MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

****

Un peuple - Un but - Une foi

Université des Sciences, des Techniques et Des Technologies de Bamako

U.S.T.T.B

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Année universitaire : 2023-2024 **N°……./**

THESE:

USAGE DE MEDECINE TRADITIONNELLE DANS LE SERVICE DE CARDIOLOGIE DU CHU-GABRIEL TOURE

Présentée et soutenue publiquement le 03/07//2025 devant la

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

M. BAKARY TRAORE

Pour obtenir le diplôme de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président :	**M. Ichiaka Menta**	**Professeur**
Directeur de thèse :	**M. Hamidou Oumar BA**	**Maître de conférences**
Membre :	**M. Hamidou Camara**	**Médecin Cardiologue**
Membre:	**M. Boubacar Sonfo**	**Maître de conférences**

LISTE ACTUALISEE DES ENSEIGNANTS

ADMINISTRATION

DOYEN : Mme Mariam SYLLA - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : Mr Mamadou Lamine DIAKITE – PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : Mr Monzon TRAORE – MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : Mr YAYA CISSE - INPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

1. Mr Ali Nouhoum DIALLO — Medecine Interne
2. Mr Aly GUINDO — Gastro-Enterologie
3. Mr Mamadou M. KEITA — Pediatrie
4. Mr Siné BAYO — Anatomie-Pathologie-Histo-Embryologie
5. Mr Sidi Yaya SIMAGA — Santé Publique
6. Mr Abdoulaye Ag RHALY — Medecine Interne
7. Mr Boulkassoum HAIDARA — Legislation
8. Mr Boubacar Sidiki CISSE — Toxicoogie
9. Mr Sambou SOUMARE — Chirurgie Générale
10. Mr Daouda DIALLO — chime generale & minerale
11. Mr Issa TRAORE — radiologie
12. Mr Mamadou K. TOURE — cardiologie
13. Mme SY Assitan SOW — Gynéco-Obstétrique
14. Mr Salif DIAKITE — Gynéco-Obstétrique
15. Mr Abdourahamane S. MAIGA — parasitologie
16. Mr Abdel Karim KOUMARE — Chirurgie Générale
17. Mr Amadou DIALLO — Zoologie – Biologie
18. Mr Mamadou L. DIOMBANA — Stomatologie
19. Mr Khalilou OUATTARA — urologie
20. Mr Amadou DOLO — Gynéco-Obstétrique
21. Mr Baba KOUMARE — Psychiatrie
22. Mr Bouba DIARRA — Bactériologie
23. Mr Brehima KOUMARE — Bactériologie - Virologie
24. Mr Toumani SIDIBE — Pediatrie
25. Mr Souleymane DIALLO — Pneumologie
26. Mr Bakoroba COULIBALY — Psychiatrie
27. Mr Seydou DIAKITE — Cardiologie
28. Mr Amadou TOURE — Histo-Embryolpogie
29. Mr Mahamane Kalilou MAIGA — Néphrologie

30. Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Generale
31. Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
32. Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
33. Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Enterologie
34. Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R. L
35. Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
36. Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
37. Mme Habibabou DIAWARA	Dermatologie
38. Mr Yeya Tiomoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
39. Mr Sekou SIDIBE	Orthopedie Traumatologie
40. Mr Adama SANGARE	Orthopedie Traumatologie
41. Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
42. Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
43. Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
44. Mme Fatimata Sambou DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
45. Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
46. Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
47. Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
48. Dapa Aly DIALLO	Hématologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRE DE RECHERCHES

1. Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
2. Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie-Réanimation
3. Mr Hammadoum DICKO	Anesthésie-Réanimation
4. Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie-Réanimation
5. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie-Réanimation
6. Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie-Réanimation
7. Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
8. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie-Réanimation
9. Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
10. Mr Daouda DIALLO	Anesthésie-Réanimation
11. Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie-Réanimation
12. Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
13. Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
14. Mr Adama I GUINDO	Ophtalmologie
15. Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
16. Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
17. Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
18. Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
19. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
20. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
21. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique

22. Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
23. Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
24. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
25. Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
26. Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
27. Mr Dramane Nafo CISSE	Urologie
28. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
29. Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie
30. Mr Alkadri DIARRA	Urologie
31. Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
32. Mr Boubacar BA	Médecine et Chirurgie Buccale
33. Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
34. Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
35. Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
36. Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
37. Mr Brehima BENGALY	Chirurgie Générale
38. Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
39. Mr Sekou Brehima KOUMARE	Chirurgie Générale
40. Mr Baoubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
41. Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
42. Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
43. Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
44. Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
45. Mr Siaka SOUMAORO	ORL
46. Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
47. Mr Youssouf SIDIBE	ORL
48. Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
49. Mr Bougadary COULIBALY	Prothèse Scellée
50. Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopedie Dentofaciale
51. Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
52. Mr Alhousseïny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
53. Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
54. Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
55. Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
56. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
57. Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
58. Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopedie Traumatologie
59. Mr Layes TOURE	Orthopedie Traumatologie
60. Mr Mahamadou DIALLO	Orthopedie Traumatologie

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Ibrahima SANKARE	Chirurgie Thoracique et Cardiologie

2. Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
3. Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4. Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
5. Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pediatrique
6. Mme Fadima Koreissy TALL	Anesthesie Reanimation
7. Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
8. Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
9. Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
10. Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
11. Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mme Lydia B. SITA	Stomatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS /DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
2. Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
3. Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie -Mycologie
4. Mme Safiatou NIARE	Parasitologie Mycologie
5. Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
6. Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
7. Mr Bakary MAIGA	Immunologie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES / MAÎTRES DE RECHERCHE

1. Mr Karim TRAORE	Parasitologie – Mycologie
2. Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie – Mycologie
3. Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
4. Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie-Virologie
5. Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
6. Mme Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
7. Mme Djeneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
8. Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
9. Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
10. Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
11. Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétigue/Génomique
12. Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entonologie Medicale
13. Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
14. Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie
15. Mr Boubacar Sidiki lbrahim DRAME	Biologie Médicale Biochimie Clinique
16. Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologic et cvtogenetique

17. Mr Drissa COULIBALY	Entomologie medicale
18. Mr Adama DAO	Entomologie medicale
19. Mr Ousmane MAIGA	Biologie. Entomologie. Parasitologie

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
2. Mme Mariam TRAORE	Pharmacologie
3. Mr Saidou BALAM	Immunologie
4. Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
5. Mr Sidy BANE	Immunologie
6. Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie
7. Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
8. Mr Moussa KETA	Entomologie Parasitologie

4. ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Harouna BAMBA	Anatomie Patheogie
2. Mme Assitan DIAKITE	Biologie
3. Mr Ibrahim KEITA	Biologie Moleculaire
4. Mr Tata TOURE	Anatomie
5. Mr Boubacar COULIBALY	Entomologie, Parasitologie Medicale
6. Mme Nadie COULIBALY	Microbiologie, Contrôle Qualité

D.E R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale
3. Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
4. Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
5. Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
6. Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
7. Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
8. Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
9. Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
10. Mr Moussa T. DIARRA	Hépato Gastro-Entérologie
11. Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
12. Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
13. Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie Chef de DER
14. Mr Soulevmane COULIBALY	Psychologie
15. Mr lchaka MENTA	Cardiologie
16. Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
2. Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
3. Mr Djibril SY	Médecine Interne
4. Mr ldrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
5. Mr llo Bella DIALL	Cardiologie
6. Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
7. Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
8. Mr Mamadou DlAKITE	Cardiologie
9. Mr Massama KONATE	Cardiologie
10. Mr lbrahim SANGARE	Cardiologie
11. Mr Samiba SIDIBE	Cardiologie
12. Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
13. Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
14. Mme COUMBA Adiaratou LilIam	Cardiologie
15. Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
16. Mme Mariam SAKO	Cardiologie
17. Mr Anselme KONATE	Hépato Gastro-Entérologie
18. Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépato Gastro-Entérologie
19. Mme Hourouma SOW	Hépato Gastro-Entérologie
20. Mme Sanra Deborah SANOGO	Hépato-Gastro-Entérologie
21. Mr Adama Aguissa DICKO	Dermatologie
22. Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
23. Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
24. Mme N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
25. Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
26. Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
27. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
28. Mr Jean Paul DEMMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
29. Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
30. Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
31. Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
32. Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
33. Mr llias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
34. Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
35. Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
36. Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
37. Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
38. Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
39. Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
40. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
41. Mr Seybou HASSANE	Neurologie
42. Mr Guida LANDOURE	Neurologie
43. Mr Thomas COULIBALY	Neurologie

44. Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE	Pédiatrie
45. Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
46. Mme Djéneba KONATE	Pédiatrie
47. Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
48. Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
49. Mme Lala N'DIAYE SIDIBE	Pédiatrie
50. Mme SOW Djéneba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métabolique et Nutrition
51. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
52. Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
53. M Hamadoun YATTARA	Néphrologie
54. Seydou SY	Néphrologie
55. Mr Manadou A.C CISSE	Medecine d'Urgence

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Medicale
2. Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Medicale
3. Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Medicale
4. Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Medicale
5. Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Medicale
6. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Medicale
7. Mr Boubacar DIALLO	Medecine Interne
8. Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
9. Mme Siritio BERTHE	Dermatologie
10. Mr Djigui KEITA	Rhumatologie
11. Mr Souleymane SDIBE	Medecine de la Famille/ Communautaire
12. Mr Drissa Mansa SIDIBE	Medecine de la Famille/ Communautaire
13. Mr Issa Souleymane GOITA	Medecine de la Famille/ Communautaire
14. Mr Diakalia Siaka BERTIIE	Hématologie
15. Mr Yacouba FOFANA	Hématologie

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Boubacari Ali TOURE	Hematologie Clinique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2. Mr Hamadoun SANHO	Sante Publique, Chef de D.E.R.
3. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Medicale
4. Mr Sory Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1.	Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
2.	Mr Oumar SANGHO	Epidémiologie
3.	Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
4.	Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
5.	Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
6.	Mr Nafomon SOGOBA	Epidémiologie
7.	Mr Abdourahamane COULIBALY	Anthropologie de la Santé
8.	Mr Oumar THIERO	Biostatistique / Bio-informatique
9.	Mr Birama Apho LY	Sante Publique

3. MAITRE ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1.	Mr Ousmane LY	Santé Publique
2.	Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
3.	Mr Bakary DIARRA	Santé Publique
4.	Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
5.	Mr Mahamadou TOURE	Santé Publique
6.	Mr Cheick Papa Oumar SANGARE	Nutrition
7.	Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/communautaire
8.	Mr Souleymane Sekou DIARRA	Epidémiologie

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHES

1.	Mr seydou DIARRA	Anthropologie de la Santé
2.	Mr Abdourahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
3.	Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé Communautaire
4.	Mme fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
5.	Mr Ilo DICKO	Santé Publique
6.	Mme Niélé Hawa DIAWARA	Santé Publique
7.	Mr Moussa SANGARE	Orientation, contrôle des Maladies
8.	Mr Mahmoud CISSE	Informatique Medicale
9.	Mme Djeneba DIARRA	Santé de la reproduction

CHARGES DE COURS & ENSEIGNEMENTS VACATAIRES

1.	Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie Maitre de Recherche
2.	Mr Amsalla NIANG	Odonto Préventive et Sociale Chargé de Recherche
3.	Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie

4. Mr Issa COULIBALY	Gestion Maître de Conférences
5. Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
6. Mr Bralhima DICKO	Médecine Légale Chargé de Recherche
7. Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
8. Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
9. Mme Aminata Hamar TRAORE	Endocrinologie
10. Mr Ibrahim NIENTAO	Endocrinologie
11. Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie Attaché de Recherche
12. Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle Professeur
13. Mr Benoit Y KOUMARE	Chimie Générale Professeur
14. Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
15. Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale Maître de Recherche
16. Mr Baba DIALLO	Epidémiologie Maître de Recherche
17. Mr Manmadou WELE	Biochimie Professeur
18. Mr Djibril Mamadou COULIBALY	Biochimie Maitre de Conférences
19. Mr Tietie BISSAN	Biochimie
20. Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche Directeur de Recherche
21. Mr Babou BAH	Anatomie
22. Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique-Déontologie
23. Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
24. Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
25. Mr Yaya TOGO	Économie de la santé
26. Mr Madani LY	Oncologie
27. Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
28. Mr Nicolas GUINDO	Anglais
29. Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
30. Mr Kassoum BARRY	Médecine Communautaire
31. Mr Blaise DACKOUO	Chimie organique
32. Mr Madani MARICO	Chimie Générale
33. Mr Lamine TRAORE	PAP/ PC
34. Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
35. Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie legale
36. Mr Abdrahamane A. N CISSE	ODE
37. MrSouleymane SISSOKO	PAP/ PC/lmplantologie
38. Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
39. Mr Morodian DIALLO	Physique
40. Mr lbralhim Sory PAMANTA	Rhumatologie
41. Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie
42. Mme Kadiatou TRAORE	Psychiatrie
43. Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
44. Mr lbrathima FAlLL.	OCE
45. Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
46. Mr Abdoul Karim TOGO	OCE

ENSEIGNANT EN MISSION

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A ALLAH le Tout Puissant : Le Miséricordieux et le très Miséricordieux ; Mon Seigneur ; Vous êtes l'Omniscient, l'Omnipotent et le prophète MOHAMED « Paix et Salut sur Lui. Il n'y a aucune divinité à part vous, aucune puissance comparable à la grandeur et la majesté d'ALLAH ». Merci de m'avoir permis de voir le jour, de grandir et de terminer mes études, m'avoir donné le courage et la santé nécessaire de mener à bien ce travail

A mon très cher père : Cher Père, Je suis fier de t'avoir eu comme père. Vous êtes un père rigoureux, très soucieux de l'éducation de ses enfants. Tu m'as comblé de tout ce qu'un enfant peut souhaiter de son père : éducation, amitié, conseil, et amour, tu m'as soutenu et réconforté dans les moments difficiles. Votre soutien permanent, indéfectible ; vos conseils m'ont permis d'être ce que je suis aujourd'hui. Que le Seigneur te comble de bonheur, de bonne santé, de longévité et veille sur vous pour assister à tous nos évènements heureux. Que le Tout Puissant te garde en vie encore très longtemps pour qu'à mon tour je puisse te prendre la main et t'accompagner.

A ma défunte mère : Vous avez été pour moi un amour inconditionnel, Vous êtes un véritable cadeau, vous êtes irremplaçable. Ta patience, ta sagesse et tes conseils ont fait de toi une référence dans la famille. Tu t'es toujours rassurée que je sois en bonne santé pour étudier dans les meilleures conditions. Ton accompagnement, tes bénédictions, tes mots d'encouragement chaque matin et soir ont permis à ton enfant d'arriver là où nous sommes. Vous avez passé du temps à prier pour moi. Infiniment merci maman. Que ton âme repose éternellement en paix

Remerciements

Mes remerciements à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin pour me permettre la réalisation de ce travail, particulièrement

A ma tante Aminata Sow, vos conseils et vos encouragements ont tous été importants pour ma réussite

A mes oncles paternels et maternels : Oncle **Brema Traore** et sa femme, **Karim Traore, Boubacar Alpha Traore, Oumar Traore, Moulaye Idrissa Diallo, Soumaila Diallo** merci pour vos encouragements et vos soutiens. Merci pour la solidarité familiale que vous me soufflez quand je suis avec vous. Que Dieu vous accorde une longue vie plein de bonheur.

