-dire « ordure ». Le rite d'imposition du nom est donc un moment particulier pour l'enfant, car un nom

inapproprié peut porter l'enfant vers la maladie. Aussi, est-il important de tenir compte de son destin (*dzɔgbese*) qui est une promesse faite par l'enfant lui-même de mener tel ou tel type d'existence avant de quitter la sphère divine. Ainsi, chaque enfant vient au monde avec sa « feuille de route » où sont inscrits les événements malheureux ou heureux qui doivent émailler le cours de son existence. Les populations concernées pensent qu'on peut changer le destin d'un enfant qui se révèle mauvais en lui faisant subir un rite ou en accomplissant des sacrifices afin de conjurer le mal. Autre élément important, c'est l'ancêtre réincarné (*dzɔtɔ*) qui est l'esprit générateur du nouveau-né. On conçoit que la vie commence avant la naissance avec l'ancêtre qui constitue le maillon initial du tissu ontologique de parenté. L'ancêtre informe le nouveau-né, ou l'enfant à naître, d'une influence vitale. En effet, le présent d'un nouveau-né est le passé d'un autre et l'avenir d'un autre qui naîtra. En réalité, le corps de l'enfant est la partie qui intègre tous les éléments vitaux. C'est le médiateur privilégié dans la construction de la personne. Ces éléments sont liés : il s'agit du nom de l'enfant, le double de l'enfant (âme, silhouette, l'ombre, etc.), l'ancêtre réincarné, le destin (*dzɔgbese* ou la loi du jour de naissance), l'ange gardien (*kpɔ̃li*). Le corps est donc ambivalent et peut être saisi sur deux niveaux fondamentaux : le corps d'un enfant vu du dehors présente des matériaux typiques des ensembles déterminants ou références physiques. Mais le corps est aussi perçu comme un déterminant psycho-socioculturel, c'est-à-dire qu'on voit dans le corps de l'enfant un système vivant de rapports socioculturels. Le corps de l'enfant a donc une dimension socioculturelle exprimant les modes de formations sociales tissant des réseaux de participation et de correspondance. Dans ce contexte, le corps de l'enfant le relie au groupe social, au cosmos et reste une référence au sacré. C'est pourquoi quand un enfant tombe malade c'est un moment événementiel qui interpelle toute la société. La maladie d'un enfant de bas âge est donc la forme élémentaire d'un événement simultanément individuel, social et culturel. Autrement dit, le corps biologique de l'enfant a tendance à devenir corps social; l'être individuel a tendance à se fondre dans l'être social. Ainsi, le destin individuel de l'enfant est moulé dans les catégories de son entourage socioculturel. En effet, les travaux anthropologiques attestent que les manifestations s'inscrivant sur le corps de l'individu font l'objet d'une interprétation sociale et culturelle surtout lorsqu'il s'agit d'une maladie chronique (Charmaz 2009).

Lock et Scheper-Hughes (1990), se basant sur les actions humaines qui influencent la santé d'un individu, parlent du corps individuel, social et politique. Cela va entraîner des attitudes et des comportements à tel point que le langage de l'enfant malade n'est pas celui du corps, mais celui de son rapport à la société. D'où, l'importance du capital nosologique comme référence. Parce qu'il existe une homologie entre les entités telles que l'univers naturel c'est-à-dire le monde qui entoure et qui englobe, le corps individuel de l'enfant et la société. Cette relation tripolaire ordre cosmique, ordre individuel, ordre social fait qu'il y a une perception socioculturelle du corps de l'enfant et de tous les moments accidentels qui peuvent subvenir dans sa vie.

7.4.5 Prise en charge de la santé de l'enfant

La santé d'un enfant entre peu à peu dans la structure de la vie économique des parents et cela les oblige à faire des dépenses pour rétablir la santé de l'enfant malade. Ce qui met à contribution l'entourage immédiat, les responsables sanitaires, les guérisseurs traditionnels, les villageois, etc. La santé de la petite enfance est donc un patrimoine collectif et un concept multiforme qui prend en compte l'environnement, les conditions et les habitudes de vie de la société. En dernier ressort, la santé de l'enfant est un devoir de chaque parent vis-à-vis de l'enfant et la société. C'est vrai que les parents sont responsables de la santé de leur enfant et ils doivent en conséquence exercer leur part en la matière. Mais la société les forme, les éduque, les accompagne et prend en charge le traitement de l'enfant étant donné que la santé de l'enfant intéresse la collectivité. Autrement dit, la société débloque les infrastructures médicales pour répondre au caractère imprévisible des maladies des enfants.

Dans les années 1960, on parlait du droit à la santé, mais aujourd'hui ce propos prend un sens différent pour signifier la responsabilisation de chaque parent; autrement dit, il appartient à chaque parent d'être responsable de la santé de son enfant en prenant des mesures appropriées qui excluent les comportements malsains. Pour Piatecki et Ulmann (1995), dès le début de cette période, plusieurs auteurs se sont interrogés sur le comportement tutélaire de l'État en matière de santé, dont certains ont montré que la mise sous tutelle de cette activité se justifie pour plusieurs raisons : l'ignorance du bénéficiaire, la qualité des soins fournis, les effets externes (désagréments par rapport à la mort, la contagion, l'hygiène, etc.). Or, dans cette problématique de l'intervention de l'État, non seulement la nature de la demande de services

médicaux ne permet pas de laisser au marché le soin de réguler cette activité, mais elle peut même induire des biais dans le comportement de l'État (préférences de certaines pratiques et certains produits traditionnels par rapport à d'autres). Dès lors, la définition des besoins à satisfaire et des modalités permettant de le faire constitue l'objectif principal des politiques de santé. Cependant, cette notion de besoin ne fait pas l'unanimité, car le besoin de santé par exemple est une notion subjective. Et pourtant, le lien entre le comportement individuel et un grand nombre de problèmes de santé est devenu de plus en plus évident, parce que le droit à la santé renvoie de nos jours à ce devoir d'être bien sain. Dans la problématique du bien-être de l'enfant la santé durant la petite enfance devient la définition de la vie elle-même. Elle est le fondement de la qualité des soins obstétricaux et pédiatriques de chaque pays. Les moyens thérapeutiques, à savoir la science médicale et la thérapie traditionnelle, doivent alors être en mesure d'indiquer le sens de la vie d'un enfant par l'éducation sanitaire des parents, la recherche biomédicale et médicale traditionnelle.

À partir du moment où la santé est devenue une norme, il s'agit alors d'aider les parents à mieux entretenir la santé des enfants⁵⁶. Bien sûr, les normes sociales s'imposent à tous les parents et en les informant des risques qui entourent leurs enfants, on les met en demeure de prendre une responsabilité parentale par rapport aux contraintes sociales (pauvreté, la vie chère, disparité entre ville et village, défaillances du système de santé publique, préférence des parents selon le sexe de l'enfant, discrimination selon le genre, etc.). Par exemple, la consommation de lait en boîte par un nourrisson est présentée comme un facteur de risque de contracter les maladies diarrhéiques. Dans une logique sociale, les intérêts politico-sociaux et économiques se mêlent et se contredisent : l'État togolais autorise l'importation de toutes sortes de lait en boîte, bouteille, sachet, carton, etc.; en même temps qu'il a le devoir de sensibiliser la population sur les méfaits de sa mauvaise utilisation pour le nourrisson. L'État réclame des taxes et des impôts aux entreprises qui vendent ces catégories de lait parce qu'il

⁵⁶ La régulation socioculturelle est l'ensemble des moyens par lesquels la société agotimé fait respecter ses normes, valeurs et rites. Cette société définit ce qui est bien et mal, agréable et désagréable, sain et malsain pour les enfants de bas âge. Lorsqu'on parle d'une mère qui s'est mal conduite vis-à-vis de son enfant sain ou malade, on lui inculque alors les valeurs et les normes appropriées. Elles s'imposent à elle comme une évidence et un absolu qu'on peut affiner mais qu'on ne peut normalement pas remettre en question. Les valeurs et normes varient d'un village à l'autre, d'un lignage à l'autre, d'une famille à l'autre, d'une catégorie sociale à l'autre, etc. mais elles s'organisent en un idéal que la société propose à ses membres. Cet idéal oriente ainsi les pensées et les actes thérapeutiques à l'égard des enfants.

a besoin de fonds pour financer les programmes de santé des enfants. Alors, l'État ne peut pas fermer les entreprises qui distribuent le lait sur toute l'étendue du territoire, car cela entraînerait le chômage, le soulèvement de la population, voire la maladie. Dans ces conditions, la santé des enfants perd en priorité et, du même coup, traduit la manière dont les groupes sociaux organisent l'ensemble de leur pratique sociale et symbolique. La santé durant la petite enfance constitue alors un moyen d'accès aux constructions sociales et permet de voir se dessiner certaines logiques de vie ou certains sens donnés à la vie d'un enfant de bas âge.

En résumé, la maladie d'un enfant est une réalité sociale et culturelle qui part d'un déséquilibre social, c'est-à-dire l'occasion par excellence d'une forte mobilisation sociale, par les visites qu'on rend à l'enfant malade, les soins religieux dont on l'entoure, les manières dont les enfants malades sont choyés. Il est vérifié que dans toutes les sociétés, les hommes et les femmes ont élaboré les énoncés divers pour parler de la maladie des enfants et de ses causes sociales, de ses symptômes et des circonstances de son apparition. Bien sûr, il y a l'arbitraire de l'événement, mais il y a aussi les interprétations qui tentent de comprendre et de maîtriser le mal. Il y a enfin un ordre social déjà pensé et institué antérieurement à l'événement et qui constitue des rapports de force dans la négociation du sens de la maladie. Et le destin individuel semble se penser dans l'entourage social. C'est pourquoi toute définition de la maladie des enfants a un contenu social qui est plus facile à appréhender dans les systèmes médicaux qui prennent en compte le lien de nature qui existe entre nosologie et ordre social. On peut donc s'accorder avec Fassin (2005) sur l'idée selon laquelle la santé de l'enfant est à la fois un construit social, au sens de ce que les agents traduisent dans le langage de la maladie, et une production de la société. Cela montre l'intérêt anthropologique pour le phénomène de la maladie des enfants, à savoir son caractère social et multidimensionnel. Bien sûr, il y a une différence d'appréciation de ce phénomène qui varie d'une société à l'autre. Ainsi, dans les civilisations qui apprennent d'abord aux parents à éviter la contamination par les microbes au corps de l'enfant pour éviter la maladie et dans celles qui leur apprennent à soumettre le corps de l'enfant aux divinités pour sa survie, le caractère social se manifeste sous ces différentes modalités. Autrement dit, les modes de diagnostic, des techniques de soins et de prévention sont liés à l'ensemble de la configuration sociale; ce

lien étant lui-même fonction des croyances portant sur les causes lointaines, directes, visibles ou invisibles de la maladie des enfants des villages agotimés.

Conclusion du chapitre

En définitive, ce chapitre visait trois objectifs spécifiques dont le but est de comprendre les différentes actions et perspectives de préservation au sujet de la « santé infantile », sur laquelle se base cette thèse, et de relever les éléments fondamentaux permettant de mieux comprendre la santé infantile chez les Agotimés. Pour ce faire, j'ai centré le développement de mes idées sur trois axes principaux : la signification de la tranche d'âge 0-4 ans, pour les répondants et les répondantes, qui débouche sur une présentation synoptique des propos des répondants et des répondantes suivant les différentes variables identifiées dans cette étude. J'ai essayé de dégager les actions et perspectives personnelles et culturelles des répondants et des répondantes qui sont appelés à contribuer à l'amélioration de la santé et le bien-être des enfants de bas âge. Ce qui m'a permis de souligner les attentes des mères et tuteurs, des guérisseurs et du personnel de santé publique.

S'agissant du découpage de la période de bas âge en différentes étapes telles que la période infantile ou la petite enfance, l'enfance et l'enfant, je retiens que c'est un découpage occidental. Ces étapes qui sont des symboles de la nature humaine et objets de soins médicaux, ne constitueraient malheureusement que des fictions discursives de notre monde actuel (Collard et Leblic 2009)⁵⁷. Ce sont donc des « mythes » apparemment survalorisés par les sociétés occidentales qui auraient été exportés vers les sociétés du Sud sous la forme de sauvetage biomédical des enfants de bas âge (Collard et Leblic 2009; Scheper-Hughes et Sargent 1998). En réalité, chaque société a sa manière de représenter l'évolution de l'enfant durant l'enfance et en fonction de cette représentation, elle applique son savoir thérapeutique pour soit préserver la santé de l'enfant sain, soit guérir l'enfant malade. C'est dans cette optique que le choix des populations agotimées de nommer le nouveau-né en se basant sur la « couleur rouge » que présente sa peau peut faire sens; de même, la forme petite ou la délicatesse selon laquelle l'on doit le prendre dans les bras renvoie à une autre appellation.

⁵⁷ L'acculturation existe dans les milieux traditionnels et modernes. Dans chaque société, il y a un moteur de changement; il y a l'influence du voisin et ce sont les contacts entre les cultures qui ont pour résultat les changements culturels du groupe ou de l'individu.

Aussi, peut-on retenir la place de l'allaitement dans l'appellation d'un nourrisson. En outre, la différenciation sexuée des soins préventifs comme la toilette pour enfant, le massage du corps, l'habillement, la toilette des parties intimes de l'enfant, etc., permet également à cette population d'attribuer un nom commun à tous les petits garçons et à toutes les petites filles qui bénéficient de ces soins préventifs. Sans faire appel à l'âge, les Agotimés se sont ainsi fondés sur les transformations morphologiques et physiologiques que subit le corps du petit garçon ou de la petite fille. De même, ils se sont basés sur les soins pour donner un nom à chacune des phases de l'évolution d'un enfant de bas âge. Il est donc fondamental de tenir compte du contexte socioculturel de la population étudiée afin de mieux appréhender ce concept.

L'analyse du discours des répondants et des répondantes permet ainsi de relever les perspectives multiples de la santé des enfants dès la petite enfance en lien avec la culture locale. Alors que les mères et les tuteurs donnent la priorité à l'entretien de l'enfant, de son alimentation et le respect des règles d'hygiène dans l'explication de la santé des enfants, le personnel de santé publique et les praticiens traditionnels évoquent prioritairement le recours à la thérapie ou la recherche de guérison de l'enfant. Les mères et les tuteurs privilégient ainsi la prévention, alors que les agents de santé et les guérisseurs traditionnels sont plutôt favorables aux soins curatifs, dont eux-mêmes assurent l'interface entre la maladie de l'enfant et le rétablissement de sa santé. Par conséquent, je propose que la complémentarité entre la biomédecine et la médecine traditionnelle puisse conduire à une meilleure collaboration destinée à assurer une meilleure santé des enfants.

S'agissant des actions personnelles et culturelles des répondants et des répondantes, la complémentarité entre le système de santé publique et le système médical traditionnel et la mise en place d'une « médecine mixte » sont envisagées. C'est en ce sens que la nouvelle approche locale qui est en train de voir le jour est à saluer, puisqu'avant, la biomédecine écartait les tradithérapeutes dont on pense qu'ils ne sont pas sur la bonne voie et que ce sont les médicaments pharmaceutiques qui, seuls, guérissent ainsi que le personnel de santé publique qui traite, seul, bien le sujet malade. Quelle serait donc la place de l'État togolais dans une telle initiative? Comment les guérisseurs doivent-ils mieux s'organiser pour faire valoir leur savoir thérapeutique dans un environnement sanitaire très hostile à ceux-ci? Telles

sont les questions auxquelles les acteurs devront faire face pour que les enfants acquièrent une meilleure santé. Dans tous les cas, le savoir médical d'un praticien traditionnel est fortement déterminé par ses expériences et son accès aux savoirs des autres praticiens, vivants et morts. Ainsi, son savoir-faire est déterminé par sa capacité à examiner et traiter un nombre élevé d'enfants malades; sa capacité à apprendre des résultats des cas qu'il traite; ses moyens techniques pour enregistrer et communiquer ses résultats et ses possibilités de mise en commun; son aptitude à comparer ses résultats avec ceux d'autres guérisseurs (Young 1983).

Les résultats issus des analyses que j'ai effectuées permettent de comprendre les logiques qu'incarnent la médecine traditionnelle en matière de représentation du corps de l'enfant et du nouveau-né, et de les comparer aux logiques biomédicales relatives à la perception du corps de ces derniers. En effet, ce chapitre avait aussi pour objectif de montrer qu'à travers l'analyse de la médecine traditionnelle des Agotimés, comparée à la biomédecine, les logiques qu'incarnent ces deux médecines sont complémentaires. De plus, il est question de décrire le corps de l'enfant selon la conception de la population étudiée. À la lumière de l'analyse, il s'est révélé que les deux systèmes médicaux sont dissemblables et ont leurs logiques propres tout en étant complémentaires. De même, le corps du nouveau-né et de l'enfant renvoie à ce qui est somatique ou au biologique selon la perception des agents de santé. En revanche, le corps de l'enfant se décompose en un corps physique et un corps social chez les populations locales. En plus de ce qui est décrit par les mères interviewées à propos de leurs enfants en général, s'ajoute un « corps asocial » chez le nouveau-né. Toutefois, on peut faire une synthèse selon laquelle « le corps, en tant qu'il matérialise en chacun [des nouveau-nés et enfants][...] l'empreinte de la société et le travail du temps, porte ainsi témoignage, à travers la maladie comme donnée physique et matérielle mais aussi comme récit individuel et collectif » (Fassin 2005 : 396). Quelles que soient les distinctions que l'on peut faire du corps du nouveau-né ou de l'enfant, le corps manifeste l'état de santé, de maladie, de souffrance physique ou sociale dans toutes les sociétés. En somme, les Agotimés du Togo, grâce à leur rapport au monde visible et invisible, ont construit des catégories de corps : le corps physique qui se rapproche à ce qui est physique comme chez le personnel de santé publique, le corps social déjà observé par les anthropologues et le « corps asocial » qui se situe dans une phase transitoire entre le monde des vivants et le monde des ancêtres.

Au regard des enjeux à la fois culturels, économiques, religieux et sociaux liés aux divers types de corps du nouveau-né et de l'enfant chez les Agotimés, l'échec des mesures et politiques sanitaires en rapport avec l'évolution exponentielle de la biomédecine montre les faiblesses de la gestion de la santé des enfants sous la forme d'un pouvoir sur la vie (Fassin 2005; Foucault 1976). En effet, lorsqu'on parle de l'augmentation de la mortalité, la mortalité périnatale, néonatale et infantile chez ces populations rurales, l'idée première est l'absence de fréquentation des hôpitaux par les femmes enceintes durant la période prénatale et postnatale. On ne voit plus si ces femmes ont les moyens de payer les frais de consultation, les frais de médicaments, les frais d'hospitalisation pour les cas graves. De même, personne n'évoque l'état vétuste des routes qu'empruntent les mères enceintes référées vers l'hôpital le plus proche du village, mais situé en ville. On ne cherche ni à voir si les médicaments sont accessibles aux mères une fois arrivées au dispensaire du village ni à voir si le personnel de santé publique et leur équipement de travail sont suffisants. Par ailleurs, personne ne cherche à savoir si les pratiques traditionnelles de soins aux enfants de bas âge sont bien intégrées dans le système de santé publique. Mais les responsables sanitaires essaient plutôt de dépersonnaliser les populations rurales, à travers les campagnes de lutte contre leurs pratiques médicales traditionnelles, qu'ils jugent néfastes pour la santé des enfants de bas âge. Or tout n'est pas mauvais dans ces pratiques médicales traditionnelles comme tout n'est pas bon aussi au niveau de la biomédecine. Pour un bon état du corps du nouveau-né et de l'enfant, une complémentarité s'impose pour les deux systèmes médicaux. Ce qui facilitera l'intégration progressive de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique au Togo. Si certains pays de la sous-région comme le Mali, le Ghana et le Nigeria ont réussi à accepter la prescription de certains médicaments traditionnels dans les hôpitaux publics, c'est grâce à la volonté politique des autorités des pays respectifs (OMS 2013b). Mais on peut se demander si cette intégration de la médecine traditionnelle de soins de santé des enfants pourrait diminuer les risques de décès chez les enfants des milieux ruraux défavorisés. Il est important d'examiner, dans un contexte de pauvreté en milieu rural, les conséquences variées des tribulations de la médecine traditionnelle de soin de santé.

TROISIÈME PARTIE :
DISCUSSION SUR LA
PLACE DE LA MÉDECINE
TRADITIONNELLE AU
TOGO

À la lumière des résultats présentés dans la deuxième partie et les réponses aux questions spécifiques, je tenterai de répondre à ma question départ. Il est à rappeler qu'il est question de savoir si la médecine traditionnelle de soins de santé destinés aux enfants de bas âge pourrait avoir une place dans le système de santé publique au Togo. Aussi dans cette troisième et dernière partie de cette thèse, je tenterai de répondre aux trois questions spécifiques suivantes exposées dans le chapitre 3 : 1) Quelles peuvent être les modalités d'intégration et de reconnaissance des médecines traditionnelles? 2) Comment la population explique-t-elle l'influence de celles-ci sur la santé des enfants dès le bas âge? 3) Quels défis pourront bloquer ou quelles possibilités pourront faciliter le processus d'intégration des médecines traditionnelles dans le système de santé publique au Togo?

Cette partie est subdivisée en deux chapitres : dans le chapitre 8, je développe la question relative aux tribulations que la médecine traditionnelle de soins de santé a subies depuis la période coloniale jusqu'à nos jours. Le but de ce chapitre est de faire un état des lieux de la complémentarité entre les pratiques traditionnelles de soins infantiles et les soins de santé publique, et ce, en vue de cerner les contours explicatifs des populations au sujet de l'influence de ces pratiques traditionnelles de soins sur la santé et le bien-être des enfants. Ce qui correspond au quatrième objectif spécifique proposé. De même, il s'agira d'identifier les défis qui bloquent et les possibilités qui facilitent le processus d'intégration des savoirs locaux de soins de santé dans le système de santé publique afin d'atteindre le cinquième objectif spécifique. Dans le chapitre 9, je situe les aires d'influence de ceux et celles qui détiennent un savoir sur les pathologies des enfants de bas âge. Cette démarche se situe dans la perspective de situer la place des savoirs ancestraux de soins de santé durant l'enfance dans le système de santé publique. Ce dernier chapitre s'intéresse à la fois au deuxième objectif spécifique qui est celui d'analyser les antécédents maternels qui peuvent influencer la santé du nouveau-né, du nourrisson ou de l'enfant, et aux deux objectifs spécifiques retenus dans le chapitre 8. Dans l'éventualité où la médecine traditionnelle togolaise de soins de santé durant l'enfance a sa place dans le système de santé publique, un effort doit être fourni par tous les acteurs concernés pour sa pérennisation. Par la confrontation de mes résultats aux réalités des autres pays ouest-africains présentés dans la première partie de cette recherche, les facteurs de blocage et de facilitation de l'intégration de la médecine traditionnelle seront identifiés.

CHAPITRE 8 :

TRIBULATIONS DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE

Introduction du chapitre

Dans toutes les sociétés du monde, les êtres humains ont leurs mots ou expressions pour traduire dans la réalité la souffrance d'un enfant en mauvaise santé. Ils trouvent également des arguments pour qualifier les mutations au sein de leur savoir médical local. Ces mots, expressions ou arguments varient en fonction du type de maladies dont souffre l'enfant de bas âge. En Afrique, ils restent pour la plupart des cas réservés aux guérisseurs traditionnels et au personnel de santé publique. Mais ils leur échappent parfois et deviennent ainsi de véritables paradigmes sociaux, au sens où ils révèlent des problèmes de santé qui obligent la société à prendre conscience d'elle-même et rechercher des solutions. Les « tribulations de la médecine traditionnelle » de soins aux enfants sont à ranger parmi ces problèmes relatifs au système traditionnel de soin en santé.

Il est question ici de l'intégration de de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique au Togo. Cette situation préoccupe plusieurs guérisseurs traditionnels qui ont le souci de préserver leurs savoirs médicaux ancestraux. Ils sont inquiets des risques de dépouillement des savoirs médicaux traditionnels de leur substance fondamentale ancrée dans « la tradition » (Mekki-Berrada 2013). Ce qui s'accompagne d'un sentiment presque généralisé d'une dégradation de la cohésion sociale dans le milieu d'investigation. En effet, alors que l'intégration de la médecine traditionnelle de soins de santé dans le système de santé publique devrait être une occasion de valoriser les savoirs locaux de soins de santé de la petite enfance, le protocole thérapeutique des guérisseurs traditionnels est confronté à un souci d'adaptation aux pratiques de la biomédecine et de la biotechnologie. Tous les acteurs sont confrontés aux pressions liées aux attentes collectives des populations qui aspirent à une meilleure offre sanitaire pour la santé et le bien-être de leurs enfants en bas âge.

La notion de tribulations des savoirs médicaux traditionnels peut être la conséquence des grandes mystifications qui ont marqué l'époque coloniale jusqu'à nos jours (Fassin et Memmi 2004; Vaughan 1991). Ces mystifications suscitent de plus en plus des recherches et provoquent des inquiétudes chez les populations rurales. De fait, le rationalisme qui caractérise la biomédecine côtoie davantage les pratiques traditionnelles locales de soins de santé pour les enfants de bas âge. Cela traduit la crise structurelle des fondements de la médecine traditionnelle locale, après plusieurs décennies au cours desquelles elle semblait avoir presque disparu, rendant ainsi précaire le travail des guérisseurs traditionnels. Je note également l'incertitude dans l'avenir du métier de guérisseur dans les discours des praticiens traditionnels interviewés. Tout repose sur l'émergence d'une nouvelle condition qui s'impose aux guérisseurs traditionnels faite de privation matérielle, même si celle-ci apparaît incontestablement moins sévère aujourd'hui.

L'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé publique trouve son origine dans la déclaration d'Alma-Ata qui préconisait une approche globale des interventions en matière de soins de santé (Castro et Farmer 2005; Desclaux et Lévy 2003). Ainsi, plusieurs États africains préconisent, dans le cadre d'une redéfinition de leur politique sanitaire, l'association de la médecine traditionnelle et de la biomédecine (Dozon 1987). Longtemps écartés du système de santé publique, les guérisseurs traditionnels africains retrouvent de plus en plus une place dans ce système. La genèse et la diffusion de cette intégration nous indiquent également qu'elle a été décidée pour encourager chaque État africain à développer la médecine traditionnelle longtemps abandonnée à son sort (OMS et UNICEF 1978). Il faut donc s'interroger sur les différentes phases de son intégration dans le système de santé publique pour comprendre les raisons de ses tribulations.

Les études disponibles sur les tribulations des savoirs médicaux traditionnels de soin à l'endroit des enfants dans le milieu rural agotimé au Togo sont presque inexistantes. Néanmoins, certains rapports des associations et des organisations non gouvernementales qui travaillent dans le domaine de la santé et de l'environnement fournissent quelques informations éparses. Ces rapports ne font pas des analyses approfondies du phénomène sur le plan culturel, mais relèvent quand même des questions d'ordres environnementaux, sociaux, économiques, institutionnels et politiques.

Le chapitre est subdivisé en diverses sections : d'abord, je situe le problème lié aux multiples soucis de rationalisation de la médecine traditionnelle que prône l'OMS (2013b) dans sa stratégie 2014-2023. Ensuite, j'expose le contexte actuel du Togo, en ce qui concerne l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique, dans lequel évolue la situation sanitaire des enfants de bas âge. Par la suite, je présente le profil des guérisseurs traditionnels du milieu d'investigation qui interviennent dans les soins de santé des enfants. J'apprécie leur spécialité individuelle pour avoir une idée sur des pratiques thérapeutiques qui reposent sur les remèdes préparés selon les prescriptions rituelles (Desclaux et Lévy 2003). Puis, je m'attarde sur la manière dont ils s'approprient les plantes médicinales, les débris d'animaux et les minéraux qui sont les plus utilisés. J'évoquerai aussi les aspects qui concernent l'agencement des différents éléments qui entrent dans la composition des médicaments, leur mise en vente sur le marché et leur mode d'administration. Enfin, j'ouvre une discussion qui permet de relancer le débat sur les implications des nouveaux protocoles thérapeutiques qui s'observent aujourd'hui.

8.1 Profil et parcours des guérisseurs traditionnels

Les guérisseurs traditionnels qui interviennent dans la santé et la maladie des enfants sont des tradithérapeutes, à savoir : les phytothérapeutes qui soignent principalement par les plantes; les rebouteux qui soignent principalement avec la main nue ou à l'aide d'instruments pour appliquer des massages ou des modifications sur le corps de l'enfant afin de redonner aux parties malades ou blessées leur fonction; les « prêtres du *trɔ* » (*trɔnɔwo*) et du couvent (*bokɔnɔwo*), les devins, les *dzotɔ* et les « maîtres des cérémonies des sièges ancestraux » (*togbuizikpui*) qui font appel principalement aux rites (religieux ou non) pour soigner l'enfant tels que la réparation, la purification, la réconciliation, l'aveu des fautes des parents biologiques, l'invocation et le crachat d'eau (*tsitutu*); les psychothérapeutes qui utilisent ou non la puissance du verbe appelée incantation. En plus de ceux-ci, on observe également les accoucheuses traditionnelles qui prodiguent aux femmes et à leur nouveau-né, avant, pendant et après l'accouchement des soins de santé basés sur les concepts prévalant dans les villages, et les herboristes qui connaissent les usages des plantes médicinales et qu'ils vendent. Ainsi, certaines maladies des enfants, qui exigent le recours à une thérapie spécifique, font appel à plusieurs guérisseurs traditionnels.

La plupart de ces guérisseurs traditionnels n'ont reçu aucune formation professionnelle, car les pratiques thérapeutiques de soins, à caractère familial, sont héritées de leurs ancêtres. Par ailleurs, certains sont devenus guérisseurs traditionnels parce qu'ils sont les personnes prédestinées à exercer ce métier. Un rebouteux de la soixantaine déclare :

Pour tout patient fracturé au bras, à la jambe, à la hanche, à la poitrine, etc. il doit acheter le beurre de karité, une pommade locale appelée « *vitago* » qui ressemble au menthol et une ou des bandes. Le « *vitago* » sert à diluer le sang coagulé. Mais selon les personnes âgées, quand une personne est fracturée, il faut recevoir un coq et casser la même partie fracturée de l'individu chez le coq. Par exemple, si la fracture a eu lieu au niveau du pied il faut casser le pied du coq, et si l'os du coq est soudé on observe la même chose chez le patient. C'est un héritage familial, et donc je n'ai reçu aucune formation pour le faire, ce n'est pas non plus une pratique d'ordre spirituel. Ce qui voudrait dire que dans notre famille nous sommes tous des rebouteux. (Prat. 2)

Outre l'héritage laissé par les ancêtres, quelques rares guérisseurs ont acquis ces connaissances par apprentissage, révélation, initiation puis y transmettent de la même manière soit gratuitement ou en nature, soit en contrepartie financière : « Moi j'ai reçu une formation de tradithérapeute au sein de l'institution dans laquelle je travaille avant de commencer par vendre les médicaments aux malades. » (Prat. 5), déclarait une tradithérapeute âgée de 38 ans. S'agissant de ceux qui acquièrent ces connaissances par apprentissage, je signale qu'il existe des centres de formation au Togo et dans les autres pays de la sous-région où les gens reçoivent des formations en vue de devenir un guérisseur traditionnel. On les retrouve le plus souvent dans les centres urbains après leur formation.

8.1.1 Sélection des éléments de la nature

Selon les praticiens traditionnels, le contact avec la nature et ses éléments, à savoir rentrer dans la brousse, prélever des minéraux ou encore sélectionner un animal ou une partie d'un animal requiert souvent un ensemble de dispositions pratiques, rituelles, spirituelles, temporelles, symboliques ou spatiales pour que le médicament soit efficace. Pour cueillir les feuilles d'une plante médicinale, découper l'écorce d'un arbre ou couper ses racines par exemple, il y a souvent une parole à proférer avant toute action. Autant adopter une attitude particulière avant de procéder à la cueillette d'une plante particulière, autant choisir un moment particulier pour en cueillir une autre. Ces dispositions particulières sont nécessaires, selon les propos des praticiens traditionnels, pour l'efficacité du produit final qui sera issu

des éléments naturels mis à la disposition des enfants en vue de leur traitement en cas de maladie.

Malgré la pérennisation de ces dispositions particulières aujourd'hui, les plantes médicinales perdent de plus en plus leur vertu thérapeutique, et cela, pour plusieurs raisons, aux dires des guérisseurs traditionnels :

[...] les sols sont pauvres ou bien les terres ne sont plus fertiles parce qu'il y a la destruction des arbres, c'est-à-dire les coupures d'arbres en désordre qui entraînent la rareté des pluies. [...] les institutions nationales et internationales envoient des tonnes d'engrais, des herbicides et insecticides aux paysans sans leur envoyer les produits qui peuvent anéantir les effets secondaires issus de leur utilisation. (Prat. 3)

Ces produits chimiques sont certes bénéfiques dans certains cas pour l'agriculture intensive, mais agissent négativement sur les plantes médicinales selon la majorité des guérisseurs qui pense que cette situation expose les populations et surtout les enfants au danger. Un praticien traditionnel donne l'exemple suivant :

Un cultivateur est sur une colline en train de pulvériser un herbicide dans son champ et mettre de l'engrais sous son caféier; en bas de la colline, coule une rivière et au même moment qu'il est en train d'utiliser l'herbicide ou bien de mettre de l'engrais sous son caféier commence une pluie, dont les eaux de ruissellement se dirigent vers la rivière. Quelques jours après la pluie, une mère avec son récipient se rend à la rivière pour puiser de l'eau pour boire ou bien donner à son enfant. Ce dernier tombe malade quelques jours plus tard. (Prat. 3)

En conséquence, plusieurs enfants souffrent selon les mères de maladies provoquées par l'ingestion d'aliments provenant d'agriculture intensive et des eaux contaminées par des produits chimiques issus de l'agriculture intensive. À propos des effets provoqués par l'utilisation des produits chimiques dans l'agriculture intensive, une mère fait le constat suivant :

À mon avis, c'est l'utilisation des pesticides, insecticides... les produits chimiques qu'on utilise pour les plantes, les engrais, tout ça là font que les plantes n'ont plus leur efficacité comme dans le temps passé. Et puis la pollution de l'air, tout ça là font que les plantes n'ont plus leur vertu thérapeutique. En plus, les aliments issus de cette agriculture chimique créent des problèmes aux enfants. C'est ce que moi j'ai constaté. (Mère 31)

Même si elles sont conscientes de la situation, elles ne disposent pas de moyens tout comme les guérisseurs traditionnels pour l'arrêt de ces pratiques agricoles.

8.1.2 Agencement des éléments naturels et administration des médicaments

La nature des produits qu'utilisent les guérisseurs traditionnels dépend de la manière dont se font les mélanges qui reposent sur diverses règles. Contrairement à la logique biomédicale qui veut qu'on extraie le principe actif chimiquement défini des éléments de la nature (OMS 2000), la logique médicale traditionnelle des guérisseurs à Agotimé quant à elle tient compte de toutes les dimensions physiques, mentales, rituelles et spirituelles. Aussi, c'est dans un contexte où l'OMS promut une intégration progressive de la médecine traditionnelle par les États membres dans leur système de santé publique pour la mise en œuvre des Soins de santé primaires (SSP) (Dozon 1987; OMS 2013b; OMS et UNICEF 1978), que beaucoup d'acteurs concernés par la médecine traditionnelle africaine privilégient les transformations biochimiques à travers des analyses au laboratoire, négligeant ainsi les protocoles thérapeutiques des praticiens traditionnels africains en général et particulièrement les guérisseurs à Agotimé au Togo. Comme l'a si bien remarqué Dozon (1987) au sujet du Bénin et Yoro (2010) à propos de la Côte d'Ivoire, les acteurs (OMS, personnel de santé publique, spécialistes de laboratoires, décideurs politiques, etc.) s'en tiennent uniquement à l'analyse des éléments actifs des plantes médicinales par les spécialistes de la biochimie et à leur transformation sous forme pharmacologique. Même si les conditions sont rarement réunies en Afrique, les plantes utilisées dans les laboratoires font donc l'objet d'études chimiques et c'est à partir de ces plantes médicinales que ces laboratoires produisent les Médicaments traditionnels améliorés (MTA). Le terme « médicament traditionnel amélioré » peut être défini ici comme tout produit traditionnel transformé dans un laboratoire certifié et employé dans l'exercice de la médecine traditionnelle locale. En effet, « l'amélioration » réside dans la preuve pharmacologique relative à l'innocuité, l'efficacité, le dosage et le contrôle de la qualité du produit fini (OMS 2000; Willcox *et al.* 2012). Les médicaments utilisés peuvent être composés d'une ou de plusieurs substances d'origine végétale, animale ou minérale. Tous ces produits doivent être enregistrés auprès de l'autorité de contrôle pharmaceutique avant leur commercialisation. Seuls les produits qui satisfont aux normes requises sont enregistrés par les institutions chargées du contrôle pharmaceutique, et sont autorisés à être

fabriqués, importés, livrés ou vendus. Dans ces conditions, les protocoles thérapeutiques des tradipraticiens ainsi que leurs systèmes symboliques auxquels les savoirs et les pratiques sont étroitement liés sont négligés (Yoro 2010). Ainsi, la contribution des praticiens traditionnels dans la chaîne de production des médicaments s'arrête tout simplement à l'identification et à la livraison des plantes médicinales, des minéraux et des débris d'animaux. De plus, la création des laboratoires d'analyse sur le continent africain, la contribution de certains laboratoires d'analyse en Occident, l'apport des universités et instituts de recherche incitent certains praticiens traditionnels à transformer leurs produits sous forme de MTA.

S'agissant du produit fini, une mauvaise administration des médicaments aux enfants peut créer des complications graves, voire mortelles. En effet, dans la représentation locale des pratiques d'intervention en soins de santé, on peut noter chez les praticiens traditionnels du milieu agotimé une conception qui met en valeur le pouvoir de la nature et de ses éléments, dont les plantes, les minéraux et des animaux. Cette conception est en rapport avec la maladie physique ou psychosomatique dite naturelle dont le pédiatre peut reconnaître facilement les symptômes, les diagnostiquer et appliquer un traitement. Dans ce cas, la recherche des causes de la maladie des enfants repose principalement sur l'identification des causes naturelles. En revanche, il existe aussi chez certains guérisseurs traditionnels (les « prêtres du *trɔ* », les « prêtres du couvent », les devins, etc.) une autre conception qui fait appel aux puissances surnaturelles. Ces derniers ont pour rôle de communiquer avec les puissances tutélaires du monde invisible. Toujours est-il que l'interprétation de la souffrance de l'enfant malade est souvent source d'une logique culturelle qui dépasse le cadre biologique de son corps. De plus, le savoir de certains guérisseurs n'est pas isolé de l'action des forces surnaturelles qui animent les plantes et sacralisent leurs actions qui sont en réalité des secrets qui se transmettent de génération en génération, pourvu que l'on soit de la même lignée. La thérapie s'appuie ainsi sur l'expérience personnelle du guérisseur, dont une partie est réelle et l'autre virtuelle.

