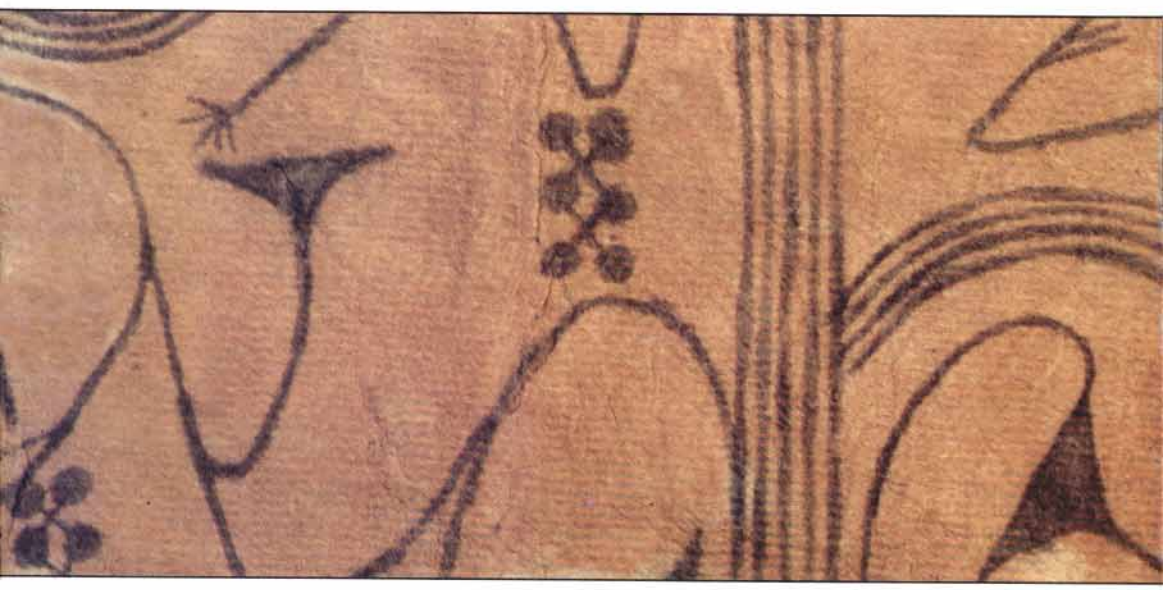
CENTRE FRANÇAIS SUR LA POPULATION ET LE DÉVELOPPEMENT

PLURALISME THÉRAPEUTIQUE ET STRATÉGIES DE SANTÉ CHEZ LES ÉVHÉ DU SUD-EST TOGO

Nadia LOVELL



LES DOSSIERS DU CEPED N° 33

PARIS, SEPTEMBRE 1995

CENTRE FRANÇAIS SUR LA POPULATION ET LE DÉVELOPPEMENT
(CEPED)
Groupement d'intérêt scientifique EHESS-INED-INSEE-ORSTOM-Paris VI

PLURALISME THÉRAPEUTIQUE ET STRATÉGIES DE SANTÉ CHEZ LES ÉVHÉ DU SUD-EST TOGO

Nadia LOVELL*

LES DOSSIERS DU CEPED n° 33 **PARIS, SEPTEMBRE 1995**

* Anthropologue, chercheur à l'Université de Brunel, Royaume-Uni.

Nadia Lovell

Pluralisme thérapeutique et stratégies de santé chez les Évhé du Sud-Est Togo / Nadia Lovell. – Paris : Centre français sur la Population et le Développement, 1995. – 20 p. ; 24 cm. – (Les Dossiers du CEPED ; n° 33).

Directeur de la publication :	Jacques VALLIN
Comité de rédaction :	Michel GARENNE, responsable de la collection
	Philippe ANTOINE
	Patrick GUBRY
	Thérèse LOCOH
Appui technique :	Denis CLÉVENOT
Diffusion :	Françoise ABLAIN

Ce numéro a été dactylographié par l'auteur et mis en forme par Denis CLÉVENOT.

© CEPED 1995
ISBN 2-87762-078-6
ISSN 0993-6165

RÉSUMÉ

La notion de pluralisme thérapeutique s'est imposée comme une réalité incontestable dans la plupart des pays africains. Cependant, dans les régions rurales, l'accès à la médecine occidentale et aux services de planification familiale dans les dispensaires et autres centres de santé demeure très limité. Au Togo, ceci peut-être attribué à des facteurs culturels, socio-économiques, géographiques et financiers. Nombre de patients seraient prêts à faire appel à la médecine occidentale pour traiter certaines maladies, mais ils en sont trop souvent détournés par l'attitude des professionnels du secteur moderne de la santé, qui ne cherchent pas à se mettre à leur portée. Il est nécessaire de valoriser les connaissances locales de la santé, du traitement de la maladie et de la fécondité, ainsi que d'adapter le discours politique, national et international, aux situations et aux besoins des populations visées par les programmes de développement.

MOTS-CLÉS : Condition de la femme, Connaissances locales, Fécondité, Perceptions de la maladie, Planification familiale, Pluralisme médical, Politiques de santé, Relations de pouvoir, Stratégies de santé.

SUMMARY

[Therapeutic pluralism and strategies of health care among the Ewe of south-eastern Togo]

Pluralism is an intrinsic aspect of most contemporary African therapeutic systems. However, access to Western forms of medical care and facilities offering information on Family Planning remains very restricted in rural areas. In Togo, this can be attributed to cultural, socio-economic, geographical and financial factors. Although many patients would not hesitate to consult Western-style doctors or other health practitioners when afflicted with particular complaints or illnesses, they are too often deterred from doing so by medical staff and other official health professionals who adopt a dominant attitude over rural populations. This situation necessitates to reassert the inherent value of local knowledge regarding health, treatment of illness, fertility and strategies for birth control. A national and international discourse more attuned to the needs of populations targeted by development projects is also crucial.

KEY WORDS : Family planning, Fertility, Gender relations, Health strategies, Local knowledge, Medical pluralism, Perception of illness, Politics of health care, Power relations.

SOMMAIRE

I. Pluralisme thérapeutique : débats et perspectives 5

II. Maladie et santé : les Évhé, leurs dieux, leurs maux 7

III. Mickey et ses compères : politique ambitieuse ou population peu réceptive ? 11

IV. Fécondité : idéologies, moralités, pratiques 14

V. Conclusion et objectifs pour l'avenir 17

Bibliographie 19

I. PLURALISME THÉRAPEUTIQUE : DÉBATS ET PERSPECTIVES

Le pluralisme thérapeutique attire, depuis quelques décennies déjà, l'attention des anthropologues. Le terme reste cependant vague, indiquant tantôt une diversification du système médical, tantôt la multiplication des stratégies employées par les populations urbaines et rurales dans le domaine de la santé, en quête d'un traitement adapté au type de maladie dont elles craignent d'être atteintes. Le terme s'applique particulièrement aux pays dits du Tiers-Monde, bien que des tendances similaires de plus en plus tangibles existent aussi en Occident, où la médecine " complémentaire " gagne du terrain.