- **A mes sœurs et frères et cousine** : **Feu Abdoulaye, Korotoum, Fatoumata, Kassim merci pour vos accompagnements**

A ma femme Korotoum Pléa : merci pour ta patience puis l'accompagnement et les soins que tu me donnes. Que Dieu t'accorde une longue vie dans la bonne santé à mes côtés

Aux amies, collègues, aines : Saiba Dembélé, Dr Noel Banou, Dr abdramane Maiga, Dr Makan Sylla, Dr Mahamadou Kourema, Dr Souleymane Kourekama, Dr Santara Traore tous les personnels de cabinet Badjeneba, cscom Safo, centre de santé cherifla, Choalla , tous les membres du CAMUS et GEESME je vous remercie infiniment

- **Au personnel de la cardiologie du CHU Gabriel Touré et particulièrement** : - **A mes maîtres cardiologues : Pr Menta Ichaka, Pr Ba Hamidou Oumar, Pr Sangaré Ibrahim, Pr Sidibé Noumou, Dr Traoré Aladji, Dr Sogodogo Adama, Dr Diarra Boubacar, Dr Camara Hamidou, Dr Dackouo Réné, Dr Tekete, Dr Doumbia, Dr Laminer Traore, Dr Dembélé , Dr Samira , Dr Tahar:** merci pour l'accueil, merci pour votre surtout pour l'enseignement et que le Tout puissant vous accompagne une longue

Aux aînés Médecin et DES de la cardiologie CHU-GT : **Bakary Dramé, Hamidou Coulibaly, Poudiougou, Dr Danie** merci pour vos accompagnement et encouragement. - **Aux thésards de la cardiologie du CHU-GT** : A mes collègues internes, Seydou A KONE, Mamadou TAMBADOU, Bamly DOUKOURE, Marius NYAMA, Abdoul Kader TRAORE, Nikarel Trésor MOUDOUMA, Adjare RENATA, Mama KOMOTA, Zoumana Niambele, DIARRA, Seydou SIDIBE, Mariétou SIDIBE, Fatoumata SIDIBE, Nouhoum COULIBALY,

Daniella la DOUCE, Ilias TRAORE, Mariam ZEBERET, Alex, Iinda YOUGAN ça été un énorme plaisir de travailler avec vous dans cet esprit de solidarité et d'entente, Plus que des collègues, nous sommes maintenant une famille, merci pour les bons moments passés ensemble et que le Tout puissant nous accorde une riche carrière professionnelle dans la bonne santé.

- **Au major et tout son équipe** notamment Yamoussa **Ténin, Rokia et Fanta** : merci pour les bons moments passés ensemble.

- **Aux étudiants stagiaires de la cardiologie** : merci pour le respect à mon égard et bonne chance pour la suite des études de médecine.

HOMMAGES AUX MEMBRES DE JURY

A notre maître et président du jury

Professeur ICHAKA MENTA

- **Professeur titulaire en cardiologie à la FMOS**
- **Président de la SOMACAR**
- **Chef de service de cardiologie du CHU Gabriel Touré**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Spécialiste en cardiologie du sport**

Cher maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. . Plus qu'un Président de thèse, vous avez été pour nous un mentor, une source de motivation, de connaissance et d'enseignement. La qualité et la clarté de votre enseignement font de vous un maître incontesté. Votre rigueur scientifique, votre altruisme et surtout votre simplicité et votre grande disponibilité nous ont beaucoup séduit. Vous avez su animer en nous l'amour pour la cardiologie. C'est l'occasion pour nous de vous dire merci cher maître et de prier Dieu de vous donner une santé de fer et une longévité Amen

A Notre Maître et Membre du jury,

Dr CAMARA HAMIDOU

- **Spécialiste en pathologie cardiovasculaire**
- **Chargé de recherche à l'USTTB**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Toure**
- **Membre de la SOMACAR**

Cher maitre

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de participer à l'amélioration de la qualité de ce travail, nous honore. Votre abord facile et la simplicité de votre accueil dès notre première rencontre ont suscité en nous une grande admiration. Merci pour l'intérêt porter à ce travail. Veuillez trouver ici cher maître l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond respect

A notre maître et co-directeur de thèse

Professeur Boubacar Sonfo

- **Maître de conférences en cardiologie à la FMOS**
- **Spécialiste en pathologies cardiovasculaires**
- **Master en urgences médicales**
- **Master en santé communautaire**
- **Praticien hospitalier au CHU de Kati**
- **Membre de la Société Malienne de Cardiologie (SOMACAR)**
- **Membre du Collèges Ouest Africains des médecins**

Cher maitre

Travailler avec vous a été un honneur pour moi. Vous êtes un exemple à suivre ; votre rigueur dans la démarche scientifique, votre disponibilité, votre sens de la compréhension ont été très utiles pour l'aboutissement de ce travail. Nous espérons avoir été dignes de votre confiance et à la hauteur de vos attentes. Soyez rassuré, cher Maître, de notre sincère reconnaissance. Puisse le TOUT PUISSANT vous aider à aller jusqu'au bout de vos ambitions professionnelles..

A notre maître et directeur de thèse

Professeur HAMIDOU OUMAR BA

- **Maître de conférences agrégé en cardiologie à la FMOS**
- **Médecin cardiologue et spécialiste en pathologies cardiovasculaires infantiles au service de cardiologie du CHU Gabriel Touré**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Membre de la Société Malienne de Cardiologie (SOMACAR)**
- **Membre du Collèges Ouest Africains des médecins**

Cher Maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail, au regard de la qualité de l'encadrement dont nous avons bénéficié de votre part au cours de notre formation . Nous avons été très sensibles à votre rigueur dans le travail, à votre qualité d'enseignant, à votre humilité et votre grande générosité. Votre disponibilité, votre rigueur scientifique, votre souci de bien faire font de vous un maître de qualité. Permettez-nous cher Maître de vous adresser nos sincères remerciements.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AMM : **Autorisation de mise sur le marché**

ASC : **Agents de Santé Communautaires**

ASS : **Afrique subsaharienne**

CAM : **Médecine alternative complémentaire**

CDMT : **Cadre des Dépenses à Moyen Terme**

CHU : **Centre Hospitalière Universitaire**

CSCOM : **Centres de santé communautaires**

CSCRP : **Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté**

CSREF : **Centres de Santé de Référence**

EPA : **Établissement Public à caractère Administratif**

EPH : **Etablissement Public Hospitalier**

ENI : **École Nationale des Ingénieurs**

HTA : **Hypertension artérielle**

INPS : **Institut National de Prévoyance Sociale**

IOTA : **Institut d'Ophtalmologique Tropicale d'Afrique**

MCA : **Médecine complémentaire**

MCV : **Maladie cardiovasculaire**

MO : **Médecine occidentale**

MT : **Médecine traditionnelle**

MTA : **Médicament traditionnelle amélioré**

MP : **Plantes médicinales**

OMS : **Organisation mondiale de la santé**

ONG : **Organisation non gouvernementale**

PDDSS : **Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social**

PMA : **paquet minimum d'activités**

PMT : **Praticiens de la Médecine Traditionnelle**

PRODESS : **Programmes de Développement Sanitaire et Social**

SEC : **Soins Essentiels Communautaires**

TABLE DES MATIERES

USAGE DE MEDECINE TRADITIONNELLE DANS LE SERVICE DE CARDIOLOGIE DU CHU-GABRIEL TOURE

1. INTRODUCTION……

2. OBJECTIFS……..…

3. GENERALITES……

3-1. Définition des concepts

3-2. Recours à la médecine traditionnelle

3-3. Les origines du savoir médical traditionnel

3-4. Les modes d'acquisition des savoirs traditionnels

3-6. Systèmes de santé et Médecine traditionnelle

3-7. La politique de santé du Mali

3-8 Médecines traditionnelles au Mali

3-9 Médecine traditionnelle et les maladies cardiovasculaires

4. METHODOLOGIE…….

4-1. Cadre de l'étude……

4-2. Présentation du CHU Gabriel Touré……

4-3. Type d'étude et période d'étude……

4-4. Population d'études…….

4-5. Echantillonnage

4-6. Critères d'inclusion…….

4-7. Critères de non inclusion……

4-8. Technique et outils de collecte des données ……

4-9. Traitement et analyses des données ……

4-10. Considérations éthiques

5. RESULTATS……

5-1. Caractéristique socio démographique

5-2. L'usage de médecine traditionnelle

5-3. Avantages de la médecine traditionnelle

5-4. Inconvénient de la médecine traditionnelle

5.5 Intégration de la médecine traditionnelle

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS…….

6-1. Les limites et les forces de notre étude

6-2. Caractéristiques sociodémographiques

6-3. L'usage de la médecine traditionnelle

6-4Avantage de la médecine traditionnelle

6-5. Inconvénients de la médecine traditionnelle

6-6-Integration de la médecine traditionnelle

7. CONCLUSION…….

8. RECOMANDATIONS……

9. RFFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES…… …….

10. ANNEXES

10-1. Questionnaires

10-2. Fiche si

Listes des tableaux

Tableau I: Répartition des patients selon l'ethnique

Tableau II Répartition des patients selon le statut matrimonial

Tableau III : Répartition des patients selon la profession

Tableau IV : Répartition des patients selon le niveau d'instruction

Tableau V : Répartition des patients selon la religion

Tableau VI : Répartition selon la relation traitement traditionnelle et sexe

Tableau VII : Répartition selon la relation traitement traditionnelle et la tranche d'âge

Tableau VIII : Répartition selon la relation traitement traditionnelle et niveau d'étude

Tableau IX : Répartition selon la relation traitement traditionnelle et statut matrimonial

Tableau X: Répartition des patients selon la relation l'avantage de la MT et utilisation de la MT

Tableau XI : Répartition des patients selon relation les inconvénients de la MT utilisation de la MT

Tableau XII : Répartition des patients selon leur opinion sur l'intégration de la médecine traditionnelle au sein du système sanitaire

Tableau XIII : Répartition selon la relation l'intégration et la tranche d'âge

Tableau XIV : Répartition selon la relation traitement l'intégration et le sexe

Tableau XV : Répartition selon la relation l'intégration et le niveau d'étude

Tableau XVI : Répartition selon la relation l'intégration et le statut matrimonial

Listes des figures

Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe

Figure 2 : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Figure 3 : La fréquence d'utilisation de la médecine traditionnelle.

Figure 4 : Répartition des patients selon motifs de recours aux soins traditionnels

Figure 5 :Répartition des patients selon l'avantage de la MT

Figure 6 : Répartition des patients selon les inconvénients de la MT

INTRODUCTION

Introduction : La médecine traditionnelle est, selon l'OMS : « un terme global utilisé à la fois en relation avec les systèmes de santé traditionnelle et avec diverses formes de médecines indigènes. C'est une thérapie qui englobe les thérapies médicamenteuses qui impliquent l'usage de médicaments et les thérapies non médicamenteuses comme dans le cas de l'acupuncture, des thérapies manuelles et des thérapies spirituelles » [1]

À travers le monde, la médecine traditionnelle (MT) constitue soit le mode principal de prestation de soins de santé, soit un complément à ce dernier [2]

Pendant la dernière décennie, le recours à la médecine traditionnelle a connu un regain d'attention et d'intérêt dans le monde. Des études menées en Amérique du Nord ont montré que 75 % des personnes vivants avec le VIH/SIDA ont recours à la médecine traditionnelle, exclusivement ou en complément d'autres médecines, pour plusieurs symptômes ou maladie [3]En Chine environ 40% de l'ensemble des soins de santé relèvent de la médecine traditionnelle. Au Chili et en Colombie, 71 % et 40 % de la population, respectivement, ont recours à la médecine traditionnelle et, en Inde, 65 % de la population rurale utilisent l'ayurveda et les plantes médicinales au niveau des soins de santé primaires. Dans les pays développés, les médecines traditionnelle, complémentaire et parallèle connaissent un succès croissant. Ainsi, le pourcentage de la population ayant eu recours à ces médecines au moins une fois est de 48 % en Australie, 31 % en Belgique, 70 % au Canada, 49 % en France et 42 % aux Etats-Unis d'Amérique [3]

La médecine traditionnelle est le premier moyen de soins pour plus de 80 % des habitants des pays en développement en raison de son accessibilité géographique, économique et culturelle.[4] Les plantes médicinales constituent des ressources précieuses pour la majorité des populations rurales en Afrique, où plus de 80% de cette population s'en sert pour assurer leurs soins de santé [5]

Selon le contexte, le taux de recours à la médecine traditionnelle en Afrique subsaharienne varie de 4,6 à 94 %[6]

La médecine traditionnelle a été appliquée au traitement des maladies très graves comme le paludisme ou le SIDA. Au Ghana, au Mali, au Nigéria et en Zambie, les plantes médicinales sont le traitement de première intention pour plus de 60 % des enfants atteints de forte fièvre.

En Afrique, la médecine traditionnelle n'est pas une alternative à la médecine conventionnelle.

Le Mali semble ne pas déroger à la règle avec près de 80% de la population utilisant la médecine traditionnelle comme premier recours [7]

La consommation totale des médicaments traditionnels amélioré (MTA) dans le district sanitaire de Kadiolo a connu une augmentation progressive en 2003. La valeur de marché potentiel des MTA actuellement disponible au Mali comprise entre 414 et 560 millions de F CFA [8]

La politique nationale de la médecine traditionnelle fut adoptée au Mali en 2005 afin de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations et au développement humain durable par l'utilisation rationnelle des ressources de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle [9]

Les maladies cardiovasculaires sont responsables de nombreux problèmes de santé dans le monde. En effet, ces maladies constituent un ensemble de troubles qui touchent le cœur et la circulation sanguine. Parmi ces maladies, les plus récurrentes sont le diabète et l'hypertension artérielle qui touche actuellement 26,4% de la population mondiale et pourrait atteindre 29,2% soit plus de 1,5 milliard d'individus en 2025 [10]

Au Mali la fréquence de HTA parmi les affections cardiovasculaires estime à 37% dans le service de cardiologie du CHU du Point-G [11]

Au Mali, très peu d'études ont porté sur l'utilisation de la médecine traditionnelle, pourtant nos réalités socio démographiques et culturelles imposent une collaboration étroite entre médecine moderne et traditionnelle.

En 2021, 61 sur 103 hypertendus ont utilisés les plantes médicinales selon une étude selon une étude dans le service de cardiologie du CHU Point-G [11]

Malgré la forte utilisation de la médecine traditionnelle par la population malienne, très peu d'études ont portés sur l'utilisation de la médecine traditionnelle chez les patients souffrants d'affection cardiovasculaire.

C'est pour cette raison que nous proposons à travers ce document d'étudier l'utilisation de la médecine traditionnelle dans le service de cardiologie de centre hospitalière universitaire Gabriel Touré (CHU-GT)

OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier le recours à la médecine traditionnelle dans le service de cardiologie du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré (CHU-GT).