8.2 Protocole thérapeutique

À l'instar des guérisseurs traditionnels des autres milieux ruraux africains, les guérisseurs ruraux à Agotimé ont leur propre protocole thérapeutique (sélection des éléments naturels, fabrication des produits et administration des médicaments). Le protocole thérapeutique de

ces guérisseurs traditionnels est différent de celui des spécialistes de la biomédecine et de la biotechnologie. Ils cherchent beaucoup plus à préserver ou rétablir l'ordre établi par la nature pour une meilleure santé des enfants. Outre le côté somatique de l'enfant, se déploient également les aspects spirituels avec lesquels les guérisseurs traditionnels se positionnent entre le monde visible et le monde invisible. La plupart des traitements suivis par les enfants qui souffrent d'une maladie sont effectués par les proches parents ou des parents éloignés qui peuvent être de sexe masculin ou féminin. Toutefois, ils sont habituellement des personnes âgées qui ont déjà une expérience en matière de soins des enfants de bas âge. Ainsi, ce sont les guérisseurs traditionnels qui proposent certains traitements aux proches parents qui les administrent.

Les pratiques de guérison et de prévention des maladies des enfants sont généralement orientées vers les pratiques rituelles, bien que les mères fréquentent aussi les dispensaires et les hôpitaux les plus proches. Selon les propos de certains praticiens traditionnels, leur protocole thérapeutique fait appel principalement aux rites religieux pour soigner les enfants. Par conséquent, il serait difficile de vouloir procéder à des analyses aux laboratoires de leurs produits. L'un d'entre eux qui connaît également l'usage des plantes réagit en ces termes :

J'aimerais te dire qu'aucun de mes médicaments n'est fait au hasard, mais je fais des torréfactions parce que pour certaines herbes, il faut ajouter de l'eau avant de retrouver sa puissance; pour d'autres, il faut ajouter le sang d'un animal, et pour d'autres encore, il faut la torréfaction ou l'usage de la parole. (Prat. 1)

Mais comment peut-on intégrer ce savoir-faire dans le système de santé publique, voire international de soins de santé publique, et ce, même s'il trouve ses racines dans la structure de la population villageoise, dans la mesure où ces pratiques sont souvent dédiées à certaines familles et sont transmises à travers les générations.

Bien sûr que c'est une bonne chose de fabriquer au laboratoire de nouveaux produits issus des savoirs locaux, surtout les produits destinés aux enfants de bas âge. Mais cette démarche vitale ainsi que les discours et les actions qui les accompagnent nous rappellent aussi qu'une certaine hégémonie de la biomédecine et de la biotechnologie est à l'œuvre (Thomas 2013; Tosel 2005). Elle se déploie désormais à l'échelle planétaire puisque le savoir thérapeutique des guérisseurs traditionnels est considéré dans cette nouvelle géopolitique médiatisée

comme un moyen de domination (Tosel 2005). Les savoirs occidentaux peuvent de ce point de vue être en collaboration ou en compétition, au gré des circonstances, avec les savoirs des guérisseurs traditionnels africains.

Les multinationales pharmaceutiques manifestent de plus en plus un intérêt croissant pour les systèmes africains de santé (Orsi et Zimmermann 2014). Au Togo comme dans les autres États africains, l’OMS (2000) prône l’évaluation sur la base des essais cliniques afin de rationaliser les pratiques traditionnelles de soins de santé et de contrôler l’exploitation commerciale à travers la vente libre de spécialités pharmaceutiques à base de plantes médicinales et d’autres remèdes provenant des minéraux et des animaux. L’OMS sert ainsi de médiateur entre les autorités de réglementation, des organes scientifiques et les industries pharmaceutiques dans l’élaboration, l’évaluation et l’enregistrement des médicaments à base de plantes, de minéraux et d’animaux. Cette institution s’approprie alors des résultats scientifiques qui pourraient constituer la base d’une classification future des médicaments traditionnels. Ce qui permettrait aussi le transfert des connaissances traditionnelles des États africains vers les autres régions du monde. Dans cette initiative, les politiques nationales de soins de santé dans les divers États africains doivent garantir l’authenticité, l’innocuité et l’efficacité des remèdes traditionnels, puis permettre l’élaboration des réformes réglementaires et juridiques pour assurer une meilleure utilisation des produits obtenus des laboratoires. Par conséquent, il est observé de nos jours une intensification du commerce international des préparations à base de plantes et d’autres types de remèdes traditionnels africains, supposés contribuer à la couverture sanitaire universelle (OMS 2013b). Mais l’expérience traditionnelle de fabrication et d’utilisation de ces produits tend à disparaître.

De toute évidence, les caractéristiques des médicaments traditionnels issus des laboratoires peuvent être différentes des médicaments traditionnels produits par les guérisseurs eux-mêmes à base de plantes, des minéraux ou d’animaux. Dans la pratique, les médicaments traditionnels issus des laboratoires suivent un processus qui, souvent, les appauvrit, conduisant ainsi à la dévalorisation de la médecine traditionnelle africaine (Dozon 1987; Essane 1998). De cette constatation, Yoro (2010) préconise une approche qualitative qui permet au chercheur de jouer un rôle d’intermédiaire entre les guérisseurs traditionnels africains et les biochimistes pour une intégration holistique de leurs pratiques dans les

systèmes de santé publique. Pour cet auteur, le rôle d'intermédiaire du chercheur doit servir à valoriser la médecine traditionnelle, car les paroles et les comportements qui sont liés aux rites d'initiation et aux conditions d'apprentissage qu'on ne voit pas doivent être appréhendés par des questions particulières. Même si les biochimistes isolent le plus souvent le principe actif d'une plante médicinale, toutes les dimensions rituelles et socioculturelles qui accompagnent la transmission des savoirs médicaux traditionnels doivent être prises en compte. D'où, la théorie de l'efficacité symbolique qui – traduit comment un geste, une parole, une action thérapeutique ou magique – peut produire une réaction attendue (Yoro 2010). Cette démarche qualitative permettra d'atteindre le but défini par l'OMS (2013b) qui suggère que la médecine traditionnelle doit reposer sur les savoirs, méthodes, pratiques et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, parties d'animaux et minéraux; y compris les thérapies spirituelles, les techniques et les exercices manuels (séparés ou en association) pour préserver la santé ou prévenir, diagnostiquer et soigner les maladies.

Il y a lieu de se demander si le continent n'est pas soumis au dictat des laboratoires pharmaceutiques, dans la mesure où de puissants groupes d'intérêts y découvrent un débouché, comme le suggèrent les acteurs de la production et de la commercialisation hâtives des Médicaments traditionnels améliorés (MTA). Le néolibéralisme est donc à l'œuvre sur le continent africain et de plus en plus dans le secteur de la médecine traditionnelle. Cette nouvelle forme d'impérialisme qui tend à réduire les guérisseurs traditionnels locaux à de simples producteurs de matières premières destinées à la fabrication des médicaments qualifiés de MTA par l'OMS inquiète davantage les guérisseurs locaux. C'est ce qui se dégage dans les propos d'un herboriste qui avait décliné l'offre de service d'un agent de la santé publique :

Je dirais qu'au moment où il y avait l'infirmier [A] au dispensaire ici, on avait collaboré ensemble, car lui-même connaît aussi des plantes médicinales. Il me montrait certaines plantes et moi aussi je lui montrais également ce que je savais. Il m'a même proposé de me trouver un endroit où je peux exercer mes activités d'herboriste, mais j'ai vu qu'il y aura une tricherie et j'ai refusé sa proposition. Ce qui voudrait dire que c'est moi qui irais chercher les plantes et ils vont recevoir le produit fini avec un salaire mensuel en contrepartie. Supposons que j'ai obtenu un permis de travail du gouvernement et que je dois payer les taxes avec un salaire mensuel de 30 000 francs CFA. Je ne pourrai pas m'en sortir. (Prat. 1)

Pour mieux comprendre la situation ci-dessus, je prends le cas du paludisme à cause de la situation sanitaire des enfants issus des pays impaludés comme le Togo.

8.2.1 Cas du paludisme

Par rapport à la montée des résistances aux monothérapies, les Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) sont devenues, au début des années 2000, le standard dans la lutte contre le paludisme à *plasmodium falciparum* qui est la première cause de mortalité chez les enfants de moins cinq ans des pays tropicaux (OMS 2015). Le paludisme affichait une résistance du *plasmodium falciparum* aux antimalariques et ouvrait ainsi la voie à la recherche de nouveaux agents antipaludiques. Une des découvertes a été une plante dont les chercheurs chinois avaient reconnu l'efficacité de ses vertus thérapeutiques contre le paludisme (malaria) : du nom de « qing hao » (*Artemisia annua*), les feuilles de l'Armoise annuelle sont utilisées aujourd'hui par les grandes firmes pharmaceutiques (qui sont basées pour la plupart en Occident) afin d'extraire l'Artémisinine qui est son principe actif (Liu *et al.* 2006). Plusieurs dérivés de ce produit sont déjà disponibles sur les marchés africains, dont le marché togolais sous le nom d'Artésunate, Artéméther, Artéether, Coartem⁵⁸. De plus, en raison de la nécessité de substituer ces thérapies aux anciens médicaments et compte tenu du prix énormément plus élevé des CTA, l'OMS formule des recommandations de politique sanitaire en direction des pays endémiques et organise une filière de production mondiale (Orsi et Zimmermann 2014). Selon ces auteurs, la production de l'armoise annuelle (*artemisia annua*) était fondée sur une culture sauvage au début des années 2000. Mais les hausses de prévision avec les recommandations de l'OMS et les changements de politique de nombreux pays ont nécessité de passer rapidement à des cultures intensives : d'abord en Chine puis en Afrique de l'Est (Kenya, Tanzanie, Ouganda). De nouvelles plantations ont ensuite vu le jour au Nigeria, en Mozambique, au Sénégal, au Ghana, au Rwanda, en Afrique du Sud et au Madagascar. Ces dernières années, à la demande des grandes firmes pharmaceutiques occidentales, l'OMS encourage davantage les populations africaines à cultiver en quantité cette plante médicinale afin de lutter efficacement contre le paludisme. Confrontés au poids d'un marché des médicaments socialement construit, certains

⁵⁸ Dans les dispensaires et les hôpitaux le coartem est donné gratuitement à la mère si le Test de diagnostic rapide (TDR) du paludisme se révèle positif pour son enfant.

guérisseurs africains se sont transformés en producteurs et fournisseurs de certaines plantes médicinales aux laboratoires pharmaceutiques. Bien que cette plante médicinale soit nouvellement introduite en Afrique, sa culture se développe un peu partout afin de satisfaire les exigences liées au néolibéralisme prônées par l’OMS et ses donateurs. Tout simplement parce que cette découverte respecte les critères de rationalité scientifique. Mais l’on peut se demander comment l’OMS traite les situations contraires aux logiques biochimiques?

Le processus de changement de modèle de production des médicaments a donc été initié à l’échelle mondiale et sur la base de ressources technologiques et industrielles considérées d’emblée au niveau planétaire. Un marché qui résulte de la rencontre entre l’offre et la demande vient ainsi d’être socialement construit. Mais l’organisation globale d’une filière de production et de commercialisation de CTA a abouti à une forme d’éviction de la plupart des producteurs locaux. En outre, l’injonction faite aux pays impaludés de changer leurs politiques sanitaires comme condition de l’accès au financement n’a que partiellement atteint son objectif. L’absence de régulation relative aux circuits de distribution et de commercialisation privés se traduit le plus souvent par une impossibilité à contrôler la qualité des médicaments délivrés. De même, l’absence de régulation des prix et le manque de formation des prescripteurs locaux avaient freiné l’éradication des monothérapies, que celles-ci soient traditionnelles ou à base d’artémisinine. La conséquence en est une trop lente amélioration de la situation sanitaire dans son ensemble et surtout celle des enfants, voire une dégradation du paysage par le renforcement des résistances chez les patients (Orsi et Zimmermann 2014). La séparation entre le monde de la filière des CTA et l’ensemble des espaces nationaux des pays impaludés organisés à un niveau mondial est pour une grande part responsable dans la lenteur de la lutte contre le paludisme.

L’articulation entre ces deux mondes s’est construite avant tout sur la mise en place et la gestion de deux types de relations : la première, entre l’OMS et les gouvernements nationaux sous la forme d’une injonction à disposer de politiques sanitaires relatives au paludisme; la seconde, entre les organismes internationaux de financement et les demandes nationales. Toutefois, ce sont les donateurs qui exercent le contrôle sur l’action de l’OMS plutôt que l’assemblée des États membres (Orsi et Zimmermann 2014). L’incidence majeure de cette évolution est que les priorités de l’OMS sont dictées par les financeurs dominants et orientés

par des motivations relativement arbitraires, éloignant conséquemment l'OMS d'une approche de la santé comme bien suprême au sens d'un projet commun de réduction des inégalités liées à la santé des enfants à l'échelle mondiale (Boidin 2014). En effet, les logiques sécuritaires ou économiques sont discutables dans ce contexte, face aux considérations éthiques et les valeurs de solidarité internationale. Or, si le financement international de la demande d'antipaludéens ne concerne que la demande publique et les conditions de sa distribution dans les systèmes de santé publique, une part importante de la population n'a pas accès à ces dispositifs et doit se tourner davantage vers les « médicaments de la rue ». Bref, l'absence de contrôle de qualité des produits laisse la porte ouverte à des contrefaçons ou produits mal dosés, dont les effets peuvent s'avérer inopérants, voire dangereux pour la santé des enfants; et induire un surcroît de résistance (Orsi et Zimmermann 2014). Ainsi, les donateurs, les industries pharmaceutiques, les laboratoires d'analyse, les guérisseurs traditionnels, les populations, l'OMS et les États membres se rencontrent sur ce marché socialement construit, mais qui met en péril les savoirs des guérisseurs traditionnels. Au lieu de valoriser leurs pratiques médicinales à travers son intégration dans le système de santé publique, le néolibéralisme prend le dessus avec l'émergence d'un nouveau marché des médicaments traditionnels qui s'intègre progressivement dans la conscience collective.

8.2.2 Impacts des nouveaux marchés de médicaments

Dans ce contexte où le savoir des guérisseurs traditionnels éprouve des difficultés à s'affirmer, se développent de nouvelles formes d'enrichissement qui ne profitent guère aux guérisseurs traditionnels. Réduits à de simples fournisseurs de matières premières destinées à la fabrication des médicaments aux laboratoires. En outre, le problème d'accessibilité financière et géographique des populations du milieu rural agotimé aux médicaments fabriqués par les industries pharmaceutiques se pose avec acuité. La situation des mères dans les villages que j'ai visités est un exemple, même s'il est risqué de faire une généralisation hâtive. En effet, les villages que j'ai visités se situent au minimum à 20 kilomètres des villes où se trouvent les pharmacies. Mais l'état défectueux de la route qui y mène empêche parfois le déplacement des véhicules qui devraient amener les mères vers la ville et surtout durant la saison pluvieuse. C'est ce qui se dégage dans le souhait formulé par une mère âgée de 39 ans qui a mis au monde six enfants, et dont deux enfants ont moins de cinq ans.

L'État doit nous donner suffisamment de médicaments gratuits pour traiter nos enfants, nous aider pour que les enfants soient en bonne santé en fournissant des médicaments, des aliments pour enfant, réfectionner la voie qui mène vers la préfecture d'Agou, car son état actuel est très mauvais. On le dit depuis plusieurs années de cela jusqu'à ce que ce soit rentré dans l'oubli à telle enseigne qu'on ne le cite plus dans nos besoins prioritaires. (Mère 38)

Par ailleurs, la majorité des mères n'ayant pas les ressources financières pour se procurer des médicaments en ville se limitent à une facilité qui s'opère dans le dispensaire du village. En réalité, les responsables sanitaires, ayant constaté que les mères n'arrivent pas à acheter les médicaments, ils les vendent « au détail » dans les dispensaires⁵⁹. Par exemple, au lieu qu'une mère achète une boîte complète de médicament qui coûte 2000 francs CFA (environ 5 dollars canadiens), l'agent de santé vend les comprimés à l'unité. Cela revient moins cher aux mères. Cette précision vient d'une mère âgée de 25 ans qui fait la comparaison entre le passé et le présent de la manière ci-dessous :

Avant les traitements et les médicaments coûtaient vraiment chers au dispensaire du village. Maintenant qu'un infirmier nouveau est venu, les prix sont abordables. Même avec 500 francs CFA [environ 1 dollar canadien] il fait tout pour adapter le traitement en fonction de nos moyens. Mais si on a duré longtemps à la maison avant d'aller et que la maladie devient grave, le prix diffère. (Mère 10)

Cette pratique est aussi courante dans les pharmacies en milieu urbain où l'on n'est pas obligé d'acheter tous les produits mentionnés sur l'ordonnance. Les vendeurs dans les pharmacies aident les mères, en fonction de leurs moyens, à acheter à l'unité pour leurs enfants quelques médicaments essentiels qui figurent sur l'ordonnance.

Plusieurs sont les responsables sanitaires qui accusent les guérisseurs traditionnels de ne pas respecter la posologie et la dose de leur médicament : « Ils connaissent [dit un personnel de santé] les plantes qui traitent telle ou telle maladie, mais le véritable problème est la posologie et la dose. » (Pers. 4). De même, ils insinuent que le non-respect rigoureux de la posologie et de la dose des médicaments pharmaceutiques entraînerait des résistances chez les patients. Et pourtant, confrontés aux difficultés financières des mères, ils s'arrangent à faire un « traitement au rabais » aux enfants. Parfois, le peu de comprimés payés par la mère sont

⁵⁹ Je rappelle ici que l'approvisionnement du dispensaire du village est assuré par les villageois à travers une collecte de fond mis à la disposition d'un Comité de gestion (COGES).

donnés directement à l'enfant dans le centre de santé, puis un rendez-vous est donné à la mère qui doit revenir avec le reste de l'argent pour continuer le traitement. Et si la mère n'arrive pas à trouver le reste des fonds, elle abandonne le traitement biomédical mais continue avec le traitement traditionnel à la maison. Tous ces va-et-vient ont certes des conséquences négatives sur la santé et le bien-être des enfants dont les mères sont confrontées à des difficultés financières. Toutefois, quelle que soit la situation qui se présente, les mères de la localité n'abandonnent jamais l'enfant dans sa souffrance.

8.3 Mutations dans un contexte d'intégration de la médecine traditionnelle et santé des enfants

Dans sa stratégie décennale (2014-2023) pour la médecine traditionnelle, l'OMS préconise une démarche et des mesures pour l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de soins de santé publique. Bien que les processus d'intégration soient différents d'un pays à un autre et d'une région à une autre, les points suivants ont été retenus par l'OMS pour aider les États membres à déterminer les procédures essentielles à mettre en œuvre : (1) étudier l'utilisation de la médecine traditionnelle, notamment les avantages et les risques dans le contexte de l'histoire et de la culture locale, et favoriser une évaluation plus percutante du rôle et du potentiel de la médecine traditionnelle; (2) analyser les moyens consacrés dans chaque pays à la santé, tels que les financements et les ressources humaines; (3) renforcer ou instaurer toutes les politiques et réglementations pertinentes applicables aux produits, pratiques et praticiens de la médecine traditionnelle; (4) promouvoir l'accès équitable à la santé et l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique, notamment en ce qui concerne le remboursement ainsi que les moyens potentiels d'adresser les patients et de collaborer (OMS 2013b). Cependant, dans la mise en œuvre de ces critères dans les différents États africains, l'on peut se rendre compte de l'émergence d'une nouvelle forme de rationalité qui prône une mutation scientifique au sein de la médecine traditionnelle.

Le Togo a adhéré aux initiatives suivantes : la déclaration d'Alma Ata de 1978 sur la stratégie des soins de santé primaires, qui reconnaît la médecine traditionnelle et les thérapeutes traditionnels comme étant des partenaires importants pour atteindre l'objectif de la santé pour tous; la mise en œuvre de la stratégie régionale de l'OMS pour la promotion du rôle de la médecine traditionnelle dans le système de santé d'Harare en 2001; la proclamation des chefs

d'État et de gouvernement de la période 2001-2010 comme la décennie de la médecine traditionnelle africaine qui s'inscrit dans les initiatives de l'Organisation de l'unité africaine (OUA), devenue Union africaine (UA). Ceci pour valoriser la médecine traditionnelle et la pharmacopée africaine. Par ailleurs, le plan d'action de la coopération entre la Chine et les pays africains sur le développement de la médecine traditionnelle a été adopté le 20 octobre 2002 à Beijing; l'initiative pour la protection et la valorisation des inventions africaines en matière de médicaments a été également adoptée en septembre 2002 à Libreville par les États membres de l'Organisation africaine de la propriété intellectuelle (OAPI). Il est observé aussi l'existence des bases juridiques dans la sous-région ouest-africaine comme le cadre politique et réglementaire harmonisé pour la médecine traditionnelle; le référentiel pour l'harmonisation des procédures d'homologation des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle dans les pays membres de l'OAPI; le référentiel pour l'harmonisation des procédures d'identification des tradipraticiens de santé dans les pays membres de l'OAPI et la réglementation type de la cueillette et de l'exportation des plantes médicinales.

Sur le plan national, les textes réglementaires qui encadrent l'exercice des pratiques médicales traditionnelles sont les suivants : la loi 2001-017 du 14 décembre 2001 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle au Togo; la loi n° 2009-007 du 15 mai 2009 portant code de la santé publique au Togo. Il faut noter qu'une nouvelle politique de la médecine traditionnelle au Togo a été validée par les différents acteurs le 29 novembre 2014. En effet, depuis la promulgation de la loi 2001-017 du 14 décembre 2001 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle au Togo, plusieurs structures de promotion de la médecine traditionnelle togolaise ont vu le jour. Mais certaines structures n'ont pas fait l'unanimité des thérapeutes et des décideurs politiques. Elles demeurent inactives la plupart du temps et pour plusieurs raisons : problème du leadership, du manque de moyens et d'harmonisation des concepts au niveau local.

Les divergences d'opinions, les querelles d'écoles et le manque de coordination entre les différents regroupements de guérisseurs traditionnels ne favorisent pas l'intégration de la médecine traditionnelle de soins de santé dans le système de santé publique au Togo. Cette désunion des praticiens de la médecine traditionnelle au Togo ne permet pas de se rapprocher du secteur biomédical organisé et protégé par des lois. De plus, le secteur biomédical togolais

impose continuellement ses règles en matière de protection de la santé des enfants. Or les défis du moment en matière de santé publique ne pourraient être relevés qu'à travers une bonne organisation du secteur de la santé en général et de la médecine traditionnelle en particulier. L'effort du gouvernement togolais dans ce domaine a reçu un accueil mitigé à travers une collaboration limitée et statique entre les praticiens de la médecine traditionnelle et les responsables sanitaires.

Aujourd'hui où la question de l'intégration des savoirs médicaux traditionnels de soins de santé dans les systèmes de santé publique se pose à tous les pays, force est de constater que le protocole thérapeutique des guérisseurs traditionnels africains est confronté à un souci d'adaptation des pratiques de la biomédecine et de la biotechnologie. Le protocole de fabrication et d'administration des produits des guérisseurs traditionnels africains est un ensemble de procédures qui évolue grâce à la combinaison des éléments naturels et surnaturels. Il s'agit de la sélection des éléments de la nature (plantes médicinales, minéraux, animaux, etc.), et leur agencement en harmonie avec les éléments surnaturels en vue d'obtenir une substance médicamenteuse. Le produit fini est administré aux enfants de bas âge soit par le guérisseur lui-même, soit par les mères.

Malheureusement, certains pensent qu'il suffirait de procéder par des transformations biochimiques à travers des analyses au laboratoire pour valoriser puis intégrer le savoir des guérisseurs traditionnels africains dans les systèmes de santé publique. Un exemple de ce constat d'échec vient de Dozon (1987) à propos du Bénin. Selon lui, à l'instar des autres États africains, l'État béninois a trouvé dans les recommandations de l'OMS des éléments qui conviennent le mieux avec son orientation politique et idéologique.

L'univers thérapeutique africain est un espace culturel et symbolique où guérisseurs, divinités, ancêtres, sains, malades, etc. se rencontrent. Le protocole thérapeutique des guérisseurs traditionnels trouve ainsi son intérêt dans cet espace culturel et symbolique. Or, les transformations des plantes médicinales, des minéraux et d'animaux au laboratoire sont loin de respecter le protocole thérapeutique des guérisseurs traditionnels (Desclaux et Lévy 2003; Yoro 2010). Les guérisseurs traditionnels à Agotimé sont aussi confrontés à ce changement, imposé par l'OMS, qui est celui de fabriquer les produits traditionnels au laboratoire. C'est-à-dire la transformation biochimique à travers des analyses au laboratoire

des éléments de la nature. Ainsi, leur contribution dans la chaîne de production jusqu'à l'utilisation des médicaments s'arrête tout simplement à l'identification et à la livraison des éléments naturels indispensables à la fabrication des médicaments aux laboratoires. Les médicaments obtenus en majorité dans les laboratoires des pays occidentaux reviennent sous forme chimique et sont vendus prioritairement dans les centres urbains à ceux qui disposent de moyens financiers.

Par ailleurs, selon les praticiens traditionnels, l'utilisation excessive des produits chimiques comme les engrais, les pesticides, les insecticides dans l'agriculture intensive influencent négativement le pouvoir thérapeutique des plantes médicinales. Un phytothérapeute, répondant à la question de l'augmentation du coût des produits traditionnels donne l'explication suivante :

En ce qui concerne la diminution des coûts des produits, sans vous mentir, quand quelqu'un par exemple doit chercher aujourd'hui une plante pour pouvoir faire un remède, il faut que la personne marche à distance... voilà peut-être tu as l'acacia ici, mais sous l'acacia quelqu'un a cultivé du riz et dans le champ de riz là il faut qu'on mette de l'herbicide... il faut qu'on l'accompagne avec de l'engrais. Est-ce que notre acacia qui est là-bas n'est pas alimenté par ces choses-là? À notre savoir traditionnel, nous on n'est pas des Occidentaux, nous sommes nés en Afrique et ce sont les Occidentaux qui nous ont apporté ces produits. Ce que nous on sait c'est que nos aïeux utilisaient cette plante pour traiter l'hémorroïde, mais pourquoi nous on utilise ça aujourd'hui on ne réussit pas?... Je vais changer de place pour voir; et si je change de place, et si je vois que ça a travaillé, je conclus que ces choses-là anéantissent l'efficacité de nos remèdes... Maintenant, il y a des plantes. Pour chercher ça, nous allons sur les montagnes, là où les gens ne cultivent pas pour chercher la plante. Ce qui veut dire on évite l'accumulation des produits toxiques qui anéantissent l'efficacité de nos remèdes qu'on veut utiliser. Donc, ça c'est quelque chose que nous devons tenir à informer la population, c'est le savoir. (Prat. 3)

La population rurale agotimée se trouve en fin de compte privée doublement de sa capacité à fournir des soins adéquats aux enfants : d'abord, parce que les éléments de la nature qui ne sont pas contaminés par les produits chimiques de l'agriculture deviennent de plus en plus rares. Ensuite, ils n'ont pas la capacité financière suffisante pour se procurer des médicaments dans les pharmacies des centres urbains situés à plus de 20 kilomètres des villages comme cela apparaît dans les discours des mères ci-dessous :

Parfois, les moyens manquent pour acheter les médicaments à la pharmacie, mais après avoir reçu les résultats des analyses on peut se faire traiter à la maison avec les plantes, car on sait l'origine du mal. Par exemple, pour le cas de ma grossesse, il est arrivé un moment où on m'avait dit à l'hôpital que je souffrais de l'anémie alors que je n'avais pas d'argent pour acheter les produits. De retour à la maison, et comme je connais des plantes qui donnent le sang, je l'ai avaient utilisé et j'étais rétablie. (Mère 11)

Le gouvernement doit aider les démunis ou assurer les enfants pour éviter que les enfants des pauvres meurent à cause de manque de moyens. On peut mettre aussi à la disposition de la population certains produits gratuits qu'on peut avoir facilement dans les dispensaires. Les produits sont même insuffisants dans les dispensaires, même si on reconnaît une amélioration aujourd'hui. (Mère 9)

Récemment, la situation s'est complexifiée avec la délivrance des brevets dans certains États de la sous-région à certains guérisseurs traditionnels (Keita 1993). Ce qui veut dire qu'il faut garantir la qualité, l'innocuité et l'efficacité des médicaments à base de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, afin que l'institution habilitée à délivrer une licence autorise aux guérisseurs leur mise en vente sur le marché (OMS 2000), comme on peut le déduire dans cette affirmation du praticien traditionnel ci-dessous :

Chez nous, les conditions sont différentes, c'est pour cela qu'il y a diverses formes de produits. Je voulais aller comme cela pour pouvoir donner l'efficacité [vérifier l'efficacité du produit]. Par exemple, je prends le cas de notre « clinique ». Avant de préparer le produit, l'eau avec laquelle on prépare le produit doit être traitée. Les produits se fabriquent au Ghana, il y a des laboratoires ghanéens là-bas à Mapo. Donc, on prend un échantillon de l'eau avec laquelle on va préparer le produit et on amène là-bas, et on examine tout. On voit que l'eau est propre, on peut l'utiliser pour les produits. On ramène et on prépare les produits et après la préparation des produits, on prend encore les échantillons de chaque type de produits qu'on ramène encore à Mapo. Ce n'est pas des laboratoires traditionnels, mais des laboratoires modernes qui respectent la rigueur des Occidentaux. Donc, c'est là-bas aussi qu'on traite encore ces produits, on voit, on les examine afin de confirmer que vos produits peuvent être consommés. (Prat. 6)

De fait, l'on assiste à la migration de certains guérisseurs traditionnels des États où ces normes s'appliquent vers les États comme le Togo qui ne délivrent pas encore un brevet ou une licence pour les produits traditionnels. L'impact principal de cette migration vers le Togo par exemple, est l'arrivée massive des guérisseurs traditionnels des pays voisins comme le

Ghana et le Bénin. Ceux dont les produits sont déjà acceptés dans leur pays d'origine sont plus visibles (Photo 15), mais ceux qui n'ont reçu aucune autorisation de vendre leur produit sont obligés de travailler à domicile et ne peuvent pas ouvrir un centre de consultation.



Photo 15 : Plaque d'un praticien traditionnel à Kpalimé

(Ville située à 12 km de la préfecture d'Agou et entre 20 et 40 km des villages)

© Kodzo Awoenam Adedzi, novembre 2015

Il est important de savoir le profil de tous ces guérisseurs traditionnels au niveau local. Ce qui peut nous guider dans la compréhension des pratiques thérapeutiques de soins de santé du nourrisson et de l'enfant qui sont exemptes de toutes les règles de la rationalité biomédicale et biotechnologique.

De nos jours, le recours au savoir médical traditionnel s'est de plus en plus accru même chez les populations locales qui autrefois s'octroyaient aisément les soins médicaux et pharmaceutiques occidentaux. Dans le passé, les guérisseurs traditionnels n'étaient pas autorisés par les administrateurs coloniaux à exercer une activité relative à la thérapie

traditionnelle au Togo. C'est ce qui se dégage des propos du réseau Glinus de discussion électronique interactive mondiale sur les plantes médicinales ci-dessous :

Au Togo, l'intégration de la médecine traditionnelle a évolué suivant les différentes époques de l'histoire. La période pré-coloniale était celle de la gloire, les guérisseurs et sorciers, les premiers à posséder ce savoir, étaient craints et respectés. La situation sera différente avec l'arrivée des colons qui n'ont jamais toléré l'exercice de la médecine traditionnelle sur le territoire national. Les guérisseurs étaient contraints d'opérer en clandestinité. (Glinus 2013)

Un simple traitement d'une maladie bénigne pouvait constituer un motif d'emprisonnement d'un guérisseur traditionnel. Par rapport à cette situation, certains savoirs traditionnels de soins sont en régression permanente, voire oubliés. En réalité, dans chacun des villages que j'ai visités, il y a au moins un praticien traditionnel. Les personnes âgées de chaque famille ont au moins une expérience thérapeutique sur au moins une plante ou sur certains minéraux, car la population dans son ensemble recourt avant tout à la médecine traditionnelle. En effet, en plus des minéraux, les plantes médicinales poussent partout dans la nature et sont à la portée de tous. Par conséquent, il suffit de savoir bien s'en servir pour prévenir ou guérir les maladies. Mais il faut préciser que les mères et tantes savent aussi qu'un environnement salubre et un mode de vie sain contribuent énormément à la bonne santé de l'enfant. La biomédecine est dans une certaine mesure considérée comme second choix en cas d'échec des savoirs traditionnels de soins de santé. Dans d'autres situations, l'on recourt à la médecine traditionnelle en dernier lieu en cas d'échec à l'hôpital ou bien si les finances de la famille ne suffisent pas pour payer un long séjour à l'hôpital. En réalité, il se pose un sérieux problème de cohabitation dans la relation guérisseur-médecin (Dozon 1987) comme le précise un des guérisseurs ci-dessous :

Il y a des tradipraticiens qui utilisent le son pour traiter les malades. Par exemple, on amène un malade et on doit taper le tambour. Si on amène un malade et qu'on doit jouer le tambour à l'hôpital, ça peut empêcher les gens de l'hôpital. Il y a des malades qui n'ont pas besoin de bruit pour être en bonne santé. Or il y a des gens qui sont spirituels. L'homme est composé d'esprit et de corps. Ils ont besoin de quelques jeux de tam-tam pour appeler les esprits et travailler. (Prat. 3)

Par ailleurs, la biomédecine dont le savoir et les ressources matérielles demeurent importés reste encore inaccessible à la majorité de la population. La majorité des infrastructures médicales et paramédicales sont localisées dans les villes. L'approvisionnement en matériels

et en médicaments a presque cessé. De même, le personnel de santé publique est réduit dans les villages et se limite à un infirmier ou une accoucheuse dans les Unités de soins périphériques (USP). Ces USP manquent fréquemment de médicaments essentiels et sont habituellement approvisionnés en produits pharmaceutiques par un Comité de gestion (COGES) mis en place par les populations dans chaque village⁶⁰.

Pour la santé des enfants, la majorité de la population fait recours à la médecine traditionnelle pour des raisons de culture, d'efficacité, de coût ou d'accès⁶¹. Cependant, même si les mères reconnaissent l'efficacité du travail de certains praticiens traditionnels, elles pensent que d'autres ne sont guère efficaces et constituent un véritable danger pour la santé de leurs enfants. Une mère âgée de 25 ans dont l'activité principale est la fabrication du savon local (*akoto*) précise : « Certaines pratiques médicinales sont en voie de disparition à cause de la malhonnêteté de certains qui se disent praticiens traditionnels. » (Mère 23) Ce qui pose un problème de crédibilité du travail de certains praticiens traditionnels. Le personnel de santé publique fait le même constat comme on peut le remarquer dans les propos d'un infirmier âgé de 56 ans et qui a 28 ans d'expérience en soins infirmiers dans le système de santé publique :

La plupart des tradithérapeutes, je ne dis pas tous hein! il y a de faux tradithérapeutes et il y a de vrai tradithérapeutes. Il y a certains qui font ça pour renflouer les poches. Vous allez voir un tradithérapeutes qui dit que tel produit

⁶⁰ Les USP sont autonomes mais elles sont gérées par le Comité de gestion (COGES) pour le village qui représente la population et sert de courroie entre le personnel de santé et la population. Il contribue d'abord en premier lieu à mettre un fond à la disposition de l'USP et avec ce fond on paie les médicaments. Et lorsqu'on paie les médicaments sur le prix de gros, le personnel soignant les revend sur le prix public qui est indiqué par l'équipe nationale. Lorsqu'ils vendent ces produits, ils arrivent plus tard à ré-acheter d'autres médicaments pour l'USP. Il est vrai que ce n'est pas toujours évident au moment où tout le personnel n'est pas payé par l'État et c'est dans ces fonds qu'ils payent le personnel local. Souvent, ils ont des problèmes, mais par moments des bienfaiteurs aussi les soutiennent avec des produits, des médicaments qui font vraiment qu'ils les aident ou bien qui aident l'USP à mieux fonctionner. Les médicaments sont achetés chez les grossistes spécialisés dans la vente de produits pharmaceutiques au Togo, soit au Centre d'achat des médicaments essentiels génériques (CAMEG), au Centre d'approvisionnement pharmaceutique de l'église catholique du Togo de l'Organisation de la charité pour le développement intégral (CAPHECTO-OCDI) ou à la Société togolaise des médicaments essentiels génériques (SOTOMEG), des institutions reconnues par l'État. Lorsque l'USP a besoin de médicaments, l'infirmier responsable fait un bon, entame le processus et le Directeur préfectoral de la santé (DPS) approuve avec le comptable et le personnel du dispensaire à l'autorisation du décaissement des fonds, et ils s'en vont pour payer les médicaments. Ou parfois, c'est la DPS qui s'en charge de ces achats de produits.

⁶¹ Je rappelle toutefois que le premier lieu de recours thérapeutique n'est pas prédéfini, car le guérisseur traditionnel n'est pas nécessairement le premier à qui les mères ont recours. Les limites de la médecine traditionnelle peuvent être un facteur d'orientation des mères vers les centres biomédicaux et *vice versa*.

guérit plus de... plus de 50 maux... 50 maladies, vraiment... il faut être naïf pour accepter ces propos. (Pers. 5)

Des mesures appropriées devaient être prises par l'État pour que les enfants bénéficient pleinement des savoirs des guérisseurs traditionnels. Et si les manquements s'observent aujourd'hui dans la médecine traditionnelle, on peut donc explorer les différentes initiatives de l'État togolais en matière d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique.

La médecine traditionnelle togolaise est avant tout un héritage culturel, un ensemble de réponses originales des ancêtres par rapport à la maladie. Avant la colonisation, elle représentait, selon les praticiens traditionnels interviewés, le seul recours en matière de soins de santé et un élément important de l'identité culturelle. Évoquant, la période coloniale où son père était guérisseur traditionnel, un praticien traditionnel décrit la thérapie de la « maladie de la fontanelle » comme suit :

J'ai tout à l'heure parlé de la maladie de la fontanelle. C'est quelque chose que nous avons appris à travers nos aïeux... mon père. C'est un traitement que mon papa faisait et comme il n'est plus... À leur époque, il n'y avait pas la médecine du Blanc. Jusqu'alors c'est traditionnel parce que nous cherchons un poussin, on fend la tête du poussin, on enlève le cerveau, on cherche la racine d'une plante...en ewe on l'appelle « *evoke* » ... on écrase avec le cerveau du poussin, on fabrique ça en cataplasme qu'on dépose sur la tête de l'enfant... à un temps on a besoin de l'alcool pur, on met une petite goutte de l'alcool pur sur le cataplasme jusqu'à 15 minutes ou 20 minutes... Quand on enlève ça, on voit que la respiration... la chose est en train de monter... on fait cela pendant trois jours, et toute la semaine, et l'enfant retrouve sa santé. (Prat. 3)

Selon les mères et tuteurs, la médecine traditionnelle togolaise mérite d'être réhabilitée et protégée, plutôt que de qualifier les praticiens traditionnels de personnes qui vont à l'encontre d'un système de valeurs relatif à la santé publique. Ci-dessous un exemple :

Sinon dans le passé, on peut dire qu'il n'y avait pas les hôpitaux. Les gens accouchent à la maison et on les traite. Aujourd'hui encore certaines femmes enceintes, quand le moment est venu d'accoucher, ne sont pas allées à l'hôpital, mais elles accouchent à la maison. On n'a pas fait la césarienne, mais elles ont accouché à la maison. Il y a des accoucheuses traditionnelles qui s'occupent des accouchements, mais elles n'ont pas trouvé de l'aide pour leur évolution. Ce sont les choses qui nous retardent et on dit aujourd'hui que le médicament du Blanc est supérieur. Aucun médicament du Blanc n'est supérieur au médicament du

Noir, ce sont les mêmes choses. Eux aussi ils ont extrait quelque chose de l'animal ou d'une plante. (Mère 21)

En somme, il se dégage dans ce chapitre que les résultats issus de l'analyse des données, collectées auprès de la population étudiée, révèlent en fin de compte que ni les savoirs médicaux occidentaux ni les savoirs médicaux traditionnels ne peuvent pas se prévaloir de traiter, sans la collaboration entre les deux médecines, tous les problèmes de santé des enfants.