Ce pluralisme peut être attribué à l'influence, au cours de l'histoire de l'Afrique, de diverses cultures et religions. Ainsi, l'Islam et le Christianisme, par exemple, ont introduit de nouvelles pratiques thérapeutiques en Afrique sub-saharienne (Brenner, 1985a et 1985b ; Constantin, 1988 ; Janzen, 1985 ; Mac Gaffey, 1983), mais se sont aussi adaptés aux traditions locales déjà présentes. De même, la médecine occidentale, loin d'éliminer les pratiques et croyances locales " traditionnelles ", s'est juxtaposée à elles. Cependant, les relations entre ces modes de connaissances se caractérisent souvent par un antagonisme poussé, au sein de la profession médicale occidentale en particulier (Foster, 1977 ; Last, 1986 ; Young, 1981). Du point de vue des patients, le choix reste, théoriquement, vaste, mais les facteurs idéologiques, sociaux et économiques tendent à le restreindre. Dans les milieux ruraux, ceux-ci se tournent le plus souvent vers la médecine dite traditionnelle, parce qu'elle offre un encadrement plus efficace et plus familier, sans compter qu'elle est moins coûteuse et géographiquement plus accessible (Fassin, 1992). La maladie ne peut ainsi être réduite à un problème purement physique ; elle dépend aussi d'une dimension socioculturelle (Asuni, 1979 ; de Rosny, 1992 ; Mullings, 1984). Le cas du Togo, qui n'est pourtant pas unique, servira ici d'exemple pour illustrer non seulement cette notion de pluralisme, mais aussi les tensions qui en découlent.

Le pluralisme sera interprété ici au sens large du terme, et inclura la panoplie des traitements offerts par les guérisseurs " traditionnels " et les pratiques de la médecine occidentale, y compris les programmes de soins de santé primaires et de planification familiale, souvent administrés par des organismes internationaux d'aide au Tiers Monde en conjonction avec des organismes nationaux. Le terme de " médecine occidentale " sera préféré à celui de " médecine moderne ", puisque ce dernier, par opposition, donne une connotation péjorative aux autres pratiques médicales. Sera considérée comme médecine occidentale toute pratique qui se rapporte à l'Occident par son idéologie, qu'elle soit issue d'une formation locale ou extérieure, et liée à des institutions tels que hôpitaux, dispensaires, centres de planification familiale.

Deux problèmes semblent tenir une place primordiale dans le débat concernant les programmes de santé dans les pays en voie de développement. D'une part, nous voyons un déploiement de projets dans le cadre des ONG ainsi que dans celui des organismes internationaux de développement tels que l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP. Bien que l'OMS, dans la plupart des pays en voie de développement, ait finalement admis l'importance des guérisseurs traditionnels comme vecteur dans le domaine des soins de santé primaires, leur participation aux projets de développement demeure souvent limitée. Elle n'a jusqu'à présent connu, dans le meilleur des cas, que des succès mitigés. D'autre part, l'attitude des populations semble échapper à la logique établie par ces organisations. On évoque alors un manque d'éducation, et on en vient souvent à introduire cette composante (éducation sanitaire, etc.) au sein de ces projets. Il est vrai que d'importants progrès ont été obtenus dans le domaine de la santé au cours des trois dernières décennies : les campagnes de vaccination, la thérapie de réhydratation orale pour lutter contre les diarrhées et les autres actions de santé ont contribué, dans de nombreux pays africains, à faire sensiblement baisser la mortalité en général et plus spécifiquement celle des enfants de moins de cinq ans. Il n'en reste pas moins que de nombreux efforts restent à fournir si l'on veut non seulement maintenir les acquis dans ce domaine, mais aussi franchir une nouvelle étape dans la transition sanitaire. Or, ces efforts ne doivent pas seulement porter sur l'éducation sanitaire et l'amélioration de l'accès aux lieux de soins, mais aussi sur une meilleure compréhension des motivations et des attitudes des populations par les concepteurs des programmes de soins.

En effet, les populations locales ne sont ni ignorantes, ni irrationnelles. La valorisation des connaissances et des expériences locales devrait figurer de façon systématique dans le discours des organismes nationaux et internationaux (Fardon, 1990 ; Hobart, 1993). Ainsi suppose-t-on souvent que les populations indigènes ne connaissent pas les " vraies " causes de la maladie et de la fécondité, et ce manque présumé de connaissances sert à justifier l'introduction de modèles importés de l'extérieur soutenus par les pouvoirs centraux, et placés en position de force par rapport aux savoirs locaux.

Comme le fait remarquer George Foster (1977), l'anthropologie de la santé a commencé par étudier les systèmes indigènes de la santé afin de mieux les intégrer dans une politique globale. Ceux-ci étaient alors perçus comme un obstacle au progrès. Plutôt que de remettre en question le paradigme médical et le système de pensée scientifique lui-même, on a tenté de faire porter la responsabilité des échecs par les populations, souvent marginalisées. L'anthropologie se concentre à présent de plus en plus sur le mode d'insertion de la médecine occidentale, son organisation et son administration, sur les relations qu'entretiennent le médecin et ses patients, et sur les problèmes d'accès aux soins dispensés dans des centres de santé souvent éloignés. Le choix des patients face aux options qui leur sont offertes est donc en partie déterminé et limité par des conditions culturelles, économiques et sociales qui mènent à une politique " d'exclusion " de populations déjà défavorisées. En somme, les relations entre les communautés locales et la société au sens large devraient être examinées de plus près (Elling, 1978 ; Lasker, 1981).

La relation du soignant et du patient doit aussi être reconsidérée. Plusieurs auteurs se sont déjà penchés sur ce sujet, et notamment sur les différences que présentent en ce domaine la médecine occidentale et les pratiques traditionnelles (Janzen, 1978 ; Yoder, 1982 ; Young, 1981). Harriet Ngubane (1981) identifie quatre facteurs d'importance qui influencent le choix des patients : la facilité de dialogue entre le soignant et son patient, l'échange d'information sur l'histoire de la maladie, la communication du diagnostic au patient, et la volonté du soignant à recourir à d'autres professionnels. Sur tous ces points, les guérisseurs indigènes semblent mieux équipés pour pourvoir aux besoins de leurs malades. Comme nous allons le voir, le dialogue qui s'établit entre le patient et un médecin au dispensaire ou à l'hôpital, par exemple, est souvent entravé par l'usage de langues différentes, nécessitant ainsi l'assistance d'un traducteur qui s'interpose entre eux. En pareilles circonstances, il va sans dire que les malentendus sont fréquents !

II. MALADIE ET SANTÉ : LES ÉVHÉ, LEUR DIEUX, LEURS MAUX

Quelques études de cas provenant du Togo serviront à illustrer différents aspects du problème. Elles ont été réalisées en 1989 et 1990 dans un village évhé du sud-est du pays, se situant à une dizaine de kilomètres du fleuve Mono et de la frontière du Bénin. Les comportements du personnel de santé ne pourraient être plus stéréotypés ; mais au delà des caricatures et des incidents parfois anecdotiques transparaissent des situations où les besoins des populations locales sont, au mieux, ignorés et, au pire, tournés en dérision.

Le système religieux des Évhé est centré autour de l'existence de vaudous, c'est à dire de divinités qui règnent, en partie, sur l'univers des humains. Cette " domination " cosmologique reste cependant assez limitée puisque ces derniers sont responsables de la destinée de leurs dieux. L'existence métaphysique d'une divinité ne

suffit pas à lui assurer leur vénération : sa présence doit, de surcroît, être reconnue sur terre par la construction d'un autel en son honneur. Une divinité qui n'offre pas la protection demandée peut, au fur et à mesure, perdre les faveurs de ses fidèles. Inversement, une négligence prolongée peut mener à de sérieuses complications pour les humains, allant de la maladie à la mort. Cette dépendance mutuelle se fonde en fait sur une responsabilité réciproque : les humains se sentent en partie pris en charge par leurs divinités, leur assurant en retour leur légitimité. Comme le dit Barber (1981, 1990), les hommes créent ainsi leur dieux.