Objectifs spécifiques :

1- - Déterminer la fréquence d'utilisation de la médecine traditionnelle

2- Identifier les principaux motifs de recours à l'utilisation de la médecine traditionnelle

3- Déterminer les avantages d'utilisation de la médecine traditionnelle selon les patients

4- Déterminer les inconvénients d'utilisation de la médecine traditionnelle selon les patients

GENERALITES

3-GENERALITES

3-1. Définition des concepts

3-1-1. La Médecine Traditionnelle

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.[12]

C'est un ensemble de toutes les connaissances et pratiques, matérielles ou immatérielles, explicables ou non, utilisées pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental, psychique et social, en s'appuyant exclusivement sur des connaissances transmises de génération en génération, oralement ou par écrit et sur des expériences vécues. [13]

Les termes « médecine complémentaire » ou « médecine alternative » font référence à un vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition ni de la médecine conventionnelle du pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant. Dans certains pays, ils sont utilisés de manière interchangeable avec le terme « médecine traditionnelle »[2]

Praticiens de la Médecine Traditionnelle (PMT)

Le tradipraticien de santé ou thérapeute traditionnel ou guérisseur est la personne reconnue par la collectivité dans laquelle elle vit comme compétente pour dispenser des soins grâce à l'emploi des substances d'origine végétale, animale ou minérale et / ou des pratiques basées sur un fondement socioculturel ou religieux [14]

Pratique de la Médecine Traditionnelle

Elles englobent les thérapies médicamenteuses et les thérapies de soins reposant sur des procédures, telles que les thérapies faisant usage de médicaments à base de plantes, la naturopathie, l'acupuncture et les thérapies manuelles comme la chiropratique, l'ostéopathie, ainsi que d'autres techniques connexes dont le qi gong, le tai chi, le yoga, la médecine thermale et autres thérapies physiques, mentales, spirituelles et orientées esprit-corps [2]

Produits de la Médecine Traditionnelle

Ils comprennent les plantes, les matières à base de plantes, les préparations à base de plantes et les produits finis à base de plantes, qui contiennent comme ingrédients actifs, des parties de

plantes ou autres matières végétales ou une combinaison des deux. Dans certains pays, les 5 médicaments à base de plantes peuvent traditionnellement contenir des ingrédients actifs naturels, organiques ou inorganiques, qui ne sont pas d'origine végétale (matières animales et minérales) [2]

Pharmacopée traditionnelle

Une pharmacopée est en fait un ouvrage où ne trouvent codifiées les formules de préparation des médicaments, les techniques d'analyses, de caractérisation et d'identification des substances pharmaceutiques. [14]

Plantes médicinales

Les plantes comprennent les matières végétales brutes telles que feuilles, fleurs, fruits, graines, tronc, bois, écorce, racines, rhizome et autres parties, entières, fragmentées ou en poudre [12]

Médicaments à base de plantes

Les préparations à base de plantes comprennent les matières végétales en fragments ou en poudre, les extraits, teintures et huiles grasses, dont la production fait intervenir des opérations de fractionnement, de purification, de concentration ou d'autres procédés physiques ou biologiques. Elles comprennent également des préparations obtenues en faisant macérer ou chauffer des matières végétales dans des boissons alcoolisées et/ou du miel, ou dans d'autres matières [12]

Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA)

Le médicament traditionnel amélioré (MTA) est aussi défini dans la législation comme « tout médicament traditionnel ayant subi des modifications afin d'en accroître l'acceptabilité [1]

Produit fini

Le produit fini consiste en des préparations obtenues à l'aide d'une ou plusieurs plantes. Quand plus d'une plante intervient dans la composition, on peut parler d'un mélange. Les produits finis et les mélanges peuvent contenir, outre les principes actifs, des excipients. Toutefois, si l'on y a associé des principes actifs chimiquement définis, notamment des composés synthétiques et/ou des constituants chimiquement définis, isolés de plantes, ces produits ne sont pas considérés comme des médicaments à base de plantes). [12]

3.2. RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE

Pendant ces dernières dix années, le recours à la médecine traditionnelle s'est répandu partout dans le monde et a gagné en popularité. Non seulement continue-t-on à l'utiliser pour les soins de santé primaires des pauvres des pays en développement, mais on y a aussi recours dans les pays où la médecine conventionnelle ou biomédecine occupe une place prépondérante dans le système de soins de santé national. [12]

Les populations d'Afrique, Asie et Amérique latine utilisent la médecine traditionnelle pour les aider à satisfaire leurs besoins en matière de soins de santé primaires. En plus d'être accessible et abordable, la MT appartient souvent à un plus grand système de croyance et est considérée comme faisant partie intégrante de la vie de tous les jours et du bien-être

Le manque de médicaments essentiels, l'insuffisance des soins de santé et les habitudes socioculturelles des populations, ajoutés à la faible présence de professionnel de santé qualifié de la médecine conventionnelle, notamment dans les périphéries, expliqueraient ce recours. En Afrique Subsaharienne par exemple, il existe environ cent (100) praticiens de la MT contre un (01) agent de la médecine conventionnelle . [15]

En Afrique, les raisons de recours à la médecine traditionnelle sont d'ordre socioéconomique, démographique et socioculturel mais également la limite de la médecine moderne et la médecine traditionnelle suscite un engouement auprès de la population à tous les niveaux du fait qu'elle est la sécrétion même de notre milieu socio-culturel

Les facteurs socio-économiques et démographiques :

Les africains quel que soit leur rang social quel que soit leur niveau d'instruction restent attachés à leur tradition et ont souvent recours à elle à chaque fois que la nécessité s'impose Les femmes herboristes sont spécialistes de la pédiatrie dans le secteur traditionnel, de la santé de la mère et de l'accouchement.[14]

Les femmes et les enfants constituent les couches les plus fragiles et les plus nombreuses de la population ce qui les confère une clientèle assez nombreuse. Elles sont sollicitées pour la prévention et le traitement des maladies et approvisionnent la population et d'autres groupes de thérapeutes (guérisseur, chasseur, charlatan voyant …) en plantes médicinales .[14]

Le coût du traitement est moins cher. Un traitement de 200F peut atteindre 6000 à 10 000F francs dans une clinique. Le frais de consultation est compris dans le tarif global du traitement ou de la vente des plantes. La rémunération des prestations est symbolique peut se faire en

nature ou en espèce. Le malade après guérison peut faire un cadeau en guise de reconnaissance. [14]

L'accessibilité économique, le court-circuit de traitement constitue un facteur déterminant dans une société en proie à la pauvreté (salaire très bas, sous- emploi, chômage, mauvaise récolte …) [14]

Il s'en suit aussi un transfert des habitudes villageoises de consommation et de pratique sanitaire (recours aux plantes médicinales) dans le milieu urbain. [14]

-Les Facteurs socioculturels

Le Mali est un pays riche de son histoire, de sa tradition de sa culture. Bamako la capitale est le lieu de rencontre de toutes les ethnies et catégories socio professionnelles. A l'instar des autres villes africaines bon nombre de familles à Bamako selon le milieu d'origine et l'expérience vécue détiennent un minimum de connaissances ethnobotanistes et une tradition d'automédication en payant la plante chez un herboriste en cas de maladie

Les perceptions cosmogoniques du mal , les croyances religieuses ou superstitieuses l'analphabétisme de la majeure partie de la population renforcent cette tendance.

Face à ces convictions et besoins multiples d'une clientèle nombreuse et hétérogène les femmes herboristes sont beaucoup sollicitées ce qui rend leur reconversion difficile. Elles sont soucieuses de la sauvegarde de leur patrimoine culturel et les liens sociaux. [14]

- Les limites de la médecine conventionnelle

Les femmes herboristes, les thérapeutes traditionnels reçoivent des malades déçus de la médecine moderne. Sans opposer à elle, la médecine traditionnelle est une alternative à la médecine moderne ou conventionnelle. Après un échec dans les grandes centres hospitaliers le malade peut regagner sa santé de façon souvent miraculeuse et peu onéreuse à l'issue d'un traitement traditionnel. Le faible équipement des centres de santé, les insuffisances liées au personnel (formation, la corruption, la discrimination, l'absentéisme, l'arrogance des agents ---) le coût élevé des prestations et des médicaments et leur mauvaise qualité (manque de contrôle systématique et d'un conditionnement adéquat) le long circuit du traitement (consultation, analyse, ordonnance, déplacement et transports) [14]

La médecine traditionnelle présente des avantages et des inconvénients. Ses avantages sont : son accessibilité, sa disponibilité, son acceptabilité et son prix. L'accessibilité réfère à la localisation géographique. La médecine traditionnelle est retrouvée dans le jardin de la maison, aux alentours du lieu de résidence et au marché. Quant à la disponibilité, les

fournisseurs de la médecine traditionnelle sont souvent disponibles à tout moment de la journée. L'acceptabilité de la médecine traditionnelle est liée au fait qu'elle soit considérée comme une médecine sûre et efficace. Le prix de cette médecine traditionnelle est majoritairement à la portée de presque toutes les bourses [16]. Malgré ces avantages, les problèmes inhérents à cette médecine sont entre autres :

3-2-1. Réglementation et manque de normes éthiques

Le respect de la médecine traditionnelle est un objectif de l'organisation mondiale de la santé depuis 1978. Ces médecines ne sont pourtant encore aujourd'hui que peu connues d'où la nécessité de repenser certains principes ethniques en rapport avec la reconnaissance de leur efficacité, de leur développement et de leur renouvellement [17]

S'il est vrai que l'argent est le nerf de la guerre, alors le politique l'est davantage car c'est l'instance de décision qui entraîne les actions. [18] Or, les pays africains, pour la plupart (25 sur 191 états membres de l'OMS) n'ont pas de politique qui fournit une "base solide pour définir le rôle de la médecine traditionnelle dans le cadre d'un système national de santé, en s'assurant que tous les mécanismes réglementaires et juridiques nécessaires soient créés pour encourager et maintenir une bonne pratique, que l'accès soit équitable et que l'authenticité, l'innocuité et l'efficacité des thérapies soient garanties" (OMS, 2002) [18]. Au Sénégal comme au Cameroun et partout en Afrique, des initiatives émergent sporadiquement pour la promotion et l'institutionnalisation de ce corps de métier.[18] La volonté politique est donc la base car sans elle le reste suivra difficilement. Tel est le cas par exemple de la représentation de la science chez les africains.[18]

3-2-2. Innocuité, efficacité et qualité

On dispose de peu de données scientifiques résultant de tests effectués pour évaluer l'innocuité et l'efficacité des produits de la médecine traditionnelle surtout chez les enfants

Il y`a une difficulté :

-à évaluer la toxicité à long terme ;

-à évaluer la formation et le savoir du praticien ;

-à évaluer les effets secondaires, surtout quand il s'agit de dosages non adéquats de plantes médicinales ;

-à standardiser les dosages, les principes actifs pouvant varier suivant l'environnement (nature du sol, climat), le moment de la journée, de l'année où se déroulent la cueillette, la partie de la plante utilisée, etc.

L'efficacité clinique des médicaments à base de plantes a été démontrée de façon probante et est maintenant reconnue dans le monde entier. C'est le cas avec l'Artemisia annua qui permet de traiter le paludisme ou le Roi des herbes qui intervient dans la composition de plusieurs potions médicinales. Mais les usagers savent-ils seulement la dose exacte à employer ? Connais-tu la quantité nécessaire pour avoir de l'effet ? En effet s'il est vrai qu'aucune plante n'a qu'une seule vertu thérapeutique, il est aussi évident qu'un médicament peut devenir un poison en fonction des conditions de préparation et de la posologie. On débouche donc régulièrement sur des cas de complications : intoxication, empoisonnement... qui peuvent déboucher sur la mort. [18]

3-2-3. Diversité internationale

Bien que la médecine traditionnelle existe depuis des temps immémoriaux, qu'elle continue à être utilisée et qu'au cours des dix dernières années sa popularité n'a fait qu'augmenter, la plupart des pays ne la reconnaissent pas officiellement. C'est pourquoi la formation et la recherche dans ce domaine n'ont pas reçu l'attention et le soutien qu'elles méritent. Les données sur l'innocuité et l'efficacité de la médecine traditionnelle sont trop insuffisantes sur le plan tant quantitatif que qualitatif pour justifier que l'on préconise son adoption partout dans le monde. Le manque de données est dû aussi bien aux politiques sanitaires qu'au fait que l'on ne dispose pas de méthodes de recherche adéquates ou agréées pour évaluer la médecine traditionnelle. Il convient également de noter qu'il existe dans un certain nombre de pays des données de recherche publiées et non publiées sur la médecine traditionnelle, mais qu'il est nécessaire de promouvoir de nouvelles recherches sur l'innocuité et l'efficacité et améliorer la qualité de la recherche [12]

3-2-4. Connaissance et viabilité

L'être humain a toujours été enclin à fournir le moindre effort ou à dépenser peu pour avoir un service. Chez nous on dit souvent que « le moins cher est cher ». L'un des facteurs de réussite de la médecine traditionnelle est le coût qualifié d'abordable. Mais nous ignorons que la santé c'est la vie et par conséquent n'a pas de prix. Ces statistiques de l'OMS (2010) sont suffisamment éloquentes :

Les statistiques démontrent de manière écrasante que ce sont les pays les plus pauvres du monde qui ont le plus besoin de traitements peu onéreux et efficaces pour les maladies transmissibles. Des 10,5 millions d'enfants décédés en 1999, 99% venaient de pays en voie de développement. Plus de 50% des décès d'enfants dans les pays en voie de développement sont

dus à tout juste cinq maladies infectieuses. De même, 99% des deux millions de décès causés par la tuberculose chaque année ont lieu dans les pays en voie de développement et 90% des 30 millions de cas actuels de VIH/SIDA se trouvent en Afrique subsaharienne

Nous sommes certains que vous avez déjà perdu ou du moins, été témoin de la perte d'un être cher suite aux complications de la prise de médicaments traditionnels. S'il est donc vrai que l'accès à la médecine traditionnelle doit être accru, il faudrait penser à la protection des matières premières. D'une part, la protection des ressources naturelles qui tendent à s'épuiser avec la déforestation en ville et d'autre par la protection intellectuelle et la question des droits de brevet [18]

3-3. Les origines du savoir médical traditionnel

Les documents de l'antiquité sur les civilisations mésopotamiennes et de l'Egypte pharaonique attestent de l'existence manifeste des fondements d'une véritable médecine scientifique. Les connaissances qui figurent sur les documents écrits découverts par les archéologues auraient été révélées aux hommes par des dieux ou par des personnages légendaires dépêchés par eux, demi-dieux ou prophètes, les transmissions se produisant au travers de rêves ou de transes extatiques. Ainsi donc, l'origine du savoir médical traditionnel et les acteurs de cette médecine impliquent des révélations venant du monde des esprits. Cette perception des choses se confirme parfaitement dans nos sociétés africaines traditionnelles.

Pour les hommes de ces époques antiques, l'Univers est un tout intégré, composé d'un monde visible et d'un monde invisible. L'harmonie et l'ordre règnent dans cet univers régi par des lois, des règles de vie possédant un statut d'inviolabilité. Leur transgression par l'homme appelle ipso facto une sanction qui est la maladie sous toutes ses formes. Il faut donc absolument respecter l'ordre naturel des choses.

Le caractère rigoureux d'une telle discipline qui, à la pratique, s'avère difficile à respecter de façon stricte compte tenu de la faiblesse de la nature humaine a créé le besoin d'un recours à des hommes spéciaux. Ceux-ci sont censés avoir le don d'entrer en communion avec les esprits et les dieux qui régulent le fonctionnement normal de l'univers. Ce sont des prêtres-médecins, des voyants, des incantateurs à même de diagnostiquer l'origine surnaturelle d'un trouble pathologique, d'intercéder favorablement auprès du dieu irrité par le comportement de l'humain et de réparer par des procédures appropriées le mal occasionné par le coupable. Ces prêtres-médecins élus des dieux ou des esprits ont le pouvoir de neutraliser les sorciers ou esprits humains mauvais qui, pour des raisons diverses, attentent à la vie des autres. Ils

psalmodient des formules magiques en même temps qu'ils administrent les remèdes. Les plantes étaient au centre de leurs pratiques thérapeutiques dans leur dimension physique. Aussi en usaient-ils après l'opération de réparation du mal ou la neutralisation de l'esprit malfaisant, pour soulager ou guérir le malade.

On constate donc que la pratique de la médecine traditionnelle (MT), vécue de nos jours, remonte aux temps anciens où la médecine associait le surnaturel au naturel. Le surnaturel reposait sur la croyance en un monde de dieux, d'esprits, où les maladies prennent racine et d'où viennent des messages de connaissances et de soins aux malades.

Le naturel est constitué par les moyens matériels, c'est-à-dire les plantes qui avec la bienveillance des esprits, étaient identifiées comme une source thérapeutique naturelle des maladies.

Les documents de l'antiquité et les progrès scientifiques des premières ères chrétiennes permettent de comprendre comment la médecine, basée au départ sur des données surnaturelles et des données naturelles a évolué à travers l'histoire pour devenir une médecine où le mysticisme a cédé le pas à la rationalité, la tradition ou l'empirisme à la science. [19]

3-4. Les modes d'acquisition des savoirs traditionnels

La MT est un ensemble de savoirs et de savoir-faire, acquis par l'observation et l'expérience pratique, transmis de génération en génération par voie orale, rarement par écrits. En pratique, il faut considérer l'art traditionnel de soins, comme un ensemble de connaissances empiriques, acquises par l'une des voies suivantes :

- par la famille : père à fils, mère à fille ;
- par les relations d'alliance : belle-mère, beau-père, beau-frère, belle-sœur, mari, coépouse, etc. ;
- par apprentissage de plusieurs années auprès de guérisseurs compétents, en dehors du cercle familial ;
- par l'achat d'une recette jugée efficace après le traitement d'une affection donnée ;
- par la promotion de personnes prédisposées dans des écoles de tradipraticiens (TP) de santé (cinq centres existent en Côte d'Ivoire), dans des instituts de formation de médecine naturelle à l'étranger ; - par le pouvoir inné, dans ce cas la transmission se fait par les esprits (initiation, choix mystique) ; - par révélation, après un rêve ;

- certains TP ont acquis leur savoir au terme d'un long périple à la recherche d'un remède contre une affection dont ils ont souffert eux-mêmes pendant plusieurs années ;
- par auto-apprentissage dans des livres, par des recherches personnelles .[20]

3-6. Systèmes de santé et Médecine traditionnelle

Il est généralement admis aujourd'hui qu'un système de santé est défini surtout par l'ensemble de toutes les organisations, institutions et ressources (humaines, financières et matérielles) concourant à la fourniture de soins formels (médecins, hôpitaux, etc.) et de soins informels (tradithérapeutes, villages hôpitaux, etc.) dans le but de préserver ou d'améliorer la santé de la population

La médecine traditionnelle (MT) est un maillon à part entière du réseau sanitaire d'un pays ; même si actuellement son statut juridique et son appellation sont différents suivant les pays. Par ailleurs, nous pensons que la complémentarité du formel et de l'informel est le garant d'une meilleure couverture sanitaire.