Conclusion du chapitre

J'ai essayé dans ce chapitre d'illustrer les tribulations plus ou moins mouvementées de la médecine traditionnelle togolaise de manière générale et, plus particulièrement, celles qui touchent les savoirs locaux de soins destinés aux enfants. L'objectif principal était de montrer à travers cette présentation des guérisseurs traditionnels dont les savoirs peinent à occuper une place dans le système de santé publique. Pour y parvenir, j'ai situé le contexte d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique. Dans un tel contexte, j'ai jugé utile de décrire le profil des guérisseurs traditionnels du milieu d'investigation qui interviennent dans les soins de santé des enfants. Ce qui a permis d'apprécier leur spécialité individuelle et par conséquent avoir une idée des pratiques qui ne sont pas conciliables avec les analyses des laboratoires biochimiques. Ainsi, la manière dont les guérisseurs locaux s'approprient les plantes médicinales, les débris d'animaux et les minéraux qui sont les plus utilisés diffère de la démarche biomédicale; tout comme les aspects qui concernent l'agencement des différents éléments qui entrent dans la composition des médicaments, leur mise en vente sur le marché et leur mode d'administration. Tous ces aspects évoqués ont permis de relancer le débat sur les implications des nouveaux protocoles thérapeutiques que nous observons aujourd'hui dans divers pays africains.

Par ailleurs, la modernisation a ouvert la porte à une forme de « profession de guérisseur traditionnel » hybrides au Togo, observés déjà en Tanzanie (Marsland 2007). Aujourd'hui, c'est la transformation industrielle des plantes médicinales, débris d'animaux et de minéraux qui est le critère de qualité par excellence de reconnaissance par l'OMS de la médecine traditionnelle. L'ouverture d'un nouveau site de recherche scientifique à Tchamba pour répondre à une demande en constante augmentation, mais surtout, l'intégration de la plupart

des pratiques médicinales au Togo dans le système de santé publique pose la question de l'encadrement des nouvelles catégories de soignants⁶². Mais pour être reconnu comme guérisseur au Togo, comme dans les autres pays de l'Afrique, les règles varient en fonction des pays et des laboratoires de recherche ou d'analyse des médicaments traditionnels. Ici, il faut d'abord être membre d'une association de guérisseurs reconnue par les pouvoirs publics; là, il faut suivre des formations de médecine traditionnelle dans une institution universitaire ou autre et passer des examens; plus loin, il est obligatoire d'enseigner et de publier des articles sur son travail de guérisseur traditionnel. Dans un cas comme dans l'autre, il faut nécessairement passer par la production d'un Médicament traditionnelle améliorée (MTA), sous la direction d'une institution habilitée à délivrer une licence ou un brevet pour la mise en vente de son produit sur le marché national, voire international. Produire un MTA permet ainsi de contribuer à la connaissance scientifique à travers la formulation d'une problématique, la construction d'un protocole thérapeutique, l'analyse au laboratoire, l'auto-évaluation et la valorisation du produit fini. Elle apporte au « nouveau guérisseur traditionnel » une maturité indispensable à la transmission d'un savoir en constant renouvellement. Produire un MTA demande du temps, de trois ans à plus de dix ans, un encadrement institutionnel, des moyens matériels et financiers, de l'autonomie, et de la discipline. Mais concrètement, comment produit-on les MTA au Togo aujourd'hui? Comment devient-on aujourd'hui « nouveau guérisseur traditionnel » dans un milieu rural comme chez les Agotimés? Il est difficile de donner une réponse précise à ces questions; car il est observé sur le terrain une situation institutionnelle très confuse. En effet, l'histoire de la médecine traditionnelle au Togo remonte bien avant la période coloniale. Qu'il s'agisse des guérisseurs du temps colonial, des guérisseurs des moments de l'indépendance, des guérisseurs d'après l'indépendance ou aujourd'hui, peu d'attention a été accordée à la composante recherche, et encore moins à la recherche en MTA. Le guérisseur traditionnel ne fait pourtant pas que transmettre des connaissances déjà constituées à ses descendants. Il en est le dépositaire par excellence de sa production. L'émergence des structures de formation en médecine traditionnelle tout comme la multiplication des institutions de formation

⁶² Un Centre de recherche en médecine traditionnelle appliquée (CRMETRA) a vu le jour dans la ville de Tchamba en 2012. Le Ministère de la Santé, avec l'appui de l'OMS et de l'Organisation ouest africaine de la Santé (OOAS), avait lancé ce 31 août 2012 à Tchamba, les activités de la 10^{ème} Journée africaine de la médecine traditionnelle (JAMT) au Togo.

supérieure dans la sous-région ouest-africaine masquent les déséquilibres entre les besoins en formation et les ressources disponibles. Ces déséquilibres se sont aggravés sous l'effet des politiques de redressement économiques et des processus de renforcement de l'autorité de l'État vis-à-vis de la médecine traditionnelle. Le changement de paradigme thérapeutique a donc été initié à l'échelle planétaire sur la base de ressources technologiques et industrielles considérées d'emblée au niveau global. Ce qui a permis la création d'un marché socialement construit comme résultant de la rencontre entre l'offre et la demande. Ce marché socialement construit met en péril les savoirs thérapeutiques traditionnels des populations locales, car au lieu d'une valorisation des pratiques médicinales locales à travers une intégration de ces pratiques médicinales dans le système de santé publique, le néolibéralisme prend le dessus à travers la création d'un marché construit socialement. En effet, la tendance vers l'industrialisation et la commercialisation des produits de la médecine traditionnelle locale au niveau planétaire fait disparaître davantage dans les États africains les savoirs locaux. La question est de savoir si les enfants des milieux ruraux paupérisés bénéficient réellement de ce changement de paradigme. La réponse est négative au regard de l'état de santé de la population au Togo présenté dans le chapitre 1 et du nombre élevé de décès des enfants constaté dans le milieu rural au Togo (DGSCN-Togo 2014b; OMS 2012).

En réalité, la question de la place que la médecine traditionnelle occupe dans le système de santé publique au Togo demeure toujours sans réponse. Cela me renvoie à l'analyse des aires d'influence des détenteurs du savoir relatif aux pathologies des enfants au Togo. C'est alors ce qui fera l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE 9 :

AIRES D'INFLUENCE DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE⁶³

Introduction du chapitre

Dans son étude sur les détenteurs du savoir relatif aux alternatives à l'allaitement en milieu rural mossi, Taverner fait le constat selon lequel il n'existe pas de « spécialiste » de l'allaitement maternel à proprement parler chez les Mossis du Burkina Faso (Taverner 2000 : 27). C'est-à-dire l'absence d'une personne détentrice d'un savoir spécifique et global qui s'appliquerait à tous les aspects de l'allaitement maternel. Selon lui, il n'existe pas un savoir qui conférerait à la personne le détenant un statut social distinct du reste de la population, ou des autres guérisseurs. Mais les connaissances sur l'allaitement maternel sont plutôt partagées et réparties parmi un ensemble assez large d'individus. Cette constatation a attiré mon attention sur une réflexion sur les aires d'influence des détenteurs du savoir relatif aux pathologies des enfants et ses implications chez les Agotimés. La question de l'aire d'influence des guérisseurs sur les pathologies des enfants ouvre ainsi un champ peu exploré en anthropologie.

Au cœur de la diversité des systèmes de santé, s'observent de plus en plus des contradictions entre les indications fournies par les acteurs de la biomédecine et les acteurs de la médecine traditionnelle. Par exemple, là où les professionnels de santé du milieu d'étude parlent de colites chez le nourrisson pour signifier une affection inflammatoire du colon due à un colibacille par exemple, les guérisseurs traditionnels agotimés évoquent plutôt le terme *agbugbo tapkui* pour signifier la sortie du reste du cordon ombilical caché dans le ventre du nourrisson qui provoque des douleurs ombilicales. Pour y remédier, dit une mère : « Il y a

⁶³ Dans un contexte de pluralisme thérapeutique, le cas particulier des enfants de bas âge est un champ peu exploré en anthropologie, alors que le poids des praticiens traditionnels dans un système de santé publique peut ne pas être le même si la population étudiée est adulte ou l'ensemble de la population quel que soit l'âge et le genre.

une plante que l'on utilise appelée « *aflavi* ». On dit que si l'enfant souffre au niveau du nombril on peut l'utiliser. » (Mère 6). Aussi, si les professionnels de santé parlent de diarrhée, les mères distinguent une variété de diarrhées en fonction de la couleur, de la teneur des selles et de l'état de l'enfant. Elles font la distinction entre la diarrhée « provoquée » attribuée généralement à la qualité des aliments (trop chauds ou trop froids) et une diarrhée « pathologique » attribuée aux mauvaises conditions d'hygiène. Le cas le plus courant chez les nourrissons est le *sabra* qui débute par une forte fièvre et provoque des selles vertes. De plus, quand les dents de l'enfant sont en train de pousser et que celui-ci ressent des douleurs, le miel est souvent utilisé par les guérisseurs traditionnels pour faciliter la poussée des dents. Cependant, les professionnels de santé conseillent les mères à utiliser plutôt des produits pharmaceutiques.

Aujourd'hui, les propos que tiennent les professionnels de santé entrent en totale contradiction avec les représentations populaires des pathologies des enfants. Encore faut-il admettre que le recours au dispensaire ou à l'hôpital se fait parfois contre l'assentiment de certains parents proches (alliés) de l'enfant malade. Parfois, le refus de fréquenter les services de santé est mis en relation avec les conditions économiques difficiles dans lesquelles vivent les femmes et leurs enfants. Dans un tel milieu rural à faibles revenus, où les femmes contrôlent peu les ressources financières dans l'unité domestique, ou y accèdent difficilement, elles doivent compter sur leur conjoint pour payer les soins de leur enfant malade. Ce manque d'autonomie financière est très souvent anxiogène pour les mères et tuteurs qui ont exprimé le désir de prendre en charge financièrement et personnellement la santé de leurs enfants.

Plusieurs pathologies des enfants de bas âge sont décrites par les responsables sanitaires, mais elles ne cadrent pas avec le discours des mères, tuteurs ou guérisseurs traditionnels. Cette situation illustre l'existence des aires d'influence supplémentaires qui s'ajoutent à celles du personnel de santé publique. C'est pourquoi l'analyse des aires d'influence des détenteurs du savoir relatif aux pathologies des enfants me paraît importante en vue de présenter les multiples relations qu'entretiennent ces acteurs dans le milieu d'investigation. Je l'envisage ici en présentant les résultats issus de l'analyse des données collectées chez les Agotimés du Togo. Je souhaite dans ce chapitre limiter mon analyse aux pathologies des

enfants, et diverses personnes qui sont susceptibles de conseiller et de soutenir les parents, surtout la mère de l'enfant malade (Bronfenbrenner 1979, 1986). Comment réagit l'entourage de l'enfant malade? Quels types de connaissances une mère peut-elle trouver selon la pathologie qu'elle rencontre et auprès de qui? Quelles sont les aires d'influence des personnes qui interviennent au côté de la mère dont l'enfant est souffrant? L'aire d'influence des guérisseurs traditionnels d'aujourd'hui s'élargit-elle jusqu'au système de santé publique?

Le chapitre est structuré de la manière suivante : d'abord, j'explore l'univers de l'ensemble des détenteurs d'un savoir thérapeutique sur la santé des enfants, tout en les situant dans leur aire d'influence. Ce qui permet de voir comment les modèles explicatifs de référence des acteurs de la médecine traditionnelle sont presque identiques et cohérents. Ensuite, je montre comment l'aire d'influence des guérisseurs traditionnels d'aujourd'hui a des difficultés à s'élargir. Il s'agit de montrer leur place limitée dans le système de santé publique qui leur offre peu de facilités et moins de collaborations entre guérisseurs traditionnels et personnel de santé publique.

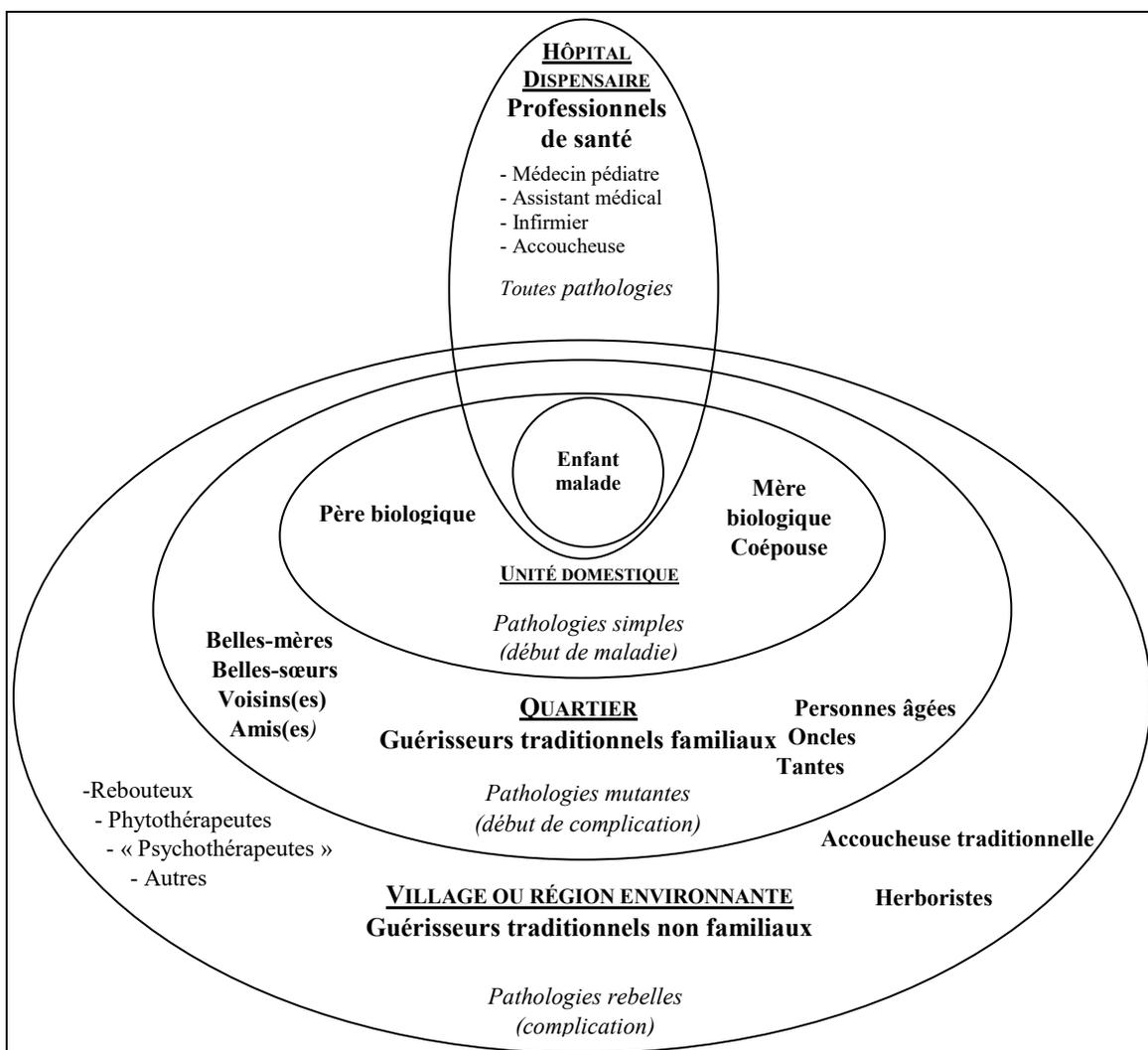
9.1 Univers des détenteurs d'un savoir thérapeutique sur la santé des enfants

Les pathologies des enfants de bas âge intéressent divers acteurs qui possèdent un savoir thérapeutique. Leurs connaissances sont diversement partagées et réparties parmi un ensemble assez large de personnes. Ces connaissances habituellement empiriques d'après l'analyse de mes données, sont acquises en général par la voie d'une tradition orale, de génération en génération à travers les liens de consanguinité et d'alliance. Aussi, pour les Agotimés, certaines personnes détiennent le pouvoir inné transmis par les divinités ancestrales grâce à l'initiation, à des révélations ou à travers un rêve. D'autres personnes aussi deviennent guérisseurs traditionnels par apprentissage en dehors du cercle familial. L'initiative peut être également individuelle grâce à des recherches personnelles.

D'après mes observations sur le terrain, l'enfant malade a autour de lui diverses personnes qui sont susceptibles d'apporter une solution à sa souffrance (Figure 12). D'abord, ses parents immédiats tels que sa mère et son père, s'ils sont en vie ou n'ont pas migré et, le cas échéant, la coépouse de sa mère ou une tutrice si la mère biologique n'est plus en vie ou est en

voyage⁶⁴. Toutes ces personnes interviennent au début de la maladie, et s'il s'agit d'une pathologie simple, l'enfant peut être guéri. Mais quand la pathologie est mutante, c'est-à-dire un début de complication, les parents immédiats font appel aux autres membres de la famille : les belles-mères, les belles-sœurs, les voisines et amies du même âge, et les personnes âgées du quartier ainsi que les tantes et les oncles sont les plus souvent sollicités.

Figure 12 : Aires d'influence des personnes intervenant dans le traitement des pathologies des enfants



Source : adapté du modèle écologique du développement humain (Bronfenbrenner 1979, 1986)

⁶⁴ Chez les Agotimés, les enfants appellent les coépouses de leur mère « maman ».

Par la suite, les parents peuvent se trouver en face de deux exigences au cas où la maladie de l'enfant se complique davantage : ils ont à choisir entre les guérisseurs du village et ceux hors du village et les professionnels de santé publique. Ces différentes personnes entretiennent des rapports de proximité variable avec l'enfant malade.

Sur le schéma ci-dessus, les aires d'influence sont délimitées par des traits concentriques. D'après les propos des mères et tuteurs, il existe une complémentarité entre les acteurs de l'unité domestique, du quartier, du village ou de la région environnante, car les soins que l'enfant peut obtenir de chacun d'eux dépendent du type de pathologie. En quittant l'unité domestique vers l'espace villageois ou la région environnante, le recours à des thérapeutes du niveau suivant se fait toujours en accord et sur le conseil de l'entourage immédiat de l'enfant malade. Il en va différemment avec le recours aux professionnels de santé publique. C'est pourquoi cette aire est schématisée par un tracé sécant par rapport aux autres niveaux. En effet, il arrive que les propos que tiennent les professionnels de santé publique entrent en totale contradiction avec les représentations des mères, tuteurs ou praticiens traditionnels sur les pathologies des enfants. De plus, les professionnels de la santé publique s'estiment supérieurs aux autres guérisseurs et qualifient la médecine traditionnelle de « médecine limitée ». En conséquence, l'aire d'influence des professionnels de santé publique est représentée au-dessus des autres pour traduire leur idée de supériorité ou de domination.

9.1.1 Environnement immédiat de l'enfant malade

Un milieu de vie « confortable » diminue le risque de décès des enfants de bas âge. De même, certaines caractéristiques économiques et culturelles des parents comme, par exemple, leur instruction et leur aisance matérielle neutralisent l'influence du milieu de vie sur le risque de décès des enfants. Concernant la structure causale du milieu de vie sur la santé des enfants, le niveau d'instruction de la mère ou la tuteur et l'indice de richesse de l'unité domestique jouent le rôle soit de variable intermédiaire, soit de variable inhibitrice (Adedzi 2013).

La composition des membres dans l'unité domestique est variable. Les résultats issus de mes analyses des données collectées m'ont permis de présenter les personnes les plus fréquemment observées dans l'environnement immédiat de l'enfant malade chez les Agotimés. En effet, quelle que soit la situation qui se présente, on retrouve prioritairement

au côté de l'enfant malade seulement le père biologique, la mère biologique, la coépouse, la tutrice ou une combinaison des quatre personnes. Dans la mesure où l'enfant présente des signes de malaise, c'est souvent la mère qui utilise premièrement son savoir thérapeutique pour traiter l'enfant en fonction de ses connaissances sur les pathologies des enfants de bas âge. Elle sera accompagnée par les autres membres de l'entourage immédiat de l'enfant. Ces autres personnes veillent donc à ce que la mère applique les connaissances traditionnelles de traitement des pathologies des enfants. Il s'agit d'une sorte de « surveillance » ou une « veille » quotidienne qui s'applique à la mère et son enfant malade. À la moindre difficulté, la mère se réfère à son mari ou aux autres membres de l'unité domestique. Ces derniers prennent l'initiative de lui apporter des plantes médicinales pour faire les lavements et préparer les tisanes, etc. On instruit généralement la mère à propos de la manière dont elle doit réaliser le traitement en lui montrant les plantes nécessaires. Une mère âgée de 25 ans décrit le processus de traitement de sa fille âgée de dix-huit mois dans l'unité domestique de la manière suivante :

Parfois, on essaie avec les médicaments à la maison; par exemple, si l'enfant a le corps chaud, on mélange cette plante que vous voyez là-bas... j'oublie son nom... oui, « *kpoti* », le nime [*Azadirachta indica*] et d'autres plantes; soit un mélange de trois ou quatre plantes qu'on frotte entre elles dans l'eau. On lave l'enfant avec sept fois dans la journée et on jette le reste. Par la suite, la chaleur diminue et l'enfant retrouve sa santé... Pour d'autres, on prépare de la tisane ou un bain spécial pour l'enfant et on plonge l'enfant dans une eau chaude. J'utilise aussi les feuilles de teck... Pour les cas des parasitoses, on utilise « *atogbe* » pour préparer un purgatif à l'enfant. (Mère 10)

Comme dans la plupart des sociétés africaines, la venue d'un enfant revêt un caractère assez particulier qui pourrait expliquer tout l'attachement des communautés pour sa prise en charge traditionnelle afin de préserver la qualité de sa santé. Ces pratiques sont courantes chez presque toutes les mères agotimées à travers l'utilisation de plusieurs variétés de plantes médicinales. Quelles que soient les plantes sélectionnées pour constituer la recette thérapeutique, l'objectif est toujours le même : faire disparaître la maladie dont souffre l'enfant. Et quand cela ne marche pas, elles font recours à d'autres personnes qui peuvent être les membres de la famille étendue ou non. Ou encore, elles se dirigent soit vers les guérisseurs traditionnels, soit vers le dispensaire du village. L'hôpital reste parfois le dernier recours, mais il arrive souvent que la maladie de l'enfant sorte complètement du contexte

biomédical. Dans ce cas, les mères et tuteurs parlent habituellement de « maladie de maison » (*afemedo*), c'est-à-dire une maladie dont les causes sont familiales ou spirituelles. Quand les traitements dans les hôpitaux publics deviennent inefficaces, l'enfant est ramené chez les guérisseurs traditionnels. Il s'agit alors d'un va-et-vient entre les guérisseurs traditionnels et les professionnels de santé qui soignent les enfants malades dans les dispensaires et les hôpitaux. Pour ce qui concerne le paludisme par exemple, un praticien traditionnel fait le constat suivant :

Hein! Cela dépend des maladies. Par exemple, pour le paludisme normalement il faut qu'on l'amène à l'hôpital faire des analyses pour voir de quel paludisme il s'agit. Il faut que la médecine moderne fasse son traitement d'abord. Puisque le traitement du paludisme au niveau de la pharmacopée, c'est un traitement lent. Il n'y a pas un produit de la pharmacopée qui peut à mon avis traiter rapidement le paludisme puisque c'est par voie orale que l'on traite, vous voyez non! Mais avec la médecine moderne, il y a les sérums. Il faut aller à la médecine moderne d'abord avant de venir chez nous. Il faut faire le premier traitement correctement avant de revenir chez nous et l'on continue le traitement pour que l'enfant soit guéri complètement. (Prat.10)

Si les tentatives de la mère sont vaines, un conseil lui est donné en vue d'une consultation auprès d'un guérisseur. L'analyse des entretiens des guérisseurs traditionnels montre que la prise en charge non médicalisée de la plupart des maladies liées au dysfonctionnement du corps physique de l'enfant repose en premier lieu sur son environnement familial immédiat. De plus, les contextes économique et social jouent aussi un rôle important dans l'explication de cette prise en charge non médicalisée des pathologies des enfants. Ils sont si prédominants dans ce milieu rural que l'expérience des mères apporte une plus grande contribution dans la recherche de guérison des enfants malades.

Avant de faire appel à un dispensaire ou à l'hôpital ou n'importe quel autre recours thérapeutique extérieur, la maladie est vécue et traitée dans le milieu familial. Surtout dans le cas des pathologies simples, les mères sont les premières à intervenir avec leur savoir thérapeutique. Ainsi, l'intervention médicale n'est requise qu'au moment de l'aggravation de la maladie chez l'enfant. L'hôpital constitue parfois un lieu tardif de recours aux soins, pour citer les hôpitaux comme le CHP d'Agou Gare, l'hôpital Bethesda d'Agou Nyogbo et le CHP de Kpalimé. En sus de ce qui précède, les guérisseurs traditionnels qui ne sont pas membres de la famille interviennent aussi tardivement dans le traitement des enfants malades

à travers l'utilisation des herbes et des racines ou d'écorces des plantes. Les prieurs dans les églises interviennent également dans la recherche de guérison des maladies des enfants de bas âge. Surtout le cas des maladies qui rentrent dans le domaine spirituel comme les envoûtements. Une mère décrit les circonstances du décès de son fil de la manière suivante :

Il tombe régulièrement malade et le plus fréquent est l'anémie qui survient tous les quatre jours, et si on le pique le sang ne sort pas, c'est l'eau seulement qui coule. On a fréquenté plusieurs dispensaires, dont le dispensaire du village. Le premier hôpital fréquenté est le CHU de Kpalimé, lorsque ma belle-mère m'a demandé de venir chez elle. Dans une semaine on va à l'hôpital trois fois. On m'a finalement reconnu à l'hôpital. L'enfant fait fréquemment des crises et à un moment donné ma belle-mère était fatiguée. Elle m'a demandé de l'amener chez les prieurs, car elle disait que quelqu'un aurait vu mon enfant d'un « mauvais œil ». J'ai demandé à ma belle-mère de me montrer un endroit, mais elle ne dit rien. Les yeux de l'enfant sont devenus clairs, l'enfant n'a plus de sang. Je suis partie avec l'enfant dans une église appelée « Ministère de la foi ». De retour au village, son pied est devenu froid ainsi que ses mains, les yeux clairs et si je le prends, il est faible. On est encore retourné au dispensaire du village. On dit qu'on ne peut rien faire, mais d'aller dans un hôpital. Quand on est allé à Agou, on a vu qu'il n'a plus de sang. Ils ont cherché la sacoche de sang qu'ils ont transfusé, suivi du sérum et après ses yeux sont devenus rouges. Mais dans la nuit profonde il est décédé. Tout le monde était parti, j'étais restée seule et le médecin a appelé la famille à venir chercher le corps de l'enfant décédé, mais ils sont venus tard vers cinq heures du matin. Après tout cela, moi-même je suis tombée malade. (Mère 19)

Parallèlement, l'automédication est très répandue dans les familles. Plusieurs mères ont commencé leur processus thérapeutique par l'utilisation des produits achetés dans les boutiques ou au bord de la rue. Par exemple, le paracétamol, la nivaquine, la tétracycline connue sous le nom de *toupaï* dans le traitement des pathologies infectieuses des enfants.

9.1.2 Quartier

Les autres membres de la famille élargie ou du lignage se répartissent dans les quartiers qui forment le village. Ils apportent toujours leur contribution, quand les compétences des membres de l'unité domestique sont inefficaces, pour que l'enfant qui souffre retrouve rapidement sa santé. Qu'il s'agisse d'une belle-mère, d'une belle-sœur, des personnes âgées, d'un oncle, d'une tante, d'un voisin ou d'un ami, chacun apporte son savoir et son savoir-faire dans la recherche de guérison de l'enfant malade. Dans chaque famille étendue, j'ai retrouvé au moins quelqu'un qui a les compétences nécessaires de soigner au moins une

pathologie des enfants, même si son savoir thérapeutique ne couvre pas tous les aspects du processus de guérison. L'oncle d'un enfant malade, qui est aussi un guérisseur du quartier, donne les explications suivantes :

Pour la sortie du sphincter anal que nous appelons ici « *kple* », j'ai torréfié l'écaille de la tortue; puis je l'ai trempé dans le feu pour que cela soit calciné ensemble avec le piment de Guinée (« *atakui* »). Si le sphincter est sorti comme cela, il faut mettre le produit sur ça, ainsi on observe par la suite des vers. Ce sont donc ces vers qui ont provoqué la sortie du sphincter de l'enfant. Si on appuie là-dessus ces vers sortent et après tu prends une feuille (« *egu makpa* ») pour le pousser à l'intérieur. (Prat. 1)

En réalité, les pathologies du sphincter anal chez un enfant sont diverses selon les responsables sanitaires. Selon eux, il est important d'amener l'enfant malade dans un centre de santé afin d'identifier le type de pathologie ayant atteint cette partie terminale du gros intestin.

9.1.3 Village et région environnante

L'environnement lointain est représenté ici par le village et les autres régions environnantes. En effet, le village est l'espace sociopolitique de décision et d'action chez les Agotimés. Il regroupe dans la majorité des cas les descendants d'un lignage, et ses habitants s'identifient à un ancêtre commun qui généralement est l'ancêtre fondateur. Si les compétences des guérisseurs traditionnels du quartier qui sont membres de la famille ou du lignage n'apportent aucun soulagement à l'enfant malade, trois voies de recours sont possibles : la première consiste à se référer aux autres guérisseurs traditionnels non membres de la famille et qui exercent dans le village où réside l'enfant; la deuxième concerne le recours aux guérisseurs traditionnels des autres villages et villes proches et la troisième voie est celle d'amener l'enfant au dispensaire du village ou dans un hôpital le plus proche.

Guérisseurs traditionnels non familiaux du village

Ils sont sollicités le plus souvent par les mères en cas de complication de la maladie et sont à majorité les « rebouteux » qui soignent principalement avec la main nue ou qui utilisent les instruments de massage du corps de l'enfant afin de redonner aux parties malades ou blessées leur fonction. En plus de traiter des fractures habituelles des enfants lors des jeux, ils sont fréquemment sollicités après les accouchements difficiles ou compliqués, car les nouveau-nés issus de certains accouchements ont souvent les pieds ou les bras déformés. Ainsi, grâce au massage, les membres de l'enfant retrouvent leurs formes et leurs fonctions. En outre, les enfants fracturés chez qui les professionnels de santé ont enlevé les plâtres sont aussi retournés vers les rebouteux pour le massage.

Le deuxième groupe est constitué des « prêtres du *trɔ* » (*trɔnɔwo*) et du couvent (*bokɔnɔwo*), les devins, les *dzotɔ* et les « maîtres des cérémonies des sièges ancestraux » (*togbuizikpui*). Dans l'exercice de leur travail, ils font appel principalement aux rites, religieux ou non, pour soigner l'enfant à travers la réparation, la purification, la réconciliation, ou l'aveu des fautes des parents biologiques, l'invocation et le crachat d'eau (*tsi tutu*). Que ce soit devant les sièges ancestraux, au bord de la rivière ou du fleuve, au pied d'un arbre, devant le tertre d'un *trɔ*, au niveau des carrefours, etc., leur intervention crée, selon cette catégorie de praticiens traditionnels, l'harmonie autour du corps physique de l'enfant et annihile le désordre du corps spirituel. Un exemple lié à l'œdème (*enuledevi*) qui survient chez un enfant, surtout le garçon, à cause de la mésentente des parents dans le foyer conjugal est décrit par l'un d'entre eux de la manière suivante :

Je veux dire que l'attitude du père ou de la mère peut faire du mal à leur enfant. Par exemple, quand un enfant, surtout le garçon souffre parce que ses parents ne s'entendent pas, ce qu'on appelle chez nous « *enuledevi* » [œdème], il faut faire un rituel. Ce que je peux te dire qui est simple est « *tsi tutu* », c'est-à-dire les parents absorbent tour à tour une petite quantité d'eau de cette petitealebasse. Puis, ils crachent par terre l'eau absorbée. Ce rituel simple leur permet de libérer l'enfant de son malheur. (Prat. 1)

Ils fondent leurs interventions sur le pouvoir qu'ils ont acquis par l'intermédiaire de leurs relations privilégiées avec les forces surnaturelles : les revenants, les ancêtres, les esprits, *afa*, les *trɔwo*. Ils peuvent les solliciter puis entrer en communication avec eux lors des

consultations divinatoires afin de connaître les sacrifices à réaliser pour conjurer le mal chez l'enfant.

Le troisième groupe est formé de « phytothérapeutes » qui soignent principalement les enfants malades par les plantes. Ce sont des personnes qui connaissent les vertus des plantes et savent préparer un produit fini obtenu à l'aide d'une ou plusieurs plantes et quand plus d'une plante intervient dans la composition, l'OMS (2000) qualifie le produit obtenu de « mélange » qui paraît un peu ambigu à en croire le témoignage d'un tradithérapeute dans la soixantaine :

Pour les produits médicaux des Blancs, on dit souvent qu'on ajoute de la drogue, mais je ne sais pas si c'est vrai. Si cela est vérifié, il y a alors des insuffisances à leur niveau parce que le guérisseur traditionnel n'utilise que des produits naturels à base de plantes et de certains minéraux. Il ne met rien dedans comme on le dit à propos des produits occidentaux. (Prat. 1).

J'ai observé des produits liquides, en poudre, en pommade qui sont utilisés par cette catégorie de guérisseurs pour soigner l'enfant malade.

Étant donné que certains enfants naissent avec les troubles mentaux, un quatrième groupe constitué de « psychothérapeutes » soignent les enfants malades par des techniques basées sur le vécu social. Ils utilisent parfois la puissance du verbe appelée incantation.

J'ai observé également les « accoucheuses traditionnelles » qui prodiguent aux femmes et à leur nouveau-né, avant et après l'accouchement, des soins de santé. Mais il faut noter que ce travail d'accoucheuse traditionnelle devient de plus en plus rare pour deux raisons fondamentales : d'une part, les accoucheuses traditionnelles ne sont sollicitées qu'après un accouchement hâtif à domicile pour des soins préliminaires au nouveau-né et à sa mère. Après cela, la probabilité de ramener l'accouchée et son enfant au dispensaire du village est élevée. D'autre part, les femmes âgées et les belles-mères de chaque famille se sont substituées aux accoucheuses traditionnelles pour éviter le coût des prestations. Par conséquent, les accoucheuses traditionnelles n'ayant plus des revenus provenant de l'accouchement ont rejoint la catégorie des « herboristes ». Elles deviennent ainsi herboristes, une catégorie de guérisseurs qui connaissent l'usage des plantes médicinales vendues sur le marché local. En plus du traitement des pathologies des enfants, ces

herboristes sont surtout spécialisés dans le traitement de problème d'infécondité primaire chez les jeunes femmes qui ont des difficultés à avoir leur première naissance, ou d'infécondité secondaire chez les mères qui n'arrivent pas à avoir une naissance supplémentaire⁶⁵. Une thérapeute âgée de 38 ans et qui a reçu une formation de tradithérapeute dans une institution privée avant de commencer par vendre les médicaments traditionnels à son propre compte donne une confirmation :

Nous recevons ici les femmes qui ont un problème d'infécondité. Si une femme a un problème d'infécondité et que cela nécessite l'échographie, on les envoie à l'hôpital pour le faire. Ici, nous n'avons pas la machine qui permet de le faire c'est pourquoi elles doivent aller à l'hôpital et c'est au vu des résultats obtenus à l'hôpital que nous leur prescrivons ici un produit pour le traitement, au cas où elles tiennent à utiliser nos produits. Les femmes reviennent avec des résultats qui indiquent la présence de kystes, un liquide plus ou moins épais qui s'agglutine au niveau de l'utérus, fibromes, obstruction de la trompe due au liquide ou au caillot de sang. (Prat. 5)

En plus des troubles d'infécondité décrits par les mères et tutrices, les herboristes sont selon elles sollicités fréquemment pour indiquer les recettes de plantes médicinales à utiliser pour le traitement des pathologies des enfants et les pathologies mammaires. Par ailleurs, le terme *magnã* revient le plus fréquemment dans les propos des mères et tutrices pour signifier les Infections sexuellement transmissibles (IST). Mais le plus souvent, le personnel de santé publique le réduit à une seule IST, la candidose.

Guérisseurs traditionnels des villages et villes environnants

Toutes ces variétés de guérisseurs observés dans le village où réside l'enfant malade peuvent également être présentes dans les autres villages environnants et il existe une complémentarité entre ces guérisseurs, selon les propos des praticiens traditionnels. Dans les villes proches de ces villages, je les ai trouvés en grand nombre; sauf qu'il existe une concurrence entre les praticiens traditionnels qui se sont installés en ville. Ils se livrent à la publicité sur les médias, internet et les réseaux sociaux pour atteindre un plus grand nombre de clients. Étant donné que la plupart des publicités se font en langue locale (ewe), il est

⁶⁵ Pour les femmes qui souffrent des problèmes d'infécondité avant la naissance de leur enfant, la référence causale est ce qu'on appelle communément *qudzo* ou fibrome chez les agents de santé.

courant de voir une mère accrochée à son poste radio, pour écouter une chaîne radiophonique qui émet depuis la ville et suivre des conseils venant d'un guérisseur traditionnel.

De toute évidence, le passage des guérisseurs traditionnels sur les médias affiche davantage les effets de ce que je nomme ici « le syncrétisme thérapeutique religieux » ou encore la convocation de la religion au chevet de l'enfant malade comme le suggère Massé (2002). Ce concept renvoie à la synergie de plusieurs éléments. En effet, pour avoir un champ assez large et avoir une meilleure assise, le guérisseur traditionnel qui s'installe en ville doit associer à son savoir thérapeutique traditionnel au moins un des trois éléments fondamentaux, à savoir la religion (chrétienne, islamique ou culte ancestral), un minimum de connaissances anatomiques du corps humain et la « modernisation » de ses produits.