Certains vaudous sont liés à des maladies spécifiques, tels que *Sakpata*, dieu de la variole ; *Toxosu*, dieu des rivières, responsable du mongolisme, de l'encéphalite, des handicaps physiques et mentaux, et de toute anomalie congénitale (nanisme, naissance gémellaire...) ; *Heviesso*, divinité de la foudre et du tonnerre, dont la colère peut causer de mortelles enflures. Mais la fureur des dieux est souvent déchaînée par l'action des humains, et nous retrouvons ici cet agencement entre les dieux et leurs interlocuteurs terrestres dont découlent, dans des conditions idéales, la bonne santé et la prospérité, mais dont les conséquences peuvent également mener à la maladie et la mort.

Pour les Évhé, le corps humain dépend de, et est intimement lié à, l'existence cosmologique de leurs divinités et des ancêtres qui lui assurent, par leur bienveillance et par leur persuasion, longévité, prospérité et bonne santé. Mais la présence physique des individus est aussi inséparable de sa réalité spirituelle. Ainsi les Évhé ne distinguent-ils pas le corps de l'esprit, sauf dans des situations exceptionnelles. Cette dissociation s'opère, par exemple, dans les cas de sorcellerie, où le corps n'est plus considéré que comme un récipient vide, sans substance, celle-ci ayant été appropriée par un sorcier. Le corps est déjà celui d'un mort, puisque l'essence, la vie, l'ont quitté.

Cette perception de la personne affecte d'une part la définition de la maladie, et d'autre part les comportements de santé et les démarches thérapeutiques. La santé de l'une de ces composantes dépend étroitement de celle de l'autre.

Cette notion moniste de l'individu et de sa position dans un univers cosmologique est étrangère à la définition occidentale de la médecine et de la santé. Les troubles physiques dont les causes sont difficiles à identifier ou ceux ne présentant pas de symptômes physiques observables, sont souvent réduits au domaine psychique ou psychologique. La médecine occidentale tend donc, par cette distinction entre le somatique et le psychique, à maintenir la dualité et la séparation du corps et de l'esprit, participant ainsi à l'association du psychique à un état individuel, dont la profession médicale au sens large se soucie peu, puisqu'il ne se soumet pas facilement au paradigme scientifique. Si le corps et l'esprit sont ainsi dissociés l'un de l'autre, la santé physique de l'individu peut, en certaines circonstances, être perçue comme la victime de l'inconscient et de l'irrationnel, tous deux réduits à la responsabilité individuelle du patient et ainsi isolés du domaine social. Si cette distinction est, au

contraire, minimisée, le corps aussi bien que l'esprit viennent s'intégrer dans la composition de toute maladie, et celle-ci se maintient dans le domaine social. Car la maladie est, chez les Évhé, un phénomène qui se définit avant tout dans un contexte collectif.

Le lien entre la définition de la maladie et la conception du corps humain joue un rôle fondamental dans toute décision concernant le patient et dans les démarches entreprises à la recherche d'un traitement approprié. La maladie est ainsi souvent perçue comme un état progressif, suivant plusieurs phases, et où il est essentiel de trouver le traitement correspondant avant qu'il ne soit trop tard. En conséquence, la notion de la maladie incurable reste pratiquement inconnue.

Les Évhé distinguent deux types de maladies. Certains troubles affectent simplement la surface du corps : il est question de maux externes et bien visibles. Ce type d'affliction est souvent épisodique et sans conséquences à long terme. Par contre, toute maladie prolongée sera traitée différemment. En effet, plus une maladie est persistante, plus il devient impératif d'en identifier la cause véritable, qui est souvent d'ordre social. Le plus souvent, celle-ci est perçue comme étant liée à un déséquilibre de la personne vis à vis des ancêtres, des divinités ou de son groupe lignager. Ce " désordre cosmologique " ne peut être soumis ni à l'hôpital, ni au dispensaire, les véritables causes échappant aux compétences de ces établissements.

D'une façon générale, les Évhé s'accordent pour dire que le dispensaire fournit les meilleurs soins lorsqu'il s'agit de blessures, coupures, abcès, etc. Ils n'hésitent pas non plus à se rendre chez l'infirmier en cas de crise de paludisme aiguë, de maux de têtes sérieux mais de brève durée, de soudaines douleurs intestinales, ou autres troubles passagers. Les maux tombant dans la première catégorie conceptuelle sont facilement traités au dispensaire ou à l'hôpital. Ils ne remettent cependant nullement en cause la notion traditionnelle de la maladie. Ainsi, si l'infirmier ne guérit pas, c'est la cause du mal qui est remise en question. Dans de telles circonstances, tout traitement purement médical est voué à l'échec puisqu'il ne traite que les symptômes, et non les causes réelles de la maladie. Celles-ci sont, dans ce sens, un phénomène purement social.

En outre, elle est rarement perçue comme un problème individuel. Au delà du lien existant entre le domaine rituel et la perception du bien-être de la personne humaine, s'ajoute, outre la maladie, une responsabilité partagée par les membres du groupe résidentiel ou lignager. Cet élément est souvent mentionné par la population. Une femme déclamait qu'elle n'irait pas à l'hôpital puisqu'elle s'y retrouverait seule, et que si elle y périssait, personne ne serait là pour la veiller. De même, durant la plupart de mes visites aux guérisseurs du village, les patients se présentaient-ils rarement seuls. La présence d'un parent semble être particulièrement importante lors de la première consultation (afin d'établir les bonnes conditions du traitement), ainsi qu'à la

fin de ce dernier. À cette occasion, *aflaxoxo* -une cérémonie marquant la guérison du patient- a lieu. Des sacrifices sont offerts aux ancêtres et aux divinités en guise de remerciement.

Un rebouteux des plus respectés de la région avait dans sa cour une collection de plâtres retirés à des patients. Ainsi la dernière phase de la guérison était-elle transférée de la ville au village. La plupart du temps, il traitait des gens de la région venus le consulter pour des fractures, des entorses, des luxations ou encore des enflures. Il combinait cela avec des connaissances du traitement de l'asthme, brûlures, blessures, abcès, maux de têtes, de l'estomac, etc. Dans le cas de fractures, la plupart des patients venaient le voir immédiatement, sa réputation étant bien établie.

Cependant, dans plusieurs cas impliquant des personnes accidentées aux alentours de Lomé, une ambulance avait amené les blessés à l'hôpital de la capitale, où un plâtre avait été appliqué à leurs fractures. Les médecins leur avaient ensuite fixé un rendez-vous, afin de le retirer. Mais plutôt que d'y retourner, ces patients s'étaient adressés, après un laps de temps variant de deux à cinq semaines, au rebouteux du village. M'enquérant des raisons de cette démarche, j'obtins une réponse significative :

" Au village, on nous enlève le plâtre et on donne une cérémonie pour remercier les ancêtres. En plus, si nous avons besoin de soins ultérieurs pour nous réapprendre à marcher ou à utiliser nos membres, le rebouteux s'occupera de nous. A l'hôpital on enlève le plâtre et c'est fini. Il n'y a aucun suivi ".