En effet, il existe aujourd'hui quatre types de statuts concernant l'utilisation de la MT :

Système de santé exclusif : dans lequel seule la médecine occidentale (MO) encore appelée médecine moderne ou conventionnelle, est reconnue officiellement avec exclusion et répression de toutes les autres formes de soins dont celle de la MT avec ses praticiens ;

Système de santé tolérant : où, sans être légale, la MT est tolérée à côté de la MO ; cela à la faveur du silence des autorités ou de quelques textes d'organisation permettant une coexistence parfois conflictuelle ;

Système de santé inclusif : dans lequel la MT bénéficie d'une reconnaissance légale et d'un exercice autorisé selon des normes bien définies par des institutions spécialisées au même titre que la MO ; avec une coexistence permettant un développement séparé et un enrichissement mutuel des deux médecines sans que le système soit pour autant unifié ;

Système de santé unique : ou les deux types de services sont bien articulés, formant un réseau sanitaire unifié ; ceci étant facilité par une formation intégrée des praticiens des deux médecines dans le cadre d'une politique nationale basée sur un héritage millénaire écrit.[21]

3-7. La politique de santé du Mali.

Selon la Loi 02-049 AN RM portant loi d'orientation sur la santé au Mali du 22 juillet 2002, la Politique Nationale de Santé du Mali repose sur les principes fondamentaux d'équité, de

justice, de solidarité, de participation de la population et de la société civile. Elle prend en compte les engagements internationaux auxquels la République du Mali a souscrit. La Politique nationale de santé est basée sur les principes des soins de santé primaires, sur l'Initiative de Bamako et sur la Stratégie africaine de développement sanitaire. Les objectifs de la Politique nationale de santé sont

Améliorer l'état de santé des populations afin qu'elles participent plus activement au développement socio-économique du pays

Étendre la couverture sanitaire tout en rendant les services accessibles à la population

Rendre le système de santé viable et performant

Sa mise en œuvre s'effectue dans le cadre d'un Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998 – 2007 qui est dans sa phase de prolongation. Il s'inscrit pleinement dans une approche programme. Les efforts de chacun – l'Etat, les Partenaires Techniques et Financiers, les associations et ONG, les collectivités-- doivent être déployés en direction des objectifs fixés par l'Etat dans le cadre d'un programme sectoriel unique, cohérent et basé sur des priorités communément arrêtées. Son financement doit être établi sur la base du Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT).

Le PDDSS a été mis en œuvre à travers sa tranche quinquennale et comprend deux Programmes de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) successifs :

– le PRODESS I (quinquennat 1998-2002), qui a été prolongé jusqu'en 2004,

– le PRODESS II (quinquennat 2005-2009), qui a été lui-même prolongé jusqu'en décembre 2011 pour coïncider avec l'échéance du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCRP).

Ces orientations ont été prises en compte dans le nouveau PDDSS 2014-2023 dont la première tranche quinquennale, le PRODESS III a été validé au mois de Juin 2014. La mise à échelle de la stratégie des SEC est une des interventions prioritaires de ce plan.

Le système de santé est actuellement organisé de manière pyramidale et hiérarchisé avec, à la base les centres de santé communautaires (CSCOM) au nombre de 1.151 offrant un paquet minimum d'activités (PMA) et constituant le premier niveau de contact de la population. Les services offerts par les Agents de Santé Communautaires (ASC) à travers les SEC sont ainsi considérés comme une prolongation des CSCOM.

Trois niveaux de référence sont définis :

– Le premier niveau de référence constitué par 62 Centres de Santé de Référence (CSREF) offre les soins de référence y compris la prise en charge des urgences médico-chirurgicales. Les CSREF se trouvent au niveau des districts.

– Le deuxième niveau de référence communément appelé Hôpital Régional est constitué de sept établissements hospitaliers à vocation générale.

– Le troisième niveau de référence correspond aux établissements hospitaliers à vocation générale (CHU GT, CHU Point « G », Hôpital de Kati et l'Hôpital du Mali) et à vocation spécialisée (Odontostomatologie et IOTA). Il est le dernier recours de référence pour la population. A ces structures, il faut ajouter un hôpital parapublic : « Hôpital Mère Enfant le Luxembourg », les structures médicales privées et confessionnelles, le service de santé de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) et le service de santé des Armées.[22]

3-8 Médecines traditionnelles au Mali

Le gouvernement Malien n'aura pas attendu les directives internationales pour s'engager en matière de médecines traditionnelles. Dès 1968, le service portant aujourd'hui le nom de « département de médecine traditionnelle » est créé. Rattaché au ministère de la santé, son objectif général est de mettre à disposition des populations malienne des médicaments efficaces, sûrs d'utilisation et accessibles, fabriqués à partir de la flore locale . [8] Pour l'atteindre, les missions du département sont les suivantes :

- suivi, évaluation et organisation de l'activité des thérapeutes traditionnels
- formation de thérapeutes et d'herboristes
- mise en place d'études de sécurité (toxicologiques), d'efficacité (clinique) et d'innocuité d'espèces végétales d'intérêt utilisé par les guérisseurs.

De plus, dès 1979, le département développe un pôle de recherche, développement et production de médicaments traditionnels améliorés (MTA). Le dynamisme du département en la matière conduira le gouvernent malien à inclure des MTA sur la liste des médicaments essentiels dès 1990, avec une distribution dans les officines du pays.[23] . Malgré l'engouement national pour valoriser ces savoirs médicaux, il faut atteindre les années 90 pour qu'une législation claire vienne encadrer les pratiques. Au mois d'aout 1994, un premier décret (Décret n°94/282/P-RM) vient poser un premier cadre autour des centres de médecines traditionnelles privés et des herboristeries. Ce texte autorise également la vente de plantes médicinales en pharmacies [23]

Au mois de janvier 1995, un second décret (Décret n°95/009/P-RM) précise la procédure nécessaire au dépôt de dossier d'AMM au ministère de la santé, détaillant de ce fait les conditions nécessaires à l'enregistrement de « médicaments traditionnels ». Au mois de juin de cette même année, le décret n°95/1319/MSS-PA/SG détaille le cadre juridique autorisant l'ouverture des « structures de médecines traditionnelles privées ». Ainsi, l'ouverture de ces centres ne peut être effectué que par un tradipraticien agréé par le gouvernement et adhérent d'une association reconnue. Le statut d'herboriste est légalement défini : les personnes désirant être considérées comme tel doit recevoir une formation émanant de l'institut polytechnique de Katibougou, de l'école normale supérieure (ou équivalent). De plus, la production industrielle de « médicaments traditionnels » doit être supervisée par un pharmacien, chimiste ou biologiste [24] .

Enfin, en 2009, le gouvernement malien créé (par sa décision n°09-602/P-RM) le « comité de suivi de la politique nationale de médecine traditionnelle ». Placé sous l'autorité du ministère de la santé, ce groupe d'expert vise à donner à cette politique nationale plus de transversalité. Ce comité est donc chargé de tâches variées, allant de la valorisation scientifique à la préservation de la biodiversité et des savoirs [25].

3-9 Médecine traditionnelle et les maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires constituent un ensemble de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins et sont en recrudescence. En effet, ce fléau affecte chaque année 17,1 millions de personnes, soit 29 % de la mortalité mondiale. Plus de 82 % des décès interviennent dans les pays en développement ; de toutes les affections non transmissibles, les troubles cardiovasculaires sont donc responsables de la plus importante mortalité dans ces pays-là. On estime que d'ici 2030, près de 23,6 millions de personnes mourront d'une maladie cardiovasculaire.[26]

En Afrique subsaharienne (ASS), qui compte 47 pays et une superficie d'environ 24 millions de km2 [27] et qui s'étend entièrement partiellement au sud du désert du Sahara [28]. Les MC V sont la cause la plus fréquente de décès dus aux maladies non transmissibles [29] et responsable de la majeure partie de la mortalité des plus de 45 ans en Afrique [30].

L 'Afrique subsaharienne était la seule région géographique du monde entre 1990 et 2013 où l'augmentation des décès par MCV a augmenté [31] . Les maladies cardiaques ont également été identifiées comme une maladie non transmissible majeure chez les enfants en Afrique

subsaharienne.[32] L'augmentation du fardeau des MCV et des facteurs de risque associés dans la région, la transition épidémiologique provoquée par l'urbanisation croissante, l'évolution des modes de vie et des habitudes alimentaires, le développement socioéconomique et la modernisation [28,31,33-38]. Les taux de nombreuses MCV par âge augmentent plus rapidement chez les adultes d'Afrique subsaharienne que chez ceux des pays industrialisés [34] . En général, les MCV peuvent être définies comme « le processus pathologique (généralement l'athérosclérose) affectant l'ensemble de la circulation artérielle, et pas seulement les artères coronaires ».[39] Ils comprennent l'insuffisance cardiaque (également appelée insuffisance cardiaque congestive), les accidents vasculaires cérébraux, les maladies coronariennes, les maladies coronariennes, les maladies cérébrovasculaires et rhumatismales [40-42], ainsi que d'autres affections, avec le diabète, l'hypertension, l'hypercholestérolémie/hyperlipidémie, l'obésité (accumulation anormale ou excessive de graisse), la consommation de tabac / cigarettes, l'augmentation de l'âge, le mode de vie sédentaire et la prédisposition génétique, entre autres, comme facteurs de risque [39,43-47]. Dans les pays d'Afrique subsaharienne, le défi des maladies cardiovasculaires a entraîné une pression supplémentaire sur les systèmes de santé, qui ont encore du mal à faire face à d'autres maladies qui affectent la région.[38]

En ce qui concerne le traitement des MCV dans la région, la thérapie biologique (comme la phytothérapie) est la médecine traditionnelle, complémentaire et alternative (MTC) la plus utilisée.[6] la médecine traditionnelle (MT) est un moyen de traitement dans les pays en développement, tandis que la médecine alternative complémentaire (CAM) est courante dans les pays développés [48]. Les médecines complémentaires et alternatives s'inscrivent dans le champ de la médecine non conventionnelle ou traditionnelle [49] Pendant ce temps, les plantes médicinales impliquent l'utilisation d'herbes et de matériaux/préparations/produits à base de plantes avec des parties/matériaux végétaux, ou leurs combinaisons, comme ingrédients actifs [50].

D'après la littérature publiée, l'utilisation de la MT dans les pays en développement peut être attribuée à (a) l'accessibilité, la familiarité et la tradition [51,52] , (b) l'accès inadéquat/limité aux prestataires de services médicaux ou aux systèmes de soins de santé modernes [51,53-55] (c) l'indisponibilité ou le coût élevé de la médecine moderne, (d) la sensibilisation accrue au potentiel des médecines alternatives [53] , et (e) l'innocuité perçue ou comparativement moins toxique aux drogues synthétiques [52,54,56] entre autres. En général, en Afrique, c'est

sans doute les raisons d'utilisations sont culturelles et économiques [50] . Parmi d'autres facteurs, les gens recourent progressivement à la MT, qui implique l'utilisation de plantes médicinales (MP) en raison de l'évolution des micro-organismes multirésistants aux médicaments et de l'incapacité de la médecine moderne à guérir efficacement certaines maladies.[57]

METHODOLOGIE

4- METHOLOGIE

4-1 Cadre et lieu d'étude :

Notre étude a été effectuée dans le service de cardiologie du CHU-Gabriel Toure

4-2 Présentation du CHU-Gabriel Toure

L'hôpital Gabriel Touré a été créé en 1957 sous le nom de dispensaire central. Il est situé en commune II dans le quartier commercial de Bamako en plein centre de la ville. Son accès est facile ce qui explique la grande affluence au niveau de ses différents services.[58] Il a été érigé en hôpital le 17 janvier 1959. Il sera baptisé « Hôpital Gabriel TOURE » en hommage au sacrifice d'un jeune étudiant en médecine, originaire du Soudan français (actuel Mali) mort lors d'une épidémie de peste, maladie qu'il contracta au cours de son stage en 1934.[59]

Le CHU-GT est l'un des hôpitaux nationaux de 3ème référence situé dans le District de Bamako en plus de l'hôpital du Point G et de l'hôpital du Mali. L'ancien dispensaire central de Bamako a été créé en 1951 et érigé en hôpital le 17 janvier 1959. L'Hôpital Gabriel TOURE, a évolué en Établissement Public à caractère Administratif (EPA) en 1992, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. L'Hôpital Gabriel TOURE (hôpital national), était l'un des quatre [4] établissements publics (hôpitaux nationaux) à caractère administratif (EPA) institué, par la Loi n°92-024 du 05 octobre 1992 portant création d'un Établissement public à Caractère Administratif dénommé Hôpital Gabriel TOURE, avant de devenir un Etablissement Public Hospitalier (EPH) à la faveur de la Loi n°03-022 du 14 juillet 2003 portant création de l'Hôpital Gabriel TOURE.[59]

Le CHU Gabriel Toure est (situé au cœur du district de Bamako en Commune III), bâti sur une superficie de 3,1 hectares ; il est l'un des hôpitaux les plus sollicités du pays. Il est limité : à l'Est par le Boulevard du peuple et le quartier populaire de Médine, à l'Ouest par l'École Nationale des Ingénieurs (ENI), au Nord par l'avenue MAR Diagne et l'ÉTAT MAJOR de la gendarmerie nationale, au Sud par la rue VAN Vollenhoven et le TRANIMEX qui est une société de transit. L'Hôpital Gabriel TOURE comprend une administration, 7 départements regroupant 26 services médicotechniques et des unités depuis la décision n°0386/DGHGT du 30 novembre 2009 suite à la mise en œuvre du Projet d'établissement [59]

4-3 Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive sur l'usage de la médecine traditionnelle chez les patients dans le service de cardiologie du CHU-GT

Cette étude s'est déroulée en 2024 entre le 1er Octobre au 31 Décembre soit une période de 03 mois au cours de laquelle nous avons pu enregistrer 300 patients

4-4 Population d'étude

Notre étude a porté sur tous les patients vus dans l'unité de consultation externe du service de cardiologie du CHU-GT.

4-5 Echantillon d'étude

Il s'agissait d'une étude exhaustive concernant tous les patients venus pour consultation dans le service de cardiologie durant la période d'étude et remplissant les critères d'inclusion.

4-6 Critères d'inclusion

Il s'agit de tous les Patients qui se sont présentés dans le service de cardiologie du CHU-GT et ayant donné leur consentement verbal pour la participation à l'étude

4-7 Critères de non inclusion

N'étaient pas inclus

Les patients n'ayant pas donné leurs consentements

4-8 Technique et outils de collecte des données :

- **Technique :** nous avons opté pour un entretien individuel, en mode face à face**.**
- **Outils de collecte des données :** La collecte des données a été faite grâce à un questionnaire à plusieurs volets adressés aux patients.

4-9 Traitement et analyses des données

Des masques de saisie ont été créés sur ACCESS 2016 reprenant l'ensemble des items des questionnaires puis vérifiés par EXCEL 2016 . L'analyse statistique a été réalisée grâce aux logiciels SPSS 20 . Le document de thèse a été saisi sur le logiciel Microsoft Office World 2016. Le test de Khi2 de Pearson a été utilisé pour la comparaison des variables qualitatives avec un niveau de signification de 5 pour cent ($p<0,05$)

4-10 Variables :

- Age et sexe
- Statut matrimonial
- Profession

- Niveau d'étude
- La religion
- La fréquence d'utilisation de la médecine traditionnelle
- Le motif d'utilisation de la médecine traditionnelle
- L' inconvénient de la médecine traditionnelle
- L'avantage de la médecine traditionnelle
- L'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé

4-11 Considérations éthiques

Le respect de l'éthique et la déontologie faisait partie intégrante de notre étude.