S'agissant de la religion, la majorité de ces guérisseurs traditionnels commencent et terminent toujours leur intervention sur les médias par une prière chrétienne, musulmane ou ancestrale. Certains se déclarent pasteurs, évangélistes, apôtres, imams, prêtres du vodu, moines, etc., à telle enseigne que les mères dont leur enfant souffre d'une pathologie chronique pensent qu'ils sont les représentants directs de Dieu ou d'Allah sur la terre, au cas où l'enfant retrouve sa santé. Toujours est-il qu'il est difficile aux mères qui les écoutent à la radio de faire la différence entre le religieux et la médication traditionnelle puisque les deux concourent à la guérison de leur enfant. Peu importe si le guérisseur est vraiment un religieux ou non. L'essentiel est qu'il apporte une solution à la souffrance de son enfant malade.

Étant donné la plainte incessante des responsables sanitaires, tendant à dire que les guérisseurs traditionnels ne connaissent rien de l'anatomie, de la physiologie ou de la biologie, certains guérisseurs traditionnels se sont transformés en éducateurs. Ils interviennent généralement sur les médias pour montrer leur connaissance dans ces domaines. Par ailleurs, parlant de la place de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique au Togo, un tradithérapeute répond :

La valeur? Maintenant là! C'est dans ces dix dernières années que j'ai vu que les gens commencent par considérer la pharmacopée traditionnelle. Avant ce n'était pas le cas. Surtout la personne qui est allée à l'école et qui a un peu d'argent, il voit la pharmacopée comme quelque chose d'un pauvre. C'est le pauvre qui doit utiliser les plantes; or c'est le contraire. Tu le vois dans sa voiture climatisée tout ça là, c'est fini! Il ne considère pas la pharmacopée. C'est maintenant qu'il

commence par voir. Nous aussi on fait des recherches de jour en jour. La manière dont on explique les maladies sur les médias. Par exemple, les émissions que moi je fais à la radio; expliquer les maladies tout ça là, c'est ça qui encourage les gens de la médecine moderne à m'approcher. C'est-à-dire, oui, les gens qui sont de la médecine moderne, les sages-femmes, les infirmiers, les docteurs, à m'approcher. Ils savent qu'au moins je comprends la maladie avant de la traiter. (Prat. 10)

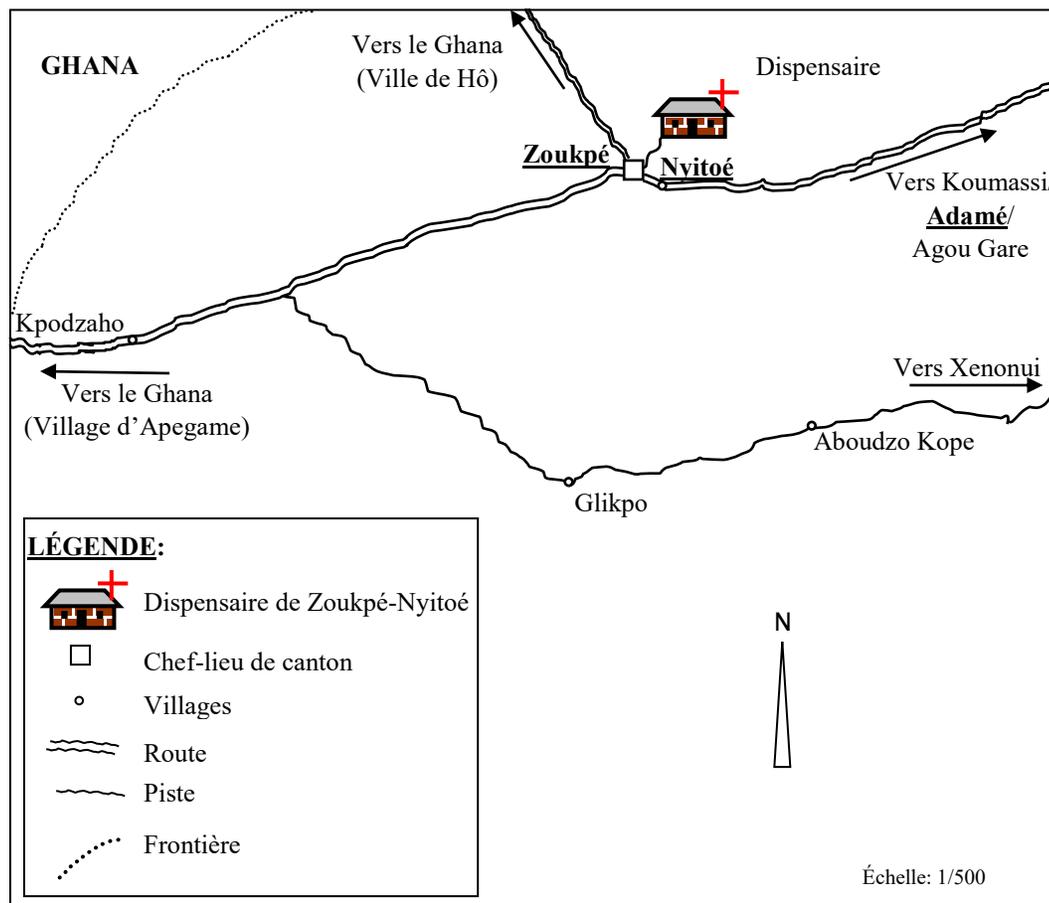
La recherche de la modernité passe souvent par la transformation chimique des produits à base de plantes, de minéraux et d'animaux, puis leur mise en bouteille ou en boîte comme le cas des produits pharmaceutiques. Mais comme il n'existe pas encore un laboratoire d'analyses des produits traditionnels reconnus par l'État togolais, plusieurs thérapeutes vont dans les autres pays de la sous-région pour avoir une licence ou un brevet pour leur produit, à savoir : le Mali, le Ghana, le Nigeria et le Bénin. Ce qui leur permet de revenir au Togo pour vendre leurs produits grâce à l'accord qui lie les États membres de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO). Je rappelle ici le cadre politique et réglementaire harmonisé pour la médecine traditionnelle; le référentiel pour l'harmonisation des procédures d'homologation des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle dans les pays membres de l'OAPI; le référentiel pour l'harmonisation des procédures d'identification des tradipraticiens de santé dans les pays membres de l'OAPI et la réglementation type de la cueillette et de l'exportation des plantes médicinales.

Dispensaire du village

Il n'y a pas de dispensaire dans chaque village, mais il existe un dispensaire pour en moyenne quatre à cinq villages (Figure 13). En plus, les dispensaires qui existent manquent de personnel et d'équipements.

Outre la longue distance qui sépare certaines mères des dispensaires et l'insuffisance en ressources humaines et matérielles, s'ajoutent entre autres l'insuffisance de moyens financiers, les mauvaises relations entre le prestataire et les mères qui reflètent une mauvaise attention relative à la façon d'organiser et d'offrir les services de soins.

Figure 13 : Aire sanitaire du dispensaire de Nyitoé-Zoukpé



Source : Données du terrain

© Kodzo Awoenam Adedzi, octobre 2016

Les professionnels de santé qui opèrent dans le milieu rural agotimé exercent une influence très forte sur les populations dans les différents villages. Ils présentent le plus souvent les pratiques thérapeutiques traditionnelles comme sources d'aggravation des pathologies des enfants. Selon eux, un bébé qui présente un signe de malaise doit être rapidement amené au dispensaire du village ou à l'hôpital le plus proche pour consultation; et, si la mère tarde à se diriger vers un centre de santé, elle subit des reproches de la part du personnel soignant. Cette situation crée souvent des rapports conflictuels entre certains parents et le personnel soignant. À la question de savoir si les guérisseurs traditionnels adressent les enfants malades qu'ils ne sont plus en mesure de les soigner au personnel de santé publique, un des professionnels de santé répond de la manière suivante :

On a souvent de ces cas hein! On a souvent de ces cas puisqu'il y a certains qui pensent qu'aller à l'hôpital, c'est plus cher, ou bien ils ne comprennent même pas, ou pour eux, il faut aller voir les tradithérapeutes et on les prépare des infusions; ils font des scarifications sur le ventre pour des pathologies données, souvent lorsqu'il y a splénomégalie, ou bien un drépanocytaire qui a la splénomégalie; ils pensent qu'en faisant cette scarification c'est ça qui va faire disparaître la rate. Ils préparent les infusions et donnent aux enfants. Ou bien les enfants qui font les crises convulsives, ils font des scarifications sur le corps de l'enfant. Ils donnent des produits, tout ça là. Ils aspergent sur le corps de l'enfant un liquide. S'ils viennent ici, nous on leur a dit que tout ça là, ce n'est pas ça qui va guérir leur enfant. Tout ce qu'ils ont essayé sur le corps, on leur dit de laver tout ça là. Mais les scarifications sont déjà là, on leur dit de ne plus jamais faire des choses comme ça. Sinon, il y a de ces cas, ils viennent avec des enfants, avec le ventre très ballonné, avec fièvre pour dire que c'est des plaies dans l'intestin, ils les ont préparés les tisanes. Même les mères mêmes le font hein! Avant d'amener l'enfant à l'hôpital. Des enfants? on a reçu des cas de nouveau-nés qui ne font pas des selles et les mères ont commencé par donner l'orange, le jus d'orange à une grande quantité dans l'intestin du bébé. L'enfant vomit un peu partout, l'enfant sort par le nez, par la bouche. Les praticiens traditionnels ont toujours leur place et les gens continuent à leur faire confiance. Nous, on n'est pas trop fort, mais pour nous, pour les enfants c'est interdit de donner les infusions parce qu'ils n'ont pas une dose correcte pour pouvoir administrer ces médicaments. Pour les adultes, ça peut se comprendre, mais pour les enfants c'est un peu délicat. (Pers. 10)

Même si les professionnels de santé déplorent la persistance de ces pratiques, ils sont dans l'impuissance d'apporter des modifications. Lors des consultations prénatales par exemple, ils réaffirment le caractère néfaste de l'utilisation du talc pour le nourrisson. De même, le lavement de l'intestin du nouveau-né est considéré par le personnel de santé publique comme une pratique mauvaise. Dans la pratique et après l'accouchement, ce sont encore et toujours les femmes qui s'occupent de l'accouchée et effectuent les premiers lavements de l'intestin du nouveau-né. En réalité, le personnel de santé publique essaye de convaincre les mères lors des consultations soit par des conseils, soit à travers des mesures ou des propos dissuasifs comme on le voit à travers la réponse du personnel de santé publique ci-dessus.

L'analyse met en évidence les différences liées à l'accès aux soins ou à des prestations de qualité. Parfois, les soins offerts par le personnel soignant dans les dispensaires sont jugés inefficaces par les mères et tuteurs. De ce fait, deux critiques sont adressées par les mères et tuteurs aux responsables sanitaires des dispensaires, toutes deux se rapportent à la qualité des services. D'une part, elles qualifient certains services de mauvais parce que les

diagnostics et les traitements n'ont pas contribué à la guérison de leurs enfants malades. D'autre part, elles font allusion au manque d'équipement et de personnel qualifié. Certaines parmi elles ont attribué les problèmes du dispensaire du village à une faible qualification du personnel soignant : la plupart des mères sont des femmes qui ont dû être renvoyées à d'autres structures sanitaires plus grandes ou spécialisées. Par exemple, l'hôpital Bethesda à Agou Nyogbo ou le CHP à Kpalimé sont les plus proches. Parce que le personnel soignant n'est pas compétent dans ce domaine précis ou ne dispose pas de produits pharmaceutiques adéquats.

Dans les villages Adamé, Nyitoé et Zoukpé où j'ai réalisé l'enquête, le personnel de santé publique est constitué d'un infirmier ou d'une accoucheuse. Le personnel soignant conseille les mères lors des consultations prénatales et postnatales à venir au dispensaire dès le début de la maladie de leurs enfants et demeure souvent l'ultime recours. Dans le processus thérapeutique de la maladie de l'enfant, lorsque les compétences des membres de l'unité domestique ou de l'entourage immédiat de l'enfant ainsi que les guérisseurs familiaux et non familiaux ne sont plus efficaces, la majorité des mères prennent le chemin du dispensaire. En témoigne un personnel de santé publique :

La situation la plus habituelle, c'est les crises convulsives où on pense que c'est le sorcier qui a pris l'enfant. On l'amène chez le tradipraticien avant de l'amener à l'hôpital. Il y a les cas de malnutrition avec œdème, ce que nous appelons communément le kwashiorkor aussi considéré comme une atteinte, ou bien une conséquence de la colère de certains dieux. Et souvent le terme communément utilisé, c'est « *enule devi* ». Donc, c'est aussi considéré comme ça à cause de l'œdème. Donc, on te dit que l'enfant a cet œdème parce que les parents ne s'entendent pas. Il y a toute une histoire autour de ça. Là aussi, on consulte souvent. Pour le cas de malnutrition avec œdème, le cas de kwashiorkor, on consulte souvent les tradithérapeutes avant de venir. Il y a la fontanelle antérieure chez les nouveau-nés qu'on pense que c'est une maladie ou bien quand l'enfant tousse on se dit que l'air passe par la fontanelle antérieure pour dire qu'ils sont en train de souder la fontanelle pour que l'air ne rentre plus par là. Il y a ces cas et le cas le plus fréquent aussi, c'est la splénomégalie (hypertrophie de la rate) que nous appelons communément « *koukou* ». (Pers 9)

Toutefois, il est observé une minorité de mères qui suivent le conseil du personnel de santé publique et se rendent au dispensaire en cas de pathologie constatée chez leur enfant (Photo 16 et Photo 17). Les conseils qu'elles reçoivent au dispensaire du village n'entrent pas en

contradiction avec ceux qu'elles obtiennent dans les hôpitaux, même si les compétences médicales de certains professionnels de santé y sont théoriquement supérieures.



Photo 16 : Dispensaire de Nyitoé-Zoukpé

© Kodzo Awoenam Adedzi, août 2015



Photo 17 : Dispensaire d'Adamé

© Kodzo Awoenam Adedzi, septembre 2015

Hôpital de proximité

J'entends par hôpital de proximité l'hôpital qui est plus proche de la population d'étude, généralement fréquenté par les mères en cas de maladie de leurs enfants. La majorité de ces hôpitaux de la région sont dans les chefs-lieux de préfecture et l'hôpital le plus proche se trouve dans la préfecture d'Agou, située entre 30 et 40 kilomètres selon les villages. C'est également la Direction préfectorale de la santé (DPS), mais cet hôpital est moins équipé que le Centre hospitalier préfectoral (CHP) de Kpalimé qui se situe à 12 kilomètres de la préfecture d'Agou et qui reçoit également les mères qui viennent des villages agotimés. En plus des deux hôpitaux publics les plus proches des villages agotimés, se trouve un autre hôpital privé dénommé hôpital Bethesda à Agou Nyogbo (Photo 18). Quand les tentatives du personnel de santé publique dans les dispensaires du village sont vaines ou bien si le traitant constate que la maladie de l'enfant ne peut être traitée au dispensaire, le soignant (infirmier) adresse le sujet malade à un de ses supérieurs des trois hôpitaux mentionnés.



Photo 18 : Entrée de l'hôpital Bethesda

© Kodzo Awoenam Adedzi, 2016

L'échec de la plupart des actions de développement dans le milieu est dû selon le personnel de santé publique principalement aux dysfonctionnements du système de santé mis en place par les dirigeants des services de santé publique. Ces dysfonctionnements ont pour corollaires le manque de mobilisation de ressources humaines et matérielles dans la localité. Ce qui entraîne des situations dramatiques pour les enfants. L'offre de soin de santé dans les hôpitaux se caractérise par la réduction de la qualité des soins, accentuée par la vétusté et la dégradation des infrastructures existantes, l'insuffisance de l'hygiène dans les hôpitaux comme dans les dispensaires. De même, les inégalités dans la répartition du personnel de santé publique, l'insuffisance des ressources financières, l'insuffisance des hôpitaux et le coût élevé des prestations limitent l'accès aux soins des enfants. Même si les services existent dans les hôpitaux les plus proches, certaines mères ne les fréquentent qu'en cas d'extrême urgence.

Le coût de plus en plus élevé de la vie conduit certains membres du personnel de santé publique à adopter de nouvelles stratégies en l'occurrence le « rançonnement⁶⁶ » qui est un phénomène plusieurs fois décrié par les mères et tutrices.

Je ne saurais négliger le rôle des facteurs macroéconomiques dans l'attitude de ces responsables sanitaires en matière de prise en charge de la santé des enfants : la baisse sensible du pouvoir d'achat de ceux-ci depuis la crise économique des années 1980 issue de l'imposition de l'ajustement structurel par les institutions de Breton Wood (Gogué 1997); la disparition des programmes gouvernementaux de subvention du secteur de la santé, garantissant la gratuité des soins; et l'amplification de l'instabilité politique que le pays a connue de 1991 à 2005 (Secrétariat technique du DSRP 2013). Ces situations ont une incidence sur l'accès aux soins de la population en général et sur la santé des enfants en particulier. Tous ces facteurs ont sérieusement affecté la capacité des parents et surtout les mères à offrir un niveau de santé convenable à leurs enfants. La prise en charge des coûts liés au suivi médical devient de plus en plus difficile à assumer.

⁶⁶ C'est une attitude qui consiste à faire payer les services aux usagers beaucoup plus chers qu'ils ne le devraient et aussi à leur faire déboursier des frais parallèles dont elles ne savent l'utilité. Ce phénomène est né de la crise des années 1990 qui a conduit au retrait des bailleurs de fonds. Mais malgré les efforts du gouvernement togolais ces dernières années, ce phénomène est encore perceptible.

Dans les hôpitaux et dans les dispensaires, les mères reçoivent des injonctions de la part des responsables sanitaires chargés du traitement des pathologies des enfants. Il n'est pas surprenant de voir un personnel soignant prodiguer des conseils aux mères tout en leur déconseillant d'abandonner certaines pratiques traditionnelles de soins. C'est ce qui se dégage de la réponse donnée par un personnel soignant au début de la quarantaine, qui a cumulé neuf années d'expériences professionnelles en santé publique, à propos des soins du nouveau-né ou du nourrisson :

Ceux qui sont malades, on donne des conseils. Par exemple ceux qui ont moins de 2 kilos 500 ou bien sont prématurés, on déconseille jusqu'à ce qu'ils n'atteignent ce poids : on conseille les mères de laver l'enfant et de nettoyer l'enfant avec uniquement de l'huile de noix de coco. À partir de plus de 2 kilos 500 on peut nettoyer l'enfant avec de l'eau, mais ne pas masser la tête surtout avec de l'eau chaude, au niveau de l'ombilic aussi puisque maintenant on déconseille qu'on puisse masser; ou bien de faire un pansement au niveau de l'ombilic. On laisse l'ombilic libre et ça se dessèche, ça tombe dans 7 jours au moins. On déconseille les mères d'utiliser l'eau pour pouvoir masser, ou des trucs chauds pour pouvoir masser. Dire que c'est une plaie, il faut l'entretenir pour que ça se cicatrise vite, est un faux problème. Donc, on déconseille les mères dans ce sens-là puisque c'est la pratique qui existait. Pour la toilette, on les demande également d'éviter les savons trop parfumés. Éviter d'utiliser le talc, surtout les nouveaux conditionnements du talc; il y a ce qu'on met dans le conditionnement pour pouvoir appliquer le talc qui est fait sous forme de mousse et ça, c'est comme vous projetez de la poussière. Donc, ça peut rentrer dans les narines et créer des maladies allergiques. L'enfant peut éternuer, l'enfant peut tousser du fait que vous avez envoyé des corps étrangers dans ses narines. Donc, on le déconseille les mères. (Pers. 9)

En réalité, les mères considèrent les conseils des professionnels de santé des dispensaires et hôpitaux comme des informations qui viennent en complément des savoirs populaires existants. Quelle que soit la maladie de l'enfant, les mères prennent habituellement le temps de recourir d'abord aux traitements populaires et des guérisseurs traditionnels. Elles utilisent aussi les médicaments pharmaceutiques qui sont vendus dans les boutiques ou au marché avant de se diriger vers le dispensaire ou à l'hôpital en cas de complication. Pour illustrer ces multiples possibilités de recours aux savoirs locaux de traitements des pathologies des enfants qui existent chez les Agotimés du Togo, je vais m'intéresser ici aux maladies diarrhéiques. Si je fais un tel choix c'est parce que les dimensions sociales et culturelles des

diarrhées sont mieux connues par les mères sont moins complexes que dans d'autres cas de pathologies des enfants et que je synthétise sous forme d'un tableau (Tableau 8).

Le tableau 8 ci-dessous présente les différentes représentations locales de la diarrhée chez les Agotimés du Togo. Les symptômes liés à chaque type de diarrhée, les causes probables ainsi que les traitements locaux des diarrhées figurent dans ce tableau. De l'analyse des causes probables de chaque type de diarrhée, se dégage deux catégories de diarrhées : les diarrhées qui surviennent « naturellement » (nourriture, relation mère-enfant et éruption dentaire) et les diarrhées dont les causes sont « pathologiques » (choléra, dysenterie amibienne, dysenterie bacillaire) provoquant le dysfonctionnement d'un organe (estomac, intestins). Les différents traitements possibles chez les Agotimés traduisent également les attitudes et les pratiques des mères et tutrices au cours des épisodes diarrhéiques.

Tableau 8 : Reconnaissance et traitement des maladies diarrhéiques chez les enfants selon les mères et tuteurs

Symptômes	Causes probables			Traitements possibles
Pas de sang dans les selles	Vomissements verts	Fontanelle	Fontanelle enfoncée	Cataplasme
	Flatulences Ballonnement Pas de fièvre	Nourriture	Mauvaise alimentation : -aliment trop froid -aliment trop chaud -suralimentation -sous-alimentation Moments inappropriés	Nourrir de force le bébé Lavement Purgatif
		Mère	Grossesses trop rapprochées Anomalie de la lactation Troubles psychiques : -inquiétude financière -tristesse -peur -colère Excès d'activités physiques	Arrêt de l'allaitement Rituel Traitement de la mère Appel à une nourrice pour allaiter l'enfant Ne pas allaiter si la mère a le corps chaud ou en mauvais état
	Douleur Fièvre	Éruption dentaire	Paludisme	Bain froid Couverture du corps Massage Médicaments
	Selles ressemblent au liquide de la bouillie de riz Pas de fièvre	Choléra Froid dans l'estomac	Environnement insalubre	Bain chaud Tisanes (infusion, décoction, macération) Eau/SRO Médicaments
	Selles vertes avec mucus Fièvre <i>Agbubo takpui</i> (douleur ombilicale)	Estomac	Chute de l'estomac <i>Sabra</i> (provoqué par une forte fièvre chez le nourrisson)	Bain froid Massage Tisanes (infusion, décoction, macération) Eau/SRO Médicaments
Vers dans les selles Vers dans les vomissements Perte d'appétit Anémie	Estomac Intestins	Vers gastriques Vers intestinaux	Lavement Purgatif Tisanes (infusion, décoction, macération) Eau/SRO Médicaments	
Sang dans les selles	Perte d'appétit Pas de fièvre Anémie	Dysenterie amibienne	Aliments et eaux contaminés par les mouches qui transportent des bactéries collées aux extrémités de leurs pattes	Bain chaud Tisanes (infusion, décoction, macération) Eau/SRO Médicaments
Sang dans les selles	Perte d'appétit Anémie Fièvre	Dysenterie bacillaire	Aliments, lait et eaux contaminés par les mouches qui transportent des bactéries collées aux extrémités de leurs pattes	Bain froid Tisanes (infusion, décoction, macération) Eau/SRO Médicaments

9.2 Aire d'influence des guérisseurs traditionnels d'aujourd'hui dans le système de santé publique

L'analyse des aires d'influence des différents acteurs ci-dessus suscite des interrogations quant à la place des guérisseurs traditionnels d'aujourd'hui dans le système de santé publique. En effet, le processus d'intégration au Togo a de multiples insuffisances, dont les principales sont : 1) une rareté de données de recherche et d'appui financier à la recherche sur la

médecine traditionnelle; 2) une insuffisance de mécanismes destinés à contrôler et à réglementer la publicité et les allégations relatives à la pratique de la médecine traditionnelle; 3) une ambiguïté dans la coopération entre autorités sanitaires nationales et les guérisseurs traditionnels; 4) un manque de filières d'études et de formations pour les prestataires de la médecine traditionnelle; 5) un manque de mécanismes pour suivre l'innocuité des produits. De fait, on peut donc comprendre pourquoi les guérisseurs traditionnels à Agotimé comparent leur place dans le système de santé publique à un « verre à moitié vide ». Selon eux, l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique consiste à accepter en partie les thérapeutes traditionnels ainsi que leurs pratiques de soins. La majorité des mères interrogées confirment cette situation et l'une d'entre elles, âgée de 29 ans et qui a deux enfants de moins de 5 ans, donne l'explication suivante :

Ces pratiques traditionnelles de soins de santé des enfants n'ont pas tellement de place dans le système de santé publique, car la médecine occidentale est priorisée et le secteur de la médecine traditionnelle est confronté à plusieurs problèmes comme le problème de la dose des produits à donner aux enfants de bas âge. Toutefois, si l'on a déjà utilisé un produit à base de plante avant d'aller chez le personnel soignant on doit le dire afin de recevoir des conseils. (Mère 1)

À première vue, la situation du Togo en ce qui concerne les données de recherche et l'appui financier à la recherche sur la médecine traditionnelle est loin d'être la meilleure. Même s'il existe quelques données de recherches éparses venant de quelques universitaires, l'appui financier demeure insuffisant en matière de recherche sur la médecine traditionnelle (Ministère de la santé 2012; Secrétariat technique du DSRP 2013). Beaucoup de praticiens traditionnels se sont plaints d'être abandonnés à leur sort, puisque l'État ne les accompagne pas financièrement dans leur recherche visant à promouvoir la médecine traditionnelle. Ils ne peuvent faire évaluer l'innocuité et l'efficacité de leurs produits en raison du coût élevé des analyses à faire hors du territoire, et du manque de subventions en provenance du ministère chargé de la santé. De plus, la majorité d'entre eux n'est pas en mesure de créer un centre de consultation propre à l'accueil des enfants malades, mais ils consultent à domicile. En effet, comme le reconnaissent les responsables sanitaires, « Il existe également un secteur privé de soins traditionnels reconnu et très sollicité par les populations surtout en zones rurales; mais la médecine traditionnelle en développement n'est pas encore bien organisée » (Ministère de la santé 2012 : 27). En réalité, le processus de promotion de recherche et d'appui financier à

la recherche sur la médecine traditionnelle est en cours, mais lent. Il est présenté comme suit : en vue de renforcer la collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne, un service national de la médecine traditionnelle est créé en 1991 au sein du Ministère de la Santé. En outre, un Centre de recherche en médecine traditionnelle appliquée (CRMETRA) a vu le jour au Togo et a été inauguré par le ministre chargé de la santé le 31 août 2012 dans la ville de Tchamba (Photo 19)⁶⁷. La construction de ce centre a bénéficié de l'appui financier du Ministère de la Santé, de la Banque africaine islamique pour le commerce (BAIC) et d'une entreprise togolaise fournisseuse de réseau téléphonique (Togocel). Cette inauguration a été l'une des activités de la célébration de la 9^e Journée africaine de la médecine traditionnelle (JAMT) au Togo instituée depuis le 21 février 2003 par l'OMS, dont le sous-thème est : « Institution de la journée africaine de la médecine traditionnelle, quel impact? » (M'Pele *et al.* 2012). Il faut noter aussi l'existence à l'Université de Lomé d'un Centre de recherche et de formation sur les plantes médicinales (CERFOPLAM) qui a été créé en 1995.



Photo 19 : Centre de recherche en médecine traditionnelle appliquée de Tchamba

Source : OMS, Bureau du Togo

⁶⁷ La ville de Tchamba où est construit le Centre de recherche en médecine traditionnelle appliquée (CRMETRA) est situé au nord du Togo à plus de 200 km de ma zone d'étude.

Pour certains guérisseurs traditionnels, leur visibilité passe non seulement par la capacité à traiter les enfants malades, mais aussi par leur passage dans les médias. Au Togo, le canal de communication utilisé par les guérisseurs traditionnels est la radio, même s'ils interviennent souvent sur les chaînes de télévision. De plus, les radios privées implantées généralement en ville ou les radios rurales au niveau local sont les plus utilisées pour atteindre les populations rurales. Mais le constat révèle une insuffisance de mécanismes destinés à contrôler, à réglementer la publicité relative à la pratique de la médecine traditionnelle. Tous les guérisseurs traditionnels interrogés parlent de leurs mésaventures en ce qui concerne les procédures d'obtention d'une autorisation à faire la publicité sur les médias comme le résume le tradithérapeute ci-dessous :

Il faut que l'État nous autorise à faire la publicité. C'est nous-mêmes qui nous efforçons. Ça là, ils ne donnent pas l'autorisation comme ça hein! C'est nous-mêmes qui procédons par force, hein! Ils ont coupé ça fait des années. Il y a une femme, une ministre-là qui a arrêté la publicité au Togo. Moi je suis parti chez un autre pour lui dire que je vais aller sur les médias faire la publicité de mes produits; mes produits sont autorisés. S'ils m'arrêtent, on dit souvent qui ne risque rien n'a rien, moi j'ai dit je vais faire ça, et j'ai fait. J'ai commencé avec la radio, eh! ... Une radio à Lomé là... Sport FM, après j'ai continué avec la radio Nana FM puis j'ai passé des bandes vidéo sur LCF, la chaîne télé. Et les gens me voient, eux aussi ils commencent par faire, même la radio Lomé... Mais ils ont tous le même principe pour le problème de publicité là, hein! Ils bloquent les procédures de publicité. Les médecins, les pharmaciens n'aiment pas que la pharmacopée évolue. Ils font des réunions pour pouvoir nous bloquer. (Prat. 10)

J'ai observé une ambiguïté dans la coopération entre le personnel de santé publique et les guérisseurs traditionnels à Agotimé. Cette notion de coopération, en santé durant la petite enfance, inclut un ensemble de significations telles que la complémentarité, la compétition, le rejet, la domination ou même la supériorité. Significations qui influencent le choix thérapeutique des mères.

Dans les villages, l'infirmier qui gère le dispensaire adresse le plus souvent un enfant malade qu'il n'est plus en mesure de soigner à son supérieur d'une autre structure sanitaire la mieux équipée en matériels et en personnel soignant⁶⁸. De même, un guérisseur traditionnel adresse

⁶⁸ Cette démarche est conforme à l'article 190 de la loi n°2009-2007 du 15 mai 2009 portant code de la santé publique au Togo.

un enfant malade qu'il n'est plus en mesure de soigner à un autre guérisseur spécialisé. Même si les guérisseurs traditionnels reconnaissent de façon unanime que le personnel soignant des hôpitaux et des dispensaires ne leur adresse pas formellement un enfant malade qu'ils ne sont plus en mesure de soigner, ils affirment pourtant que ce transfert s'opère de façon informelle. Cette complémentarité existe alors sur le plan informel entre un personnel biomédical et un guérisseur traditionnel comme en témoigne un guérisseur traditionnel :

De l'hôpital? Une fois, on nous avait envoyés; il y a des gens qui ne le font pas normalement. Oui! Officiellement, comme vous m'avez donné le mot. Ils le font clandestinement, ils disent que vous allez souffrir, vous allez gaspiller l'argent [à l'hôpital], il faut plutôt aller ici [chez le guérisseur traditionnel] pour se faire traiter. (Prat. 6)

Mais pour le transfert d'un enfant du guérisseur traditionnel vers les structures sanitaires publiques, au cas où le guérisseur n'est plus en mesure de soigner l'enfant malade, la peur d'être poursuivi par les autorités publiques n'existe plus. En effet, l'article 261 de la loi n°2009-2007 du 15 mai 2009 portant code de la santé publique au Togo lui permet de recourir à un praticien plus qualifié au cas où le malade qu'il traite ne présente aucune amélioration après une période raisonnable de traitement. Mais cette loi ne dit rien sur le transfert d'un sujet malade d'un personnel de santé publique vers un guérisseur traditionnel. C'est alors ce qui justifie le caractère clandestin des transferts des malades des structures sanitaires publiques vers les guérisseurs traditionnels étant entendu que certains agents biomédicaux reconnaissent l'efficacité du traitement de certaines pathologies des enfants par les guérisseurs traditionnels. En effet, cela se manifeste parfois par une reconnaissance à l'égard du guérisseur traditionnel comme le dit un praticien traditionnel : « Collaboration? À moins que toi-même tu aies traité un docteur et s'il veut t'encourager en t'envoyant des clients et peut-être. » (Prat. 10). En ce sens, une accoucheuse ayant cumulé dix années d'expérience dans le domaine de la santé publique déclare : « Je vois qu'au niveau des problèmes d'infécondité, les gens [guérisseurs traditionnels] réussissent. Les femmes disent souvent que telle personne lui a préparé le produit qu'elle a pris et puis elle est tombée enceinte. » (Pers. 1).

Au-delà de la complémentarité entre la médecine traditionnelle et la biomédecine, s'observe aussi une compétition entre les guérisseurs traditionnels et le personnel sanitaire des dispensaires des villages et les hôpitaux des centres urbains. Pour affirmer la supériorité des traitements biomédicaux, un infirmier précise : « On ne peut plus parler de complémentarité étant donné que beaucoup essaient ce traitement, c'est-à-dire le traitement traditionnel avec des infusions des plantes, des décoctions tout ça là avant d'arriver chez nous. Et c'est parce que ça eut d'échec et ils viennent. Donc, on ne peut pas parler de ça; ça, c'est trop! » (Pers. 2). De plus, les guérisseurs traditionnels subissent le lobbying des groupes et laboratoires pharmaceutiques, des médecins et des pharmaciens locaux et étrangers qui minimisent l'essor des thérapies traditionnelles du fait de la concurrence que cela leur occasionne. Or, si les médicaments traditionnels sont effectivement reconnus et leur efficacité prouvée par les autorités sanitaires, l'attrance de la population locale pour cette thérapeutique serait encore plus grande.

Ils sont nombreux parmi le personnel de santé publique à dire que la physiopathologie de la maladie n'est pas bien cernée par les tradithérapeutes. Selon ces derniers, les guérisseurs traditionnels raisonnent tous sur la base des suppositions, sur la base des mécanismes qui entraînent le phénomène. Pour étayer ces argumentations, un personnel soignant affirme : « Je n'ai rien contre la médecine traditionnelle, contre leur médicament, mais ce que je vois souvent c'est qu'ils vont à côté de la réalité. » (Pers. 9). Les idées de domination et de supériorité reviennent le plus souvent dans les propos des responsables sanitaires. Il suffirait qu'un enfant qui souffre de paludisme par exemple soit traité sans succès à domicile avant d'arriver dans un centre de santé pour qu'on pense que la médecine traditionnelle est inférieure à la biomédecine. En réalité, pour la majorité des villageois, le traitement de certaines pathologies, comme le paludisme, par la pharmacopée traditionnelle est lent. L'on doit alors faire le premier traitement dans un centre de santé avant de revenir chez un guérisseur traditionnel et continuer le traitement pour que l'enfant soit guéri complètement. La conception de domination et de supériorité se traduit dans la plupart des cas par

l'opposition entre « tradition » et « modernité » qui fait réagir beaucoup de guérisseurs traditionnels comme l'illustre un phytothérapeute⁶⁹ :

D'abord, tout pays a sa tradition. Moi, quand on dit médecine occidentale ou bien médecine moderne, j'accuse les gens. L'Asie aussi a sa tradition, l'Amérique a sa tradition, l'Europe a sa tradition. Cela ne veut pas dire que si eux ils adoptent leur tradition, pour eux devient moderne; et pour nous, devient traditionnelle. Ce qui veut dire que si j'ai emballé mon produit ici et que j'envoie en Europe; appelle-t-on maintenant mon produit moderne ou bien traditionnel? Est-ce le produit africain qu'on appelle traditionnel et pour eux moderne? C'est ce que je ne comprends pas; parce que c'est à base de la tradition que tout le monde fabrique quelque chose. Pourquoi parlons-nous de la tradition? Personne ne peut rester debout et se coucher. Si le Blanc a commencé par fabriquer les comprimés, ce n'est pas à cause des moules qu'ils prennent pour les fabriquer qu'on doit les appeler les produits modernes. Ils ont une manière de fabriquer leurs produits; nous aussi nous avons notre manière de fabriquer notre produit. Donc, moi je ne vois pas ce qu'on appelle moderne et ce qu'on appelle traditionnel; parce que tout pays a sa tradition. Cela ne veut pas dire que si eux ils amènent pour eux c'est devenu moderne et pour nous traditionnel. Est-ce que la France n'a pas de tradition⁷⁰? Est-ce que tout ce que les Français produisent n'est pas venu de leur tradition? Pourquoi maintenant on dit que notre produit est traditionnel et pour eux est moderne? Parce que nous aussi on modernise nos plantes : voilà je suis parti, j'ai cherché l'écorce d'un arbre. Je suis venu, j'ai pilé ça, j'ai tamisé, j'ai enlevé le liquide, j'ai mis ça sur le feu, j'ai préparé ça, j'ai cherché la bouteille, j'ai mis ça dans la bouteille, j'ai conservé ça, j'ai mis une plante, ça peut rester jusqu'à vingt jours sans être gâté, sans être souillé. Mais est-ce que je n'ai pas traduit ça? Est-ce que je n'ai pas modernisé ça? Quelque chose qui est dans la brousse que j'ai amenée et maintenant se trouve dans la bouteille jusqu'à des jours et que quelqu'un va prendre et dire je suis à l'aise. Pourquoi dire que c'est traditionnel? Or le monsieur aussi a amené du sérum; seulement lui aussi il a préparé du sérum, il a mis ça dans une bouteille et il a couvert pour que ça ne gâte pas. Ou bien, est-ce la distance qu'on a prise de l'Europe pour venir en Afrique qui a modernisé ça? C'est ce que je ne comprends pas. C'est pourquoi quand quelqu'un me parle de la médecine moderne et de la médecine traditionnelle moi je dis tout homme a sa tradition. Cela ne veut pas dire que si l'on amène les produits par avion c'est devenu moderne. (Prat. 3)

⁶⁹ Même si l'utilisation de l'expression « médecine traditionnelle » tend à susciter la polémique, je l'ai conservée dans le cadre de cette recherche pour être conforme à la définition contextuelle (loi n° 2001-017 du 14 décembre 2001 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle au Togo).

⁷⁰ Le Togo a été colonisé par la France.

L'intolérance des responsables sanitaires publiques s'accompagne de des reproches incessants adressés aux guérisseurs traditionnels qu'ils accusent de ne pas avoir fait des études dans le domaine de la santé. Ils doivent selon eux être formés pour pouvoir poser de bons diagnostics. En ce sens, tous déplorent le manque de filières d'études et de formation pour les prestataires de la médecine traditionnelle et le manque de mécanismes pour suivre l'innocuité de leurs produits.