Un de ces patients avait effectivement été à l'hôpital faire enlever son plâtre, mais son bras gardait des séquelles. Une semaine plus tard, il se rendait au village...

Dans un autre cas, la femme de l'infirmier du dispensaire du village souffrait de maux de ventre constants, qui n'avaient pu être attribués ni à son cycle menstruel ni à une grossesse. Son mari avait entrepris de la soigner, sans aboutir à aucun résultat. Quelques semaines plus tard, ils s'étaient rendus chez le rebouteux. Ainsi l'infirmier justifia-t-il le fait de s'adresser au guérisseur :

" Puisque les médicaments n'ont servi à rien, il fallait faire quelque chose. Le rebouteux a une bonne réputation, et il a guéri beaucoup de monde. Il a commencé à traiter ma femme et elle se sent déjà mieux. Mais si ceci ne marche pas non plus, nous devrons aller voir ailleurs ".

Cet infirmier n'était pas de la région. Il avait obtenu son diplôme à Lomé et avait été affecté dans la région du sud-est. Le rebouteux, de son côté, bien que n'étant pas considéré comme un prêtre religieux, était responsable des sièges des ancêtres du village, et pouvait ainsi, de par sa communication avec ceux-ci, déterminer la cause de certains malaises, et indiquer les démarches à suivre.

Il semble ainsi que, 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. La nécessité d'associer, avec plus de compréhension réciproque et d'efficacité, les deux types de pratiques s'impose donc.

III. MICKEY ET SES COMPÈRES : POLITIQUE AMBITIEUSE OU POPULATION PEU RÉCEPTIVE ?

En ce qui concerne les soins de santé primaires tels qu'ils sont définis par les gouvernements, on observe une centralisation croissante des ressources économiques au niveau des représentants officiels désignés par lesdits gouvernements. La création d'unités telle que l'Association Togolaise du Bien-Être Familial est une manifestation parmi d'autres de cette politique. Bien que l'objectif d'une telle structure soit d'offrir un service dans le but d'améliorer la situation d'une population caractérisée par son taux de natalité élevé, les obstacles restent considérables. Les priorités et la répartition des ressources sont définies par les bailleurs de fonds et les gouvernements, et non pas par les populations concernées, qui sont rarement préalablement consultées.

Au niveau local, les soins de santé primaires coexistent avec de nombreuses autres structures et, dans un milieu rural, la médecine moderne, souvent représentée par un dispensaire aux abords du village ou par une unité de planification familiale rattachée à un hôpital de la région, vient se placer aux côtés des autres modes de médecine et offre donc une structure complémentaire plutôt qu'exclusive. Les stratégies employées par les patients n'en sont que plus diversifiées. Cependant, bien que ces structures soient, théoriquement, accessibles à tout le monde, elles sont loin d'être exploitées par les populations visées.

Penchons-nous plus particulièrement sur la façon dont cette politique affecte les femmes dans les régions rurales du Togo. L'Association Togolaise du Bien-Être Familial (ATBEF) servira d'exemple puisque son activité se veut centrée sur la fécondité des femmes. C'est un domaine où plusieurs conflits se manifestent simultanément, car les intérêts et intentions des personnes concernées sont parfois divergents.

Au début de mes recherches, une quinzaine de jours à peine après mon arrivée au village, le chef reçut la visite de la représentante locale du programme de planification familiale, accompagnée de son assistant. Ils expliquèrent le but de leur visite : sensibiliser la population aux problèmes de surnatalité, de malnutrition, d'espacement des naissances, de santé et de bien-être des enfants. Un film devait être présenté et serait suivi par une allocution. Les villageois auraient ensuite la possibilité de poser des questions auxquelles la représentante répondrait.

L'électricité étant inexistante au village, le projecteur devait être activé à l'aide d'un générateur à pétrole installé dans la camionnette de l'ATBEF. Il fallut trois heures pour arriver à le faire marcher. L'heure du dîner approchant, les femmes avaient disparu de la place du marché, où restaient les hommes et une ribambelle d'enfants. Le film, produit par l'OMS, commença.

Il s'agissait en fait d'un dessin animé utilisant les personnages de Donald, Mickey, Minnie et l'oncle Picsou. Donald était le présentateur : un dessin du globe terrestre apparut, accompagné d'un commentaire expliquant que les peuples du monde étaient divers, qu'il y avait des *" ethnies de différentes couleurs "* (sic), qu'en Asie les habitants étaient jaunes (dessin d'un Chinois), en Afrique noirs (nouveau dessin, d'un Africain cette fois) et en Europe blancs (dernier dessin). Pour des raisons d'ordre pratique, l'amalgame de tous ces peuples serait représenté, lors du film, par un personnage (fusion des dessins à l'écran)... blanc !

Par leurs actions, toutes ces figures étaient supposées présenter les déséquilibres existant entre les pays développés et ceux du Tiers-Monde, en insistant sur le fait que ce déséquilibre était une conséquence de la surpopulation et de la fécondité trop élevée. Les situations étaient burlesques sinon caricaturales. Il est intéressant de constater que l'univers de Donald est peuplé de petits personnages unis les uns aux autres par des liens de parenté indirects : il n'y a ni descendance, ni alliances, uniquement des oncles et leurs neveux, des cousins et des fiancées. Les relations demeurent singulièrement stériles ! L'OMS y a-t-elle même songé ?

La bande sonore était en français, sans traduction. Or, la grande majorité des résidents du village ne parlent que l'évhé. A la fin du film, s'aidant d'un porte-voix, l'assistante en expliqua le contenu, et invita les gens, c'est à dire les hommes présents, à poser des questions :

" Si un homme est capable de nourrir sa famille, ne devrait-il pas avoir le plus grand nombre d'enfants possible ? Pourquoi devrait-il limiter les naissances ? "

La réponse fut la suivante :

" C'est mieux pour les femmes. Elles souffrent trop et seraient moins fatiguées. Même si on peut nourrir ses enfants, ils seraient en meilleur santé si les gens en avaient moins ".

L'auditoire eut un haussement d'épaule, et annonça à l'assistante qu'il ne comprenait pas à quoi servait la planification familiale, puisque, de son point de vue, ses enfants se portaient bien et étaient convenablement nourris. L'assistante en fut tellement offusquée qu'elle brandit son porte-voix en hurlant, dans un amalgame d'évhé et de français, qu'ils n'étaient tous qu'une *" bande d'ignorants "*, que certains d'entre eux avaient été à l'école sans rien apprendre, qu'ils ne pouvaient pas espérer

améliorer leurs conditions de vie s'ils refusaient de comprendre des choses aussi fondamentales..., et que s'ils arrivaient à économiser quelques sous en ayant une descendance moins nombreuse, ils pourraient peut-être se permettre un jour d'acheter un magnétophone, une bicyclette ou une radio.

À l'appui du film, avant de quitter le village, le personnel de l'Association du Bien-Être Familial distribua, au chef et à son secrétaire, des affiches soutenant son message. Conçue par l'OMS, y figurait une femme démunie, squelettique, enceinte, tenant un enfant en bas âge par la main, et portant un nourrisson sur le dos. Un sous-titre, en langue française, soulignait le lien entre " une famille heureuse " et une fécondité plus restreinte. Ces posters furent ensuite exposés sur la place du marché, au dispensaire, à l'école du village et dans la cour du chef.