Les entretiens se sont déroulés dans le strict respect de la confidentialité.

Nous avons :

• Informé les participants le but de notre étude et des procédures de notre enquête

• Expliqué le caractère volontaire de leur participation ainsi que le principe de confidentialité inclus dans nos recherches.

• Répondre à toutes les questions qui nous ont été adressées en vue de leur faire comprendre nos objectifs de l'étude et son intérêt**.**

Résultats

5-RESULTATS

5-1. Caractéristiques socio- démographiques de l'échantillon

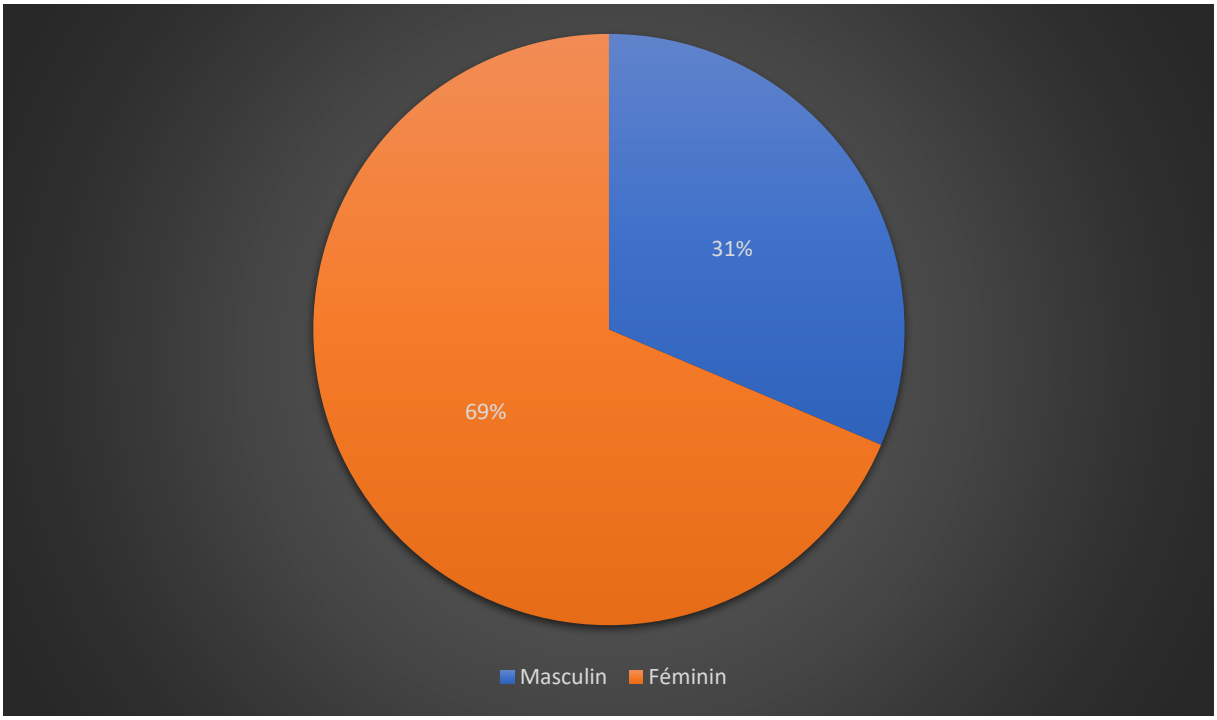


Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe

L'échantillon d'étude contient 188 patients, (68,62%) sont des femmes et (31.38%) sont des hommes, le sexe ratio (homme/femme) de la population étudiée était de (0,46)

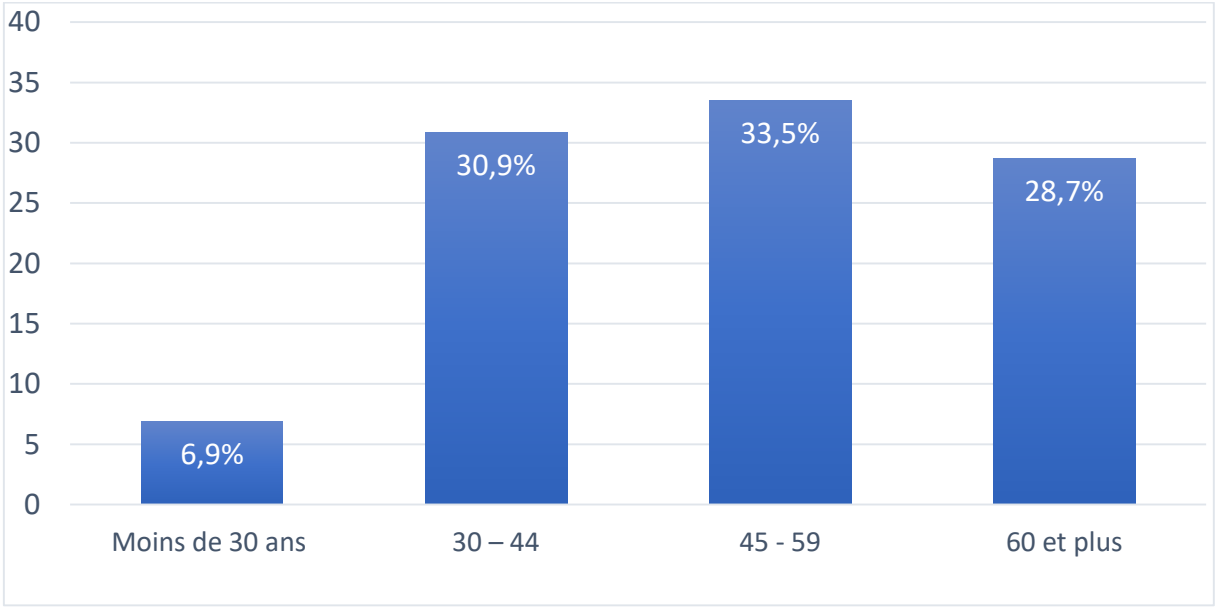


Figure 2 : Répartition des patients selon la tranche d'âge

La tranche d'âges [45-59] représente 33,51% de nos patients , suivis par des patients dont l'âgés est compris entre [30 – 44] ans, avec un pourcentage de 30,85%.

Tableau I : Répartition des patients selon l'appartenance ethnique

	Effectif	Pourcentage
Minianka	5	2,66
Bambara	58	30,85
Peuls	30	15,96
Dogon	9	4,79
Bozo	2	1,06
Soninké	29	15,43
Malinké	2	1,06
Senoufo	6	3,19
Sorrhei	30	15,96
Autres	17	9,04
Total	188	100

Autres : ,Somono, Tamasheq, Griot, Mossi

Notre échantillon d'étude est majoritairement constitué de Bambara soit 30,85%

Tableau II : Répartition des patients selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Marié (e)	143	76,06
Célibataire	9	4,79
Divorcé (e)	1	0,53
Veuf (vé)	35	18,62
Total	188	100

La majorité de nos patients était marié soit 76,06%.

Tableau III : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Femmes au foyer	92	48,9
Fonctionnaire	3	1,6
Élèves/étudiant(e)	3	1,6
Commerçant(e)	18	9,6
Autres	72	38,3
Total	188	100

Autres : tailleur, maçon, chauffeur, charpentier

Les femmes au foyer étaient majoritaires avec 48,94%

Tableau IV : Répartition des patients selon le niveau d'instruction

Le niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé	76	40,4
Primaire	44	23,4
Secondaire	17	9,0
Supérieur	28	14,9
Ecole coranique	11	5,9
Medersa	12	6,4
Total	188	100

Parmi les utilisateurs de la MT, (40,43%) des malades sont non scolarisés , viennent ensuite les sujets ayant un niveau primaire avec un pourcentage (23,40%) .

Tableau V : Répartition des patients selon la religion

Effectif	Pourcentage
Musulmane 186	98,94
Chrétienne 1	0,53
Autre 1	0,53
Total 188	100

Autres :féticheur

Les musulmans ont prédominé avec 98,94%

5-2. L'usage de la médecine traditionnelle

.

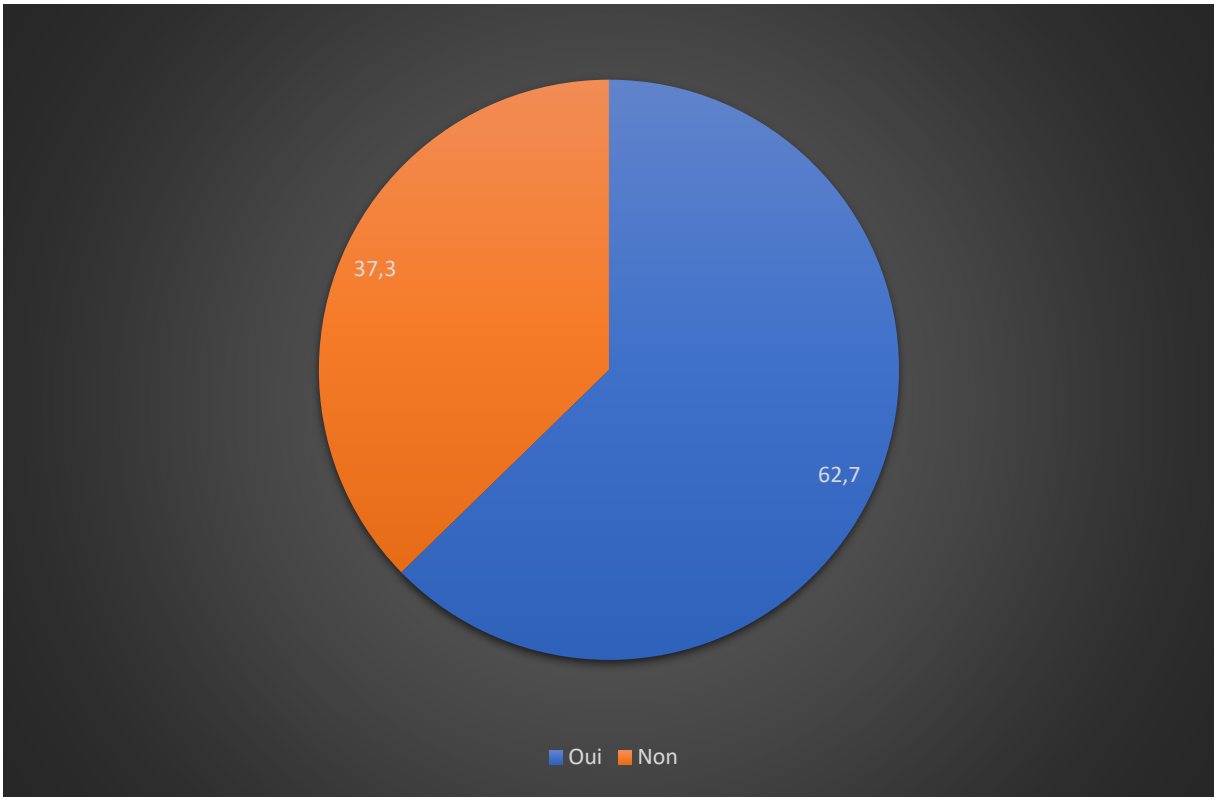


Figure 3 : La fréquence d'utilisation de la médecine traditionnelle

Sur les 300 malades interrogés, le taux de recours à la médecine traditionnelle par les patients en consultation externe représente 62,7%

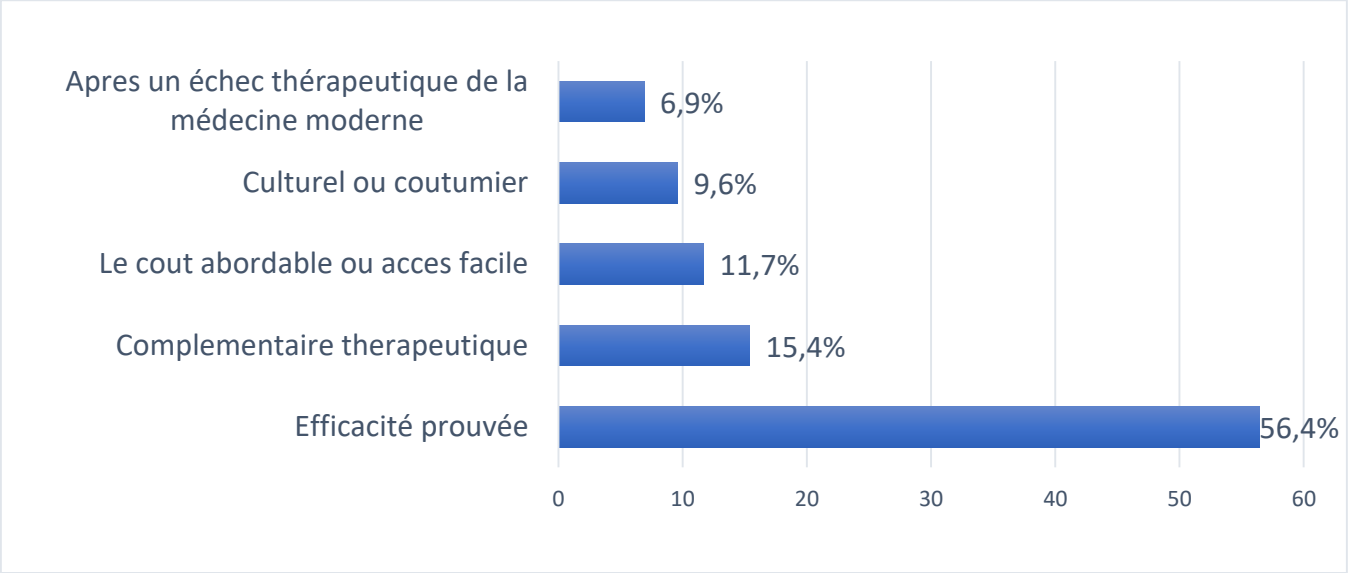


Figure 4 : Répartition des patients selon motifs de recours aux soins traditionnels

La décision d'utilisation des produits de la médecine traditionnelle a été principalement influencée par la croyance de son efficacité (56,38%), seule une minorité a lié son choix **au** coût ou à la facilité d'accéder et sa complémentarité thérapeutique

Tableau VI : Répartition selon la relation traitement traditionnelle et sexe

Traitement Traditionnelle	sexe		Total
	Masculin (N%)	féminin (N%)	(N%)
NON	45(15,0)	67(22,3)	112(37,3)
Oui	59(19,7)	129(43,0)	188(62,7)
Total	104(34,7)	196(65,3)	300(100)

P=0,122

La médecine traditionnelle est beaucoup utilisée par des femmes soit 43% que des hommes soit 19,7% mais il n'y a pas relation statistiquement significative entre les sexes et l'utilisation de la médecine traditionnelle

Tableau VII : Répartition selon la relation traitement traditionnelle et la tranche d'âge

Traitement Traditionnelle	Tranche d'âge				Total
	30	30-44	45-59	60 et plus	
	(N%)	(N%)	(N%)	(N%)	(N%)
NON	9 (3)	29(9,7)	32(10,7)	42(14)	112(37,3)
Oui	13 (4,3)	58(19,3)	63(21)	54(18)	118(62,7)
Total	22(7,3)	87(29)	95(31,7)	96(32,0)	300 (100)

P=0,400

Parmi les utilisateurs de la MT, l'âge comprise entre [45-59] ans représente le pourcentage le plus élevé soit 21% mais nous n'avons pas trouvé une relation statistiquement significative entre la tranche d'âge et l'utilisation de la médecine traditionnelle

Tableau VIII : Répartition selon la relation traitement traditionnelle et niveau d'étude

Instruction	Traitement traditionnelle		Total
	Non	Oui	
	(N%)	(N%)	(N%)
Non scolarisé	39(13,0)	76 (25,3)	115 (38,3)
Primaire	30 (10,0)	44 (14,7)	74 (24,7)
Secondaire	17 (5,7)	17 (5,7)	34 (11,3)
Supérieur	15 (5,0)	28 (9,3)	43(14,3)
Ecole coranique	3(1,0)	11(3,7)	14(4,7)
Medersa	8(2,7)	12(4,0)	20(6,7)
Total	112(37.3)	188(62.7)	300(100)

P=0,426

Parmi les utilisateurs de la médecine traditionnelle, (25,3%) des malades sont non scolarisés , niveau primaire représente 14,7%, viennent ensuite les sujets ayant un niveau supérieur avec un pourcentage (9.3%) et les malades ayant un niveau secondaire à (5,7%).