Bien que plusieurs guérisseurs traditionnels n'aient reçu aucune formation, ils reconnaissent que certaines pathologies des enfants de bas âge doivent être traitées dans les hôpitaux publics. Ils trouvent qu'il existe plusieurs pathologies qui dépassent aussi la compétence des agents biomédicaux de ces centres. Et pour montrer qu'il y a des limites dans tout système de santé, un phytothérapeute affirme : « Nous [guérisseurs traditionnels et biomédicaux] sommes tous en train de broyer du noir, nous mettons la main dans le noir. » (Prat. 3). Quel que soit le niveau d'études ou le rang social, les traitements des enfants malades s'effectuent par les guérisseurs traditionnels parallèlement aux traitements dans les dispensaires et hôpitaux depuis la naissance et font partie intégrante de la culture locale. En réalité, il y a certains agents de santé qui ont des connaissances sur la médecine traditionnelle qu'ils combinent avec leur savoir biomédical. C'est ce qui figure dans les propos d'une veuve et tutrice âgée de 60 ans qui a pris en charge une enfant :

Les professionnels de santé aussi utilisent bien les plantes médicinales, parce qu'au moment où un infirmier [B] était en poste au dispensaire de notre village. Quand on se rend au centre de santé, il nous dit souvent : « va chercher telle ou telle plante pour traiter l'enfant. » Moi, un de mes enfants jouait avec un petit caillou et c'est tombé sur son œil et quand je l'ai amené, il a pris quelque chose pour enlever le caillou avant de mettre un produit. Donc, il y a certains qui connaissent bien l'utilisation de certaines plantes. (Mère 25)

Même si les agents de santé publique sont intolérants vis-à-vis des pratiques thérapeutiques des guérisseurs traditionnels, il faut reconnaître qu'il y a un glissement de certains agents de santé vers le champ de la médecine traditionnelle. La collaboration entre le système médical occidental et le système médical traditionnel s'impose puisque les deux systèmes thérapeutiques ont leurs limites, mais la faiblesse de l'un constitue une force pour l'autre.

Conclusion du chapitre

Dans la perspective de mieux comprendre la place de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique, j'ai retenu deux faits majeurs : d'abord, j'ai exploré l'ensemble des détenteurs du savoir relatif aux pathologies des enfants, tout en les situant dans leurs aires d'influence. Même si les modèles explicatifs de référence des acteurs de la médecine traditionnelle sont très proches les uns les autres, ils s'opposent aux discours que tiennent les professionnels de santé. Ensuite, j'ai montré comment l'aire d'influence des guérisseurs traditionnels d'aujourd'hui a des difficultés à s'étendre jusqu'au système de santé publique puisque leur place est très limitée dans ce système qui offre peu de facilités de collaborations entre guérisseurs traditionnels et personnel de santé publique.

L'analyse des aires d'influence des détenteurs du savoir relatif aux pathologies des enfants a montré que les stratégies de promotion et d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique, telles qu'elles sont actuellement réalisées au Togo, sont peu efficaces en matière santé des enfants. Alors que la promotion du savoir des guérisseurs traditionnels fait partie des stratégies de santé publique de la plupart des États africains depuis de nombreuses années, l'enquête que j'ai menée chez les Agotimés du Togo révèle que les professionnels de santé contribuent finalement très peu à son intégration dans le système de santé publique. Au-delà de la nécessité d'organiser des ateliers de formation auxquels certains guérisseurs traditionnels sont invités à participer, existe l'influence ou la domination des professionnels de santé sur les guérisseurs traditionnels qui, eux, intériorisent d'une manière ou d'une autre cette domination. Hormis la mobilisation de certaines associations de promotion de la médecine traditionnelle et quelques actions clandestines de professionnels de la santé publique, il n'existe pas de réelle collaboration entre guérisseurs traditionnels et professionnels de santé. Or, la plupart des femmes rencontrées reconnaissent que les compétences des professionnels de santé dans le traitement de certaines pathologies des enfants sont souvent limitées. Ce qui les oblige à chercher ailleurs les solutions aux difficultés qu'elles rencontrent dans la recherche de guérison de leur enfant malade. Ce sont donc les mères et tuteurs, dans leurs recherches de soins, qui opèrent l'intégration réelle de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique, dans leur pratique des deux

médecines. Cette intégration préexisterait donc à celle qui se veut officielle et orchestrée par les appareils étatiques.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Comme je le mentionnais en ouvrant cette thèse, l'objectif général consiste à comprendre chez les Agotimés du Togo, les liens qu'entretiennent la médecine traditionnelle, la biomédecine et la santé des enfants. Par voie de conséquence, les objectifs spécifiques sont les suivants : 1) identifier les pratiques traditionnelles de soins infantiles existantes et reconnues par les populations pour la santé des enfants dès le bas âge ainsi que les normes qui les encadrent; 2) explorer les antécédents maternels qui influencent la santé du nouveau-né; 3) identifier les pratiques traditionnelles de soins infantiles existantes et reconnues par les pouvoirs publics pour la santé des enfants; 4) faire un état des lieux de la complémentarité des pratiques traditionnelles de soins infantiles et les soins de santé publique en vue de cerner les contours explicatifs des populations au sujet de l'influence de ces pratiques traditionnelles de soins sur la santé et le bien-être des enfants; 5) identifier les défis qui bloquent et les possibilités qui facilitent le processus d'intégration des savoirs locaux de soins de santé dans le système de santé publique.

Pour atteindre les objectifs ci-dessus, j'ai opté pour une méthodologie qualitative qui permet de penser et d'étudier la santé des enfants chez les Agotimés. Cette démarche qualitative repose sur une approche inductive. Ainsi, j'ai orienté ma réflexion sur la santé durant la petite enfance chez les Agotimés du Togo au-delà d'une première analyse descriptive. Chaque série de deux ou trois entrevues ou séquences d'observations était suivie de la transcription de mes données, puis d'une analyse préliminaire que j'approfondissais au fur et à mesure. L'analyse préliminaire a permis ainsi de mieux orienter mes entrevues et mes observations. Pour ce qui concerne l'analyse de mes données, j'ai mis en évidence dans cette thèse les interactions entre la dynamique culturelle et les pratiques thérapeutiques observées, chez la population agotimée vis-à-vis de la santé et de la maladie des enfants de bas âge. Elle m'a ainsi permis d'identifier un ensemble de facteurs économiques, politiques et socioculturels qui influencent la santé dans l'enfance en général et la petite enfance en particulier. Ce qui a permis de comprendre également ce que signifie chez cette population la « santé infantile ».

Les résultats liés au premier objectif spécifique et concernant les pratiques traditionnelles de soins, existantes et reconnues par les populations pour la santé des enfants dès le bas âge ainsi

que les normes qui les encadrent, sont de trois types : il s'agit des *savoirs thérapeutiques familiaux*, des *savoirs thérapeutiques non professionnels des praticiens traditionnels*, et des *savoirs thérapeutiques professionnels des praticiens traditionnels*. Ces savoirs évoluent dans des logiques et représentations médicales traditionnelles propres à la société agotimée et ont été mises en évidence dans les chapitres 4 et 8. Par ailleurs, ces logiques et représentations médicales traditionnelles ne cadrent pas avec les logiques et les représentations occidentales véhiculées par la biomédecine. Chaque système médical développe un savoir et un savoir-faire de prévention et de guérison des maladies des enfants de bas âge qui lui est propre. Dans tous les cas, l'objectif des deux systèmes est de protéger le nouveau-né, le nourrisson ou l'enfant contre les maladies ou de guérir ces derniers lorsqu'ils sont malades. Le système de référence des familles ou des guérisseurs traditionnels a pour fondement l'interprétation de la maladie d'un enfant comme un signe de *désordre social* comme l'avait déjà constaté Augé (1986).

La santé et le bien-être d'un enfant peut également se comprendre d'un point de vue interprétatif-critique (Lock et Scheper-Hughes 1990). Ils dépendent en effet de la qualité et de l'efficacité des systèmes de santé publique et de santé traditionnelle en place, du statut socioéconomique des parents (rôle dans la société, niveau socioéconomique, niveau d'instruction, etc.), ainsi que du système politique et économique du pays.

Les soins que les mères apportent concourent à la santé et au bien-être physique et mental des enfants. Ils sont le reflet de l'amour maternel que les mères expriment vis-à-vis de leurs enfants et ceci vient corroborer l'étude de Saillant (2001) sur les transformations des systèmes de santé et la responsabilité des femmes au Brésil et au Canada. Selon elle, la proximité de ceux qui font partie de l'unité domestique, généralement appelée les membres de la famille, fait naître un sentiment de responsabilité vis-à-vis du sujet malade. Il y a un souci des parents et surtout des mères envers leurs enfants. Ainsi, dans un contexte de responsabilités familiales, les femmes agotimées occupent surtout cette posture de proximité au quotidien à côté des enfants, même dans les moments les plus difficiles tels que la pénurie alimentaire, la maladie et le décès de l'enfant, etc. À l'instar des autres mères des sociétés africaines, connaissant une pauvreté extrême, l'amour maternel se traduit par les multiples

soins qu'offrent les mères agotimées aux enfants; et ce, même dans les moments de difficultés familiales.

Concernant le deuxième objectif spécifique qui guide cette thèse, l'analyse des antécédents maternels qui peuvent influencer la santé du nouveau-né, du nourrisson ou de l'enfant permet de retenir principalement les Infections sexuellement transmissibles (IST) non traitées pendant la grossesse. Le terme couramment utilisé par les mères, les tuteurs et les praticiens traditionnels est *magnã*. Mais le personnel de santé publique le réduit à une seule IST, à savoir la candidose. En réalité, pour les mères et tuteurs interrogées, l'état d'une femme enceinte qui tombe régulièrement malade peut avoir des répercussions multiples sur la santé du nouveau-né. Par exemple, le cas du sida dont on parle souvent, certains enfants reçoivent cette affection de leur mère, disent-elles. Aussi, existe-t-il des interdits sociaux comme une femme enceinte ne doit pas fendre le bois, et si au cours de cette activité de la femme enceinte la hache touche le ventre de la femme, cela peut agir sur la santé de l'enfant à naître. Il y a aussi une analogie entre les blessures au moment de la grossesse et les malformations à la naissance. Par exemple, les signes au niveau du genou du nouveau-né peuvent provenir des blessures de sa mère qui s'est blessée au genou pendant la grossesse. Pour certaines femmes qui ont eu des problèmes d'infécondité avant la naissance de leur enfant, la référence causale identifiée dans le chapitre 9 est ce qu'on appelle communément *qudzo* ou fibrome chez les agents de santé. Par ailleurs, l'écoulement sanguin pendant la grossesse et le difficile accouchement antérieur sont des facteurs qui influencent négativement la santé des enfants de bas âge. En ce qui concerne les problèmes d'infécondité auxquels la majorité des femmes sont confrontées, la médecine traditionnelle est un atout pour la plupart des mères qui disent qu'elles ont eu leur naissance grâce au savoir thérapeutique traditionnel après avoir fait le tour des hôpitaux et des dispensaires, comme je l'ai mentionné dans les chapitres 4 et 9. Les causes sont souvent multiples, dont la sorcellerie ou la présence d'un esprit maléfique.

S'agissant du troisième objectif spécifique au sujet des pratiques traditionnelles de soins existantes et reconnues par les pouvoirs publics pour la santé des enfants, mes résultats indiquent qu'elles sont surtout rassemblées dans ce que les responsables sanitaires appellent la *puériculture*. Dans le chapitre 4, j'ai présenté les éléments fondamentaux qui entrent dans cette pratique qui, selon les agents de santé, aide à préserver la santé d'un enfant de bas âge.

Comme on peut le remarquer, il s'agit d'une récupération de certaines méthodes locales de soins dans la petite enfance. Toute pratique qui n'obéit pas aux règles de rationalité biomédicale et scientifique est dénigrée par les responsables sanitaires de la santé publique. Outre les soins liés au développement physique et mental des enfants, on peut noter également certaines pratiques alimentaires comme l'allaitement prolongé d'un enfant. Ici, l'UNICEF et l'OMS semblent n'apporter aucun savoir supplémentaire aux mères. En effet, l'idéologie traditionnelle encourage déjà un allaitement prolongé qui va au-delà de deux ans et peut atteindre quatre ans. Comme l'avait remarqué Lovell (1995) chez les Ewe du sud-est du Togo, plusieurs interdits et tabous sont aussi mis en place chez les Agotimés afin de s'assurer que les femmes et leurs partenaires se conforment aux règles établies. Par exemple, une nouvelle grossesse qui intervient durant la période allaitante signifie l'arrêt de l'allaitement, quel que soit l'âge du nourrisson.

Pour ce qui est du quatrième objectif spécifique concernant la complémentarité des pratiques traditionnelles de soins et les soins de santé publique, les réalités du terrain montrent un bilan mitigé. En effet, les explications données par les mères et tuteurs au sujet de l'influence positive des pratiques traditionnelles de soins sur la santé et le bien-être des enfants sont évidentes. Toutefois, malgré le faible poids des savoirs thérapeutiques traditionnels dans le système de santé publique, une nouvelle approche locale est en train de voir le jour et consiste à ne pas écarter les guérisseurs traditionnels. Les professionnels de santé publique pensent toujours que les guérisseurs traditionnels ne sont pas sur la bonne voie et que ce sont les médicaments pharmaceutiques qui, à eux seuls, guérissent et que le personnel de santé publique traite, à lui seul, le sujet malade de façon convenable. Une « médecine mixte » est cependant envisagée de nos jours par les mères et tuteurs du milieu d'étude et, dans certaines circonstances, les praticiens traditionnels qui travaillent actuellement dans le secteur traditionnel peuvent être intégrés dans le secteur médical officiel pour élargir la disponibilité des services médicaux efficaces. Ainsi, les compétences de certains praticiens traditionnels peuvent être adaptées avec succès, car ces praticiens peuvent être formés convenablement pour offrir certaines pratiques modernes (Young 1983). Comme je l'ai exposé dans le chapitre 8, les résultats issus de l'enquête menée chez les Agotimés du Togo montrent que les praticiens ayant des compétences manuelles sont ceux qui ont plus collaboré avec le personnel de santé publique. Parmi ceux-ci, les rebouteux sont les plus mentionnés par les

répondants et répondantes. Mais il n'existe ni de programme destiné à améliorer et à étendre les compétences des rebouteux ni un programme qui vise à les intégrer officiellement dans le secteur de la santé publique du Togo. Ainsi, les rebouteux peuvent être considérés comme de potentiels agents du secteur public, dans le sens où ils sont simplement reconnus par les populations locales comme fournissant des services médicaux pour les enfants. De même, les accoucheuses traditionnelles ne sont pas intégrées officiellement dans le secteur public au Togo, mais certaines ont reçu des formations pour mieux travailler dans les maisons. Les mères et tuteurs ont également suggéré l'intégration des herboristes qui connaissent les usages des plantes médicinales et les phytothérapeutes qui soignent les malades principalement par les produits issus des plantes. Ils sont ainsi les types les plus reconnus par les mères et tuteurs. Je soutiens alors l'hypothèse qu'un système de santé publique dans lequel le secteur biomédical et le secteur traditionnel (exemple : rebouteux, herboristes, accoucheuses) seraient concrètement intégrés, pourrait contribuer à la prévention de la santé et à la guérison des maladies des enfants. Pour ce faire, les guérisseurs traditionnels suivent déjà de plus en plus des formations pour devenir des collaborateurs « sûrs » du personnel biomédical. Cette innovation tend vers une professionnalisation des pratiques dites traditionnelles de soins que l'on peut qualifier de nouvelles professions de médecine traditionnelle (Gruénais 1991; Marsland 2007) qui prend en compte la « tradition » et la « modernité » (Babadzan 2009; Sahlins 1992, 1999). Par exemple, le rebouteux peut demander à une mère d'aller faire la radiographie à son enfant dont l'os du bras est démis ou fracturé afin de mieux faire le massage; un phytothérapeute peut également demander les analyses de la selle au laboratoire d'un enfant qui souffre de vers intestinaux afin de savoir quelle tisane donner à l'enfant malade. Je soutiens dans cette thèse qu'un effort plus systématique, plus inclusif et plus respectueux des théories, des savoirs et des pratiques médicales traditionnelles, saura être des plus bénéfiques pour la santé des enfants au Togo.

Pour ce qui est du cinquième et dernier objectif spécifique de cette thèse, les défis qui bloquent et les possibilités qui facilitent le processus d'intégration de la médecine traditionnelle de soins de santé dans le système de santé publique s'avèrent être multiples. En ce qui concerne les défis qui bloquent le processus d'intégration de la médecine traditionnelle de soins de santé dans le système de santé publique, je retiens principalement le souci de vouloir toujours soumettre les savoirs locaux à la rationalité biomédicale avant de

les intégrer dans le système de santé publique (chapitre 8). Or les institutions nationales qui doivent faciliter cette mutation sont presque inexistantes. Plusieurs sont les guérisseurs traditionnels qui se dirigent vers les États voisins comme le Ghana, le Mali, le Bénin et le Nigeria pour faire le test de toxicité de leurs produits afin d'obtenir une licence pour leur mise en vente sur le marché. Mais comme je l'ai évoqué dans le chapitre 8, l'on pense qu'il suffirait de procéder à des transformations biochimiques à travers des analyses au laboratoire pour valoriser puis intégrer le savoir des guérisseurs traditionnels africains dans les systèmes de santé publique. Alors que l'univers thérapeutique africain est un espace culturel et symbolique où guérisseurs, divinités, ancêtres, sains, malades, etc., se rencontrent pour préserver la santé ou pour la rétablir. Cette thèse soutient que les transformations de plantes médicinales, de minéraux et de produits d'animaux au laboratoire constituent non seulement une alternative à l'importation des produits pharmaceutiques occidentaux, mais aussi un point de départ pour les pays pauvres vers le développement d'une technologie liée à la santé. Malheureusement, un tel développement n'est pas en concordance avec l'héritage culturel et les ressources naturelles existantes. Un autre facteur qui bloque le processus d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique est l'existence des divergences d'opinions au sein des associations de guérisseurs traditionnels, et le manque de coordination entre les différents regroupements de guérisseurs traditionnels. C'est dans un tel contexte que la mortalité des enfants de moins de 5 ans au Togo, estimée à 78 ‰ par la Banque mondiale en 2015, reste encore une préoccupation qui nécessite une mobilisation continue et à grande échelle de l'État et de ses partenaires. Les dirigeants doivent conséquemment adopter de nouvelles stratégies pour gérer au mieux la santé des enfants, tout en invitant les détenteurs des savoirs médicaux traditionnels à s'impliquer activement dans ce processus.

S'agissant des possibilités qui facilitent le processus d'intégration de la médecine traditionnelle de soins de santé dans le système de santé publique, on peut noter qu'outre l'adoption de la loi 2001-017 du 14 décembre 2001 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle au Togo, il existe un service national de la médecine traditionnelle créé en 1991 au sein du Ministère de la Santé et la création d'un Centre de recherche en médecine traditionnelle appliquée (CRMETRA), qui a vu le jour le 31 août 2012 à Tchamba; la création d'un Centre de recherche et de formation sur les plantes médicinales (CERFOPLAM) à l'Université de Lomé en 1995. De même, sur le plan régional et international, le Togo a

adhéré à plusieurs initiatives présentées dans le chapitre 8, dont la déclaration d'Alma Ata de 1978 sur la stratégie des soins de santé primaires, qui reconnaît la médecine traditionnelle et les thérapeutes traditionnels comme étant des partenaires importants pour atteindre l'objectif de la santé pour tous. Il est observé aussi l'existence des bases juridiques dans la sous-région africaine comme le cadre de politique et réglementaire harmonisé pour la médecine traditionnelle; le référentiel pour l'harmonisation des procédures d'homologation des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle dans les pays membres de l'OAPI.

Cette thèse soutient que la santé durant la petite enfance renvoie à un paradigme déterminant, au sens de ce que Fortin et Gagnon (2015 : 25) appellent une « conception du monde, [un] système de représentation de valeurs et de normes qui impriment une direction particulière à la pensée et à l'action. » En effet, ce paradigme illustré dans le chapitre 3 montre les relations que le rite, l'alimentation, le soin et le système de santé entretiennent avec la santé d'un enfant pendant les premières années de sa vie. Le lien entre culture et santé pendant la petite enfance s'est beaucoup illustré à travers le rite qui traduit le rapport de la population au monde ou le lien qu'elle définit entre le monde visible et le monde invisible. Son importance dans la protection des enfants contre les maladies et pour la recherche de guérison a été présentée dans le chapitre 5.

Par ailleurs, le crédo de l'OMS et de l'UNICEF selon lequel la mère doit s'en tenir à un « allaitement exclusif au sein pendant 6 mois », c'est-à-dire que le nourrisson doit prendre exclusivement du lait maternel durant cette période, cache la faiblesse des institutions nationales et internationales à mettre de l'eau potable à la disposition des populations rurales. Ce résultat issu de l'analyse des données et présenté dans les chapitres 4, 5, 6 et 9 précise qu'il suffirait que l'ensemble de la population rurale ait accès à de l'eau potable pour éviter les maladies diarrhéiques chez les enfants de bas âge. En effet, les mères et tuteurs continuent de donner au nourrisson de l'eau ou d'autres substances préparées avec cette même eau puisée à la rivière, dans un puits non couvert, recueillie sous le toit de la maison quand il pleut, puisée dans une mare, etc., surtout lors des cérémonies rituelles. Il est donc souhaitable de s'attaquer aux problèmes structurels qui entourent l'allaitement du nourrisson et la malnutrition des enfants qui demeurent des problèmes cruciaux de santé publique. Par conséquent, il faut retourner à l'essentiel des savoirs nutritionnels locaux, accorder une

priorité aux plus démunis, leur permettre de s'exprimer et de participer pleinement à une meilleure alimentation de leurs enfants. Cela peut insuffler un élan mobilisateur susceptible de rendre aux populations locales la fierté de leurs racines culturelles et historiques.

Malgré ces résultats, cette thèse a des limites et d'après les propos des répondants et des répondantes, la santé infantile renvoie au corps physique en bon état, à l'équilibre mental et au bien-être d'un enfant, chaque enfant ayant un cheminement individuel et des expériences collectives liés à sa maladie ou sa souffrance. Cette thèse reflète exclusivement les réponses et expériences des personnes qui ont accepté de participer à cette recherche. Elle se limite aussi à la thématique d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique.

Le mode d'identification du profil des enfants orphelins et des enfants dont les mères ont migré constitue également une des limites. Même si ces enfants sont entièrement pris en charge dans leur famille, j'ai dû interroger uniquement les tuteurs à la place des mères biologiques.

La sélection des enfants est une limite qui pourrait conduire à une sous-estimation des informations sur la santé des enfants chez les Agotimés. L'étude utilise les caractéristiques des enfants en vie et celles des enfants décédés au moment de l'enquête, mais pour certains enfants le décès a eu lieu bien avant l'étude, ce qui pourrait impliquer un décalage entre les informations recueillies au moment de l'enquête et celles prévalant au moment de la survenue du décès. Les réponses données par les tuteurs à propos des enfants des autres mères biologiques peuvent aussi sous-estimer les informations à propos des relations qu'entretenaient les mères biologiques et leurs enfants avant la séparation.

Une autre insuffisance majeure est le fait que les pères biologiques ou les tuteurs des enfants n'ont pas été interrogés. Malgré ces limites, les informations disponibles ont été jugées acceptables pour mes analyses et l'interprétation des résultats.

Par ailleurs, cette thèse n'a pas pu mesurer les effets de la loi n°2001-017 du 14 décembre 2001, relative à l'exercice de la médecine traditionnelle au Togo, sur la morbidité et la mortalité des enfants, depuis sa promulgation jusqu'au moment de la collecte des données en

2015. Les données collectées ont apporté quelques connaissances sur la santé des enfants chez les Agotimés au Togo. Mais il n'a pas été possible de démontrer, dans cette thèse, qu'une intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique a conduit à une réduction ou à une augmentation de la morbidité et de la mortalité des enfants du milieu d'étude de 2001 à 2015.

Dans les sociétés rurales comme chez les Agotimés, les maladies et les décès des enfants sont récurrents. Ce sont des événements qui surviennent et qui sont liés à la situation socioéconomique des familles, et à la situation politique et économique du pays. Comment éviter la catégorisation administrative des savoirs médicaux à insérer dans le système de santé publique quand les mesures de leur intégration dans ce système reposent exclusivement sur la rationalité biomédicale scientifique? Les actions dans ce domaine semblent toujours plus cohérentes sur le papier qu'elles ne le sont dans la réalité, si l'on se réfère à la définition suivante : « La médecine traditionnelle [...] est la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent, rationnellement ou non, sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales » (OMS 2000 : 1). Mais à force de vouloir « universaliser » les médecines traditionnelles, ne risque-t-on pas à l'avenir de renforcer tous ces dispositifs complexes où se mêlent des intérêts économiques, politiques et stratégiques? De toute évidence, cette orientation administrative n'est pas associée à une réforme de fond visant l'intégration réelle de la médecine traditionnelle et de la biomédecine, réforme dont on parle pourtant depuis 2001 au Togo et qui est toujours lente. Le processus d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique au Togo apparaît bien fragile dans le domaine des savoirs en soins de santé des enfants de bas âge. *Une intégration de la médecine traditionnelle ne peut se contenter d'une relance des activités des guérisseurs traditionnels longtemps écartés du système de santé publique.* Le problème est bien plus profond et les résultats montrent que le processus d'intégration est fondé principalement sur une réflexion abstraite au détriment d'un raisonnement pratique. Beaucoup de guérisseurs traditionnels aujourd'hui sont dégoûtés de l'application de la loi n°2001-017 du 14 décembre 2001 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle au Togo, car ils s'en estiment toujours exclus. Combien sont les guérisseurs désemparés qui ne savent plus vraiment comment s'y prendre

pour éviter la spirale qui conduit à privilégier les pratiques traditionnelles de soins dites « rationnelles » pour les intégrer dans le système de santé publique? Le meilleur guérisseur traditionnel ne serait-il pas au moins ancré dans sa tradition locale? N'est-il pas celui qui exclut la rationalité scientifique biomédicale et propose des méthodes traditionnelles de soins variées permettant de traiter les enfants malades, méthodes dotées de logiques qui leur sont propres? Est-il nécessaire de transformer scientifiquement tous les savoirs médicaux traditionnels de soins de santé destinés aux enfants de bas âge? Le débat socioculturel apparaît donc comme inévitable, bien plus, c'est une condition même du fonctionnement de la société. Il appartient aux chercheurs en sciences sociales d'y contribuer sans pour autant se substituer aux différents acteurs locaux.

Enfin, je rappelle que la principale question de recherche posée dans le cadre de cette thèse se décline comme suit : *y a-t-il une place pour la médecine traditionnelle de soins de santé infantile dans le système de santé publique au Togo?* D'après mes résultats, la médecine traditionnelle occupe actuellement une place limitée dans le système de santé publique togolais. Ce système offre peu de facilités et de collaborations entre guérisseurs traditionnels et personnel de la santé publique. Pourtant, et c'est ce que je soutiens ici, la médecine traditionnelle dans le système de santé publique peut contribuer davantage au bien-être de la population togolaise, et surtout des enfants en bas âge. En réalité, comme je l'ai fait observer à la page 273, le personnel de santé publique bannit de moins en moins l'œuvre des guérisseurs et les associent, car ils font tout pour qu'il y ait une entente entre eux et les guérisseurs traditionnels afin qu'ils puissent travailler en étroite collaboration. Je soutiens finalement que la complémentarité entre la biomédecine et la médecine traditionnelle locale est fonction d'un renforcement de la collaboration entre les guérisseurs traditionnels et le personnel de santé publique. Une meilleure collaboration entre les guérisseurs traditionnels et le personnel de santé publique conduit à la complémentarité entre la biomédecine et la médecine traditionnelle locale; de même, cette complémentarité réduit le risque de morbidité et de mortalité chez les enfants. Aussi l'approche consistant à écarter la médecine traditionnelle locale n'est pas bénéfique pour ces enfants puisque le fait d'utiliser simultanément les produits pharmaceutiques et les produits traditionnels pour une même maladie sans une franche collaboration entre les deux catégories d'acteurs peut présenter un risque pour l'enfant malade. Je recommande toutefois que les efforts des pouvoirs publics

puissent, dans l'avenir, amener à un renforcement de la médecine traditionnelle, sans laisser de côté la biomédecine, pour le bien-être de toute la population togolaise. En plus de l'inclusion des guérisseurs traditionnels, une convergence d'opinions au sein des associations de guérisseurs traditionnels et une coordination entre les différents regroupements de guérisseurs traditionnels seraient un atout dans le processus d'intégration. Mais une seule politique d'intégration demeure insuffisante au regard du contexte politique, social, économique et culturel du pays. Il faut que l'État revoie également sa politique de finance inclusive qui avait pour but d'atténuer les effets pervers de la pauvreté sur les couches sociales les plus démunies (73,4 % de pauvres en 2011 dans les milieux ruraux (DGSCN-Togo 2013b)).

Comme nouvelles pistes de recherche, je propose par ailleurs la réalisation d'études ethnoépidémiologiques sur la mesure des effets ou des impacts, de l'adoption des textes réglementaires respectifs, sur l'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé publique des États africains. Ces études permettront d'avoir une connaissance scientifique de l'impact que peut avoir l'intégration officielle, qu'organisent les appareils étatiques depuis la déclaration d'Alma Ata en 1978, sur la morbidité et la mortalité des enfants africains (Desclaux et Lévy 2003; Dozon 1987; Lovell 1995; OMS et UNICEF 1978; Yoro 2010).

BIBLIOGRAPHIE

ADEDZI, K.A., 2012, « Pauvreté des ménages et accès aux soins obstétricaux au Togo », *Les Annales de l'IFORD*, 18, 1 : 65-88.

—, 2013, « Milieu de vie et mortalité des enfants au Togo », *Les Annales de l'IFORD*, 19, 1 : 125-139.

ADZADI, K.B., 1984, *L'implantation du christianisme à Agotimé du Togo*. (Licence de théologie protestante). Yaoundé, Faculté de théologie protestante.

AGBLEMAGNON, F.N.S., 1957, « Du “temps” dans la culture “Ewe” », *Présence Africaine*, XIV-XV, 3 : 222-232.

AHIANYO-AKAKPO, A., 1971, *Histoire des Adangbé*. Lomé, Institut national de la recherche scientifique.

ALFIERI, C., 2000, « Allaitement et parenté en pays bobo madare » : 111-134, in A. DESCLAUX et B. TAVERNE (dir.), *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest*.

ALLAN, G., 2003, « A critique of using grounded theory as a research method », *Electronic journal of business research methods*, 2, 1 : 1-10.

ALLEN, D.R., 2002, *Managing motherhood, managing risk : fertility and danger in West Central Tanzania*. Ann Arbor, University of Michigan Press.

ALMEIDA-FILHO, N.d., 2006, « Modèles de la santé et de la maladie: remarques préliminaires pour une théorie générale de la santé », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 11, 1 : 122-146.

ARBORIO, S., 2008, « Maternité sans risque : du contrôle à la confiance. Analyse anthropologique du risque au Mali (Afrique de l'Ouest) », *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction*, 37, 1 : 48-56.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE MASSAGE POUR BÉBÉ, s.d. Consulté sur internet (<https://www.iaim.net/languages/french/>), 12 Février 2019

AUGÉ, M., 1986, « Anthropologie de la maladie ». Consulté sur internet (édition électronique : http://www.persee.fr/doc/hom_0439-4216_1986_num_26_97_368675), le 26 mai 2016.

—, 2006, *Le métier d'anthropologue. Sens et liberté*. Paris, Galilée.

AWITI UJJI, O., 2011, “*Striving for Motherhood*”: *Understanding the Socio-Cultural Context of Realizing Childbearing Among Women in Kenya*. (PhD). Stockholm, Karolinska Institute.

- BABADZAN, A., 2009, « L'“indigénisation de la modernité”. La permanence culturelle selon Marshall Sahlins », *L'Homme*, 190, 2 : 105-128.
- BAER, H.A., 1996, « Critical and Biocultural Approaches in Medical Anthropology: A Dialogue », *Medical Anthropology Quarterly*, 10, 4 : 451-454.
- BAER, H.A., M. SINGER et I. SUSSER, 1997, *Medical Anthropology and World System: A Critical Perspective*. USA, Westport CT, Bergin and Garvey.
- BAER, H.A., M. SINGER et I. SUSSER, 2003, *Medical Anthropology and the World System*. Westport, Connecticut London, Praeger.
- BAER, H.A., M. SINGER et I. SUSSER, 2013, *Medical Anthropology and the World System: Critical Perspectives*. Praeger, Santa Barbara, California.
- BAKHTIN, M., 1981, « Discourse in the Novel (C. EMERSON et M. HOLQUIST, Trans.) » : 262-349, in M. HOLQUIST (dir.), *The Dialogic Imagination: Four Essays*. University of Texas Press.
- BARBIER, J.-C. et É. DORIER-APPRILL, 1996, « Les forces religieuses en Afrique noire : un état des lieux », *Annales de Géographie*, 105, 588 : 200-210.
- BATAWILA, K., 2002, « Diversité, écologie et propriétés antifongiques des Combretaceae du Togo », *Acta Botanica Gallica*, 149, 4 : 515-516.
- BECKHAM, S.W., C.R. SHEMBILU, P.J. WINCH, C. BEYRER et D.L. KERRIGAN, 2014, « “If you have children, you have responsibilities”: motherhood, sex work and HIV in southern Tanzania », *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care* : 1-15.
- BELLARDIE, H.H. et A.M.P. HARRIS, 2008, « What do parents of newborn babies with cleft lip and / or palate want to know? », *South African Journal of Child Health*, 2, 3 : 275-128.
- BENINGUISSE, G. et V. DE BROUWERE, 2004, « Tradition and Modernity in Cameroon: The Confrontation between Social Demand and Biomedical Logics of Health Services », *African Journal of Reproductive Health*, 8, 3 : 152-175.
- BENINGUISSE, G., B. NIKIÈMA, P. FOURNIER et S. HADDAD, 2004, « L'accessibilité culturelle : Une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique », *African Population Studies*, 19, sb.
- BENSAH, D., 1976, *Les intermédiaires entre Dieu et les hommes chez les Ewe du Sud-Togo et le médiateur dans le Nouveau Testament, étude comparative*. Bénin, Porto-Novo.
- BERNARD, H.R., 2006, « Interviewing: Unstructured and Semistructured » : 210-250, in H. R. BERNARD (dir.), *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. Lanham-New York-Toronto-Oxford, Altamira Press.

- BETANCOURT, T.S., M.K.S. FAWZI, C. BRUDERLEIN, C. DESMOND et J.Y. KIM, 2010, « Children affected by HIV/AIDS: SAFE, a model for promoting their security, health, and development », *Psychology, Health & Medicine*, 15, 3 : 243-265.
- BIBEAU, G., 1978, « L'organisation Ngbandi des noms de maladies », *Anthropologie et Société*, 2, 3 : 83-116.
- , 2013, « Un hôpital en forme de village : au temps de la politique mobutiste de l'“authenticité” (1972-1977) », *Anthropologie et Sociétés*, 37, 3 : 25-43.
- BLUEBOND-LANGNER, M. et J.E. KORBIN, 2007, « In Focus: Children, Childhoods, and Childhood Studies. Challenges and Opportunities in the Anthropology of Childhoods: An Introduction to “Children, Childhoods, and Childhood Studies” », *American Anthropology*, 109, 2 : 241-246.
- BOIDIN, B., 2014, *La santé, bien public mondial ou bien marchand ? Réflexions à partir des expériences africaines*. Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion.
- BONNET, D., 1988, *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays Mossi, Burkina Faso*. Paris, ORSTOM.
- , 1999a, « La taxinomie des malades en anthropologie : aperçu historique et critique », *Sciences sociales et santé*, 17, 2 : 5-21.
- , 1999b, « Les différents registres interprétatifs de la maladie de l'oiseau » : 305-320, in Y. JAFFRÉ et J.-P. OLIVIER DE SARDAN (dir.), *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris, Presses universitaires de France.
- BONNET, D. et L. POURCHEZ, 2011, *Du soin au rite dans l'enfance*. Toulouse, Érès, IRD (1ère édition 2007).
- BRONFENBRENNER, U., 1979, *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Mass, Harvard University Press.
- , 1986, « Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives », *Developmental Psychology*, 22, 6 : 723-742.
- BUSZA, J., D. WALKER, A. HAIRSTON, A. GABLE, C. PITTER, S. LEE, L. KATIRAYI, R. SIMIYU et D. MPOFU, 2012, « Community-based approaches for prevention of mother to child transmission in resource-poor settings: a social ecological review », *Journal of the International AIDS Society*, 15.
- CALDWELL, J., P. CALDWELL et B. CALDWELL, 1987, « Anthropology and Demography », *Current Anthropology*, 28, 1 : 25-43.
- CAPO, H.B.C., 1991, *A comparative phonology of Gbe*. Berlin, Foris Publications.

CASTRO, A. et P. FARMER, 2005, « L'Anthropologie médicale aux États-Unis » : 91-112, in F. SAILLANT et S. GENEST (dir.), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux défis globaux*. Québec, Presses de l'Université Laval; Paris, Anthropos.

CHAPPLE, H.S., 2003, « Could she be Dying? Dis-orders of Reality around Death in an American Hospital. Anthropology and Humanism », *Anthropology and Humanism*, 27, 2 : 165-184.

CHARMAZ, K., 2006, *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London, Thousand Oaks, New Dehli, Sage Publications.

—, 2009, « The body, identity, and self » : 155-191, in J. M. MORSE, N. P. STERN, J. M. CORBIN, B. BOWERS, K. CHARMAZ et A. E. CLARKE (dir.), *Developing Grounded Theory: The Second Generation*. California, Left Coast Press.

COLLARD, C. et I. LEBLIC (dir.), 2009, *Enfances en péril*. Québec, Université Laval.

CONNELL, R., 2002, *Gender: short introductions*. Cambridge, Polity Press in association with Blackwell Publishers Ltd.

CORBIÈRE, M. et N. LARIVIÈRE (dir.), 2014, *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec, Presses de l'Université du Québec.

CORBIN, J.M. et A.L. STRAUSS, 2014, *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. USA, Sage publications.

CRDI, s.d., *Reconnaissance et respect de la médecine traditionnelle*. Consulté sur internet (<https://www.idrc.ca/fr/article/reconnaissance-et-respect-de-la-medecine-traditionnelle>), mars 2017.

CREUSAT, L., 2000, *Gestion traditionnelle de la maladie et politiques de santé en Afrique du Sud*. Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal.

DAHLBERG, M., B. SÖDERGÅRD, A. THORSON, T. ALFVÉN et O. AWITI-UJIJI, 2014, « Being perceived as “a real woman” or following one’s own convictions: a qualitative study to understand individual, family, and community influences on the place of childbirth in Busia, Kenya », *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care* : 1-17.

DASSA, S.K., D. MBASSA MENICK et A. TABO, 2008, « Réflexion sur l’offre et la demande de thérapie religieuse chrétienne en Afrique subsaharienne : l’exemple du Togo », *Perspectives Psy*, 47, 1 : 52-58.

DASSA, S.K., D.M. MENICK, A. TABO, R.G. AHYI et P. FERRARI, 2009, « Les perceptions collectives des enfants et adolescents handicapés mentaux en Afrique de l’Ouest. Le cas du Togo », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, 4 : 325-331.