Ces affiches avaient pour but de sensibiliser les femmes au problème posé par une fécondité trop élevée. Cependant, plusieurs facteurs culturels fondamentaux avaient été ignorés. D'une part, chez les Évhé, comme dans plusieurs autres régions d'Afrique, le bonheur familial et la richesse personnelle sont souvent liés à une descendance nombreuse, et les conditions matérielles, bien que difficiles dans certains cas, ne mènent pas nécessairement à associer forte fécondité et misère. L'OMS, qui avait fourni cette affiche, use donc d'une définition de la pauvreté extrêmement limitée, mal adaptée aux notions culturelles spécifiquement africaines, et entièrement centrée sur des valeurs occidentales. Il en résulte que le message ne passe pas. D'autre part, en visant les femmes de manière si exclusive, l'OMS et l'ATBEF laissent supposer que la limitation des naissances est un problème spécifiquement féminin, et que celles-ci attacheraient ainsi moins d'importance que les hommes à une nombreuse descendance. En outre, la réaction des femmes incite à réfléchir. La plupart d'entre elles, face à cette affiche dont elles ne pouvaient déchiffrer le texte, n'étaient nullement émues. Elles poussaient des interjections dédaigneuses, se moquant de la stupidité d'une femme qui ignorait apparemment tout de l'espacement des naissances. Pour elles, l'Association Togolaise du Bien-Être Familial tentait de leur faire comprendre l'importance de cette pratique, mais elles me firent savoir que ce n'était pas vraiment un problème puisqu'elles y adhéraient déjà. L'OMS, et les services de planification familiale qui ont assimilé son discours, semblent prêcher des converties !

En effet, l'idéologie traditionnelle encourage déjà un comportement reproducteur où l'espacement des naissances, par l'abstinence post-partum et par un allaitement prolongé (s'étendant souvent sur deux ans), est pratiqué. Par ailleurs, bien qu'il en incombe aux deux époux d'éviter tout rapport sexuel pendant les mois suivant l'accouchement, une grossesse trop rapprochée est souvent attribuée à un manque de compréhension et de respect de la part du mari, qui n'aura pas su contrôler son désir. Nombre de tabous rituels sont mis en place afin de s'assurer que les femmes et leurs partenaires se conforment aux règles établies.

Les femmes étaient catégoriques sur deux points : il ne faut jamais allaiter et être enceinte en même temps, car la grossesse polluerait le lait ; et il est préférable qu'aucune grossesse ne survienne alors qu'un enfant est encore porté au dos de sa mère. Dans les deux cas, il fut dit que l'enfant serait délaissé en faveur de la grossesse. Je pus d'ailleurs l'observer au cours de mes recherches.

Les exemples cités plus haut révèlent un manque de sensibilité extrême de la part du personnel des services de planification familiale. Il est alarmant de constater que l'ATBEF ne fait que reproduire une politique et une idéologie globales, conçues et mises en pratique au niveau international. Cette assistante n'était certainement pas responsable du contenu du film qu'elle était tenue de montrer, et son influence à ce sujet restait certainement très limitée. Ce cas demeure cependant représentatif dans la mesure où il expose aussi certaines attitudes vis à vis d'une population plus ou moins condamnée à se débrouiller de son mieux, quelles que soient ses conditions de vie. Les ressources limitées sont un problème auquel doivent faire face les gens du village aussi bien que l'assistante de l'ATBEF. Pourtant, on peut se demander si le peu de ressources existantes ne pourrait être utilisé de façon plus efficace, en fonction des besoins de populations souvent frustrées par un manque de dialogue et par ce qu'elles perçoivent souvent comme une insulte. Les notions de pouvoir dont j'ai fait mention au début, liées à une certaine catégorie de savoir, sont ici très tangibles.

IV. FÉCONDITÉ : IDÉOLOGIES, MORALITÉS, PRATIQUES

Ces exemples illustrent aussi un autre aspect : l'importance de la fécondité, un sujet qui est familier à l'Afrique. La fécondité n'est pas perçue comme un problème, puisque la descendance garantit le statut de l'individu au sein de la société des vivants et dans " l'après-vie ". Le comportement des hommes diffère cependant de celui des femmes : le désir de limiter les naissances semble concerner celles-ci bien plus que leur époux. Si elles considèrent que la fécondité est importante, elles se disent toutefois souvent prêtes à la réduire.

Peut-être serait-il utile de distinguer entre les notions de fertilité au sein d'une communauté où la descendance est une composante majeure de l'identité tant individuelle que collective, et la fécondité. La fertilité se rapporterait à la capacité de reproduction des membres de la communauté et aurait une signification symbolique dans la constitution de l'identité de la personne. La fécondité, en revanche, serait de nature quantitative, et pourrait intégrer la notion de limitation des naissances. La valeur culturelle de cette première catégorie conceptuelle pourrait être maintenue, laissant cependant un champ d'action assez vaste quant au comportement reproducteur propre.

Le personnel des services de planification familiale ne distribue pas de contraceptifs lors de ses visites dans les villages. Les responsables et assistants ne sont

là que pour informer la population. Toute personne désireuse d'obtenir des contraceptifs (préservatif, pilule, stérilet, injection, etc.) doit se rendre à l'hôpital de la préfecture la plus proche, les jours de consultation uniquement. Dans la plupart des régions, l'ATBEF, croyant bien faire, fait donc correspondre son jour de consultation au jour du marché hebdomadaire de la localité. Malheureusement, pour bien des femmes, cette solution proposée par l'ATBEF n'en est pas une : elles ne peuvent s'absenter de leur étalage, souvent pendant plusieurs heures, pour aller faire la queue à la clinique, leurs revenus dépendant du succès de leurs activités commerciales.

Au contraire, les femmes herboristes visitent régulièrement les marchés de la région et offrent des consultations sur place. Elles reçoivent aussi leurs clientes chez elles, ces visites étant dès lors plus discrètes, puisqu'il n'y a pas à faire la queue en public. Elles soignent non seulement la stérilité, mais s'engagent aussi à traiter une fécondité que leurs clientes jugeraient trop forte. Ainsi, une herboriste recevait régulièrement des femmes du voisinage qui ne voulaient plus avoir d'enfant. Elle précisa qu'elle n'offrait ce service qu'aux femmes déjà mères de familles, et que le traitement était définitif. Si ces activités demeurent clandestines, le service offert ici est néanmoins manifestement accepté, par la population féminine en particulier. Il serait donc souhaitable, sinon nécessaire, de passer par ces réseaux pour la planification d'une politique de population et de santé. Bien que prétendant ainsi pouvoir limiter les naissances, ces herboristes concèdent que leurs connaissances sont limitées dans le domaine de la contraception ne causant pas de stérilité permanente.

Dans les centres de l'ATBEF, aucun contraceptif ne doit en principe être distribué à une personne non mariée. Cette politique affecte les jeunes filles de manière beaucoup plus dramatique que leurs partenaires, car le personnel de l'hôpital est plus indulgent vis à vis des jeunes hommes. La morale est bien claire : on tolère l'activité sexuelle des jeunes gens, mais les jeunes filles sont supposées ne pas s'adonner à de telles pratiques. Cette politique ne prend nullement en considération la sexualité réelle des jeunes, et impose une moralité étrangère aux comportements locaux. La plupart des jeunes des deux sexes ont une vie sexuelle bien avant le mariage, et le nombre de partenaires peut être élevé. Certaines jeunes filles sont souvent bien plus actives sur le plan sexuel que des femmes mariées, qui sont tenues (du moins par la morale, si ce n'est en pratique) d'être fidèles à leur époux, et qui doivent se soumettre aux règles d'abstinence post-partum pendant une partie de leurs années reproductrices.