Nous n'avons pas trouvé une relation statistiquement significative entre le niveau d'étude et l'utilisation de la médecine traditionnelle

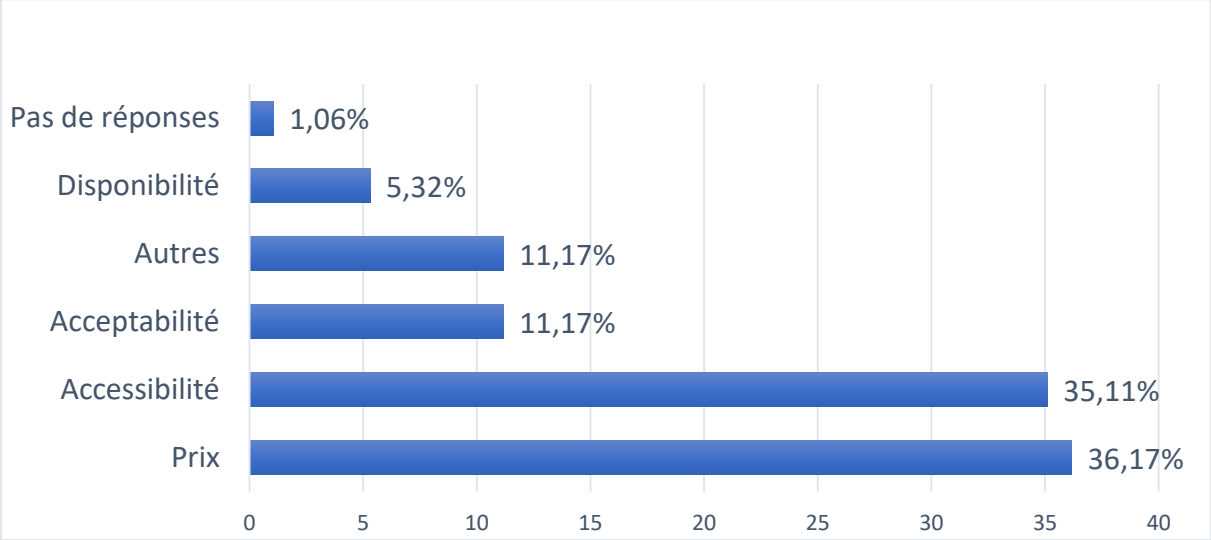
Tableau IX: Répartition selon la relation traitement traditionnelle et statut matrimonial

Statut matrimonial	traitement traditionnelle		Total
	OUI (N%)	Non (N%)	(N%)
Marié (e)	143 (47,7)	83(27,7)	226 (75,3)
Célibataire	9 (3)	6(2,0)	15 (5)
Divorcé (e)	1(0,3)	0	1 (0,3)
Veuf (vé)	35 (11,7)	23 (7,7)	58 (19,3)
Total	188 (62,7)	112 (37,3)	300 (100)

P= 0,847

La plupart d'utilisateurs de la MT est marié soit 47,7% mais Il n'y a pas un lien statistiquement significatif entre l'utilisation de la MT et situation matrimoniale

5-3. Avantages de la médecine traditionnelle



Autres : pas d'avantage, efficace, naturelle, sans effet secondaire

Figure 5 :Répartition des patients selon l'avantage de la MT

Le prix abordable et accès facile constituent les principaux avantages de la médecine soit respectivement 36,17% et 35,11%

Tableau X: Répartition des patients selon la relation l'avantage de la MT et utilisation de la MT

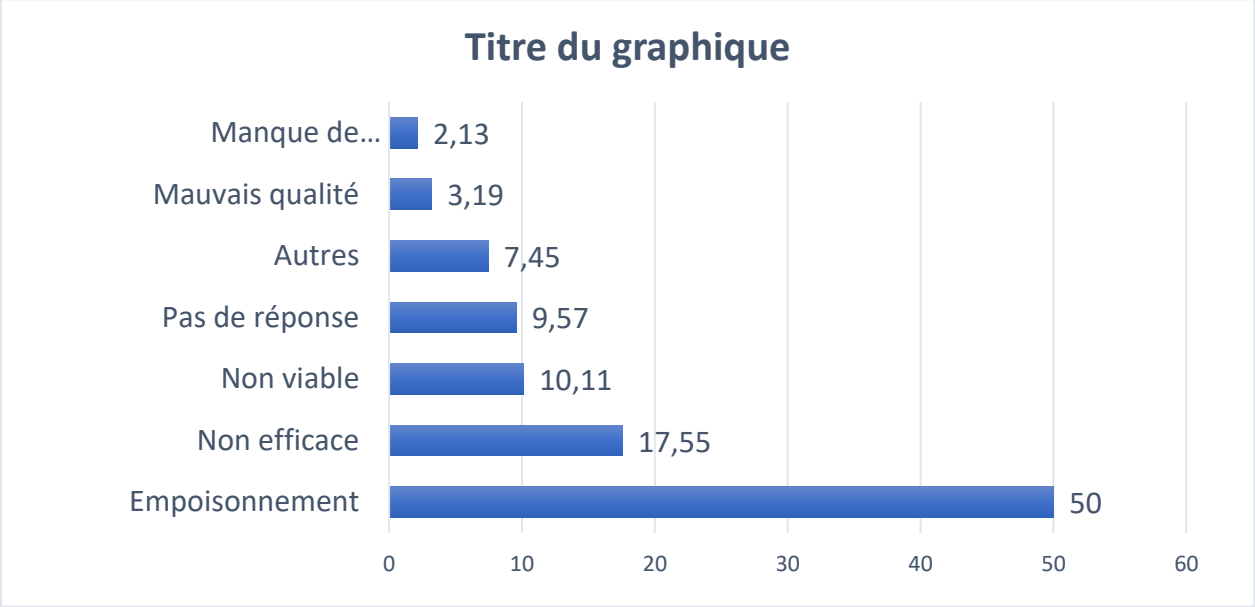
Avantages	Médecine traditionnelle		Total
	Oui (N%)	Non (N%)	(N%)
Accessibilité	66 (25,4)	29 (11,2)	95(36,5)
Disponibilité	10 (3,8)	4 (1,5)	14 (5,4)
Acceptabilité	21 (8,1)	3 (1,2)	24 (9,2)
Prix	68 (26,2)	34 (13,1)	102 (39,2)
Autres	21 (8,1)	4 (1,5)	25 (9,6)
Total	186 (71,5)	74(28,5)	260 (100)

P= 0,178 **Autres** : pas d'avantage, efficace, naturelle, sans effet secondaire

Le prix abordable et l'accessibilité sont constitués des principaux avantages de la MT avec des proportions respectives 26,2% et 25,4%

Nous n'avons pas trouvé une relation statistiquement significative entre ces avantages et l'utilisation de la MT ($p<0,05$)

5-4. Inconvénients de la médecine traditionnelle



Autres : pas d'inconvénient, inutile

Figure 6 : Répartition des patients selon les inconvénients de la MT

Empoisonnement constitue le principal inconvénient de la médecine traditionnelle soit 50%

Tableau XI : Répartition des patients selon relation les inconvénients de la MT et son utilisation

Inconvénients	Médecine traditionnelle		Total
	Oui	Non	
	(N%)	(N%)	(N%)
Empoisonnement	94(37,8)	38 (15,3)	132(53,0)
Non efficace	33(13,3)	13(5,2)	46(18,5)
Mauvaise qualité	6 (3,6)	9(2,4)	15(6,0)
Manque de réglementation	4 (1,6)	2(0,8)	6 (2,4)
Non viable	19(7,6)	17(6,8)	36 (14,5)
Autres	14 (5,6)	0(0)	14(5,6)
Total	170 (68,3)	79 (31,7)	249(100,0)

Autres : pas d'inconvénient, inutile

P=0,005

Empoissonnement constitue le principal inconvénient de la médecine traditionnelle par 37,8% des utilisateurs et 15% pour les pour les non utilisateurs nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre l'inconvénient de la MT et son utilisation

5.5 Intégration de la médecine traditionnelle

Tableau XII : Répartition des patients selon leurs opinions sur l'intégration de la médecine traditionnelle au sein du système sanitaire

	Effectif	Pourcentage
Non	57	19,0
Oui	243	81,0
Total	300	100,0

La majorité des patients était d'accord pour l'intégration de la médecine traditionnelle au sein du système sanitaire dans 81,0 %.

Tableau XIII : Répartition selon la relation l'intégration de la MT et la tranche d'âge

Intégration	Tranche d'âge				Total
	30 (N%)	30-44 (N%)	45-59 (N%)	60 et plus (N%)	
NON	3 (1)	21(7)	19(6,3)	14(4,7)	57(19)
Oui	19 (6,3)	66(22)	76(25,3)	82(27,3)	243(81)
Total	22(7,3)	87(29)	95(31,7)	96(32,0)	300 (100)

P= 0,364

Les patients dont leurs âges sont comprise entre 45-59 veulent plus l'intégration de la MT mais nous n'avons pas trouvé une relation statistiquement significative entre l'intégration et tranche d'âge

Tableau XIV : Répartition selon la relation traitement l'intégration et le sexe

Intégration	sexe		Total
	Masculin (N%)	féminin (N%)	
NON	18(6)	39(13)	57(19)
Oui	86(28,7)	157(52,3)	243(81)
Total	104(34,7)	196(65,3)	300(100)

P=0,586

L'intégration de la MT est plus sollicitée chez les femmes que chez les hommes mais nous n'avons pas trouvé une relation statistiquement significative entre l'intégration et sexe

Tableau XV : Répartition selon la relation l'intégration et le niveau d'étude

Instruction	Traitement traditionnelle		Total
	Non (N%)	Oui (N%)	
Non scolarisé	24(8)	91 (30,3)	115 (38,3)
Primaire	15 (5,0)	59 (19,7)	74 (24,7)
Secondaire	8 (2,7)	26 (8,7)	34 (11,3)
Supérieur	4 (1,3)	39 (13)	43(14,3)
Ecole coranique	3(1,0)	11(3,7)	14(4,7)
Medersa	3(1)	17(5,7)	20(6,7)

Total	57(19)	243(81)	300(100)

P= 0,596

Pour l'intégration de la MT, les non scolarisés occupent 30,3% mais nous n'avons pas trouvé une relation statistiquement significative entre l'intégration et niveau d'étude

Tableau XVI : Répartition selon la relation l'intégration et le statut matrimonial

Statut matrimonial	traitement traditionnelle		Total
	OUI (N%)	Non (N%)	
Marié (e)	180 (60)	46(15,3)	226 (75,3)
Célibataire	15 (0)	0 (5)	15 (5)
Divorcé (e)	1(0,3)	0	1 (0,3)
Veuf (vé)	47 (15,7)	11 (3,7)	58 (19,3)
Total	243 (81)	57 (19)	300 (100)

P=0,259

Les mariés représentent 60% pour option d'intégration mais il n'y a pas relation statistiquement significative entre les statuts matrimoniaux pour intégration de la médecine

Commentaires et discussion

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6-1. Les limites et les forces de notre étude

6-1-1. Les limites de notre étude

Au terme de notre étude transversale descriptive, qui s'est déroulée du 01 Octobre au 31 Décembre 2024 au service cardiologie du CHU Gabriel Touré, portée sur 300 patients. Les difficultés rencontrées ont été liées à l'incompréhension chez certains patients lors de nos enquêtes en raison de leurs niveaux d'instructions et que tous les patients n'ont pas répondu à toutes les questions posées

6-1-2. Les forces de notre étude

Tous nos patients ont été reçu en consultation externe ceci pourrait s'expliquer par le fait que le service de cardiologie était en rénovation au moment de la période d'étude.

Notre étude vient de confirmer la forte utilisation de la médecine traditionnelle par les patients. En effet 62,7 % des patients ont eu recours aux soins traditionnels, malgré la disponibilité de la médecine moderne.

6-2. Caractéristiques socio-démographiques

Le sexe féminin était prédominant avec 68,62%.Ce résultat est similaire à celui de Kassogue qui a trouvé un taux de 67,2% . [11] Ce constat pourrait par le fait que les femmes fréquentent les établissements sanitaires que les hommes . Kassery a montré dans son étude effectuée entre Janvier et Mars, parmi les malades hospitalisés, le sexe féminin représentait (54 %). [59] Boudjrada a trouvé 75% pour le sexe féminin . Dans notre étude, les femmes au foyer étaient majoritaires 48,94% , ce résultat est supérieur à celui de Togo qui a trouvé 30,2%.[20] , la tranche d'âge (45-59) est majoritairement représentée à 33,51%.

La majorité de nos patients était mariée soit 76,06%.Ce résultat est similaire à celui de Goita qui a trouvé 75,3% [60] . Cela pourrait s'expliquer par le fait que le mariage est un plié de la tradition malienne.

Les patients non scolarisés représentaient 40,43%. L'ethnie Bambara était prédominante soit 30,85% , ce résultat est similaire à celui de Maimouna Togo.[20] Ce constat pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de la population malienne est constituée de Bambara [20]

La population Malienne étant composée essentiellement de musulmans, soit 90% [61], la majorité de nos patients était musulmane soit 98,93% %

6-3. L' usage de la médecine traditionnelle

Notre étude a montré une forte utilisation de la médecine traditionnelle par des patients soit 62,7 % ce résultat est proche à celui de Boudjrada qui a trouvé 59,6%.[62] .Des études antérieures ont signalé le recours fréquent à la médecine traditionnelle par les patients comme l'enquête réalisée par Djemai en 2020 à l'EPH Hakim Saadane Biskra qui a conclu que la prévalence d'utilisation des produits à base de plantes était à 80,2% [63] et 56,7% par Togo en 2022 dans le CHU Gabriel Touré au service de neurologie[20] . . Selon l'OMS , 80% de la population africaine a un recours à la phytothérapie. [2] Cet écart est du au fait que l'OMS a fait son étude sur une grande population

Au Mali, les remèdes à base de plantes sont accessibles facilement partout au grand public par le biais des herboristes, des magasins et même sur les marchés. Encore plus ces jours-ci, on est quotidiennement exposé à des publicités partout sur les produits à base de plantes pour le traitement de toutes les maladies qui existent. Les croyances des malades sur la médecine traditionnelle influencent leur utilisation. Les utilisateurs de la médecine traditionnelle pensent qu'elle est efficace et naturelle. Ces croyances peuvent être due aux faits, initialement les malades pensent que naturel est synonyme d'inoffensif et selon eux les plantes sont des moyens de traitements dénués de tout risque. Cette confiance dans l'efficacité et la sécurité des médicaments naturels a été confirmée par plusieurs études antérieures comme un facteur favorisant l'expansion de l'utilisation de ces produits [20,64]. Dans notre étude, les utilisateurs des médicaments traditionnels pensent qu'ils sont efficaces et cette efficacité était le principal motif de recours aux soins traditionnels soit 56,38% , ce résultat est proche à celui d'Assitan à l'hôpital du Mali qui a trouvé (57,59%) [65] et inférieur à celui de Boudjrada soit 82,3%

Cette différence est dû au fait que Boudjrada a effectué son étude dans le service de médecine interne qui occupe presque tous les cas médicaux

Le taux des femmes ayant recouru à la médecine traditionnelle (129 femmes parmi 196) est (65,82%) est plus élevé que le taux des hommes (59 hommes parmi 104) soit (19,7%). Ce résultat est inférieur à celui de Boudjrada qui a trouvé une proportion des femmes à (71,3%) qui est plus élevé que celle des hommes soit (40%).[62] .Malgré que le sexe féminin domine sur le recours à la médecine traditionnelle dans notre étude, cette élévation n'est pas significative. Selon Geesen M, la prédominance féminine n'est pas spécifique aux MCA, puisque cette dominance se retrouve également dans la consommation globale de la santé[66] .Selon ThiriatF, l'abord de la santé par les femmes diffère de celui des hommes.[67]