- DE SARDAN, J.-P.O., 1995, *Anthropologie et développement : essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris, APAD-KARTHALA.
- , 2008, *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-La-Neuve, Bruylant-Academia.
- DESCLAUX, A., 2000, « Introduction » : 5-46, in A. DESCLAUX et B. TAVERNE (dir.), *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest*. Paris, KARTHALA.
- , 2002, « Refuser d'allaiter pour protéger son enfant. La marginalité des mères séropositives en Afrique » : 69-88, in D. BONNET, C. LE GRAND-SÉBILLE et M.-F. MOREL (dir.), *Allaitements en marge*. Paris, L'Harmattan.
- DESCLAUX, A. et J.-J. LÉVY, 2003, « Présentation : cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale? », *Anthropologie et Société*, 27, 2 : 5-21.
- DESCLAUX, A. et B. TAVERNE (dir.), 2000, *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*. Paris, Karthala.
- DESCOLA, P., 2005, *Par-delà nature et culture*. Paris, Gallimard.
- DGSCN-TOGO, 2007, « Rapport final de l'enquête nationale par grappes à indicateur multiples sur le « Suivi de la situation des enfants et des femmes » au Togo, MICS3-Togo ». Lomé, DGSCN.
- , 2012, « Rapport final de l'enquête nationale par grappes à indicateur multiples sur le « Suivi de la situation des enfants et des femmes » au Togo, MICS4-Togo ». Lomé, DGSCN.
- , 2013a, *Questionnaire des indicateurs de base du bien-être (Quibb 2011). Rapport final*. Lomé, DGSCN.
- , 2013b, *Togo : Profile de pauvreté 2006-2011*. Lomé, DGSCN.
- , 2014a, *Coup d'œil sur la population résidente au Togo : Indicateurs essentiels du RGPH*. Lomé, DGSCN.
- , 2014b, *Troisième enquête démographique et de santé (EDST-III 2013-2014)*. Lomé, DGSCN.
- DJADOU, K., 2016, « Etat nutritionnel des enfants de moins de 5 ans apparemment sains reçus pour vaccination à Lomé (Togo) selon les nouvelles normes de l'OMS », *Revue du CAMES: Science de la santé*, 3, 2.
- DOUGLAS, M., 1970, *Natural Symbols: Explorations in Cosmology*. London, Barrie & Rockliff.
- DOZON, J.-P., 1987, « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », *Politique africaine* 28 : 9-20.

- , 2008, *Une anthropologie en mouvement : l'Afrique miroir du contemporain*. Versailles [France], Éditions Quae.
- DOZON, J.-P. et D. FASSIN, 2001, « Conclusion. Entre culture et politique. L'espace problématique d'une anthropologie de la santé » : 343-353, in J.-P. DOZON et D. FASSIN (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Balland.
- DU LOÛ, A.D., 1996, *Sauver les enfants : le rôle des vaccinations*. Paris, Centre français sur la population et le développement. (Les Études du CEPED, n° 12).
- , 2000, « Procréation et allaitement: quels choix pour une femme séropositive à Abidjan? » : 385-407, in A. DESCLAUX et B. TAVERNE (dir.), *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala.
- DUBÉ, E., C. LABERGE, M. GUAY, P. BRAMADAT, R. ROY et J.A. BETTINGER, 2013, « Vaccine hesitancy », *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 9, 8 : 1763-1773.
- DUGAST, S., 2006, « Des sites sacrés à incendier. Feux rituels et bosquets sacrés chez les Bwaba du Burkina Faso et les Bassar du Togo », *Anthropos*, 101, 2 : 413-427.
- , 2010, « Figures voltaïques du destin prénatal : du soleil personnel au conjoint de rivière chez les Bassar du Togo », *Incidence*, 6, : 237-268.
- , 2012, « Le rite “pour de faux”, un rite par défaut? À propos des amulettes pour enfants chez les Bassar du Togo », *AnthropoChildren*, 2, 2. Consulté sur internet (édition électronique : <http://popups.ulg.ac.be/AnthropoChildren/document.php?id=1344>), le 16 juin 2015.
- DUPIRE, M., 1976, « Chasse rituelle, divination et reconduction de l'ordre socio-politique chez les Serer du Sine (Sénégal) », *L'Homme*, 16, 1 : 5-32.
- EINARSDÓTTIR, J., 2004, *Tired of Weeping. Mother Love, Child Death, and Poverty in Guinea-Bissau*. Madison, The University of Wisconsin Press.
- , 2006, « Child survival in affluence and poverty: Ethics and fieldwork experiences from Iceland and Guinea-Bissau », *FIELD METHODS*, 18, 2 : 189-204.
- ELA, J.M., 1998, « Face au défi du nombre, un nouveau fétiche » : 325-354, in J. M. ELA (dir.), *Innovations sociales et renaissance en Afrique noire*. Paris, L'Harmattan.
- ESSANE, S., 1998, « La médecine au pluriel en Afrique », *CAMES*, 10, 80-86.
- FAINZANG, S., 2000, « “La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale” », *Ethnologie comparées*, 1, : 1-18.
- FASSIN, D., 1988, *Thérapeutes et malades dans la ville africaine. Rapports sociaux, urbanisation et santé à Pikine, banlieue de Dakar*. (Thèse de doctorat). Paris, EHESS.

- , 1990, « Maladie et Médecines » : 38-49, in D. FASSIN et Y. JAFFRÉ (dir.), *Sociétés, développement et santé*. Paris, Ellipses/Aupelf.
- , 1996, *L'espace politique de la santé*. Paris, Presses universitaires de France.
- , 2000, *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris, Karthala.
- , 2005, « Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie » : 383-399, in F. SAILLANT et S. GENEST (dir.), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Québec, Presses de l'Université Laval; Paris, Anthropos.
- FASSIN, D. et D. MEMMI, 2004, « Le gouvernement de la vie, mode d'emploi » : 9-33, in D. FASSIN et D. MEMMI (dir.), *Le gouvernement des corps*.
- FAVRET-SAADA, J., 1977, *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage* (Vol. 3). Paris, Gallimard.
- FAYA-ROBLES, A., 2014, « Régulations en santé materno-infantile en milieu populaire à partir de la notion de risque », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé* 9.
- FAYE, S., 2005, *Le paludisme infantile chez les sereer du Sénégal : évolution des savoirs et pratiques thérapeutiques dans un contexte migratoire*. (Thèse de doctorat d'anthropologie sociale et culturelle). Bordeaux, Université Victor Segalen Bordeaux II.
- , 2009, « Du Sumaan ndiig au paludisme infantile : la dynamique des représentations en milieu rural sereer sinig (Sénégal) », *Sciences sociales et santé*, 27, 4 : 91-112.
- FORTIN, M.-F. et J. GAGNON, 2015, *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal, Chenelière éducation.
- FOSTER, S., 1995, « Treatment of Malaria Outside the Formal Health Services », *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 98, 1 : 29-34.
- FOUCAULT, M., 1976, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*. Paris, Gallimard.
- GARREAU, L., 2015, « De l'utilisation de la circularité en MTE : vers un dépassement de la tension entre créativité et rigueur méthodologique », *Approches inductives : Travail intellectuel et construction des connaissances*, 2, 1 : 211-242.
- GAYIBOR, N.L., 1985, *L'aire culturelle ajatado des origines à la fin du 18^e siècle*. (Thèse pour le Doctorat d'État es Lettres et Sciences Humaines). Paris, Université de Paris-I.
- , 2011a, *Histoire des Togolais. Des origines aux années 1960 (Tome 1 : de l'histoire des origines à l'histoire des peuplements)*. Paris, Karthala-Presses de l'Université de Lomé.
- , 2011b, *Histoire des Togolais des origines aux années 1960 (Tome 3 : Le Togo sous l'administration coloniale)*. Paris, Karthala-Presses de l'Université de Lomé.

GAYIBOR, N.L., L.S. ADOTEVI, D.A. AGUIGAH, Z.d. ALMEIDA-HOUNDEDOKE, K.A. AKIBODE, Y. AMOUZOUVI, J.-C. BARBIER, O. BASSA, L.P. BOLOUVI, A.N. GOEH-AKUE, C. GUILMAIN-GAUTHIER, L. KABERUKA, K. KOSSI-TITRIKOU, K. KPARAKI, Y. MARGUERAT et B. TCHAM, 1997, *Histoire des Togolais. Des origines à 1884* (Vol. 1). Lomé, Presses de Université du Bénin.

GBLEM-POIDI, M.H. et L.P. KANTCHOA, 2012, *Les langues du Togo: Etat de la recherche et perspectives*. Paris, L'Harmattan.

GEERTZ, C., 1973, *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*. New York, Basic books.

GENEST, S., 1978, « Introduction à l'ethnomédecine. Essais de Synthèse », *Anthropologie et Sociétés*, 2, 3 : 5-28.

GESCHIERE, P., 2003, « Witchcraft as the Dark Side of Kinship: Dilemmas of Social Security in New Contexts », *Etnofoor*, 16, 1 : 43-61.

GLASER, B.G., 1978, *Theoretical Sensitivity*. Mill Valley, Sociology Press.

—, 1998, *Doing Grounded Theory*. Mill Valley, CA, Sociology Press.

—, 2001, *The Grounded Theory Perspective: Conceptualization Contrasted with Description*. Mill Valley, CA, Sociology Press.

—, 2005, *The grounded theory perspective III: Theoretical coding*. Mill Valley, CA, Sociology Press.

GLASER, B.G. et A.L. STRAUSS, 1967, *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago, Aldine Publishers.

GLINUS, 2013, *Médecine traditionnelle et plantes médicinales au Togo*. Consulté sur internet (<http://www.glinus.com/2013/12/medecine-traditionnelle-et-plantes.html>), février 2018.

GOEH-AKUÉ, N.b.A., 2009, *Les États-nations face à l'intégration régionale en Afrique de l'Ouest : le cas du Togo*. Paris, Karthala.

GOGUÉ, T.A., 1997, « Impact des programmes d'ajustement structurel sur le secteur de la santé : cas du Togo », *Nouvelles pratiques sociales*, 10, 1 : 163-179.

GOOD, B. et M.J.D. GOOD, 1980, « The Meaning of Symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice » : 165-196, in L. EISENBERG et A. KLEINMAN (dir.), *The Relevance of Social Sciences for Medicine*. Dordrecht, D. Reidel.

GOOD, B.J., 1994, *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. United Kingdom, Cambridge University Press.

GRAMSCI, A., 1983, *Cahiers de prison*. Paris, Gallimard.

- GRUCA, M., T.R. VAN ANDEL et H. BALSLEV, 2014, « Ritual uses of palms in traditional medicine in sub-Saharan Africa: a review », *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 10, 1 : 60-60. doi: 10.1186/1746-4269-10-60
- GRUÉNAIS, M.-É., 1991, « Vers une nouvelle médecine traditionnelle en Afrique : l'exemple du Congo. "Sans la prière, sans la danse, les potions peuvent-elles être efficaces?" », *La revue du praticien. Médecine générale*, 5, 141 : 1483-1490.
- GUIDETTI, M., S. LALLEMAND et M.-F. MOREL (dir.), 1997, *Enfance d'ailleurs, d'hier et aujourd'hui*. Paris, Armand Colin.
- GUILLEMETTE, F., 2006, « L'approche de la Grounded Theory; pour innover? », *Recherches qualitatives*, 26, 1 : 32-50.
- GUILLEMETTE, F. et J.-R. LAPOINTE, 2012, « Illustration d'un effort pour demeurer fidèle à la spécificité de la méthodologie de la théorisation enracinée (Grounded Theory) » : 11-35, in J. LUCKERHOFF et F. GUILLEMETTE (dir.), *Méthodologie de la théorisation enracinée: Fondements, procédures et usages*. Québec, CA, Presses de l'Université du Québec.
- GUILLEMETTE, F. et J. LUCKERHOFF, 2009, « L'induction en méthodologie de la théorisation enracinée (MTE) », *Recherches qualitatives*, 28, 2 : 4-21.
- GUILLOU, A.Y., 2009, « Au prisme du VIH. Enquête auprès des enfants des rues au Cambodge », *Anthropologie et Société*, 33, 1.
- GUNNLAUGSSON, G. et J. EINARSDÓTTIR, 1993, « Colostrum and ideas about bad milk: A case study from Guinea-Bissau », *Social Science & Medicine*, 36, 3 : 283-288.
- HAHN, R.A., 1995, *Sickness and Healing: An Anthropological Perspective*. New Haven, Yale University Press.
- HÉRITIER, F., 2003, « Une anthropologie symbolique du corps », *Journal des africanistes*, 73, 2 : 9-26.
- HERZLICH, C., 1986, « Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social » : 189-215, in M. AUGÉ et C. HERZLICH (dir.), *Le sens du mal*. Paris, Editions des Archives contemporaines.
- HOEKOU, Y.P., K. BATAWILA, K.A. GBOGBO, D.S. KAROU, Y. AMEYAPOH et C. SOUZA, 2012, « Évaluation des propriétés antimicrobiennes de quatre plantes de la flore togolaise utilisées en médecine traditionnelle dans le traitement des diarrhées infantiles », *International Journal of Biological and Chemical Sciences*, 6, 6 : 3089-3097.
- HOUNWANOU, R.T., 1984, *Le fa : une géomancie divinatoire du Golfe du Bénin : (pratique et technique)*. Lomé, Les Nouvelles Éditions Africaines.

- HOURS, B., 2001, « Introduction » : 5-21, in B. HOURS (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*. Paris, Karthala.
- INSEED-TOGO, 2016a, *Questionnaire unifié des indicateurs de base du bien-être 2015. Rapport final*. Lomé, INSEED.
- , 2016b, *Togo : Profile de pauvreté 2006-2011-2015*. Lomé, INSEED.
- IRVING, A., 2011, « I Gave My Child Life but I Also Gave Her Death », *The Australian Journal of Anthropology*, 22, 3 : 332-350.
- JAFFRÉ, Y., 1990, « Éducation et santé » : 50-66, in D. FASSIN et Y. JAFFRÉ (dir.), *Sociétés, développement et santé*. Paris, Ellipses/Aupelf.
- JAFFRÉ, Y. et J.-P.O. DE SARDAN (dir.), 1999, *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris, Presses universitaires de France.
- JAMES, A., 2007, « Giving Voice to Children's Voices: Practices and Problems, Pitfalls and Potentials », *American anthropologist*, 109, 2 : 261-272.
- KAROU, S.D., T. TCHACONDO, A.M. TCHIBOZO DJIKPO, S. ABDOUL-RAHAMAN, K. ANANI, K. KOUDOUVO, K. BATAWILA, A. AGBONON, J. SIMPORE et C. DE SOUZA, 2011, « Ethnobotanical study of medicinal plants used in the management of diabetes mellitus and hypertension in the Central Region of Togo », *Pharmaceutical Biology*, 49, : 1286-1297. doi: DOI: 10.3109/13880209.2011.621959
- KAUFMANN, J.-C., 2016, *L'entretien compréhensif* (4 ed.). Paris, Armand Colin.
- KEESING, R.M., 1987, « Anthropology as Interpretative Quest », *Current Anthropology*, 28, 2 : 161-176.
- KEITA, A., 1993, *Pharmacopoeia in Mali. Situation of Research and Perspectives of Development*. Lecture held at the Morris Arboretum Symposium, Philadelphia, 19-21 April 1993. Unpublished.
- KELLY, J., E. KOHLS, P. POOVAN, R. SCHIFFER, A. REDITO, H. WINTER et C. MACARTHUR, 2010, « The role of a maternity waiting area (MWA) in reducing maternal mortality and stillbirths in high-risk women in rural Ethiopia », *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117, 11 : 1377-1383.
- KERTZER, D.I. et T. FRICKE (dir.), 1997, *Anthropological Demography. Toward a new Synthesis*. USA, University of Chicago.
- KLEINMAN, A., 1978, « Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems », *Social Science and Medicine*, 12, : 85-93.

- , 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, University of California Press.
- , 1980, *Patients and healers in the context of culture : an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley, University of California Press.
- , 1986, « Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems » : 29-47, in C. CURRER et M. STACEY (dir.), *Concepts of Health, Illness and Disease. A Comparative Perspective*. Oxford, Berg Publishers.
- , 1988, *The Illness Narratives: Suffering, Healing and The Human Condition*. New York, Basic Books.
- , 1992, « Local Worlds of Suffering: An Interpersonal Focus for Ethnographies of Illness Experience », *Qualitative Health Research*, 2, 2 : 127-134.
- KLEINMAN, A., L. EISENBERG et B. GOOD, 1978, « Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research Seattle », *Annals of Internal Medicine*, 88, 2 : 251-258.
- KOFFI, K.S., B. BALAKA, A. AGBO, A.D. AGBÈRÈ, A.D. GBADOÉ et D.Y. ATAKOUMA, 2012, « Soins traditionnels donnés aux nouveau-nés et nourrissons dans le district sanitaire de Kloto (Togo): risques et avantages », *Journal de la recherche scientifique de l'Université de Lome*, 14, 2 : 27-37.
- KOKOU-KPOLOU, K., D. MBASSA MENICK, C.S. MOUKOUTA et S.K. DASSA, 2018, « Filiation, transmission et rupture. Vers une clinique transculturelle et psychopathologique des liens de filiation au Togo », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 66, 2 : 65-72. doi: 10.1016/j.neurenf.2017.10.007
- KONAN, A., 2012, *Place de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires*. (Doctorat pour le diplôme d'État de docteur en médecine, spécialité médecine générale). Toulouse, Université Toulouse III–Paul Sabatier.
- KOUAKOU, B.J.-P., 2013, *Perception et prise en charge du paludisme et médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire*. Paris, Karthala.
- KOUDOUVO, K., D. KAROU, K. KOKOU, K. ESSIEN, K. AKLIKOKOU, I. GLITHO, J. SIMPORE, R. SANOGO, C. DE SOUZA et M. GBEASSOR, 2011, « An Ethnobotanical Study of Antimalarial Plants in Togo Maritime Region », *Journal of Ethnopharmacology*, 134, 1 : 183-190.
- KROEGER, A., 1983, « Anthropological and Socio-Medical Health Care Research in Developing Countries », *Social Science and Medicine*, 17, 3a : 147-161.
- LABELLE, F., O. NAVARRO-FLORES et J. PASQUERO, 2012, « Choisir et tirer parti de la méthodologie de la théorisation enracinée. Un regard pratique depuis le terrain en sciences de la gestion » : 61-84, in J. LUCKERHOFF et F. GUILLEMETTE (dir.),

Méthodologie de la théorisation enracinée: Fondements, procédures et usages. Québec, Presses de l'Université du Québec.

LALLEMAND, S., 1978, « Le bébé-ancêtre mossi » : 307-316, in *Systèmes de signes, textes réunis en hommage à Germaine Dieterlen*. Paris, Hermann.

—, 1992, « Circulation des enfants exotiques, famille et mariage », *Adoption d'enfants, Droits et culture*, 23 : 136-146.

—, 1994, *Adoption et mariage chez les Kotokoli du centre du Togo*. Paris, L'Harmattan.

—, 1997, « Enfance d'ailleurs, approche anthropologique » : 7-57, in M. GUIDETTI, S. LALLEMAND et M.-F. MOREL (dir.), *Enfance d'ailleurs, d'hier et aujourd'hui*. Paris, Armand Colin.

—, 2004, « Mes mères et mes pères. Rapports entre filiation, termes de parenté et d'adoption-fostorage » : 299-321, in I. LEBLIC (dir.), *De l'adoption. Des pratiques de filiation différentes*. Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal.

—, 2009, « La question du secret de la naissance dans les sociétés "traditionnelles" », *Anthropologie et Société*, 33, 1 : 183-192.

LANGDON, E.J. et M.-L. FOLLÉR, 2012, « Anthropology of Health in Brazil: A Border Discourse », *Medical anthropology*, 31, 1 : 4-28.

LAPLANTE, J. et J. BRUNEAU, 2003, « Aperçus d'une anthropologie du vaccin : regards sur l'Éthique d'une pratique humanitaire », *Historia, Ciencias, Saude-Manguinhos*, 10, 2 : 519-536.

LAUGRAND, F., J. OOSTEN, M. HÉBERT et D. DELÂGE, 2008, « Cercles de guérison, pratiques d'inspiration chamanique et néo-chamanisme chez les Inuits du Nunavik et du Nunavut », *Recherches amérindiennes au Québec*, 38, 2-3 : 55-67. doi: 10.7202/039794ar

LAZORTHES, G., 2000, *Sciences humaines et sociales. L'homme, la société, la médecine*. Paris, Masson.

LÉVI-STRAUSS, C., 1950, « Introduction à l'oeuvre de Marcel Mauss » : XXII, in M. MAUSS (dir.), *Sociologie et anthropologie*. Paris, PUF.

LEVINE, R.A., 2004, « Challenging Expert Knowledge findings from an african study of infant care an development » : 149-165, in U. P. GIELEN et J. L. ROOPNARINE (dir.), *Childhood and Adolescence: Cross-Cultural Perspectives and Applications*. Westport, Connecticut London, Praeger.

LINONGE-FONTEBO, H.N. et M. RABE, 2015, « Mothers in Cameroonians Prisons: Pregnancy, Childbearing and Caring for Young Children », *AFRICAN STUDIES*, 74, 3 : 290-309.

LIU, C., Y. ZHAO et Y. WANG, 2006, « Artemisine: current state and perspectives for biotechnological production of an antimalarial drug », *Appl Microbiol Biotechnol*, 72, 1 : 11-20.

LOCK, M., 2001, « The Tempering of Medical Anthropology: Troubling Natural Categories », *Medical Anthropology Quarterly*, 15, 4 : 478-492.

LOCK, M. et N. SCHEPER-HUGHES, 1990, « A critical-Interpretative Approach in Medical Anthropology: Ritual and Routines of Discipline and Dissent » : 47-72, in T. M. JOHNSON et C. F. SARGENT (dir.), *Medical Anthropology: Handbook of Theory and Method*. New York, Greenwood Press.

—, 1996, « A critical-Interpretative Approach in Medical Anthropology: Ritual and Routines of Discipline and Dissent » : 41–70, in T. M. JOHNSON et C. F. SARGENT (dir.), *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. New York, Praeger.

—, 2013, « A critical-Interpretative Approach in Medical Anthropology: Ritual and Routines of Discipline and Dissent » : 480-503, in P. A. ERICKSON et L. D. MURPHY (dir.), *Reading for a History of Anthropological Theory*. Toronto, University of Toronto Press.

LOVELL, N., 1995, *Pluralisme thérapeutique et stratégies de santé chez les Évhé du Sud-est Togo*. Paris, CEPED.

LUCKERHOFF, J. et F. GUILLEMETTE, 2012, « Introduction. Méthodologie générale de la théorisation enracinée : Un projet épistémologique » : 1-8, in J. LUCKERHOFF et F. GUILLEMETTE (dir.), *Méthodologie de la théorisation enracinée : Fondements, procédures et usages*. Presses de l'Université du Québec, Québec, CA.

M'PELE, P., M.M. TAMAKLOE et M. HOTOWOSSI, 2012, « Echo de l'OMS Togo. Le centre de recherche en médecine traditionnelle appliquée inauguré à Tchamba au Togo ». Lomé, Organisation mondiale de la santé, Bureau du Togo, 12 septembre 2012. Report n° 105.

MANOUAN, N.J.-M., B.B. N'GUESSAN, E. KROA et I. TIEMBRE, 2010, « Identification des acteurs de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire : cas du District autonome d'Abidjan », *Ethnopharmacologia*, 46 : 75-80.

MARSLAND, R., 2007, « The Modern Traditional Healer: Locating “Hybridity” in Modern Traditional Medicine, Southern Tanzania », *Journal of Southern African Studies*, 33, 4 : 751-765.

MASSÉ, R., 1995, *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal-Paris-Casablanca, Gaëtan Morin.

—, 2002, « Rituels thérapeutiques, syncrétisme et surinterprétation du religieux » : 5-12, in R. MASSÉ et J. BENOIST (dir.), *Convocations thérapeutiques du sacré*. Paris, Karthala.

MAUSS, M., 1936, « Les techniques du corps », *Journal de psychologie*, 32, 3-4 : 271-293.

MBOUTOL-MANDAVO, C., O. N'DOUR, S. OUEDRAOGO, R. MISSENGUE-BOSSEBA, D. NDIAYE et G. NGOM, 2016, « Fractures du nouveau-né et du nourrisson secondaires au massage traditionnel », *Archives de pédiatrie*, 23, 9 : 963-965.

MCELROY, A., 1990, « Rejoinder. Medical Anthropology Quarterly », *Medical Anthropology Quarterly*, 4, 3 : 379-387.

MCELROY, A. et P.K. TOWNSEND, 1996, *Medical Anthropology in Ecological Perspective*. Boulder CO, Westview press.

MEKKI-BERRADA, A., 2013, *Le concept organisateur de Baraka*. Québec, Presses de l'Université Laval.

MEMMI, D., 2003, *Faire vivre et laisser mourir : le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Paris, Découverte.

MESTRE, C., 2016, « Les premiers soins institutionnels au bébé », *Spirale*, 2, 78 : 114-118.

MILES, M.B. et A.M. HUBERMAN, 2003, *Analyse des données qualitatives*. Belgique, De Boeck Université.

MILES, M.B., A.M. HUBERMAN et J. SALDAÑA, 2013, *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. Los Angeles-London-New Delhi-Singapore-Washington DC, SAGE Publications, Incorporated.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 2011, *Politique nationale de santé. Loi d'orientation décennale*. Consulté sur internet (http://www.sante.gouv.tg/sites/default/files/documents/pns_version_finalisee_apres_validation_comite_des_partenaires_04_oct_11.pdf), novembre 2016

—, 2012, « Plan national de développement sanitaire du Togo 2012-2015 ». Consulté sur internet (édition électronique : http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Togo/PNDS_TOGO.PDF), le décembre 2014.

MONTEILLET, N., 2005, *Le Pluralisme thérapeutique au Cameroun. Crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*. Paris, Karthala.

MORGAN, R., 2005, « Finding What Children Say They Want: Messages from Children », *Representing Children*, 17, 3 : 180-189.

MORO, M.R., 2011, *Mille et une façons de bien s'occuper des bébés*. Paris, Fondation Mustela.

MORSE, J.M., 2009, « Tussles, Tensions, and Resolutions » : 13-23, in J. M. MORSE, N. P. STERN, J. M. CORBIN, B. BOWERS, K. CHARMAZ et A. E. CLARKE (dir.), *Developing Grounded Theory: The Second Generation*. California, Left Coast Press.

MORSY, S., 1979, « The Missing Link in Medical Anthropology: The Political Economy of Health », *Reviews in Anthropology*, 6, 3 : 349-363.

—, 1990, « Political Economy in Medical Anthropology » : 26-46, in T. M. JOHNSON et C. F. SARGENT (dir.), *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. New York, Praeger.

MULLER, J.C., 1978, « Maladies, traitements et docteurs chez les Rukuba. État du Plateau, Nigeria », *Anthropologie et Sociétés*, 2, 3 : 29-52.

N'DINGA, H., S. BUAMBO et M. ANGOUONO, 2015, « Annonce du décès d'un nouveau-né à la maternité de l'hôpital de base de Talangaï à Brazzaville au Congo, Announcement of the death of a newborn in the maternity of the basic hospital of Talangaï in Brazzaville at Congo », *Revue de médecine périnatale*, 7, 2 : 117-123.

NATIONS, M. et L. REBHUN, 1988, « Angels with wet wings won't fly: Maternal sentiment in Brazil and the image of neglect », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 12, 2 : 141-200.

NORET, J., 2009, « Perdre un bébé, une mort insoutenable? Quelques remarques d'anthropologie comparative », *Etudes sur la mort*, 2, 136 : 137-148.

—, 2010, « Deuil et funérailles dans le Bénin méridional », *Enterrer à tout prix. Editions de l'Université Libre de Bruxelles, Brussels*.

O'NEILL, J., 1985, *Five Bodies: The Human Shape of Modern Society*. Ithaca, Cornell University Press.

OMS, 2000, « Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle ». Consulté sur internet (édition électronique : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68476/1/WHO_EDM_TRM_2000.1_fre.pdf), le 21 juillet 2017.

—, 2003, *Médecine traditionnelle (Aide-mémoire N°134 Révisé mai 2003)*. Consulté sur internet (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/2003/fs134/fr/>), février 2014.

—, 2006, « Travailler ensemble pour la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2006 ». Genève, OMS.

—, 2012, *Togo : WHO Statistical Profile*. Consulté sur internet (<http://www.who.int/gho/countries/tgo.pdf?ua=1>), 07 avril 2017

—, 2013a, « Statistiques sanitaires mondiales ». Consulté sur internet (édition électronique : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82056/1/9789242564587_fre.pdf?ua=1), le 7 octobre 2013.

—, 2013b, « Stratégie de l’OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 ». Consulté sur internet (édition électronique : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95009/1/9789242506099_fre.pdf?ua=1), le 17 février 2014.

—, 2014, « Statistiques sanitaires mondiales 2014 ». Consulté sur internet (édition électronique : http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/fr/), le 20 février 2018.

—, 2015, *Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030*. Genève, OMS.

OMS et UNICEF, 1978, *Les soins de santé primaire*. Rapport présenté à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma Ata, 1978.

—, 2003, « Stratégie mondiale pour l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant. ». Consulté sur internet (édition électronique : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42680/1/9242562211.pdf>), le 27 février 2018.

—, 2008, « Strengthening action to improve feeding of infants and young children 6-23 months of age in nutrition and child health programmes: Report of proceedings ». Consulté sur internet (édition électronique : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44034/1/9789241597890_eng.pdf), le 27 février 2018.

ORSI, F. et J.-B. ZIMMERMANN, 2014, « Le marché des antipaludéens. Entre régulation et défaillance », *Documents de travail (Aix-Marseille School of Economics)*, 55.

PAILLÉ, P., 1994, « L’analyse par théorisation ancrée », *Cahiers de recherche sociologique*, 33 : 147-181.

PAILLÉ, P. et A. MUCCHIELLI, 2003, *L’analyse thématique. L’analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, Armand Colin.

PAZZI, R., 1976, *L’homme Ewe, Aja, Gen, Fon et son univers. Notes sur l’aire culturelle aja*. Lomé, Reneotyped.

PELCHAT, Y., É. GAGNON et A. THOMASSIN, 2006, « Sanitarisation et construction de l’exclusion sociale », *Lien social et Politiques*, 55 : 55-66.

PIATECKI, C. et P. ULMANN, 1995, « La micro-économie de la santé: Bilan et perspectives ». Consulté sur internet (édition électronique : http://www.persee.fr/doc/ecofi_0987-3368_1995_num_34_3_2188), le 26 mai 2016.

- POIRIER, S., 2016, « “Ontologies” », *Anthropen.org*.
- POPULATION REFERENCE BUREAU, 2016, *2016 World Population Data Sheet. With a special focus on human needs and sustainable resources*. Consulté sur internet (<http://www.prb.org/pdf16/prb-wpds2016-web-2016.pdf>), mai 2017.
- PORDIÉ, L. et E. SIMON (dir.), 2013, *Les nouveaux guérisseurs : Biographies de thérapeutes au temps de la globalisation* (Vol. 42). France, École des hautes études en sciences sociales.
- POUSSET, J.L., 2006, « Politiques nationales. Place des médecines traditionnelles en Afrique », *Médecine tropicale*, 66, 6 : 606-609.
- QUERRE, M. et C. MESTRE, 2007, « L’anthropologie de l’enfant, une histoire récente. Entretien avec Doris Bonnet et Suzanne Lallemand, Face à face », 10. Consulté sur internet (édition électronique : <http://faceaface.revues.org/66>), le 10 december 2013.
- QUIVY, R. et L.V. CAMPENHOUDT, 2011, *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris, Dunod.
- RAGIN, C.C. et A.D. KRIS, 2002, *Fuzzy-Set/Qualitative Comparative Analysis 0.963*. Consulté sur internet (<http://www.fsqca.com>), Mars 2015.
- RÉPUBLIQUE TOGOLAISE, 2002, « Loi n° 2001-017 du 14 décembre 2001 relative à l’exercice de la médecine traditionnelle au Togo », *Journal officiel*, Numéro spécial.
- RIVIÈRE, C., 1981a, « La naissance chez les Évé du Togo », *Journal des africanistes*, 51, 1-2 : 71-95.
- , 1981b, *L’Anthropologie religieuse*. Lomé, Nouvelles éditions africaines.
- , 1990, *Union et procréation en Afrique. Rites de la vie chez les Évé du Togo*. Paris, L’Harmattan.
- , 1995, *Les rites profanes*. Paris, Presses universitaires de France.
- RUIZ, M.J., M. VAN DIJK, K. BERDICHEVSKY, A. MUNGUÍA, C. BURKS et S. GARCÍA, 2013, « Barriers to the use of maternity waiting homes in indigenous regions of Guatemala: a study of users’ and community members’ perceptions », *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, 15, 2 : 205-218.
- SAHLINS, M.D., 1992, « The Economics of Develop-Man in the Pacific », *Res, Anthropology and Aesthetics*, 21 : 13-25.
- , 1999, « What is anthropological enlightenment? Some Lessons of the Twentieth Century », *Annual Review of Anthropology*, 28, 1 : i-xxiii.

- SAILLANT, F., 2001, « Transformations des systèmes de santé et responsabilité des femmes » : 221–247, in B. HOURS (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*. Paris, Karthala.
- SANTOS, R.V., 1995, « Review of Death without Weeping: The Violence of Everyday Life », *American Journal of Human Biology*, 7, 1 : 100-101.
- SCHENSUL, S.L., A. MEKKI-BERRADA, B.K. NASTASI, N. SAGGURTI et R.K. VERMA, 2006, « Healing Traditions and Men's Sexual Health in Mumbai, India: The Realities of Practiced Medicine in Urban Poor Communities », *Social Science and Medicine*, 62, 11 : 2774-2785.
- SCHENSUL, S.L., J.J. SCHENSUL et M.D. LECOMPTE, 1999, *Essential Ethnographic Methods: Observations, Interviews, and Questionnaires*. California, Rowman Altamira.
- SCHEPER-HUGHES, N., 1985, « Culture, Scarcity, and Maternal Thinking: Maternal Detachment and Infant Survival in a Brazilian Shantytown », *Ethos*, 13, 4 : 291-317.
- , 1987, *Child Survival: Anthropological Perspectives on the Treatment and Maltreatment of Children*. Dordrecht, Boston, Kluwer Academic Publishers.
- , 1992, *Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley, University of California Press.
- , 1997, « Demography without Numbers » : 201-222, in D. I. KERTZER et T. FRICKE (dir.), *Anthropological Demography. Toward a new Synthesis*. USA, University of Chicago.
- SCHEPER-HUGHES, N. et M.M. LOCK, 1987, « The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology », *Medical Anthropology Quarterly*, 1, 1 : 6-41.
- SCHEPER-HUGHES, N. et C.F. SARGENT (dir.), 1998, *Small Wars: The Cultural Politics of Childhood*. USA, University of California Press.
- SECRÉTARIAT TECHNIQUE DU DSRP, 2013, *Stratégie de croissance accélérée et de promotion de l'emploi (SCAPE) 2013-2017*. Consulté sur internet (http://www.scape.tg/IMG/pdf/SCAPE_2013-2017_version_finale.pdf), décembre 2014.
- SEN, A.K., 1993, « Capability and Well-Being » : 30-53, in M. NUSSBAUM et A. K. SEN (dir.), *The Quality of Life*. Oxford, Oxford University Press.
- SINGER, M. et H.A. BAER, 1995, *Critical Medical Anthropology*. USA, Baywood Publishing Company.
- SINGER, M., H.A. BAER et E. LAZARUS, 1990, « Critical Medical Anthropology in Question », *Social Science and Medicine*, 30, 2 : 5-8.
- SINGLETON, M., 2015, *Confessions d'un anthropologue*, L'Harmattan Paris.

- SPIETH, J., 2009 [1906], *Les communautés Ewe (Die Ewe-Stämme)* (AKAKPO-NUMADO, D. YIGBE, K. AZAMEDE, N. L. GAYIBOR, A. V. AHADJI et K. KOSSITITRIKOU, Trad. N. L. GAYIBOR (dir.)). Lomé, Presses de l'Université de Lomé.
- , 2011 [1906], *The Ewe People. A Study of the Ewe People in German Togo* (E. F. TSAKU, M. EDORH, R. AVORNYO et M. E. K. DAKUBU, Trad. K. AMOAKU (dir.)). Accra, Sub-Saharan Publishers.
- ST-DENIS, K., J. LUCKERHOFF et F. GUILLEMETTE, 2015, « Les approches inductives en anthropologie », *Approches inductives*, 2, 2 : 1-14.
- STICHICK, T. et C. BRUDERLEIN, 2001, « Children facing insecurity: New strategies for survival in a global era », *Policy paper produced for the Canadian Department of Foreign Affairs and International Trade*.
- STRAUSS, A.L., 1987, *Qualitative analysis for social scientists*. New York, Cambridge University Press.
- STRAUSS, A.L. et J.M. CORBIN, 1990, *Basics of Qualitative Research* (1 ed.). Thousand Oaks, Sage.
- STRAUSS, A.L. et J.M. CORBIN, 1990, *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park, Californie, Sage Publications.
- STRAUSS, A.L. et J.M. CORBIN, 1998, *Basics of Qualitative Research* (2 ed.). Thousand Oaks, Sage.
- , 2004, *Les fondements de la recherche qualitative. Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée* (M.-H. SOULET, S. EMERY, O. KERRALIE et S. CHLOË, Trad. Vol. 22). Fribourg, Academic Press.
- TALL, E., 1990, « L'interprétation du malheur et de la maladie : une consultation chez un devin au Sud-Bénin » : 191-199, in D. FASSIN et Y. JAFFRÉ (dir.), *Société développement et santé*. Paris, ELLIPSES/AUPELF.
- TAVERNE, B., 2000, « L'allaitement dans le cycle de vie de la femme en pays mossi » : 83-110, in A. DESCLAUX et B. TAVERNE (dir.), *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala.
- , 2000, « Les détenteurs du savoir et les alternatives à l'allaitement en milieu rural mossi » : 239-268, in A. DESCLAUX et B. TAVERNE (dir.), *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala.
- THOMAS, L.-V. et R. LUNEAU, 1980, *La terre africaine et ses religions*. Paris, L'Harmattan.
- THOMAS, P.D., 2013, « Hegemony, passive revolution and the modern Prince », *Thesis Eleven*, 117, 1 : 20-39.