Il faut donc se demander si les programmes visant à réduire la fécondité et la prévalence des maladies sexuellement transmissibles ne devraient pas s'orienter vers une population mieux ciblée : en effet, chez les Évhé, la libre sexualité des jeunes est acceptée, mais les grossesses prématurées sont souvent condamnées. Les jeunes n'ayant ni les moyens financiers, ni un statut social favorable à la naissance et la croissance d'un enfant, le taux de mortalité infantile est plus important chez les enfants issus de ce groupe que chez ceux de l'ensemble de la population (Locoh 1992).

À défaut de méthodes contraceptives efficaces, l'avortement (souvent clandestin) sera donc le dernier recours de nombre de couples d'adolescents. Emmanuel, un jeune homme de vingt six ans, était encore célibataire et n'avait pas accédé à un statut respectable aux yeux de ses compatriotes. Ses ébats et exploits sexuels lui valaient une réputation de séducteur accompli. Mais n'étant pas marié, il lui était difficile d'obtenir les préservatifs distribués gratuitement par l'ATBEF et, n'ayant pas de rémunération régulière, il lui était impossible de s'en procurer lui-même. À la suite d'une aventure amoureuse avec l'une de ses cousines maternelles (une relation prohibée), celle-ci fut enceinte. Après avoir essayé de nombreux traitements proposés par des herboristes du village, le couple se rendit finalement chez un infirmier diplômé qui accéda à leur demande d'avortement. Cet acte étant illégal au Togo, l'infirmier exigea une somme considérable qu'ils eurent bien du mal à réunir. De surcroît, la jeune fille dut s'aliter pendant plus d'une semaine, et n'obtint pas de soins particuliers, le couple tentant de ne pas éveiller les soupçons des familles concernées.

J'ai mené quelques enquêtes dans le bureau de l'assistante de l'ATBEF. Une après-midi, elle reçut une quinzaine de personnes, dont trois femmes. L'une d'elles était veuve, et reçut une boîte de pilules. Il n'y eut aucun examen médical. Un couple arriva, la femme venant d'accoucher : ils désiraient tous deux une méthode de contraception qui préviendrait une autre grossesse. Dans ces deux cas, les entretiens étaient ouverts, et la discussion entre les visiteurs et l'assistante demeurait cordiale.

Le cas suivant est, lui aussi, intéressant : un homme d'une trentaine d'années, instituteur, s'est présenté. Il semblait connaître l'assistante, et ils passèrent quelque temps à bavarder. Sans lui en faire la demande, il reçut une boite de préservatifs, qu'il mit dans sa veste. Il annonça en rigolant qu'il pourrait maintenant continuer de s'amuser. Je lui demandait s'il était marié, et il répondit par l'affirmative. Mais l'usage de préservatifs, précisa-t-il, n'était pas prévu pour ses rapports sexuels avec sa femme. Pourquoi se protéger ou limiter les naissances au sein de l'unité conjugale ? Il n'utilisait des préservatifs que pour des aventures passagères. Après son départ, je me renseignait auprès de la représentante de l'ATBEF, qui m'apprit que c'était une attitude assez courante.

Ainsi, le problème qui se pose lors des discussions concernant le domaine de la santé au Togo est clair. A priori, la diversité qui existe dans la structure médicale, allant de la médecine traditionnelle à celle de type occidental, ne représente pas une difficulté en tant que telle. Elle autorise un choix assez vaste, celui-ci étant fondamental pour le bien-être des individus et de la communauté. On fait ainsi usage de différentes stratégies thérapeutiques dépendant des besoins, des circonstances individuelles et sociales, de la définition du " mal ", des moyens financiers... Cependant, il est bien évident que, dans certaines circonstances, les patients expriment clairement leur désir d'avoir un accès plus facile à la médecine occidentale, aux

hôpitaux, aux centres de planification familiale, etc. Les obstacles qui se présentent sont perçus comme difficiles à surmonter. Par exemple, la distance qui sépare le village du centre de l'ATBEF est de 32 km aller-retour. Ce n'est pas insurmontable, mais la plupart des femmes devront entreprendre ce trajet à pied. Les frais accumulés en cas de consultation d'un médecin à l'hôpital sont souvent prohibitifs : au coût du transport s'ajoute celui des médicaments. En cas d'opération dans le cadre d'un hôpital, le patient doit payer l'anesthésie, les médicaments, la nourriture, etc.

D'autres problèmes touchent, par exemple, à la formation de sages-femmes par les centres de santé, désignées à être placées ultérieurement dans les dispensaires des villages. Mais elles entrent en concurrence avec les guérisseurs traditionnels faisant aussi fonction d'accoucheurs. Les sages-femmes issues des formations médicales cumulent donc les handicaps : outre le fait que ce sont des femmes (l'accoucheur traditionnel est, lui, le plus souvent un homme), elles sont jeunes, n'ont parfois jamais eu d'enfants et ne sont pas nées au village où elles travaillent.

V. CONCLUSION ET OBJECTIFS POUR L'AVENIR

En ce qui concerne le Togo, plusieurs démarches restent encore à accomplir. En 1978, l'OMS et l'UNICEF entreprirent d'encourager la collaboration entre les services de santé publics et les guérisseurs traditionnels. Nombre de gouvernements a déjà entamé des programmes d'accueil de guérisseurs au sein de structures institutionnelles. C'est le cas du Zimbabwe, du Ghana et du Bénin, pour ne citer que quelques exemples. Si l'intégrité des guérisseurs peut être préservée, leur assistance et leur simple présence pourraient contribuer à offrir aux patients un accès plus libre à des soins plus diversifiés. Une telle collaboration ne peut être que bénéfique, et il serait souhaitable de voir de tels efforts déployés dans les autres pays d'Afrique. L'assistance des gouvernements est essentielle à de telles démarches.

Il y a néanmoins des problèmes, dont je ne mentionnerai que certains. L'OMS, par exemple, reconnaît de façon quasi exclusive les herboristes parmi la vaste panoplie de guérisseurs traditionnels. Le bienfait des herbes peut être prouvé par de simples analyses en laboratoire, rendant ainsi légitime une pratique qui ne constitue, en fait, qu'une infime partie d'une structure beaucoup plus complexe. Une telle mesure sert donc à légitimer des pratiques thérapeutiques qui peuvent être jugées de façon scientifique, suivant des critères de validité définis par des agents extérieurs, et qui correspondent de ce fait aux valeurs occidentales de la médecine. L'usage de la divination, de rituels thérapeutiques et autres pratiques religieuses, est ainsi marginalisé et relégué au rang de simples superstitions. Pourtant, ces croyances et ces pratiques sont fondamentales au bien être physique et psychique des individus et participent, à part entière, au système thérapeutique africain.

L'aspect financier n'est pas non plus à négliger : un herboriste incorporé dans la structure d'un dispensaire ou d'un hôpital permettra des économies importantes, puisque, le plus souvent, les frais de consultation sont bien moins élevés que ceux demandés par un médecin. En outre, les herbes nécessaires au traitement se trouvent dans la nature, les rendant plus facilement accessibles au patients et évitant une dépendance vis à vis des produits importés de l'étranger. Les avantages d'une telle démarche ne sont pas négligeables.