Certains auteurs relient cela à l'exposition et aux connaissances des femmes sur les plantes car certaines plantes sont également utilisées dans les pratiques culinaires ou cosmétologiques.[68,69] Les femmes sont considérées comme un facteur influençant le recours à la phytothérapie dans plusieurs études .[70,71]

Nous n'avons pas trouvé un lien statistiquement significatif entre caractère socio-professionnel et usage de la MT, ce résultat concorde avec celui de Devaux et al puis Geesen [66,72] Dans notre étude, la médecine traditionnelle est utilisée par toute catégorie d'âge mais beaucoup plus marqué après l'âge de 45 ans pour certaine étude, c'est une tranche qui marque la transition entre les anciennes et les nouvelles générations avec tout le savoir-faire et qui préfère avoir recours à la phytothérapie que ce soit dans un but curatif ou préventif.[73]

6-4. Inconvénients de la médecine traditionnelle

Dans notre étude les inconvénients de la médecine traditionnelles sont largement connus, 50% parmi les utilisateurs prouvent que l'empoisonnement est le principal inconvénient de la médecine traditionnelle . En effet s'il est vrai qu'aucune plante n'a qu'une seule vertu thérapeutique, il est aussi évident qu'un médicament peut devenir un poison en fonction des conditions de préparation et de la posologie. Utilisation aveugle des plantes médicinales peut être l'origine des complications comme : intoxication, empoisonnement ou la mort.[18]

En revanche dans certains études la MT n'a pas d'inconvénient pour la majorité des patients comme l'étude de Doumbia soit 54% [19] et Sogoba soit 51,79% [65]

6-5. Avantages de la médecine traditionnelle

Pendant longtemps, la large utilisation de la médecine traditionnelle par les populations subsahariennes était associée à la modicité des coûts liés aux services de cette médecine et à d'autres facteurs socio-économiques, comme le manque d'éducation des populations et l'inaccessibilité géographique et financière des services de la médecine conventionnelle [74]

En effet dans notre étude , le cout abordable et accès sont majoritaires parmi les avantages de la MT soit respectivement 36,17% et 35,11% . Coumaré dans son étude, montre que l'un des facteurs de réussites de la médecine traditionnelle est le coût d'abordable [15]

Dans l'étude de Togo la majorité des patients pensent que la médecine traditionnelle et la médecine moderne sont complémentaires, soit 75,4% [20]

6-6 Intégration de la médecine traditionnelle

La majorité des patients était d'accord pour l'intégration de la médecine traditionnelle au sein du système de santé national soit 81,0 %. Ce résultat est proche à celui de Sogoba qui a trouvé 83% . Notre résultat est supérieur à celui de Doumbia qui a trouvé 71,0%

Au cours de notre étude, nous n'avons pas trouvé un lien statistiquement significatif entre l'intégration de la MT et les caractères socio-démographiques

Conclusion et recommandations

7-CONCLUSION

- Notre étude a porté sur l'usage de la médecine traditionnelle dans le service de cardiologie du CHU Gabriel Touré
- La majeure partie de patients enquêtés ont eu recours à la médecine traditionnelle malgré la disponibilité de la médecine moderne. Cette situation reste invariable quel que soit le niveau d'étude . Le motif de recours est lié à la croyance de son efficacité . Selon les malades cette pratique présente des avantages comme l'accès facile, le prix abordable .Malgré qu'elle soit sollicitée , elle manque des recherches et expérimentations ce qui fait que l'intoxication est devenue son véritable inconvénient
- Nos résultats confortent les données déjà existantes quant à la place des MT dans notre société et dans le parcours de soins des patients. Face à leurs attentes et à leurs choix thérapeutiques, il est indispensable que nous fassions nous-mêmes preuve d'ouverture. Il s'agit d'associer de manière organisée la MO et la MT, dans le but d'améliorer la qualité des soins et l'état de santé des patients.

8-RECOMMANDATIONS

Notre étude a montré une forte l'utilisation de la médecine traditionnelle .

Au terme de cette étude, des suggestions peuvent être faites

Aux autorités sanitaires

Promouvoir les études sur les pratiques de la médecine traditionnelles, les effets thérapeutiques, les indications, les contres indications, des doses thérapeutiques

Intégrer de la médecine traditionnelle dans le système de l'enseignement médical et paramédical pour améliorer les connaissances du personnel de santé

Aux Médecins prescripteurs

Pousser l'interrogatoire du patient sur le recours à la médecine traditionnelle au cours des consultations ou hospitalisations et le signaler dans le dossier médical.

Sensibiliser le public et patients face aux risques de l'usage aveugle de plantes médicinales.

Aux patients

Suivre les règles et les conseils des prescripteurs

Informer les médecins d'utilisation des plantes médicinales.

Références

Références

1. Mati FG, Vidjro SW, Ouoba K, Amonkou AC, Trapsida JM, Amari SA, et al. La pratique de la médecine et pharmacopée traditionnelles au Niger: concilier le savoir ancestral aux exigences de la règlementation pharmaceutique. J Afr Technol Pharm Biopharmacie JATPB. 2022;1(1):16-26.

2. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2013 [cité 3 mars 2025]. 75 p. Disponible sur: https://iris.who.int/handle/10665/95009

3. Assemblée mondiale de la Santé 56. Médecine traditionnelle : Rapport du Secrétariat. 2003 [cité 4 mars 2025]; Disponible sur: https://iris.who.int/handle/10665/85065

4. Ouarghidi A, Powell B, Martin GJ, De Boer H, Abbad A. Species Substitution in Medicinal Roots and Possible Implications for Toxicity of Herbal Remedies in Morocco. Econ Bot. 1 déc 2012;66(4):370-82.

5. Mpondo ME, Dibong DS, Priso RJ, Ngoye A, Yemeda CFL. État actuel de la médecine traditionnelle dans le système de santé des populations rurales et urbaines de Douala (Cameroun). J Appl Biosci. 2012;55:4036-45.

6. James PB. Traditional, complementary and alternative medicine use in Sub-Saharan Africa: a systematic review. BMJ Glob Health [Internet]. 1 janv 2018 [cité 4 mars 2025]; Disponible sur: https://www.academia.edu/38648138/Traditional_complementary_and_alternative_medicine_use_in_Sub_Saharan_Africa_a_systematic_review

7. Togola A, Diallo D, Dembélé S, Barsett H, Paulsen BS. Ethnopharmacological survey of different uses of seven medicinal plants from Mali, (West Africa) in the regions Doila, Kolokani and Siby. J Ethnobiol Ethnomedicine. 27 sept 2005;1(1):7.

8. Konate N. Etude de la consommation des médicaments traditionnels améliorés dans le cercle de Kadiolo. Bamako Fac Médecine [Internet]. 2005 [cité 28 sept 2024]; Disponible sur: https://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/Thesis_Bamako/05P28.PDF

9. Bagayogo M. Contrôle de qualité botanique des plantes des Médicaments Traditionnels Améliorés du Departement Medecine Traditionnel du Mali. [Internet] [PhD Thesis]. USTTB; 2020 [cité 6 mars 2025]. Disponible sur: https://bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/3928/20P34.pdf?sequence

10. Dongock DN, Bonyo AL, Mapongmestem PM, Bayegone E. Etude ethnobotanique et phytochimique des plantes médicinales utilisées dans le traitement des maladies cardiovasculaires à Moundou (Tchad). Int J Biol Chem Sci. 2018;12(1):203-16.

11. Kassogué H. Utilisation des plantes médicinales chez les patients hypertendus suivis au CHU du point-G. 2022 [cité 4 mars 2025]; Disponible sur: https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5519

12. Medicine WHOP on T. Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l' évaluation relatives à la médecine traditionnelle. 2000 [cité 4 mars 2025]; Disponible sur: https://iris.who.int/handle/10665/68476

13. Organisation Ouest Africaine de la santé. Pratiques de la médecine traditionnelle et valorisation des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle dans les Etats membres de la CEDEAO, 2013. Published 2013. Accessed Oct. 2023;27.

14. Traoré M. Le Recours à la Pharmacopée Traditionnelle Africaine dans le nouveau millénaire:«Cas des Femmes Herboristes de Bamako». Cent D'Etudes D'Actions Pour L'Auto Dév 15p. 2010;

15. Coumaré O. Evaluation de la Collaboration entre les acteurs de la Médecine Traditionnelle et les acteurs de la Médecine Conventionnelle en Commune II du District de Bamako [Internet] [Thesis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2021 [cité 4 mars 2025]. Disponible sur: https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4273

16. Mariam MD, Djeneba ON, Mireille D, Koumavi E. La mesure de l'usage de la médecine traditionnelle en Afrique de l'Ouest. Rev Bio-Afr. 2018;18:42-56.

17. Laplante J. Médicaments et médecines traditionnelles. Le cas d'interventions en santé internationale auprès des autochtones de l'Amazonie brésilienne. Éthique Publique Rev Int D'éthique Sociétale Gouv [Internet]. 1 janv 2006 [cité 4 mars 2025];(vol. 8, n° 2). Disponible sur: https://journals.openedition.org/ethiquepublique/1856

18. Elongué C. Les 5 defis de la medecine traditionnelle africaine. [cité 4 mars 2025]; Disponible sur: https://www.academia.edu/33733066/Les_5_defis_de_la_medecine_traditionnelle_africaine

19. Doumbia H. Place de la médecine traditionnelle dans la prise en charge thérapeutique des enfants de moins de 5 ans avant leur hospitalisation au CSRéf de Koutiala. 2015 [cité 28 sept 2024]; Disponible sur: https://library.adhl.africa/handle/123456789/9096

20. Togo M. Impact de la médecine traditionnelle dans la prise en charge des pathologies neurologiques au Mali. 2022 [cité 27 sept 2024]; Disponible sur: https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5348

21. Koumaré M. Évolution récente de la médecine traditionnelle dans le système de santé au Mali. Hegel. 2015;1(1):36-9.

22. PSN 2026-2020.pdf [Internet]. [cité 27 sept 2024]. Disponible sur: https://www.unicef.org/mali/media/2291/file/PSN%202026-2020.pdf

23. Willcox M, Sanogo R, Diakite C, Giani S, Paulsen BS, Diallo D. Improved traditional medicines in Mali. J Altern Complement Med N Y N. mars 2012;18(3):212-20.

24. AC03352209 A. Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine: a worldwide review. World Health Organization; 2001.

25. Ministère de la santé malien. Décision n°09-602 portant création, organisation et fonctionnement du comité de suivi de PNMT. 2009. Texte disponible sur mali.cnom.sante.gov.ml (page consultée 4 mai 2025]).

26. N'guessan K, Soro D, Amon ADE. Plantes utilisées en médecine traditionnelle dans le traitement des maladies cardiovasculaires, en pays Abbey et Krobou, dans le Sud de la Côte-d'Ivoire. Phytothérapie. 2011;4(9):199-208.

27. Stanifer JW, Jing B, Tolan S, Helmke N, Mukerjee R, Naicker S, et al. The epidemiology of chronic kidney disease in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. mars 2014;2(3):e174-181.

28. BeLue R, Okoror TA, Iwelunmor J, Taylor KD, Degboe AN, Agyemang C, et al. An overview of cardiovascular risk factor burden in sub-Saharan African countries: a socio-cultural perspective. Glob Health. 22 sept 2009;5(1):10.

29. Yuyun MF, Sliwa K, Kengne AP, Mocumbi AO, Bukhman G. Cardiovascular Diseases in Sub-Saharan Africa Compared to High-Income Countries: An Epidemiological Perspective. Glob Heart. 12 févr 2020;15(1):15.

30. Gaziano TA. Economic burden and the cost-effectiveness of treatment of cardiovascular diseases in Africa. Heart. 1 févr 2008;94(2):140-4.

31. Amegah AK. Tackling the Growing Burden of Cardiovascular Diseases in Sub-Saharan Africa: Need for Dietary Guidelines. Circulation. 27 nov 2018;138(22):2449-51.

32. Hewitson J, Zilla PPT. Children's heart disease in sub-Saharan Africa: Challenging the burden of disease. SA Heart J. 2010;7(1):18-29.

33. Monti M, Ruggieri MP, Vincentelli GM, Capuano F, Pugliese FR. Cardiovascular risk factors in sub-Saharan Africa: a review. Ital J Med. 19 mai 2015;9(4):305-13.

34. van der Sande M a. B. Cardiovascular disease in sub-Saharan Africa: a disaster waiting to happen. Neth J Med. févr 2003;61(2):32-6.

35. Yach D, Hawkes C, Gould CL, Hofman KJ. The Global Burden of Chronic Diseases: Overcoming Impediments to Prevention and Control. JAMA. 2 juin 2004;291(21):2616.

36. Tokoudagba JM, Auger C, Bréant L, N'Gom S, Chabert P, Idris-Khodja N, et al. Procyanidin-rich fractions from *Parkia biglobosa* (Mimosaceae) leaves cause redox-sensitive endothelium-dependent relaxation involving NO and EDHF in porcine coronary artery. J Ethnopharmacol. 28 oct 2010;132(1):246-50.

37. Nkoke C, Luchuo EB. Coronary heart disease in sub-Saharan Africa: still rare, misdiagnosed or underdiagnosed? Cardiovasc Diagn Ther. févr 2016;6(1):64-6.

38. Owusu I, Acheamfour-Akowuah E. Pattern of Cardiovascular Diseases as Seen in an Out-Patient Cardiac Clinic in Ghana. World J Cardiovasc Dis. 1 janv 2018;08:70-84.

39. Abunnaja SS, Sanchez JA. Epidemiology of cardiovascular disease. In: Cardiovascular diseases: nutritional and therapeutic interventions [Internet]. CRC Press; 2013 [cité 7 mars 2025]. p. 3-18. Disponible sur: https://pure.johnshopkins.edu/en/publications/epidemiology-of-cardiovascular-disease-6

40. Lee CH, Kim JH. A review on the medicinal potentials of ginseng and ginsenosides on cardiovascular diseases. J Ginseng Res. 1 juill 2014;38(3):161-6.

41. Mota AH. A review of medicinal plants used in therapy of cardiovascular diseases. Int J Pharmacogn Phytochem Res. 2016;8(4):572-91.

42. Zhao CN, Meng X, Li Y, Li S, Liu Q, Tang GY, et al. Fruits for Prevention and Treatment of Cardiovascular Diseases. Nutrients. juin 2017;9(6):598.

43. Mnonopi N, Levendal RA, Davies-Coleman MT, Frost CL. The cardioprotective effects of marrubiin, a diterpenoid found in *Leonotis leonurus* extracts. J Ethnopharmacol. 31 oct 2011;138(1):67-75.

44. Odukoya JO, Odukoya JO, Ndinteh DT. Elemental measurements and health risk assessment of sub-Saharan African medicinal plants used for cardiovascular diseases' and related risk factors' treatment. J Trace Elem Med Biol. 1 mai 2021;65:126725.

45. Olorunnisola OS, Adetutu A, Afolayan AJ. An inventory of plants commonly used in the treatment of some disease conditions in Ogbomoso, South West, Nigeria. J Ethnopharmacol. 23 févr 2015;161:60-8.

46. Aumeeruddy MZ, Mahomoodally MF. Traditional herbal therapies for hypertension: A systematic review of global ethnobotanical field studies. South Afr J Bot. 1 déc 2020;135:451-64.

47. Sharifi-Rad J, Rodrigues CF, Sharopov F, Docea AO, Can Karaca A, Sharifi-Rad M, et al. Diet, Lifestyle and Cardiovascular Diseases: Linking Pathophysiology to Cardioprotective Effects of Natural Bioactive Compounds. Int J Environ Res Public Health. 30 mars 2020;17(7):2326.

48. Bussmann RW, Malca G, Glenn A, Sharon D, Nilsen B, Parris B, et al. Toxicity of medicinal plants used in traditional medicine in Northern Peru. J Ethnopharmacol. 1 sept 2011;137(1):121-40.

49. Suissa V, Castillo MC, Blanchet A. Le recours aux médecines complémentaires et alternatives (MCA) face aux incertitudes de la médecine allopathique. Psycho-Oncol. 2016;10(4):272-80.