- TOSEL, A., 2005, « La presse comme appareil d'hégémonie selon Gramsci », *Quaderni*, 57, 1 : 55-71.
- TURNER, B., 1984, *The Body and Society: Explorations in Social Theory*. Oxford, Basil Blackwell.
- UNICEF, 2008, « UNICEF child protection strategy », *Annual Session*.
- , 2015, « Annual Results Report 2014. Nutrition ». Consulté sur internet (édition électronique : https://www.unicef.org/publicpartnerships/files/2014_Annual_Results_Report_Nutrition.pdf), le 26 Février 2018.
- VAN DER SIJPT, E. et C. NOTERMANS, 2010, « Perils to pregnancies: on social sorrows and strategies surrounding pregnancy loss in Cameroon », *Medical Anthropology Quarterly*, 24, 3 : 381.
- VAN LONKHUIJZEN, L., J. STEKELENBURG et J. VAN ROOSMALEN, 2009, « Maternity waiting facilities for improving maternal and neonatal outcome in low-resource countries », *Cochrane Database Syst Rev*, 3.
- VAN LONKHUIJZEN, L., J. STEKELENBURG et J. VAN ROOSMALEN, 2012, « Maternity waiting facilities for improving maternal and neonatal outcome in low-resource countries », *COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS*10.
- VAUGHAN, M., 1991, *Curing their Ills. Colonial Power and African Illness*. Stanford, Stanford University Press.
- VIDAL, L., 2000, « Penser le risque de transmission: transmission de la mère à l'enfant et allaitement » : 411-432, in A. DESCLAUX et B. TAVERNE (dir.), *Allaitement et VIH en Afrique*. Paris, Karthala.
- VIVIAN, L., 2012, « “We didn't do anything wrong, we tried our best, but they just died ... we tried, we really tried”: Child Deaths in the Paediatric Intensive Care Unit, Red Cross Children's Hospital, Cape Town, South Africa », *AFRICAN STUDIES*, 71, 2 : 287-303.
- VIVIAN, L., A. MARAIS, S. MCLAUGHLIN, S. FALKENSTEIN et A. ARGENT, 2009, « Relationships, trust, decision-making and quality of care in a paediatric intensive care unit », *Intensive Care Medicine*, 35, 9 : 1593-1598.
- WHO, UNHCR, UNICEF et WFP, 2014, « Food and nutrition needs in emergencies ». Consulté sur internet (édition électronique : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68660/1/a83743.pdf?ua=1>), le 26 février 2018.
- WILLCOX, M., R. SANOGO, C. DIAKITE, S. GIANI, B.S. PAULSEN et D. DIALLO, 2012, « Improved traditional medicines in Mali », *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18, 3 : 212-220.

- YORO, B.M., 2010, « Rôle de l'anthropologue dans la revalorisation de la médecine traditionnelle africaine », *Recherches qualitatives*, 29, 2 : 57-67.
- YOUNG, A., 1980, « The Discourse on Stress and the Reproduction of Conventional Knowledge », *Social Science and Medicine*, 148, : 133-146.
- , 1982, « The Anthropologies of Illness and Sickness », *Annual Review of Anthropology*, 11, : 257-285.
- , 1983, « The Relevance of Traditional Medical Cultures to Modern Primary Health Care », *Social Science and Medicine*, 17, 16 : 1205-1211.
- ZAROCOSTAS, J., 2008, « Cutting child mortality by half by 2015 is “still possible,” says Unicef », *BMJ: British Medical Journal*, 336, 7637 : 175.
- ZEMPLÉNI, A., 1985a, « L'enfant *Nit Ku Bon*. Un tableau psychopathologique traditionnel chez les Wolof et les Lebou du Sénégal in L'enfant ancêtre », *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, 4, : 9-41.
- , 1985b, « La “maladie” et ses “causes” : introduction » : 96-97 : 13-44, in A. ZEMPLÉNI (dir.), *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture*. Paris, Société d'Ethnographie.
- , 1988, « Entre “sickness” et “illness” : de la socialisation à l'individualisation de la “maladie” », *Social Science and Medicine*, 27, 2 : 1171-1182.

ANNEXES

Annexe 1 : Définition des notions et termes spécifiques utilisés

Alimentation : manière de se nourrir. Dans le cadre de cette recherche, l'accent est mis sur la manière dont les mères se nourrissent elles-mêmes et la façon dont elles nourrissent leurs enfants.

Biomédecine : ensemble de techniques et de pratiques ancrées dans les sciences médicales qui a pour objet la conservation et le rétablissement de la santé des êtres humains ainsi que l'étude des faits qui les caractérisent.

Ethnomédecine : « ensemble des croyances et des pratiques relatives à la maladie dans chaque société. » (Genest 1978 : 24). Il s'agit de pratique et de savoirs non-biomédicaux.

Médecine traditionnelle : en vue de rassembler les principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle, l'OMS retient la définition suivante :

La médecine traditionnelle existe depuis toujours : elle est la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent, rationnellement ou non, sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales. Dans certains pays, les appellations médecine parallèle/alternative/douce sont synonymes de médecine traditionnelle. (OMS 2000 : 1)

Toutefois, dans le cadre de cette recherche, la définition ci-dessous est retenue pour ne pas s'éloigner du contexte. Il en est de même pour les composantes de la médecine traditionnelle (République Togolaise 2002).

LOI N° 2001-017 DU 14 DÉCEMBRE 2001 RELATIVE À L'EXERCICE DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE AU TOGO

L'assemblée nationale a délibéré et adopté;

Le président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Chapitre 1 - Dispositions générales

Article premier – La médecine traditionnelle est l'ensemble de toutes les connaissances, techniques de préparation et d'utilisation de substances, mesures et pratiques en usage, explicables ou non à l'état actuel de la science, qui sont basées sur les fondements socioculturels et religieux des collectivités togolaises, qui s'appuient sur les expériences vécues et les observations transmises de génération en génération et qui servent à diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre du bien-être physique, mental, social ou spirituel.

Art. 2 – Le terme de médecine traditionnelle au sens de la présente loi s’applique notamment aux catégories professionnelles suivantes :

- tradithérapeutes;
- accoucheuses traditionnelles;
- herboristes;
- médico-droguistes.

La catégorie des tradithérapeutes comprend :

- les phytothérapeutes : ceux qui soignent principalement par les plantes;
- les psychothérapeutes : ceux qui soignent principalement par les techniques basées sur le vécu social et les relations entre thérapeute et malade, utilisant ou non la puissance du verbe appelée incantation;
- les chirokinésithérapeutes : qui sont ceux qui pratiquent principalement avec la main nue ou à l’aide d’instrument des massages ou des modifications sur le corps afin de redonner aux parties malades ou blessées leur forme et leur fonction;
- les phlébotomistes : ceux qui pratiquent principalement les techniques de saignée pour soigner.

Est accoucheuse traditionnelle, la personne reconnue comme compétente pour prodiguer à une femme et à son nouveau-né, avant, pendant et après l’accouchement des soins de santé basés sur les concepts prévalant dans la collectivité où elle vit.

Est herboriste, la personne qui connaît les usages des plantes médicinales et qui les vend.

Est médico-droguiste, la personne qui connaît les usages des substances médicinales d’origine animale ou minérale et qui les vend.

Mère : parent biologique de sexe féminin d’un enfant de moins de cinq ans.

Personnel de santé : « l’ensemble des personnes exerçant des activités dont l’objet essentiel est d’améliorer la santé » (OMS 2006). De fait, cela inclut la mère ou tutrice et les autres membres de la famille ou du lignage qui s’occupent de l’enfant en lui fournissant des soins domestiques, le guérisseur traditionnel qui s’appuie sur un savoir ancestral pour donner des soins ou apporter une consolation et le personnel de santé publique dont le rôle essentiel est d’améliorer la santé des enfants.

Personnel de santé privée : agents de santé privée qui pratiquent des soins qui correspondent à leurs compétences au sein de cabinets et de cliniques privées.

Personnel de santé publique : agents de santé publique qui pratiquent des soins qui correspondent à leurs compétences au sein des institutions gérées par l'État.

Rite : pratique culturelle complexe inscrite dans la vie sociale et religieuse de la société à l'étude et qui exige des prières et des sacrifices destinés aux divinités, soit pour des raisons préventives, soit pour des raisons curatives.

Soin : thérapie donnée à un enfant malade ou une attention particulière nécessaire au bien-être de l'enfant qu'une mère, un membre ou non de la famille lui apporte.

Système de santé : ordre socioculturel, politique et économique dans lequel une ou plusieurs médecines sont utilisées pour produire et distribuer des services de santé dans un pays ou une société. Ainsi, un système de santé varie selon les aires culturelles et peut être subdivisé en divers secteurs (public, privé, formel ou informel). Dans le cadre de cette recherche, le terme *système de santé publique* correspond à un système de santé géré par une administration publique d'un pays et le *système traditionnel de santé* se réfère un système de santé conçu et géré par la société civile agotimée.

Tradition ethnomédicale : « [...] espace de sens, de savoir et d'action destiné à préserver la santé ou à transformer un état considéré comme pathologique en un état de santé. » (Mekki-Berrada 2013 : 21). Les traditions ethnomédicales peuvent être ancrées dans les cultures occidentales et non-occidentales, biomédicales et non-biomédicales. Les savoirs ethnomédicaux dont il est question ici sont : les savoirs ethnomédicaux familiaux pour les pratiques médicinales dans les unités domestiques, les savoirs ethnomédicaux non professionnels des praticiens traditionnels et les savoirs ethnomédicaux professionnels des praticiens traditionnels dans leur lieu de travail respectif.

Tutrice : personne de sexe féminin désignée par les membres de la famille d'un enfant de moins de cinq ans dont la mère est décédée ou a effectué une migration.

Annexe 2 : Spécificités sociodémographiques et économiques

Tableau 9 : Répartition des enfants de moins de cinq ans par sexe selon le village

		Village			
		Adamé	Nyitoé	Zoukpé	Total
		Effectif	Effectif	Effectif	Effectif
Sexe de l'enfant	Masculin	5	17	6	28
	Féminin	3	20	10	33
	Total	8	37	16	61

Tableau 10 : Âge moyen des mères selon le village

	Village			
	Adamé	Nyitoé	Zoukpé	Total
	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne
Âge de la mère	30,2	27,5	27,4	27,9
Âge à la première naissance de la mère	22,2	21,1	20,2	21,0

Tableau 11 : Âge moyen des mères et tuteurs

	N	Moyenne	Écart type
Âge de la mère	35	27,9	7,208
Âge de la tutrice	5	49,4	7,162
N valide (listwise)	40		

Tableau 12 : Répartition des mères et tuteurs par niveau d'instruction selon le village

		Village			
		Adamé	Nyitoé	Zoukpé	Total
		Effectif	Effectif	Effectif	Effectif
Niveau d'instruction	Primaire	1	17	6	24
	Secondaire 1er cycle	2	7	2	11
	Secondaire 2e cycle	2	2	1	5
	Total	5	26	9	40

Tableau 13 : Activité principale des mères et des tuteurs

	Effectif	Pourcentage
Agricultrice	11	27,5
Commerçante	16	40
Tresseuse	1	2,5
Coiffeuse	1	2,5
Fabricant de boisson	1	2,5
Boulangier	2	5
Couturière	6	15
Fabricant de savon	1	2,5
Caissière	1	2,5
Total	40	100,0

Tableau 14 : Activité principale des pères des enfants de moins de 5 ans

	Effectif	Pourcentage
Agriculteur	12	30
Commerçant	2	5
Coiffeur	1	2,5
Conducteur de véhicule	3	7,5
Agent de sécurité	1	2,5
Taxi moto (Zémidjan)	1	2,5
Maçon	9	22,5
Tisserand	1	2,5
Fabricant de boisson locale	1	2,5
Couturier	1	2,5
Enseignant	1	2,5
Électricien	2	5
Moulineur	2	5
Mécanicien	1	2,5
Cuisinier	1	2,5
Soudeur	1	2,5
Total	40	100,0

Tableau 15 : Personnel de santé selon l'âge et le nombre d'années d'expérience

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type
Âge	10	25	56	41,3	9,684
Nombre d'années d'expérience	10	4	28	14,3	7,451
N valide (listwise)	10				

Tableau 16 : Praticiens traditionnels selon l'âge et le nombre d'années d'expérience

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type
Âge	10	25	70	44,7	17,404
Nombre d'années d'expérience	10	1	43	18,6	16,939
N valide (listwise)	10				

Tableau 17 : Santé infantile selon les mères biologiques et tutrices

	Effectifs	Pourcentage
L'enfant est dans la joie	9	22,5
L'enfant fait des jeux	18	45
L'enfant fait des mouvements	9	22,5
L'enfant fait des sauts	2	5
L'enfant reste calme/faible	16	40
L'enfant rejette le sein, dos, aliment	9	22,5
L'enfant pleure de temps en temps	17	42,5
L'enfant a le corps chaud	18	45
L'enfant fait la diarrhée/vomit	4	10
L'enfant ou la mère mange bien	22	55
L'enfant tête bien	2	5
Douleur dans une partie du corps	7	17,5
La forme/état de l'enfant	9	22,5
Entretien de l'enfant/hygiène	24	60
Recours à une thérapie	6	15
Vaccination de l'enfant	2	5
Bien être	3	7,5

Tableau 18 : Santé infantile selon le personnel médical

	Effectifs	Pourcentage
L'enfant fait des jeux	2	20
L'enfant fait des sauts	1	10
L'enfant reste calme/faible	1	10
L'enfant a le corps chaud	2	20
L'enfant fait la diarrhée/vomit	2	20
Douleur dans une partie du corps	1	10
La forme/état de l'enfant	4	40
Entretien de l'enfant/hygiène	6	60
Recours à une thérapie	8	80
Vaccination de l'enfant	2	20
Bien être	4	40
Malnutrition	2	20

Tableau 19 : Santé infantile selon les praticiens traditionnels

	Effectifs	Pourcentage
L'enfant est dans la joie	2	20
L'enfant fait des jeux	5	50
L'enfant fait des mouvements	2	20
L'enfant reste calme/faible	2	20
L'enfant rejette le sein, dos, aliment	3	30
L'enfant a le corps chaud	6	60
L'enfant fait la diarrhée/vomit	5	50
L'enfant ou la mère mange bien	5	50
L'enfant tête bien	1	10
Douleur dans une partie du corps	2	20
La forme/état de l'enfant	6	60
Entretien de l'enfant/hygiène	2	20
Recours à une thérapie	8	80
Bien être	1	10
L'enfant grelotte/A froid	1	10

Annexe 3 : Glossaire

Français	Ewe	Adan
Anatomie du corps de l'enfant		
Aisselles	Axatome	Dāsi
Anus	Minyefe	Fitom
Auriculaire	Togesi/Assimloeto	Ituemu
Bile	Veve	Dodom
Bouche	Enu	Nyā
Bras	Abɔ	Koli
Chaire	Dutilā	Helo
Cheveux	Da	Yibom
Clitoris	Atekui	Pititso
Cœur	Dzi	Tchui
Coude	Aboguglui	Agogoglɔ
Cuisse	Ata	Fio
Dent	Aɖu	Nuɖu
Doigt	Asibide	Nine
Épaule	Abɔta	Kolino
Fesse	Gbi/Gbo/Dlɔnu	Supanya
Figure	Dkume	Duɖwem
Foie	Aklā	Pulipuli
Fontanelle	Gbɔfe	Mumuwoye
Front	Dgo	Xenya
Genou	Klo	Nakutso
Gros orteil	Deglefetsu	Nanekokoli
Hanche	Ali	Mlem
Index	Mɔfiasi	Blɔtsom nine
Intestin	Dɔka	Mini
Joue	Alɔgo	Tato
Langue	Aɖe	Lile
Lèvre	Nuyi	Nyatɔe
Main	Asi	Dɛ
Majeur	Fiasi	Kokolɔ
Menton	Egla	Tsitsā
Mollet	Sobo	Nabɔ
Nez	Dɔtsi	Gugo
Nombril	Agbɔgbɔ	Naɖmɔ
Nuque	Aɖkɔe	Yikɔese
Œil	Dku	Hugbe
Ombilic	Agbɔgbɔnu	Naɖmɔnya
Ongle	Fe	Nineɖɔe
Oreille	Tɔ	Toe
Os	Efu	Wu
Pancréas	Eba	Mɔsɔ
Paume de la main	Asifome	Dem
Peau	Duti/Agbadze	Xewom
Pénis	Ava	Sloe
Pied	Afɔ	Nane
Placenta	Amenɔ	Nɔnye
Planche du pied	Afɔfome	Nanesi
Poils de la peau	Dutifu	Xebom

Poitrine
Pouce
Poumon
Pubis
Quenottes
Rein
Seins
Sourcil
Talon
Tempe/Pavillon
Testicules
Tête
Tétin
Tympan
Vagin
Veine/artère
Ventre

Akɔta
Deglefetsu
Dzɔfito
Aɲome
Ɖeviwo *fe aɖu*
Ayiku
Nò
Aɖabafu
Afɔkodzi
Tonugba
Veku
Tà
Nò *fe nugbo*
Tòfiɛ
Nyɔnɔvime/kolo/ɖo
Uuka
Fodo

Gugoe
Kɔkɔli
Pulipuli
Ɖasi
Nuɲmu
De
Nyo
Huɲmetseli
Naneseƙpɔdzi
Tuesi
Suloɲme
Yi
Nyonya
Tuemulo
Piti
Mɔkpā
Lukluim

Substance du corps

Cérumen
Crachat
Crasse
Larmes
Matière fécale
Morve
Pet
Salive
Sang
Sang chaud
Sang faible
Sang fort
Sang froid
Souffle/respiration
Sueur
Urine

Tome mi
Kpedru/Eta
Eɖi
Aɖatsi
Emi/Afɔdzi
Mitsi
Ɖɔ
Ta
Evu
Evu xɔdzɔ/Evu dzedzo
Evu masɛ
Evu sesɛ
Evu fafa/Evu fafɛ
Gbɔgbɔ
Ade/afifia
Aɖuɖɔ

Toemifi
Ahohɔ dzedze
Gme
Voɲmu
Fi
Gugosa
Sām
Ladā
Mɔ
Mɔ kala
Mɔ dzɔdzɔɛ
Mɔ hewa
Mɔ dzɔdzɔɛ
Mumu
Latsa
Zām

Maladies infantiles

-
Albinos
Anémie
Asthme
Bègue
Bouton
Brèche dentaire
Candidose
Chancre mou
Choléra
Convulsion
Coqueluche
Démangeaison
Demi-sourd
Diarrhée
Diarrhée verte
Douleur ombilicale

Enule
Gelesosi
Uuɔ le lāme
Gbɔxi
Aɖɛkukuto
Nutsetse
So fe aɖume
Manyɛ
Agbadza
Asi/ɔɖido
Yɛyɛdo
Kɔɲkɔ
Ɖitifɛ
Toɖɛkakuvi/tokuno
Ɖomesasra
Sabra
Agbugbɔtapkui

Nya hio
Eobesodom
Mɔta nɔmi
Gbɔhle
Kpemu
Nɔwowe
Sofe nu gum
Manyɛ
Agbadza
Luklum yaye be nyuba
Sāsɪ hio
Kɔɲkɔ
Heplem hellem
Tuegbogbue kake tse
Lublum yaye
Sabla
Nagnɔ kpiti

Drépanocytose
 Dysenterie
 Enfant aveugle
 Enfant borgne
 Enfant manchot
 Épilepsie
 Fatigue
 Fièvre jaune
 Fracture
 Gale
 Ganglion
 Handicapé (malformations)
 « Hémorroïde »
 Hépatite
 Hernie
 Ictère
 Infection (Plaie abdominale)
 Kwashiorkor
 Maigreux
 Maigrichon
 Maux d'yeux
 Maux de tête
 Maux de ventre
 Méningite
 Mongole
 Œdème
 Oreillons
 Paludisme
 Pelade
 Pied d'athlète
 Sida
 Sinusite
 Sortie du sphincter anal/Prolapsus
 Sourd
 Splénomégalie
 Syphilis
 Tétanos
 Toux
 Tuberculose
 Vomissement

Nuqui
 Kpeta
 Dkugbagba vi
 Dkuḍeka vi
 Abòtsotso vi
 Dzanyigblo
 Gbòdzògbòdzò
 Atiketsi dze/sabra
 Fu ɲeɲe
 Akpa/Akpakuis
 Zòkoko
 Bafa
 Koko
 Aklāḍò
 Aklolui
 Ddza
 Abi le òme
 Kòsiòkò
 Kuḍiqḍi
 Kuḍiqḍi vi
 Dku dò/Dku qui
 Ta dò/Ta qui
 Dòme dò/Dòme qui
 Kòlialiadò
 Nutodzità
 Nutete
 Azege
 Atiketsi/Asra
 Abala
 Afòvitəme fefe
 Đikanaku
 Tagomevevedò
 Kpəle
 Toku
 Kuku
 Uumedò
 Dòsesē/Aḍisiamé
 Kpə
 Yòmekpə
 Tutru

Hekòm
 Sikpi yaye
 Hengme yuyubi
 Dzokue hengme kaketse
 Dzokue kòlɪf popoe
 Sinòhiò
 Pòtòm
 Asra tsutsi
 Wukukuĩ
 Sekeḍe
 Busumakpò
 Gblòtɛ/bafanyi
 Koko
 Pulipulihio
 Aklolue
 Asra ekuo
 Lòklum pa
 Kòsiòkò
 Helo tatə
 Helo tatə Nyafi
 Hengme hiò/Heyum
 Yiye nò
 Luklum hiò
 Kuelalie
 Tòxòsu
 Nufufuĩ
 Agege
 Asra
 Abala
 Na nekpe sase
 Hela tatə
 Gugum fudzem
 Gbi
 Togbogbe
 Gbogboe
 Kodo ponò
 Sase hiò
 Hlèm
 Hoha
 Viem

Maladies de la parturiente

-
 Acné/furoncle
 Anémie
 Candidose
 Chancre mou
 Démangeaison/allergie
 Diabète
 Éléphantiasis
 Fibrome
 Folie
 Gonococcie
 « Hémorroïde »
 Hépatite

Dufoədufoə
 Nyatsu
 Uuvò le lāme
 Manyə
 Agbadza
 Dtifie
 Đuḍòvividò/Suklidò
 Zobo
 Đudzo
 Aḍavado
 Aḍuḍòve
 Koko
 Aklāḍò

Dufoədufoə
 Nyasu
 Mòta nò xemu
 Manyə
 Agbadza
 Heplem
 Sokli hiò
 Nane keble/zibo
 Alele
 Godo
 Zamu momue
 Koko
 Pulipulihio

Hypertension artérielle/ éclampsie	Kametutudo/vusugbodo	Kpamdzodzne hio
Lèpre	Kpodo/dodzē	Hio tsu
Paludisme	Atiketsi/Asra	Asra
Panaris	Nuvoõ/Dolõ	Gõ/ Nõfini
Sida	Đikanaku	Mota helo nãgbo
Syphilis	Uumedo	Kodo ponõ
Tétanos	Dosesē/Adjisiame	Sase hio

Plantes médicinales

-	Atsāpon	Atsāpon
-	Atogbe	Dipaba
-	Melõnku	Kuātso
-	Dugbe	Nyaba
-	Gbõti	Gbõtsõ
-	Dzeveti	Su
-	Kpavilemegbe	Binye
-	Akagbe	Dio
-	Eyi	Malĩ
-	Ađatsigolo	Ađatsigue
-	Akamatsi	Akamati
-	Akpõkplõgbe	Akpõkplõba
-	Aloma	Nyaba
-	Amagna	Baɗua
-	Dõđemakpõwõ	Dõđemakpõwue
-	Huhoeti	Akamati
-	Koklotsuta	Kuɗõku eyi
-	Kakle	Kakle
-	Seiti	Seitso
-	Pepre	Pepre
-	Mahogẽ	Mahogẽ
Acajou (<i>Swietenia mahogani</i>)	Ayo	Ayo
Ail (<i>Allium sativum</i>)	Aloe	Aloe
Aloès (<i>Aloe</i>)	Nuveve/sikõni	Nofiãdze
Anis vert (<i>Pimpinella anisum</i>)	Agbitsa	Gã
Aubergine (<i>Solanum melongena</i>)	Tigbe	Tiɗã
Citronnelle (<i>Cymbopogon nardus</i>)	Dõɗtiti	Kpe yowu tso
Citronnier (<i>Citrus limon</i>)	Voti	Vo tso
Corossolier (<i>Annona muricata</i>)	Dotẽ	Kakadro
Gingembre (<i>Zingiber officinale</i>)	Gowati	Gowatso
Goyavier (<i>Pididium guajava</i>)	Kpatima/Kpõti yibo	Nyaba
Hysope (<i>Hyssopus officinalis</i>)	Notigbe	Nyonyuɗã
Jean Robert (<i>Euphorbia hirta</i>)	Akukõti	Kõletso
Jujubier (<i>Spondia monbin</i>)	Aflatogã/aflavi	Yõke tue ɗa
Kalanchoe (<i>Kalanchoe arborescens</i>)	Gbegbleyi	Fiem fe yõ
Kinkéliba (<i>Combretum micranthum</i>)	Nyimõ	Nyimõ
Le pêcheur africain (<i>Prunus persica</i>)	Liliti	Sabolatso
Nime (<i>Azadirachta indica</i>)	Pãplemousti	Paplomutso
Pamplemoussier (<i>Citrus grandis</i>)	Ađibati	Ađibatso
Papayer (<i>Carica papaya</i>)	Babati dze	Kõđiđi tsu
Pigeon d'inde (<i>Jatropha gossypifolia</i>)	Atadi/able	Kõđa
Piment (<i>Capsicum</i>)	Ataku	Yueɗu
Piment de Guinée	Atiɗkali	Bõyue
Poivre (<i>Piper nigrum</i>)	Etso	So
Poivre de Guinée (<i>Xylopi aethiopica</i>)	Anyati	Nyabatso
Dragonnier (<i>Dracaena arborea</i>)		

Aliments pour nourrisson

Bouillie	Dzogbo/koko/akatsa	Koko/Fabu
Bouillie farinée	Wɔ dzogbo	Mamu koko
Bouillie pimenté	Atadi dzogbo	Kɔɔda koko
Eau	Etsi	Nyu
Lait de vache	Nyinòtsi	Na nyo nyu
Lait en boîte	Gome lait	Tɔm nanyonyu
Lait en poudre	Nyinòtsi wɔwɔ	Na nyo nyu tɔmnɔ
Lait maternel	Nòtsi	Na nyo nyu

Aliments pour enfant

Arachide grillée	Azi tɔtɔ	Giginsisi
Biscuit	Kpɔnɔvivi	Bolobolovidze
Bouillie pour enfant	Ɖevi dzogbo	Dzobui koko
Boule d'akassa	Akafa/egblɛ	Agidi
« Cérélac »	Sedɛlak	Keɔɛla
Couscous de manioc	Yakayake	Yakayake
Farine délayée	Galidetsi	Galiwonyu
Foufou	Fufu	Fufui
Gari	Gali	Gali
Igname frite	Koliko	Yesisi
Maïs cuit	Bli ɔaɔa/Blifã/Aboɔa	Blafo hohoe
Maïs torréfié	Bli tɔtɔ	Blafo sisi
Miel	Anyitsi	Wonyu
Morceau d'igname cuit	Teko	Yekpɔ
Omelette	Koklozi tɔtɔ	Kuɔɔ sisi
Pain	Kpɔnɔ	Blodo
Pain de maïs	Ablo	Ablo
Pâte	Akple	Kû
Poisson frit	Kanami	Lo sase
Poulet rôti	Koklo meme	Kuɔɔ sase
Ragoût	Ɖablui	Rabli
Riz cuit	Mɔlu ɔaɔa	Omɔ hohoe
Sauce	Detsi	Hunyu
Sauce faisandée	Detsi yaya	Hunyu kuãkue
Sauce gluante	Detsi wɔ ade	Zã hunyu
Tapioca	Tapioka	Tapioka

Comestibles pour enfant

-	Ademe	Sigli
Alevin	Akpaviuwului	Hãtsɔwui
Amidon	Goma	Goma
Anacarde (<i>Anacardium occidentale</i>)	Yovotsa	Blelofono kiɔa
Ananas (<i>Ananas comosus</i>)	Anazi/Atɔtɔ/Ablandi	Blɔfotã
Anchois (<i>Clupéiformes</i>)	Abɔbi	Abɔbi
Arachide (<i>Arachis hypogaea</i>)	Azi	Azi
Badame (<i>Terminalia catappa</i>)	Yovozi	Ziwa
Banane (<i>Musa paradisiaca</i>)	Akɔɔu	Kɔɔu
Beurre d'arachide	Azitutto	Aziwɔwɛ
Beurre de karité	Yɔkumi	Yɔkunu
Bière de maïs	Liha	Gmdã
Blé (<i>Triticum</i>)	Yevu bli	Blelofono Blefo

Brisure de manioc	Agbelimā	Gbelimā
Canard (<i>Anas platyrhynchos</i>)	Kpakpa	Kpakpa
Canne à sucre (<i>Saccharum officinarum</i>)	Fofon	Ahlem
Carpe (<i>Cyprinus carpio</i>)	Akpavi	Loe
Chinchard (<i>Trachurus</i>)	Akpa	Akpa
Citron (<i>Citrus limon</i>)	Don̄ti	Kpēteḡmē
Coprah	Adru/Ne fufu	Ḍmē gbigbli
Corossol (fruit d' <i>Annona muricata</i>)	Vo	Alugutumi
Cossette de manioc	Kogon̄te	Kon̄te
Crabe (<i>Johngarthia lagostoma</i>)	Agatsa	Agazā
Crevette (<i>Pandalus platyceros</i>)	Bolu	Bolu
Croupion de dinde	Dokugbi	Dokugbi
Daurade (<i>Sparus aurata</i>)	Sika	Sika
Dindon (<i>Meleagris gallopavo</i>)	Doku	Doku
Épinard (<i>Spinacia oleracea</i>)	Gboma	Gboma
Escargot (<i>Achatina fulica</i>)	Abobo	Ahoa
Farine	Wɔ	Mamu
Farine de blé	Yevu wɔ	Blɔfono mamu
Feuille de laurier (<i>Laurus nobilis</i>)	Nuveve mapka	Agole gnenu
Galette d'arachide	Kuklui	Kublui
Gombo (<i>Abelmoschus esculentus</i>)	Fetri	Momi
Goyave (<i>Psidium guayava</i>)	Gowa	Gowa
Haricot (<i>Phaseolus vulgaris</i>)	Ayi	Yɔ
Huile	Ami	Nu
Huile d'arachide	Azi mi	Azi nu
Huile de palme/rouge	Amidzē/dzomi	Nutsu
Huile de palmiste	Nemi	Gnenu
Igname (<i>Ipomea bulbifera</i>)	Ete	Yē
Macaroni	Makaḡoni/Maka	Maka
Maïs (<i>Zea mays</i>)	Bli	Blafo
Mangue (<i>Mangifera indica</i>)	Māgo	Māgo
Manioc (<i>Manihot esculenta</i>)	Agbeli	Tsoye
Maquereau (<i>Scomber scombrus</i>)	Akpala	Akpala
Mil (<i>Pennisetum typhoides</i>)	Efo	Fo
Néré/Caroubier (<i>Ceratonia siliqua</i>)	Wɔ	Ziwa
Noix de coco (<i>Cocos nucifera</i>)	Ne	Ḍmē
Œuf	Koklozi	Hlui
Oignon (<i>Allium cepa</i>)	Sabala	Sabola
Orange (<i>Citrus sinensis</i>)	Aḡon̄ti/ḡuti	Kpēte
Patate douce (<i>Ipomoea batatas</i>)	Anagote	Atomo
Piment (<i>Solanacées</i>)	Atadi	Kɔḡa
Piment rouge (<i>Capsicum annum</i>)	Atadi dzē	Kɔḡatsutsui
Plantain (<i>Musa paradisiaca</i>)	Abladzo	Amadā
Poisson fumé	Akpāyiyi	Lotsutsui
Akée/Aki (<i>Blighia sapida</i>)	Atsa	Kiḡa
Poulet (<i>Gallinula chloropus</i>)	Koklo	Kuḡɔ
Prune noire (<i>Prunus</i>)	Fɔ	Punyu
Riz (<i>Oryza glaberrima</i>)	Molu	Omo
Rônier (fruit de <i>Borassus aethiopicum</i>)	Agɔ	Agɔ
Sardinelle (<i>Sardina pilchardus</i>)	Uetim	Uetim
Sel (Chlorure de sodium)	Dze	Ḍo
Sésame (<i>Sesamum indicum</i>)	Guzi	Akatiwa
Silure (<i>Ostéichthyens</i>)	Blolovi	Blolovi
Silure noire (poisson-chat)	Adeye	Deno
Soja (<i>Glycine max</i>)	Sodja	Sodja
Sorgho (<i>Sorghum</i>)	Eli	Gna

Sucré	Sukli	Sokli
Tamarinier noir (<i>Dialium guineense</i>)	Atítóe	Atítóe
Taro (<i>Colocasia antiquorum</i>)	Mākani	Makani
Thon (<i>Thunnus thynnus</i>)	Salomo	Salomo
Tilapia (<i>Tilapia macrocephala</i>)	Akpāfiatsi	Loe
Tomate (<i>Lycopersicon esculentum</i>)	Tsimatsi	Amo
Viande	Lā	Lo
Viande de bœuf	Nyilā	Nalo
Viande de chèvre	Gbōlā	Tolo
Viande de mouton	Alēlā	Dzidzolo

Entretien, hygiène et soins pour enfant

Bassine	Agba gā	Kāŋoa
Beurre de karité	Yōkuimi	Okunu
Chapeau	Kuku	Pō
Chaussettes	Afōgodui	Nanebo
Chaussures	Afōkpā	Tokota
Couche	Kame godui	Kpā su boe
Culotte	Atakpui	Fīōkpiti
Eau	Tsi	Nyu
Eau chaude	Tsi dzodzo	Nyu kala
Eau de toilette	Tsi lele	Nyu dudui
Eau froide	Tsi fafa	Nyu dzōdzōē
Eau tiède	Tsi gbōgblō	Nyu ne ŋi
Encens	Lifi	Lifi
Entretien	Belele	Bōm petepete
Éponge	Akutsa/Eđōkutsa	Kutsa
Habit	Awu	Tade
Jupe	Kpoyo	Kpoyo
Kaolin	Ehe	Ayilo
Médicament	Atike	Tsupā
Mouchoir/torchon	Takuvi/đukuvi	Đukubi
Pantalon	Atawui	Fīōgaga
Peigne	Ayā	Srē
Poire	Sasagui	Bētoa /Samtō
Pommade	Amisisi	Nukpakpē
Pot de nuit	Ađudōze	Kruwa
Pot de savon	Adzalēgba	Dzalebā
Purgatif	Sasa tsike	Sadem kupā
Purger	Sasa	Sadem
Savon	Adzalē	Dzale
Savon local	Akōtō/vedzalē	Nōmlōyumdzale
Savonnette	Adzalēkui	Dzale wu
Seau	Tōka	Goga
Slip	Godui	Vētē
Talc	Pōđā	Pōđā
Toilette des parties intimes	Tsi đudu	Nyu trem
Trousse de toilette	Tsilegbanuwo	Nudubaminihī

Données socioculturelles

Arbre à palabre	Ablōti	Ablōmtso
Chef de guerre	Asafo	Asafatse
Chef de lignage	Fōmegā metsitsi	Pōnya matse
Chef de quartier	Kōmefia/Kpōnufia	Pōm matse

Chef de village
Dieu
Eau de kaolin
Envoutement
Famille
Femme chef
Incantation
Inceste
Lieu d'origine
Lignage
Messager
Prêtre spirituel/Prêtre du couvent
Quartier
Siège ancestral
Sorcellerie
Tamtam de guerre
Tamtam parlant
Transport de l'âme

Dufia
Mawu
Dzatsi
Gbesa/Dzoquame
Fome
Nyɔnufia
Ataŋkaka
Alɔkpli
Amedzofe
Fomegã/Kpɔnu
Tsiami
Bokɔ
Kɔme
Tɔbuizikpi
Adze
Asafovu
Atupani
Lobo tsɔtsɔ

Matse
Nyuwɔ
Mamunyu
Gbesa
Weku
Manye
Tsitã
Alɔkpli
Nɔmlɔ edzehe
Pɔnya
Tsiami
Bokɔ
Pɔ
Nesie
Aze
Akɔfodi
Tupani
Lobo wowoe

Autres

Accouchement
Alcool local
Allaitement
Amusement
« Antibiotique »
Boisson occidentale
Bonne santé
Cataplasme
Césarienne
Chatouillement
Circoncision
Corps chaud
Corps froid
Décoction
Dispensaire/hôpital
Enfant
Fille
Garçon
Gin
Grossesse
Herboriste
Infirmier
Infusion
Jeune fille
Jeune garçon
Kaolin
Lavage de la jeune femme
Liquide amniotique
Malade
Maladie
Maladie infantile
Maternité
Mauvaise santé
Microbe
Moustiquaire

Vidzidzi
Soqabi
Nɔnana qevi
Fefe
Dzimeble/toupaye
Tɔdziha (tɔdjiha)
Lãmesɛ
Nusisi
Dɔwɔwɔ na fuɔ
Kinikini
Avatsotso
Lãme xɔdzo
Lãme fa
Atike qaqã
Kɔŋdzi
Đevi
Nyɔnuvi
Dtsumi
Gin
Fu
Gbe tsikewɔla
Đokita
Amakpa qaqã
Đetsugbui/nyɔnuvi
Đekakpui/ŋtsui
Ehe
Vidzitsilele
Vidzigo me tsi
Eledɔle/dɔdzedzi
Dɔlele/dɔ
Đevime fe dɔ
Fudafe/vidzife
Lãmegbegblɛ
Dɔlekui
Mudɔ

Bifɔfɔɛ
Soqabi
Bi nyo hahɛ
Fiɛm
Tupae
Panɔdã
Hewa
Busie
Nitumhaxɔ
Mine nutsu mi
Sule pope
Hemu sela
Hemu dzɔ
Tsupa hohue
Kpɔnɔ
Bi/dzokoe
Yo
Nyumu
Gin
Xɔ
Baholue
Hiɔtslɔ
Ba holɔ
Yeheyo
Manihe
Gnognozũ
Binyududui
Bimɔyo
Hiɔna
Hiɔ
Dzokue hio
Xɔ fohe
Hemu Pɔpue
Apɔpɔli
Mudɔ

Nourrisson/Enfant qui tète
Nouveau-né/Bébé
Pagne traditionnelle
Petit canari
Poudre de perlimpinpin
Poumon atteint par l'air/le vent
Santé
Santé infantile/de l'enfant
Sevrage
Tisane
Torréfaction
Vaccination
Vitamine

Vinòno
Vidzie/vifeĩ
Kete/Agbamevo
Lubuze
Ti
Eloya
Lāmesē
Đevi fe lāmesesē
Nòtsotso
Gbedāḍa
Ti tōtō
Abotasisi
Nunyame

Bipupò
Bi mōyo
Gbambo
Alububue
Ti
Emòkòhio
Hewa
Dzòkue hemuwawue
Nyopom
Dāhohoe
Tisim
Kòlīnòpopue
Nòleno

© Kodzo Awoenam Adedzi, mai 2018

Annexe 4 : Outils de collecte des données

Formulaire de consentement

Présentation du chercheur

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de recherche de Kodzo Awoenam Adedzi, dirigé par Abdelwahed Mekki-Berrada, du département d'anthropologie à l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Je vous invite à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Nature de l'étude

La recherche a pour but d'étudier le phénomène de la santé et de la maladie des enfants d'Agotimé, dans un contexte où les pratiques locales de soins de santé durant les premières années de vie prennent de plus en plus place dans le système institutionnel de soins de santé.