Cependant, il faut aussi tenir compte des risques encourus par de tels projets : nombre d'herboristes pourrait offrir une alternative dont les connaissances seraient exploitées par les structures hospitalières, sans qu'eux-mêmes en tirent le moindre bénéfice. Des entreprises pharmaceutiques risqueraient, elles aussi, d'utiliser de façon peu scrupuleuse le savoir des herboristes, à leur dépends, en produisant et en commercialisant de nouveaux médicaments.

De même, la médecine occidentale telle qu'elle est pratiquée au Togo en particulier et en Afrique en général n'est pas toujours sans poser de problèmes. Le " marché noir " des produits thérapeutiques peut avoir des conséquences graves : en effet, la vente et l'achat de médicaments, parfois périmés, rend leur utilisation dangereuse. Par exemple, on donne de la Tétracycline à des nourrissons, et certains adultes en prennent une ou deux capsules de temps en temps, sans traitement régulier et le plus souvent sans surveillance médicale. Des gélules d'antibiotiques sont diluées dans de l'eau (non stérilisée) et injectées directement dans le sang. Ceci présente non seulement des risques sur le plan de l'hygiène, mais peut causer des allergies et une immunité future aux traitements antibiotiques.

Au niveau local, le facteur le plus important reste peut-être d'identifier les besoins tels qu'ils sont exprimés par la population et par les patients éventuels, pour rendre plus compatible l'offre et la demande de soins. Il est vrai que les " charlatans ", c'est-à-dire les guérisseurs traditionnels usant de méthodes jugées peu orthodoxes par les membres de leur propre communauté, se font plus nombreux. En outre, les compétences du personnel de santé ne sont pas toujours suffisantes. L'attitude de ce dernier face à une population définie par son " manque de connaissances " et par sa pauvreté n'est bénéfique à personne. On parle à tort d'ignorance de la population rurale : il s'agit plutôt d'un niveau et surtout d'un type différents de connaissances, ses besoins et ses priorités étant basés sur des critères qui s'éloignent de la norme établie par les agences nationales et internationales.

BIBLIOGRAPHIE

ASUNI Tolani, 1979. – The Dilemma of Traditional Healing with Special Reference to Nigeria, *Social Science and Medicine,* vol. 13B, pp. 33-39.

BARBER Karin, 1981. – How Man Makes God in Africa : Yoruba Attitudes towards the Orisa, *Africa,* vol. 51, n° 3, pp. 724-745.

BARBER Karin, 1990. – Oriki, Women and the Proliferation and Merging of Orisa, *Africa,* vol. 60, n° 3, pp. 313-338.

BRENNER Louis, 1985 a. – La Géomancie pratiquée par les Musulmans, *in :* Louis Brenner (éd.), *Réflexions sur le Savoir Islamique en Afrique de l'Ouest.* – Université de Bordeaux, Centre d'Études d'Afrique Noire, 103 p.

BRENNER Louis, 1985 b. – The Esoteric Sciences in African Islam, *in :* du Toit et Abdalla (ed.) *African Healing Strategies*, pp. 20-29. – New York, Trado-Medic Books.

CONSTANTIN François, 1988. – Charisma and the Crisis of Power in East Africa, *in :* Cruise O'Brien and Coulon (ed.), *Charisma and Brotherhood in African Islam.* – Oxford, Clarendon Press.

ELLING Ray, 1978. – Medical systems as Changing Social Systems, *Social Science and Medicine*, vol. 12, pp. 107-115.

FARDON Richard, 1990. – Introduction, *in :* Richard Fardon, *Localising Strategies : Regional Traditions of Ethnographic Writing*, pp. 1-37. – Scottish Academic Press and Smithsonian Institution Press.

FASSIN Didier, 1992. – *Pouvoir et Maladie en Afrique.* – Paris, PUF, 359 p.

FOSTER George, 1977. – Medical Anthropology and International Health Planning, *Social Science and Medicine*, vol. 11, n° 10, pp. 527-535.

HOBART Marc, 1993. – Introduction, *in :* Hobart Marc (ed.) *An Anthropological Critique of Development : the Growth of Ignorance*, pp. 1-33. – London, Routledge.

JANZEN John, 1978. – *The Quest for Therapy in Lower Zaire.* – Berkeley, University of California Press, 266 p.

JANZEN John, 1985. – Changing Concepts of African Therapeutics : An Historical Perspective, *in :* du Toit and Abdalla (ed.) *African Healing Strategies*, pp. 61-82. – New York, Trado-Medic Books.

LASKER Judith, 1981. – Choosing among Therapies : Illness Behaviour in the Ivory Coast, *Social Science and Medicine*, vol. 15A, n° 2, pp. 157-168.

LAST Murray, 1986. – The Professionalisation of African Medicine : Ambiguities and Definitions, *in :* Last and Chavunduka (ed.) *The Professionalisation Of African Medicine*, pp. 1-29. – Manchester University Press.

LOCOH Thérèse, 1992. – Introduction, *in : Conditions de la Femme et Population : le cas de l'Afrique francophone*, pp. 1-15. – Paris, Dossier publié pour les Nations Unies par le CEPED, avec la collaboration du FNUAP et de l'URD, 116 p.

Mac GAFFEY Wyatt, 1983. – *Modern Congo Prophets : Religion in a Plural Society*. – Bloomington, Indiana University Press, 285 p.

MULLINGS Leith, 1984. – *Therapy, Ideology and Social Change : Mental Healing in Urban Ghana*. – Berkeley, University of California Press, 251 p.

NGUBANE Harriet, 1981. – Aspects of Clinical Practices and Traditional Organisation of Traditional Healers in South Africa, *Social Science and Medicine*, vol. 15B, n° N3, pp. 361-365.

ROSNY Éric (de), 1992. – *L'Afrique des Guérisons*. – Paris, Karthala, 224 p.

YODER Stanley, 1982. – Biomedical and Ethnomedical Practice in Rural Zaire : Contrasts and Complements, *Social Science and Medicine*, vol. 16, n° 21, pp. 1851-1857.

YOUNG James, 1981. – Non-Use of Physicians : Methodological Approaches, Policy Implications, and the Utility of Decision Models, *Social Science and Medicine*, vol. 15B, n° N4, pp. 499-507.

LES DOSSIERS DU CEPED

La collection des *Dossiers du CEPED* est une collection de " documents de travail " destinée à accueillir des articles scientifiques se rapportant au domaine de la population et du développement.

Aucune condition n'est posée quant à l'origine ou l'organisme d'appartenance des auteurs. *Les Dossiers du CEPED* sont prévus pour une diffusion limitée mais rapide et " ciblée ", en fonction du sujet traité. Ils sont distribués sur demande à toute personne intéressée. Ces articles ont vocation à être publiés également, en totalité ou en partie, sous la même forme ou sous une forme modifiée, dans des revues internationales. Aucune autorisation préalable n'est donc à demander au CEPED pour une nouvelle publication. La documentation du CEPED souhaite simplement recevoir un exemplaire des publications ainsi réalisées.

Les auteurs intéressés sont invités à envoyer au CEPED une disquette contenant un fichier saisi sur traitement de texte (de préférence Word 6 Windows, ou à défaut un fichier pouvant être importé directement dans Word 6), rédigé en français, de 15 à 50 pages formatées 21 x 29,7 cm, marges de 2,5 cm sur le pourtour. La disquette sera accompagnée d'un exemplaire papier, prêt à être reproduit tel quel si nécessaire. Les auteurs conservent la responsabilité de la présentation et du contenu du texte qu'ils ont envoyé. Des informations détaillées concernant la mise en forme du document sont à demander au CEPED ; elles seront transmises aux auteurs dans les meilleurs délais pour qu'ils puissent en tenir compte.