Déroulement de la participation

L'entrevue, de type individuel, se déroulera dans un lieu de votre choix. L'entrevue concerne votre expérience personnelle et celle de votre famille concernant la santé des enfants d'Agotimé.

Votre contribution à cette recherche consiste à participer à une entrevue, d'une durée d'environ une heure, et qui portera sur les éléments suivants :

- éléments d'information sur vos caractéristiques sociodémographiques et économiques ainsi que les caractéristiques sociodémographiques de vos enfants de moins de 5 ans (s'il y a lieu);
- vos expériences professionnelles en lien avec la santé des enfants (s'il y a lieu);
- éléments d'information sur vos antécédents maternels et la santé de tous vos enfants de moins de 5 ans (s'il y a lieu);
- description des savoirs et pratiques locaux de soins de santé des enfants dès le bas âge;
- simulation de réponse face à une histoire de cas décrivant un fait vécu de la petite enfance; l'utilisation des différents services de santé de l'enfant disponibles;
- description du processus de valorisation et d'intégration des pratiques locales de soins de santé infantile dans le système national de soins de santé;
- défis pouvant bloquer et possibilités pouvant faciliter le processus d'intégration des pratiques locales de soins de santé infantile au Togo.

L'entrevue de groupe se déroulera en un lieu qui sera choisi après concertation de tous les participants à l'entrevue individuelle qui acceptent volontiers d'y participer.

Votre contribution ici à la recherche consiste à participer aussi à une entrevue de groupe, d'une durée d'environ une heure, et qui portera sur les thèmes suivants :

- Maternité;
- Petite enfance, enfance et enfant;
- Savoirs et pratiques ethnomédicaux de soins infantiles;
- Traditions ethnomédicales et système national de santé.

Le respect de la confidentialité dépendra de l'attitude de tous les membres du groupe.

En plus des entrevues auxquelles vous aurez participé, je vais aussi réaliser des activités quotidiennes d'observation. Mes observations porteront principalement sur tous les enfants âgés de moins de 5 ans et leurs mères biologiques ou tutrices qui donneront des informations sur la situation sanitaire des

enfants lors de l'entrevue individuelle ou de groupe. Ces activités d'observation seront réalisées au domicile ou lieu habituel de travail de la mère. Les types d'activités à observer sont :

- soins maternels ou savoirs locaux en matière de soins de santé infantile;
- allaitement maternel au sein et allaitement au biberon;
- alimentation de supplémentation en cas de sevrage partiel ou total;
- utilisation des produits locaux et des produits provenant de la pharmacopée, des officines ou des pharmacies;
- initiatives locales des femmes en lien avec la santé des enfants;
- activité principale ou habituelle des mères.

Mes observations porteront en plus sur le milieu de travail et les activités de soins offerts aux enfants par le personnel de santé publique ou privée et les praticiens traditionnels. Les types d'activités à observer sont :

- examen des enfants malades et prescription des produits pour le traitement;
- observation des produits locaux utilisés pour prévenir ou soigner les enfants de bas âge.

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité, de votre perception et de votre propre comportement face à la santé et à la maladie des enfants de moins de 5 ans.

En raison de la nature sensible du sujet à l'étude, il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à m'en parler. Je pourrai alors vous référer à une ressource en mesure de vous aider, au besoin.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important de me prévenir à travers mes coordonnées incluses dans ce document. Tout le matériel permettant de vous identifier, incluant l'enregistrement de l'entrevue, et les données que vous aurez fournies seront alors détruits, à moins que vous m'autorisiez à les utiliser pour la recherche, malgré votre retrait. Le cas échéant, ils seront conservés selon les mesures décrites ci-après et qui seront appliquées pour tous les participants.

Confidentialité et gestion des données

En recherche, les chercheurs sont tenus d'assurer la confidentialité aux participants. À cet égard, voici les mesures qui seront appliquées dans le cadre de la présente recherche :

Durant la recherche :

- votre nom et tous ceux cités durant l'entrevue seront remplacés par un code;
- seul le chercheur aura accès à la liste contenant les noms et les codes, elle-même conservée séparément du matériel de la recherche, des données et des formulaires de consentement;
- tout le matériel de la recherche, incluant les formulaires de consentement et les enregistrements, sera conservé dans un classeur barré sous clé au domicile du chercheur;
- les données en format numérique seront, pour leur part, conservées dans des fichiers encryptées dont l'accès sera protégé par l'utilisation d'un mot de passe et auquel seul le chercheur aura accès;

Lors de la diffusion des résultats :

- les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport;
- les résultats seront présentés sous forme globale de sorte que les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;

- les résultats de la recherche seront publiés dans des revues scientifiques, et aucun participant ne pourra y être identifié ou reconnu;
- un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document, juste après l'espace prévu pour leur signature.

Lors de la diffusion des résultats :

- tout le matériel et toutes les données seront utilisés dans le cadre exclusif de cette recherche et ils seront détruits au plus tard en décembre 2020.

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour me permettre de réaliser cette étude et je vous remercie pour le temps et l'attention que vous acceptez de consacrer à votre participation.

Signatures

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée : « Culture et santé infantile chez les Agotimé du Togo : facteurs de risque et de protection ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature du participant, de la participante

Date

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document. Les résultats ne seront pas disponibles avant le 31 décembre 2017. Si cette adresse changeait d'ici cette date, vous êtes invité(e) m'informer de la nouvelle adresse où vous souhaitez recevoir ce document.

L'adresse (électronique ou postale) à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de la recherche est la suivante (s'il y a lieu) :

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant ou à la participante. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant ou de la participante.

Signature du chercheur

Date

Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche, sur les implications de votre participation ou si vous souhaitez vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Adedzi Kodzo Awoenam, Étudiant au numéro de téléphone suivant : (+228) 22 43 07 20 au Togo, ou à l'adresse courriel suivante : kodzo-awoenam.adedzi.1@ulaval.ca

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Comité de bioéthique pour la recherche en santé (CBRS) du Togo qui pourra ensuite transmettre votre plainte ou critique au bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval pour qu'elles soient traitées. Les coordonnées sont les suivantes :

Comité de bioéthique pour la recherche en santé (CBRS) :

Ministère de la Santé,
Direction des Pharmacies,
Angle avenue Sarakawa et avenue du 2 Février,
BP 386
Lomé-Togo
Tél. +228 22 21 38 01
Courriel : cbrstogo@gmail.com

Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320
2325, rue de l'Université
Université Laval
Québec (Québec) G1V 0A6
Renseignements – Secrétariat : (418) 656-3081
Ligne sans frais : 1-866-323-2271
Courriel : info@ombudsman.ulaval.ca

Copie du participant

Feuillelet d'information pour un consentement verbal

Avant de vous demander si vous consentez à participer à ce projet de recherche, je vais vous présenter des renseignements sur la recherche et sur ce qui est attendu de votre participation. Je vous invite à me poser toutes les questions que vous jugerez utiles pour bien comprendre ces renseignements.

Présentation du chercheur

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de recherche de Kodzo Awoenam Adedzi, dirigé par Abdelwahed Mekki-Berrada, du département d'anthropologie à l'Université Laval. Elle a été approuvée par le Comité d'éthique de l'Université Laval.

Nature et objectifs du projet

Cette recherche a pour titre « Culture et santé infantile chez les Agotimé du Togo : facteurs de risque et de protection ». Elle a pour but de d'étudier le phénomène de la santé et de la maladie des enfants d'Agotimé.

Déroulement du projet

Votre participation à cette recherche consiste à répondre à des questions qui vous seront posées dans le cadre d'une entrevue individuelle, d'une durée d'environ une heure, et qui porteront sur les éléments suivants :

- éléments d'information sur vos caractéristiques sociodémographiques et économiques ainsi que les caractéristiques sociodémographiques de vos enfants de moins de 5 ans (s'il y a lieu);
- vos expériences professionnelles en lien avec la santé des enfants (s'il y a lieu);
- éléments d'information sur vos antécédents maternels et la santé de tous vos enfants de moins de 5 ans (s'il y a lieu);
- description des savoirs et pratiques locaux de soins de santé des enfants dès le bas âge;

- simulation de réponse face à une histoire de cas décrivant un fait vécu de la petite enfance; l'utilisation des différents services de santé de l'enfant disponibles;
- description du processus de valorisation et d'intégration des pratiques locales de soins de santé infantile dans le système national de soins de santé publique;
- défis pouvant bloquer et possibilités pouvant faciliter le processus d'intégration des pratiques locales de soins de santé infantile au Togo.

L'entrevue de groupe se déroulera en un lieu qui sera choisi après concertation de tous les participants à l'entrevue individuelle qui acceptent volontiers d'y participer.

Votre contribution ici à la recherche consiste à participer également à une entrevue de groupe, d'une durée d'environ une heure, et qui portera sur les thèmes suivants :

- Maternité;
- Petite enfance, enfance et enfant;
- Savoirs et pratiques ethnomédicaux de soins infantiles;
- Traditions ethnomédicales et système national de santé.

Le respect de la confidentialité dépendra de l'attitude de tous les membres du groupe.

En plus des entrevues auxquelles vous aurez participé, je vais aussi réaliser des activités quotidiennes d'observation. Mes observations porteront principalement sur tous les enfants âgés de moins de 5 ans et leurs mères biologiques ou tutrices qui donneront des informations sur la situation sanitaire des enfants lors de l'entrevue individuelle ou de groupe. Ces activités d'observation seront réalisées au domicile ou lieu habituel de travail de la mère. Les types d'activités à observer sont :

- soins maternels ou savoirs locaux en matière de soins de santé infantile;
- allaitement maternel au sein et allaitement au biberon;
- alimentation de supplémentation en cas de sevrage partiel ou total;
- utilisation des produits locaux et des produits provenant de la pharmacopée, des officines ou des pharmacies;
- initiatives locales des femmes en lien avec la santé des enfants;
- activité principale ou habituelle des mères.

Mes observations porteront en plus sur le milieu de travail et les activités de soins offerts aux enfants par le personnel de santé publique ou privée et les praticiens traditionnels. Les types d'activités à observer sont :

- examen des enfants malades et prescription des produits pour le traitement;
- observation des produits locaux utilisés pour prévenir ou soigner les enfants de bas âge.

Avantages et inconvénients possibles liées à la participation

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de faire connaître votre point de vue sur la santé et de la maladie des enfants d'Agotimé.

Si certaines questions vous mettent mal à l'aise. Vous pouvez simplement refuser d'y répondre sans avoir à vous justifier.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche et de vous retirer en tout temps sans conséquence négative et sans avoir à justifier votre décision. Si vous mettez fin à votre participation, le matériel et les données que vous aurez fournies seront détruits, à moins que vous ne m'autorisiez à les utiliser pour la recherche, malgré votre retrait.

Confidentialité

Puisqu'en recherche, les chercheurs sont tenus de protéger la vie privée des participants, voici les mesures qui seront appliquées pour assurer la confidentialité du matériel et des données :

Durant la recherche :

- votre nom et tous ceux cités durant l'entrevue seront remplacés par un code;
- je serai le seul à pouvoir consulter la liste contenant les noms et les codes;
- tout le matériel de la recherche, incluant les formulaires de consentement et les enregistrements, sera conservé dans un classeur barré sous clé à mon domicile;
- les données en format numérique seront conservées dans des fichiers encryptés protégés par l'utilisation d'un mot de passe et auquel je serai le seul à avoir accès.

Lors de la diffusion des résultats :

- les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport ni dans aucun texte publié;
- les résultats de la recherche seront présentés sous forme globale et les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués.

Après la fin de la recherche :

- tout le matériel et toutes les données seront détruits, au plus tard en janvier 2020.

Attestation verbale du consentement

Avez-vous bien compris le projet et les implications de votre participation?

Acceptez-vous de confirmer, sur cet enregistrement audio, que vous consentez à y participer?

Acceptez-vous que cette entrevue soit enregistrée également?

Remerciements

Je vous remercie pour le temps et l'attention que vous acceptez de consacrer à votre participation.

Renseignements supplémentaires

Pour vous permettre de communiquer avec moi si vous le jugez nécessaire ou pour vous retirer du projet, je vous remettrai une copie du document que je suis en train de vous présenter et qui contient mes coordonnées.

Adedzi Kodzo Awoenam, étudiant au numéro de téléphone suivant : (+228) 22 43 07 20 au Togo, ou à l'adresse courriel suivante : kodzo-awoenam.adedzi.1@ulaval.ca

Plaintes ou critiques

En terminant, je souhaite vous informer que toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Comité de bioéthique pour la recherche en santé (CBRS) du Togo qui pourra ensuite transmettre votre plainte ou critique au bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval pour qu'elles soient traitées. Les coordonnées sont les suivantes :

Comité de bioéthique pour la recherche en santé (CBRS):

Ministère de la Santé,
Direction des Pharmacies,
Angle avenue Sarakawa et avenue du 2 Février,
BP 386
Lomé-Togo
Tél. : +228 22 21 38 01
Courriel : cbrstogo@gmail.com

Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval:

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320
2325, rue de l'Université
Université Laval
Québec (Québec) G1V 0A6
Renseignements-Secrétariat : (418) 656-3081
Ligne sans frais : 1-866-323-2271
Courriel : info@ombudsman.ulaval.ca

de soins infantiles	2.2. Pratiques de préservation de la santé de l'enfant	2.2.1. Que faites-vous habituellement pour que vos enfants en bas âge restent en santé? Quels sont vos préférences?	- Identifier les savoirs culturels et rites en relation avec la santé de l'enfant; - Cerner le fondement socioculturel de la santé infantile ou de l'enfant.
	2.3. Pratiques de guérison de l'enfant	2.3.1 Quels sont les maux dont souffrent le plus souvent vos enfants dès le bas âge? Quelles sont selon vous leurs origines? Que faites-vous habituellement pour guérir les enfants selon le cas? Quels sont vos préférences?	
3. Maternité	3.1. Maternité comme moyen privilégié d'entrer en communication avec le monde invisible c'est-à-dire « sacré »	3.1.1. L'enfant qui naît provient d'un génie créateur, dit-on. C'est donc de ce génie créateur que les femmes reçoivent l'enfant comme un don. Qu'en pensez-vous?	Repérer les facteurs biologiques, économiques, socioculturels et environnementaux susceptibles d'influencer la santé de l'enfant
	3.2. Antécédents maternels comme moyens d'explication de l'origine des maux dont souffre l'enfant durant la période postnatale	3.2.1. Certains disent que la santé des enfants de bas âge dépend du passé sanitaire de sa mère (conception, évolution et issue de la grossesse). Que pensez-vous de cette affirmation? Comment avez-vous vécu votre première maternité?	
4. Petite enfance, enfance et enfant	4.1. Représentation de la petite enfance, l'enfance et de l'enfant	4.1.1. Qu'entendez-vous par petite enfance, enfance et enfant?	- Comprendre les enjeux culturels, économiques et sociaux de la période enfantine; - Identifier les mutations qui se sont opérées dans les pratiques visant le bien-être des nouveau-nés et des très jeunes enfants; - Identifier dans l'entourage familial de l'enfant le rôle des différents acteurs qui interviennent dans la puériculture et les soins essentiels.
	4.2. Allaitement et alimentation d'appoint durant la période postnatale	4.2.1. Pouvez-vous m'aider à comprendre comment se pratiquaient l'allaitement et l'alimentation dans le passé? Que diriez-vous de ce que vous observez aujourd'hui?	
	4.3. Puériculture et soins essentiels	4.3.1. À l'heure où la biomédecine est en vogue, pouvez-vous me renseigner sur les méthodes traditionnelles aptes à assurer le bon développement physique et psychique des nouveau-nés et les jeunes enfants? Lesquelles? Dans votre entourage familial, qui sont ceux ou celles qui sont habilités à l'utiliser?	
		4.3.2. Quelles sont les méthodes professionnelles que vous connaissez aptes à assurer le bon développement physique et psychique des nouveau-nés et des enfants? Dans votre entourage familial, qui sont ceux ou celles qui sont habilités à l'utiliser?	
5. Traditions ethnomédicales et système national de santé	5.1. Utilisation des différents services de santé de l'enfant disponibles	5.1.1. Que pensez-vous de l'efficacité des cures dans les centres de santé?	- Identifier les techniques de soin familiales, des tradithérapeutes, accoucheuses traditionnelles, herboristes et autres; - Saisir les modes d'insertion de ces techniques de soin et leurs enjeux politique, économique et éthique; - Faire le lien des techniques de soin avec la santé de l'enfant;
		5.1.2. Que pensez-vous de l'efficacité des cures des tradithérapeutes, accoucheuses traditionnelles, herboristes et autres?	
	5.2. Genre et prise de décision	5.2.1. Comment sont réparties les charges de travail liées à la santé de l'enfant dans votre couple? C'est-à-dire qui fait quoi? Quand?	
		5.2.2. Qui décide des dépenses liées à la santé de l'enfant dans votre couple?	
		5.2.3. Selon vous, s'il y a moyen de programmer le nombre d'enfants désirés par un couple ainsi que le calendrier de leur arrivée au sein dudit couple, à qui reviendrait cette responsabilité? Supposons que vous désiriez avoir cinq enfants dans votre vie. Quelles seraient vos préférences selon le sexe du 1 ^{er} , 2 ^e , 3 ^e , 4 ^e , 5 ^e enfant?	
		Quelles sont vos opinions et attentes relativement des pouvoirs publics?	

	5.3. Aspects sexospécifiques	5.3.1. Que pensez-vous de la participation ou de l'habilitation des femmes dans la santé des enfants, comparer aux hommes? 5.3.2. À votre avis, la politique nationale de santé mise en place par le gouvernement influence-t-elle l'expérience des femmes et des hommes? Comment influence-t-elle les relations entre eux?	- Identifier les différences selon le sexe observées par les femmes; - Identifier les facteurs facilitants et de blocage - Trouver les synergies entre les systèmes traditionnels et formels.
	5.4. Relation système biomédicale et système traditionnel de soins	5.4.1. À ce jour, peut-on parler de compétition ou de complémentarité entre les méthodes traditionnelles de soins infantiles et les méthodes de la médecine occidentales? Habituellement, les médecins et les infirmiers réfèrent à d'autres collègues un patient pour lequel ils ne sont pas en mesure de le soigner. Qu'en est-il des tradithérapeutes, accoucheuses traditionnelles, herboristes et autres d'ici?	
	5.5. Place des traditions ethnomédicales dans le système national de santé	5.5.1. Aujourd'hui, beaucoup de gens affirment que les difficultés économiques sont telles qu'il faut nécessairement faire recours aux pratiques traditionnelles de soins accordés à l'enfant. Selon votre opinion, ces pratiques traditionnelles de soins aux enfants occupent-elles une place dans le système national de santé? Comment pouvez-vous l'expliquer?	
	5.6. Intégration des traditions ethnomédicales dans le système national de santé infantile	5.6.1. Que pensez-vous du processus d'intégration des pratiques traditionnelles de soins infantiles dans le système national de santé publique au Togo?	
		5.6.2. Quelles sont vos opinions et attentes face aux pouvoirs publics en ce qui concerne l'intégration des pratiques traditionnelles de soins dans le système national de soins?	
5.7. Soins de santé offerts aux enfants de bas âge	5.7.1. Quelle est votre perception des soins de santé offerts aux enfants de bas âge par les praticiens de la médecine traditionnelle?		
	5.7.2. Quelle est votre perception des soins de santé offerts aux enfants de bas âge par le personnel de santé publique?		

GUIDE D'ENTREVUE
PERSONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

I. Identification

Cette section d'identification concerne tout le personnel de santé publique intervenant dans les soins de santé des enfants de bas âge.

I.1	VILLAGE/VILLE			
I.2	QUARTIER			
I.3	RAISON SOCIALE DE L'INSTITUTION			
I.4	STATUT JURIDIQUE DE L'INSTITUTION			
I.5	DATE DE CRÉATION DE L'INSTITUTION.....			
I.6	NOM DU RÉPONDANT			
I.7	RÉPONDANT DU RÉPONDANT			
I.8	DATE (JJ/MM/AAAA).....			
		I.9	DURÉE DE L'ENTREVUE.....	MIN

Notes finales et les commentaires sur le processus de l'entrevue (par exemple le contexte de l'entrevue qui peut être facile ou difficile).

I.10 RÉSULTAT DE L'ENTREVUE INDIVIDUELLE	<i>Complet</i>	1
	<i>Partiel</i>	2
	<i>Facile</i>	3
	<i>Difficile</i>	4
	<i>Autre (préciser)</i>	5

Axes thématiques	Thèmes	Axes de discussion	Objectifs spécifiques
1. Informations introductives	1.1. Caractéristiques sociodémographiques	1.1.1. Sexe, âge	Décrire le profil sociodémographique et économique du personnel en santé publique qui travaille dans le domaine de la santé des enfants.
	1.2. Caractéristiques socioéconomiques	1.2.1. Formation, niveau d'instruction, domaine de compétence en santé publique, nombre d'années d'expérience	
2. Savoirs et pratiques ethnomédicaux de soins infantiles	2.1. Santé infantile	2.1.1. Dans votre domaine de compétence en santé, que signifie santé infantile? En considérant les enfants âgés de moins de 5 ans, comment distinguez-vous un enfant sain d'un enfant malade?	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les représentations de la santé infantile; - Identifier les savoirs culturels et rites en relation avec la santé de l'enfant; - Cerner le fondement socioculturel de la santé infantile ou de l'enfant.
	2.2. Pratiques de préservation de la santé de l'enfant	2.2.1. Habituellement, que doivent faire les parents pour préserver la santé de leurs enfants dès leur bas âge? Quelles sont vos préférences?	
	2.3. Pratiques de guérison de l'enfant	2.3.1. Selon vos expériences, quels sont les maux dont souffrent le plus souvent les enfants de bas âge? Que fait-vous habituellement pour guérir les enfants selon le cas? Quelles sont vos préférences?	
3. Maternité	3.1. La maternité comme moyen privilégié pour entrer en communication avec le monde invisible c'est-à-dire « sacré »	3.1.1. L'enfant qui naît provient d'un génie créateur, dit-on. C'est donc de ce génie créateur que les femmes reçoivent l'enfant comme un don. Qu'en pensez-vous? Que pensez-vous de la maternité? Comment se déroule la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement dans votre centre de santé (par exemple de la période prénatale jusqu'à la période postnatale)?	Repérer les facteurs biologiques, économiques et socioculturels susceptibles d'influencer la santé de l'enfant.
	3.2. Antécédents maternels comme moyens d'explication de l'origine des maux dont souffre l'enfant durant la période postnatale	3.2.1. Certains disent que la santé des enfants de bas âge dépend du passé sanitaire de sa mère (conception, évolution de la grossesse et l'issue de la grossesse). Que pensez-vous de cette affirmation?	
4. Petite enfance, enfance et enfant	4.1. Représentation de la petite enfance, l'enfance et de l'enfant	4.1.1. Qu'entendez-vous par la petite enfance, l'enfance et de l'enfant?	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendre les enjeux culturels, économiques et sociaux de la période enfantine; - Identifier les mutations qui se sont opérées dans les pratiques visant le bien-être des
	4.2. Allaitement et alimentation d'appoint durant la période postnatale	4.2.1. Pouvez-vous m'aider à comprendre comment se pratiquaient l'allaitement et l'alimentation d'appoint dans le passé? Que diriez-vous de ce que vous observez aujourd'hui?	
	4.3. Puériculture et soins essentiels	4.3.1. À l'heure où la biomédecine est en vogue, pouvez-vous évoquer des méthodes traditionnelles aptes à assurer le bon développement physique et	

		psychique des nouveau-nés et les jeunes enfants? Lesquelles?	nouveau-nés et des très jeunes enfants;
		4.3.2. Quelles sont les méthodes professionnelles que vous connaissez aptes à assurer le bon développement physique et psychique des nouveau-nés et des très jeunes enfants? Dans l'entourage familial de l'enfant, qui sont ceux ou celles qui sont habilités à l'utiliser? Faites-vous souvent appel à eux dans votre exercice? Comment?	- Identifier dans l'entourage familial de l'enfant le rôle des différents acteurs qui interviennent dans la puériculture et les soins essentiels.
5. Traditions ethnomédicales et système national de santé	5.1. Utilisation des différents services de santé de l'enfant disponibles	5.1.1. Que pensez-vous de l'efficacité des cures dans les centres de santé?	
		5.1.2. Que pensez-vous de l'efficacité des cures des tradithérapeutes, accoucheuses traditionnelles, herboristes et autres?	
	5.2. Genre et prise de décision	5.2.1. Comment sont réparties les charges de travail d'un couple une fois leur enfant hospitalisé? C'est-à-dire qui fait quoi? Quand?	
		5.2.2. Comment se partagent les responsabilités des parents biologiques vis-à-vis des dépenses liées à la santé de l'enfant une fois arrivée dans votre centre de soins?	- Identifier les techniques de soin familial, des tradithérapeutes, accoucheuses traditionnelles, herboristes et autres;
		5.2.3. Selon vous, s'il y a moyen de programmer le nombre d'enfants désirés par un couple ainsi que le calendrier de leur arrivée au sein dudit couple, à qui reviendrait cette responsabilité? Supposons que vous désiriez avoir cinq enfants dans votre vie. Quelles seraient vos préférences selon le sexe du 1 ^{er} , 2 ^e , 3 ^e , 4 ^e , 5 ^e enfant?	- Saisir les modes d'insertion de ces techniques de soin et leurs enjeux politique, économique et éthique;
	5.3. Aspects sexospécifiques	5.3.1. Que pensez-vous de la participation ou de l'habilitation des femmes dans la santé des enfants, comparer aux hommes?	- Faire le lien des techniques de soin avec la santé de l'enfant;
		5.3.2. À votre avis, la politique nationale de santé mise en place par le gouvernement façonne-t-elle l'expérience des femmes et des hommes? Comment influence-t-elle les relations entre eux?	- Identifier les différences selon le sexe, observées par le personnel de santé publique et privée opérant dans la communauté;
	5.4. Relation système biomédicale et système traditionnel de soins	5.4.1. À ce jour, peut-on parler de compétition ou de complémentarité entre les méthodes traditionnelles de soins infantiles et les méthodes de la médecine occidentales?	- Identifier les facteurs facilitants et de blocage;
		5.4.2. Habituellement, le personnel biomédical réfère le patient pour lequel il n'est plus en mesure de le soigner. Qu'en est-il des tradithérapeutes, accoucheuses traditionnelles, herboristes et autres d'ici? Avez-vous connu des cas durant vos expériences?	- Trouver les synergies entre les systèmes traditionnels et formels.
	5.5. Place des traditions ethnomédicales dans le système national de santé	5.5.1. Aujourd'hui, beaucoup de gens affirment que les difficultés économiques sont telles qu'il faut nécessairement faire recours aux pratiques traditionnelles de soins accordés à l'enfant. Selon votre vous, ces pratiques traditionnelles de soins aux enfants occupent-elles une place dans le système national de santé? Comment pouvez-vous l'expliquer?	
	5.6. Intégration des traditions ethnomédicales dans le système national de santé infantile	5.6.1. Que pensez-vous du processus d'intégration des pratiques traditionnelles de soins infantiles dans le système national de santé publique au Togo?	
		5.6.2. Quelles sont vos opinions et attentes relativement des pouvoirs publics en ce qui	

		concerne l'intégration des pratiques traditionnelles de soins dans le système national de soins?	
	5.7. Soins de santé offerts aux enfants de bas âge	5.7.1. Quelle est votre perception des soins de santé offerts aux enfants de bas âge par les praticiens de la médecine traditionnelle?	
		5.7.2. Quelle est votre perception des soins de santé offerts aux enfants de bas âge par le personnel de santé publique?	

GUIDE D'ENTREVUE

TRADITHÉRAPEUTES, ACCOUCHEUSES TRADITIONNELLES, HERBORISTES ET AUTRES

I. Identification

Cette section d'identification concerne les tradithérapeutes, accoucheuses traditionnelles, herboristes et autres intervenant dans les soins de santé des enfants de bas âge, au sens de l'article 2 de la loi n°2001-017 du 14 décembre 2001 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle au Togo.

I.1	VILLAGE/VILLE		
I.2	QUARTIER		
I.3	RAISON SOCIALE DE L'INSTITUTION		
I.4	STATUT JURIDIQUE DE L'INSTITUTION		
I.5	DATE DE CRÉATION DE L'INSTITUTION.....		
I.6	NOM DU RÉPONDANT		
I.7	RÉPONDANT DU RÉPONDANT		
I.8	DATE (JJ/MM/AAAA).....	I.9	DURÉE DE L'ENTREVUE.....
			MIN

Notes finales et les commentaires sur le processus de l'entrevue (par exemple le contexte de l'entrevue qui peut être facile ou difficile).

I.10 RÉSULTAT DE L'ENTREVUE INDIVIDUELLE	<i>Complet</i>	1
	<i>Partiel</i>	2
	<i>Facile</i>	3
	<i>Difficile</i>	4
	<i>Autre (préciser)</i>	5

Axes thématiques	Thèmes	Axes de discussion	Objectifs spécifiques
1. Informations introductives	1.1. Caractéristiques sociodémographiques	1.1.1. Sexe, âge	Décrire le profil sociodémographique et économique des tradithérapeutes, accoucheuses traditionnelles, herboristes
	1.2. Caractéristiques socioéconomiques	1.2.1. Niveau d'instruction, a bénéficié des financements, nombre d'employés, nombre d'années d'expérience	
2. Savoirs et pratiques ethnomédicaux de soins infantiles	2.1. Santé infantile	2.1.1. Dans votre domaine de compétence relatif à la pratique de la médecine traditionnelle, que signifie santé infantile? En considérant les enfants âgés de moins de 5 ans, comment distinguez-vous un enfant sain d'un enfant malade?	- Identifier les représentations de la santé infantile - Identifier les savoirs culturels et rites en

	2.2. Pratiques de préservation de la santé de l'enfant	2.2.1. Que fait-vous habituellement pour préserver la santé des enfants dès leur bas âge? Quelles sont vos préférences?	relation avec la santé de l'enfant; - cerner le fondement socioculturel de la santé infantile ou de l'enfant.
	2.3.1. Pratiques de guérison de l'enfant	2.3.1. Selon vos expériences, quels sont les maux dont souffrent le plus souvent les enfants de bas âge? Que fait-vous habituellement pour guérir les enfants selon le cas? Quelles sont vos préférences?	
3. Maternité	3.1. La maternité comme moyen privilégié pour entrer en communication avec le monde invisible c'est-à-dire « sacré ».	3.1.1. L'enfant qui naît provient d'un génie créateur, dit-on. C'est donc de ce génie créateur que les femmes reçoivent l'enfant comme un don. Qu'en pensez-vous? Comment participez-vous à la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement (par exemple de la période prénatale jusqu'à la période postnatale)?	Repérer les facteurs biologiques, économiques et socioculturels susceptibles d'influencer la santé de l'enfant.
	3.2. Antécédents maternels comme moyens d'explication de l'origine des maux dont souffre l'enfant durant la période postnatale	3.2.1. Certains disent que la santé des enfants de bas âge dépend du passé sanitaire de sa mère (conception, évolution de la grossesse et l'issue de la grossesse). Que pensez-vous de cette affirmation? Comment avez-vous vécu ces moments de maternité des femmes?	
4. Petite enfance, enfance et enfant	4.1. Représentation de la petite enfance, l'enfance et de l'enfant	4.1.1. Qu'entendez-vous par la petite enfance, l'enfance et de l'enfant?	- Comprendre les enjeux culturels, économiques et sociaux de la période infantile; - Identifier les mutations qui se sont opérées dans les pratiques visant le bien-être des nouveau-nés et des très jeunes enfants; - Identifier dans l'entourage familial de l'enfant le rôle des différents acteurs qui interviennent dans la puériculture et les soins essentiels.
	4.2. Allaitement et alimentation d'appoint durant la période postnatale	4.2.1. Pouvez-vous m'aider à comprendre comment se pratiquaient l'allaitement et l'alimentation d'appoint dans le passé? Que diriez-vous de ce que vous observez aujourd'hui?	
	4.3. Puériculture et soins essentiels	4.3.1. À l'heure où la biomédecine est en vogue, peut-on encore évoquer des méthodes traditionnelles aptes à assurer le bon développement physique et psychique des nouveau-nés et des très jeunes enfants? Quelles sont les méthodes traditionnelles que vous connaissez aptes à assurer le bon développement physique et psychique des nouveau-nés et des très jeunes enfants? Lesquelles sont utilisées chez vous? Quelles sont vos préférences?	
5. Traditions ethnomédicales et système national de santé	5.1. Utilisation des différents services de santé de l'enfant disponibles	5.1.1. Que pensez-vous de l'efficacité des cures dans les centres de santé?	- Identifier les techniques de soin familiales, des tradithérapeutes, accoucheuses traditionnelles, herboristes et autres; - Saisir les modes d'insertion de ces techniques de soin et leurs enjeux politique, économique et éthique; - Faire le lien des techniques de soin avec la santé de l'enfant; - Identifier les différences selon le sexe observées
		5.1.2. Que pensez-vous de l'efficacité des cures des tradithérapeutes, accoucheuses traditionnelles, herboristes, autres?	
	5.2. Genre et prise de décision	5.2.1. Comment sont réparties les charges de travail d'un couple une fois leur enfant admis dans votre centre? C'est-à-dire qui fait quoi? Quand?	
		5.2.2. Comment se partagent les responsabilités dans un couple vis-à-vis des dépenses liées à la santé de l'enfant une fois arrivée dans votre centre de soins?	
		5.2.3. Selon vous, s'il y a moyen de programmer le nombre d'enfants désirés par un couple ainsi que le calendrier de leur	

		arrivée au sein dudit couple, à qui reviendrait cette responsabilité? Supposons que vous désiriez avoir cinq enfants dans votre vie. Quelles seraient vos préférences selon le sexe du 1 ^{er} , 2 ^e , 3 ^e , 4 ^e , 5 ^e enfant?	par les tradithérapeutes, les accoucheuses traditionnelles, herboristes et autres dans la communauté; - Identifier les facteurs facilitants et de blocage; - Trouver les synergies entre les systèmes traditionnels et formels.
5.3. Aspects sexospécifiques		5.3.1. Que pensez-vous de la participation ou de l'habilitation des femmes dans la santé des enfants, comparer aux hommes?	
		5.3.2. À votre avis, la politique nationale de santé mise en place par le gouvernement façonne-t-elle l'expérience des femmes et des hommes? Comment influence-t-elle les relations entre eux?	
5.4. Relation système biomédicale et système traditionnel de soins		5.4.1. À ce jour, peut-on parler de compétition ou de complémentarité entre les méthodes traditionnelles de soins infantiles et les méthodes de la médecine occidentales?	
		5.4.2. Habituellement, le personnel biomédical réfère le patient pour lequel il n'est plus en mesure de le soigner. Avez-vous connu des cas durant vos expériences?	
5.5. Place des traditions ethnomédicales dans le système national de santé		5.5.1. Aujourd'hui, beaucoup de gens affirment que les difficultés économiques sont telles qu'il faut nécessairement faire recours aux pratiques traditionnelles de soins accordés à l'enfant. Selon votre avis, ces pratiques traditionnelles de soins aux enfants occupent-elles une place dans le système national de santé? Comment pouvez-vous l'expliquer?	
5.6. Intégration des traditions ethnomédicales dans le système national de santé infantile		5.6.1. Que pensez-vous du processus d'intégration des pratiques traditionnelles de soins infantiles dans le système national de santé publique au Togo?	
		5.6.2. Quelles sont vos opinions et attentes relativement des pouvoirs publics en ce qui concerne l'intégration des pratiques traditionnelles de soins dans le système national de soins?	
5.7. Soins de santé offerts aux enfants de bas âge		5.7.1. Quelle est votre perception des soins de santé offerts aux enfants de bas âge par les praticiens de la médecine traditionnelle?	
		5.7.2. Quelle est votre perception des soins de santé offerts aux enfants de bas âge par le personnel de santé publique?	

GUIDE D'ENTREVUE
GROUPE DE DISCUSSION

Thèmes	Axes de discussion	Objectifs spécifiques
1. Maternité	1.1. Que pensez-vous de la maternité?	Repérer les facteurs biologiques, économiques, socioculturels et environnementaux susceptibles d'influencer la santé de l'enfant.
	1.2. Comment les femmes vivent-elles leur maternité ici?	
	1.3. Quelles sont vos opinions sur la santé des mères et la santé de l'enfant de bas âge?	

2. Petite enfance, enfance et enfant	2.1. Parlez-moi de toutes les étapes de la vie d'un enfant de bas âge. Quel nom donnez-vous à chaque étape et quelle est sa signification?	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendre les enjeux culturels, économiques et sociaux de la période infantine; - Identifier les mutations qui se sont opérées dans les pratiques visant le bien-être des nouveau-nés et des très jeunes enfants; - Identifier dans l'entourage familial de l'enfant le rôle des différents acteurs qui interviennent dans la puériculture et les soins essentiels.
	2.2. Comment se déroule cette phase de la vie chez les enfants du point de la santé?	
	2.3. Pouvez-vous m'aider à comprendre comment se pratiquaient l'allaitement et l'alimentation dans le passé? Que diriez-vous de ce que vous observez aujourd'hui?	
	2.4. Quelles sont les méthodes que vous connaissez aptes à assurer le bon développement physique et psychique des nouveau-nés et des enfants? Quel rôle joue l'entourage familial dans ce cas?	
3. Savoirs et pratiques ethnomédicaux de soins infantiles	3.1 Quels sont les maux dont souffrent le plus souvent les enfants dès le bas âge? Quelles sont selon vous leurs origines? Que faites-vous habituellement pour guérir les enfants selon le cas? Quelles sont vos préférences?	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les savoirs culturels et rites en relation avec la santé de l'enfant; - Cerner le fondement socioculturel de la santé infantile ou de l'enfant.
	3.2. Que faites-vous habituellement pour préserver la santé de vos enfants de bas âge? Quelles sont vos préférences?	
4. Traditions ethnomédicales et système national de santé	4.1. Quelle est votre perception des soins de santé offerts aux enfants de bas âge par les praticiens de la médecine traditionnelle?	<ul style="list-style-type: none"> - Saisir les modes d'insertion des pratiques traditionnelles de soins dans le système national de santé publique et leurs enjeux politique, économique et éthique; - Identifier les facteurs facilitants et de blocage du processus d'insertion; - Trouver les synergies entre les systèmes traditionnels et formels; - Faire le lien des techniques de soin avec la santé de l'enfant.
	4.2. Quelle est votre perception des soins de santé offerts aux enfants de bas âge par le personnel de santé publique?	
	4.3. À votre avis, la politique nationale de santé mise en place par le gouvernement tient-elle compte de la place des traditions ethnomédicales de soins infantiles?	
	4.4. Selon votre opinion, les pratiques traditionnelles de soins aux enfants occupent-elles une place dans le système national de santé publique? Comment pouvez-vous l'expliquer?	
	4.5. Que pensez-vous du processus d'intégration des pratiques traditionnelles de soins infantiles dans le système national de santé publique au Togo?	
	4.6. Quelles sont vos opinions et attentes par rapport aux pouvoirs publics en ce qui concerne l'intégration des pratiques traditionnelles de soins dans le système national de soins?	