Le projet d'article reçu est soumis à deux lecteurs, intérieurs ou extérieurs au CEPED. Ceux-ci peuvent en conséquence l'accepter ou le rejeter pour des raisons de forme ou de fond, ou encore demander des modifications. Ils se réservent la possibilité d'effectuer eux-mêmes des corrections de forme, ainsi que le regroupement de plusieurs articles dans le même numéro des *Dossiers*. Les matériaux reçus ne sont pas renvoyés à leurs auteurs, qui sont donc invités à en conserver le double.

Chaque auteur recevra 25 exemplaires du numéro contenant son (ou ses) article(s), s'il y a un seul auteur et 15 exemplaires par auteur s'il y en a plusieurs.

Les présentes instructions remplacent celles qui ont pu paraître antérieurement. Elles sont réputées être modifiables à tout moment en fonction des nécessités nouvelles.

PARU DANS LA COLLECTION DES *DOSSIERS DU CEPED*

N° 32 - **ANTOINE (Philippe), NANITELAMIO (Jeanne),** 1995, Peut-on échapper à la polygamie à Dakar ?, 31 p.

N° 31 - **LOCOH (Thérèse)**, 1995, Familles africaines, population et qualité de la vie, 48 p.

N° 30 - **MESLÉ (France), VALLIN (Jacques)**, 1995, La mortalité dans le monde : tendances et perspectives, 25 p.

N 29 - **KAMDOUM (Antoine)**, 1994, Planification sanitaire et ajustement structurel au Cameroun, 37 p.

N° 28 - **LALOU (Richard), PICHÉ (Victor)**, 1994, Migration et sida en Afrique de l'ouest : un état des connaissances, 53 p.

N° 27 - **OUEDRAOGO (Christine)**, 1994, Education de la mère et soins aux enfants à Ouagadougou, 37 p.

N° 26 - **VALLIN (Jacques)**, 1994, Réflexions sur l'avenir de la population mondiale, 24 p.

N° 25 - **KOFFI N'Guessan**, 1993, Facteurs de fécondité en milieu rural forestier ivoirien, vi-40 p.

N° 24 - **LAOUROU (Martin)**, 1993, Les disparités régionales de la mortalité au Bénin, 36 p.

N° 23 - **GERVAIS (Raymond R.)**, 1993, Contribution à l'étude de l'évolution de la population de l'Afrique Occidentale Française, 1904-1960, 50 p.

N° 22 - **ELOUNDOU-ENYEGUE (Parfait Martial)**, 1992, Solidarité dans la crise ou crise des solidarités familiales au Cameroun ? Evolutions récentes des échanges entre villes et campagnes, 40 p.

N° 21 - **VAZ-GRAVE (Maria Julia)**, 1992, La mortalité des enfants à Luanda, 39 p.

N° 20 - **CANTRELLE (Pierre), THONNEAU (Patrick), TOURÉ (Boubacar)**, 1992, Mortalité maternelle : Deux études communautaires en Guinée, 43 p.

N° 19 - **LOCOH (Thérèse)**, 1992, Vingt ans de planification familiale en Afrique sub-saharienne, 27 p. *2ème tirage.*

N° 18 - **BARBIERI (Magali)**, 1991, Les déterminants de la mortalité des enfants dans le Tiers-Monde, 40 p. *2ème tirage.*

N° 17 - **IGNEGONGBA (Keumaye)**, 1991, La fécondité en Mauritanie, 39 p. *Épuisé.*

N° 16 - **TABAH (Léon)**, 1991, Dix problèmes de population en perspective - Hommage à Jean Bourgeois-Pichat et à Alfred Sauvy, 31 p. *Épuisé.*

N° 15 - **AKAM (Evina)**, 1990, La mesure de l'infécondité et de la sous-fécondité, 39 p. *Épuisé.*

N° 14 - **ASSOGBA (L. N. Mensan)**, 1990, Statut de la femme, structures familiales, fécondité : transitions dans le Golfe du Bénin, 28 p. *Épuisé.*

N° 13 - **FILIPPI (Véronique)**, **GRAHAM (Wendy)**, 1990, Estimer la mortalité maternelle à l'aide de la méthode des soeurs, 29 p. *Épuisé.*

N° 12 - **ANTOINE (Philippe)**, **NANITELAMIO (Jeanne)**, 1990, La montée du célibat féminin dans les villes africaines. Trois cas : Pikine, Abidjan et Brazzaville, 27 p. *Épuisé.*

N° 11 - **CHARMES (Jacques)**, 1990, Deux études sur l'emploi dans le monde arabe, 37 p.

N° 10 - **CANTRELLE (Pierre)**, **LOCOH (Thérèse)**, 1990, Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'ouest, 36 p. *Épuisé.*

N° 9 - **VÉRON (Jacques)**, 1989, Eléments du débat Population Développement, 48 p. *2ème tirage.*

N° 8 - **LE CHAU**, **PAPAIL (Jean)**, 1989, Transformations agraires et mobilités de la main-d'oeuvre dans la région Nord-Andine de l'Equateur, 18 p.

N° 7 - **CANTRELLE (Pierre)**, **GENDREAU (Francis)**, 1989, Prospective des déséquilibres mondiaux - Démographie et santé, 33 p. *Épuisé.*

N° 6 - **LOCOH (Thérèse)**, 1989, Les politiques de population en matière de fécondité dans les pays francophones : l'exemple du Togo, 20 p. *Épuisé.*

N° 5 - **GUBRY (Patrick)**, 1988, Rétention de la population et développement en milieu rural : à l'écoute des paysans Mafa des Monts Mandara (Cameroun), 24 p. *Épuisé.*

N° 4 - **CHASTELAND (Jean-Claude)**, 1988, Etat et besoins de la recherche démographique dans la perspective des recommandations de la Conférence de Mexico et de ses réunions préparatoires, 43 p. *Épuisé.*

N° 3 - **LOCOH (Thérèse)**, 1988, La fécondité en Afrique noire : un progrès rapide des connaissances mais un avenir encore difficile à discerner, 26 p. *Épuisé.*

N° 2 - **GUBRY (Patrick)**, **SALA DIAKANDA (Mpembele)**, 1988, Politiques africaines en matière de fécondité : de nouvelles tendances, 50 p. *Épuisé.*

N° 1 - **CLAIRIN (Rémy)**, **GENDREAU (Francis)**, 1988, La connaissance des effectifs de population en Afrique : bilan et évaluation - Hommage à Rémy Clairin, 35 p. *Épuisé.*

Composition : CEPED

Reproduit par INSTAPRINT S.A.
1, levée de la Loire - LA RICHE
B.P. 5927 - 37 059 TOURS Cedex
Tél. : 47 38 16 04
Télécopie : 47 38 82 70

Dépôt légal 3ème trimestre 1995

CEPED
15, rue de l'École de Médecine
75270 PARIS Cedex 06
Tél. : (1) 46 33 99 41
Fax : (1) 43 25 45 78

Photo de couverture : écorce battue,
art Mangbetu (Zaïre oriental).
Reproduit avec l'aimable autorisation
du Musée Royal de l'Afrique Centrale
(Tervuren, Belgique).
Maquette : Marie-Agnès BRAY, ORSTOM