50. Nafiu MO, Hamid AA, Muritala HF, Adeyemi SB. Chapter 7 - Preparation, Standardization, and Quality Control of Medicinal Plants in Africa. In: Kuete V, éditeur. Medicinal Spices and Vegetables from Africa [Internet]. Academic Press; 2017 [cité 4 mars 2025]. p. 171-204. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128092866000078

51. Eddouks M, Ajebli M, Hebi M. Ethnopharmacological survey of medicinal plants used in Daraa-Tafilalet region (Province of Errachidia), Morocco. J Ethnopharmacol. 1 févr 2017;198:516-30.

52. Randriamiharisoa MN, Kuhlman AR, Jeannoda V, Rabarison H, Rakotoarivelo N, Randrianarivony T, et al. Medicinal plants sold in the markets of Antananarivo, Madagascar. J Ethnobiol Ethnomedicine. 28 juill 2015;11(1):60.

53. Ntie-Kang F, Lifongo LL, Mbaze LM, Ekwelle N, Owono Owono LC, Megnassan E, et al. Cameroonian medicinal plants: a bioactivity versus ethnobotanical survey and chemotaxonomic classification. BMC Complement Altern Med. 26 juin 2013;13:147.

54. Mounanga MB, Mewono L, Angone SA. Toxicity studies of medicinal plants used in sub-Saharan Africa. J Ethnopharmacol. 2015;174:618-27.

55. Ssegawa P, Kasenene JM. Medicinal plant diversity and uses in the Sango bay area, Southern Uganda. J Ethnopharmacol. 2007;113(3):521-40.

56. Bekoe EO, Agyare C, Boakye YD, Baiden BM, Asase A, Sarkodie J, et al. Ethnomedicinal survey and mutagenic studies of plants used in Accra metropolis, Ghana. J Ethnopharmacol. 2020;248:112309.

57. Rahmatullah M, Ferdausi D, Mollik AH, Jahan R, Chowdhury MH, Haque WM. A survey of medicinal plants used by Kavirajes of Chalna area, Khulna district, Bangladesh. Afr J Tradit Complement Altern Med AJTCAM. 30 déc 2009;7(2):91-7.

58. Kanté D. Prise en charge de la colique néphrétique dans le service d'urologie du CHU Gabriel Touré. 2014 [cité 8 mars 2025]; Disponible sur: https://library.adhl.africa/handle/123456789/8867

59. Doumbia MK. Bilan des hospitalisations dans le service de cardiologie du CHU Gabriel Touré pendant le1er trimestre de 2023. 2024 [cité 3 avr 2025]; Disponible sur: https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/13051

60. Goïta S. Influence des pratiques traditionnelles sur la prise en charge des pathologies neurologiques dans le service de neurologie du chu Gabriel TOURÉ DE BAMAKO (MALI). [Internet] [PhD Thesis]. USTTB; 2021 [cité 1 févr 2025]. Disponible sur: https://bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/4250/MEMOIRE%20DES%20%20DR%20GOITA%20S%C3%A9kouba.pdf?sequence=1

61. Hatløy A, COULIBALY M, Liu J. Réorientation religieuse au sud du Mali–Rapport de statistiques. Rapp Fafo [Internet]. 2015 [cité 1 févr 2025]; Disponible sur: https://fafo.no/images/pub/2015/20419.pdf

62. BOUDJRADA A, ZIDI A. ENQUETE SUR L'UTILISATION DES PLANTES MEDICINALES CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISES AU NIVEAU DU SERVICE DE MEDECINE INTERNE DE L'EPH MOHAMED BOUDIAF OURAGLA [Internet] [PhD Thesis]. Université Kasdi Merbah Ouargla; 2023 [cité 10 févr 2025]. Disponible sur: https://dspace.univ-ouargla.dz/jspui/handle/123456789/34467

63. El-Dahiyat F, Rashrash M, Abuhamdah S, Abu Farha R, Babar ZUD. Herbal medicines: a cross-sectional study to evaluate the prevalence and predictors of use among Jordanian adults. J Pharm Policy Pract. déc 2020;13(1):2.

64. Djemai W. Enquête sur l'usage des médecines alternatives et complémentaires/phytothérapie au niveau du service d'oncologie, EPH Hakim Saadane Biskra. [cité 7 mars 2025]; Disponible sur: http://archives.univ-biskra.dz/bitstream/123456789/16623/1/Djemai_Wassila.pdf

65. Sogoba A. Utilisation des médicaments traditionnel s chez les enfants de 0 à 2 ans: Enquête auprès des parents au CHU de l'H ôpital du Mali. [Internet] [PhD Thesis]. USTTB; 2024 [cité 7 mars 2025]. Disponible sur: https://bibliosante.ml/handle/123456789/13531

66. Geesen M. Le recours des patients aux médecines non conventionnelles en région Rhône-Alpes: étude quantitative descriptive transversale par questionnaire de 473 patients [PhD Thesis]. 2011.

67. Thiriat F. Le recours aux médecines complémentaires et alternatives en milieu rural [Internet] [PhD Thesis]. Thèse de médecine non publiée, Université de Lorraine; 2012 [cité 10 mars 2025].

Disponible sur: https://www.academia.edu/download/95458666/BUMED_T_2012_THIRIAT_FRANCK.pdf

68. Torres-Avilez W, Medeiros PMD, Albuquerque UP. Effect of Gender on the Knowledge of Medicinal Plants: Systematic Review and Meta-Analysis. Bussmann RW, éditeur. Evid Based Complement Alternat Med. janv 2016;2016(1):6592363.

69. Stjernberg L, Berglund J, Halling A. Age and gender effect on the use of herbal medicine products and food supplements among the elderly. Scand J Prim Health Care. janv 2006;24(1):50-5.

70. Azzi R. Contribution a l'étude de plantes médicinales utilisées dans le traitement traditionnel du diabète sucre dans l'ouest algérien: enquête ethno pharmacologique, analyse pharmaco-toxicologique de figuier (ficus carica) et de coloquinte (citrulluscolocynthis) chez le rat WISTAR. Anal Pharm-Toxicol Figuier Ficus Carica Coloquinte Citrullus Colocynthis Chez Rat Wistar. 2013;

71. Kande B, Yao K, Allah-Kouadio E, Kone MW. Enquête sur l'utilisation et l'effet des médicaments à base de plantes chez les patients hépatiques hospitalisés au Service de médecine et d'hépatogastroentérologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Cocody en Côte d'Ivoire. J Appl Biosci. 2018;130:13220-31.

72. Devaux M, JUSO F, Trannoy A, Tubeuf S. Inégalités des chances en santé: influence de la profession et de l'état de santé des parents. Quest Déconomie Santé. 2007;(118):1-6.

73. Jorite S. La Phytothérapie, une discipline entre passé et futur: de l'herboristerie aux pharmacies dédiées au naturel. 2015 [cité 7 mars 2025]; Disponible sur: https://policycommons.net/artifacts/15768526/la-phytotherapie-une-discipline-entre-passe-et-futur/16659325/

74. Tan M, Otake Y, Tamming T, Akuredusenge V, Uwinama B, Hagenimana F. Local experience of using traditional medicine in northern Rwanda: a qualitative study. BMC Complement Med Ther. déc 2021;21(1):210.

Annexes

USAGE DE MEDECINE TRADITIONNELLE DANS LE SERVICE DE CARDIOLOGIE DU CHU-GABRIEL TOURE

Fiche d'enquête

Fiche n° __ Date de l'enquête : ___/___ /___ /___/2014

Caractéristiques sociodémographiques :

Q1 AGE :

Q2 SEXE :.. / 1. Homme 2. Femme

Q3 Ethnie:/___/ 1. Minianka 2. Bambara 3. Peuls 4. Dogon 5. Bozo 6. Soninké

7.Malinke 8. Senoufo 9. Dafing 10. Sorrhei 11. Autres _____

Q4 Situation matrimoniale : ____/

1. Marié(e) 2. Célibataire 3. Divorcé(e) 4. Veuf(Ve)

Si mariée Régime : ___/ 1. Monogame 2. Polygame

Q5 Profession : ____/

1.Ménagère 2. Fonctionnaire 3. Élèves/étudiant(e) 4. Commerçant(e)

5. Autres à préciser _____

Q6 Niveau d'étude : ____/

1. Analphabète 2. Primaire 3. Secondaire 4. Supérieur 5. Ecole coranique

6.Medersa 7. Autres préciser_____

Q7 Religion:/___/ 1. Musulmane 2. Chrétienne 3. Autre

Q8. Traitement traditionnel :____/ 1. Oui 2. Non

Si oui qui vous a conseillé la tradithérapie :_____/

1. un Tradipraticien de santé 2. Un parent 3. Un ami 5. Autres à préciser

Q9 - comment prenez-vous les plantes :

Forme galénique : _____ /

1. décoction 2. Infusion 3. Poudre 4. Macération 5. Autres

La façon de prendre : ----------

Les moments de prises : ----------

Pour quel symptôme ou maladie cardiovasculaire : _____ /

1.OEdeme 2. Hypertension artérielle 3. Dyspnée 4. Douleur thoracique

5. Palpitation 6. Autres : _____

Q10 Quelles spécialités de tradithérapeutes avez-vous l'habitude de consulter pour les soins /___/

1. Simple herboriste 2. Guérisseur généraliste

3. Autres à préciser _____

Q11 Pourquoi avez- vous eut recours aux soins traditionnels ?

1. Raisons d'ordres culturels ou coutumiers car utilisé dans notre société depuis des siècles
2. Coût abordable ou accès facile
3. Apres un échec thérapeutique de la médecine moderne
4. Complément thérapeutique de la médecine moderne
5. Efficacité prouvée
6. Autres préciser_____

Q12. A quel moment recourez-vous en général aux soins traditionnels ? /_____/

1. En première intention 2. En deuxième intention

3. Parallèlement avec la médecine conventionnelle

Q13 Un agent de la médecine conventionnelle vous a-t-il déjà adressée à un tradithérapeutes ? /___/

1.Oui 2. Non

Si oui dans quel cadre ? /_____/

1. Complément thérapeutique 2. Volet mystique 3. Autres_____

Q14 Un tradithérapeutes vous a-t-il déjà adressé à un agent de santé moderne ? /__

1.Oui 2. Non

Si oui, dans quel cadre ? /____/

1. Diagnostic 2. Complément thérapeutique 3. Echec thérapeutique

4. autres _____

Q15 Quelles sont les méthodes de diagnostic des tradithérapeutes que vous consultez ? /_____/

1. Interrogatoire 2. Examen physique 3. Autres _____

Q16 Quel est environ le coût moyen d'un traitement pour les soins traditionnels ? /____/

1. Moins de 250fcfa 2. De 250 à 500fcfa 3. De 500 à 1000fcfa 4. Plus de 1000

5. Selon les moyens du malade 6. En fonction des résultats du traitement

7. Gratuit 8. Autres _____

Q17 Quel est environ le coût moyen d'un traitement pour les soins de la médecine conventionnelle ? /____/

1. Moins de 2500fcfa 2. De 2500 à 5000fcfa 3. De 5000 à 10000fcfa 4. Plus de 10000fcfa

5. Autres_____

Q18 Quelle est selon vous la durée moyenne du traitement par un tradithérapeutes ? /___/

1. Moins d'1 semaine ; 2. De 1-2 semaines ; 3. De 3-4 semaines ;

4. Plus d'1 mois 5. Autres_____

Q19 Quelle est selon vous la durée moyenne du traitement par un agent de santé moderne ? /___/

1. Moins d'1 semaine ; 2. De 1-2 semaines ; 3. De 3-4 semaines ; 4. Plus d'1 mois

5. Autres_____

Q20 Quelle appréciation faites-vous concernant l'efficacité des soins traditionnels ? /____/

1. Difficiles à évaluer 2. Ils sont satisfaisants 3. Ils sont complémentaires à la médecine moderne

4. Ils ne servent à rien 5. Autres_____

Q21 Quelle appréciation faites-vous concernant l'efficacité des soins de la médecine conventionnelle ? /____/

1. Difficiles à évaluer 2. Ils sont satisfaisants 3. Ils sont complémentaires à la médecine traditionnelle

4. Ils ne servent à rien 5. Autres_____

Q22 Quels sont selon vous les avantages de la médecine traditionnelle : _____ /

1. Accessibilité 2. Disponibilité 3. Acceptabilité 4. Prix 5. Autres : _____

Q23 Quels sont selon vous les avantages de la médecine conventionnelle : _____ /

1.Universelle 2. Efficace 3. Viable 4. Règlementée

4. Autres : _____

Q24 Quels sont selon vous les inconvénients de la médecine traditionnelle : ____ /

1. : Innocuité 2. Non efficace 3. Mauvaise qualité 4. Manque de réglementation

5. Non viable 6. Autres_____

Q25 Quels sont selon vous les inconvénients de la médecine conventionnelle : ____ /

1. Le coût élevé 2. Les insuffisances personnelles 3. Le circuit du traitement

4. Autres_____

Q26. Faites-vous plus confiance à la médecine traditionnelle qu'à la médecine conventionnelle ?
/____/ 1. Oui 2. Non 3. Les 2

Q27. Faut-il intégrer la médecine traditionnelle au sein du système sanitaire Malien ? /___/
1. Oui 2. Non

USAGE DE MEDECINE TRADITIONNELLE DANS LE SERVICE DE CARDIOLOGIE DU CHU-GABRIEL TOURE

Fiche signalétique

Nom : Traore

Prénom : Bakary

Titre : Utilisation de médicament traditionnelle dans le service cardiologie du CHU Gabriel Toure

Téléphone : 00223 73791859

Email : baktrao95@gmail.com

Année de soutenance : 2023-2024

Ville de soutenance : Bamako,

Pays d'origine : République du Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de l'USTTB/Point-G/Bamako.

Secteur d'intérêt : cardiologie.

Résumé de thèse : À travers le monde, la médecine traditionnelle (MT) constitue soit le mode principal de prestation de soins de santé, soit un complément à ce dernier .Dans les pays développés, les médecines traditionnelle, complémentaire et parallèle connaissent un succès croissant. La médecine traditionnelle est le premier moyen de soins pour plus de 80 % des habitants des pays en développement en raison de son accessibilité géographique, économique et culturelle. Au Mali, très peu d'études ont porté sur l'utilisation de la médecine traditionnelle, pourtant nos réalités socio démographiques et culturelles imposent une collaboration étroite entre médecine moderne et traditionnelle. C'est pour cette raison que nous proposons à travers ce document d'étudier l'utilisation de la médecine traditionnelle dans le service de cardiologie de centre hospitalière universitaire Gabriel Touré (CHU-GT)

Objectifs : Etudier le recours à la médecine traditionnelle dans le service de cardiologie du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré (CHU-GT).

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale et prospective.

Résultats : Au cours de cette étude 300 patients dans le CHU Gabriel Touré du service de cardiologie ont été interrogés. Dans notre étude le taux de recours à la médecine traditionnelle représentait 62.7 %, ces utilisateurs sont constitués majoritairement de femme . La croyance à la médecine traditionnelle était le facteur le plus influençant de l'orientation envers la médecine traditionnelle. Son accès facile et son abordable sont des facteurs importants pour sa réussite

Malgré qu'elle soit sollicitée par la majeure partie de la population , les inconvénients de cette pratique sont largement connus, 50%% des patients considèrent l'innocuité comme le principal inconvénient à la médecine traditionnelle

Mots Clés : Utilisation ; Médecine traditionnelle ; cardiologie

USAGE DE MEDECINE TRADITIONNELLE DANS LE SERVICE DE CARDIOLOGIE DU CHU-GABRIEL TOURE

Thesis summary: Throughout the world, traditional medicine (TM) is either the main mode of health care delivery or a complement to it. In developed countries, traditional, complementary and alternative medicine are becoming increasingly popular. Traditional medicine is the primary means of care for more than 80% of the inhabitants of developing countries because of its geographical, economic and cultural accessibility. In Mali, very few studies have focused on the use of traditional medicine, yet our socio-demographic and cultural realities require close collaboration between modern and traditional medicine. It is for this reason that we propose through this document to study the use of traditional medicine in the cardiology department of the Gabriel Touré University Hospital Center (CHU-GT)

Objectives: To study the use of traditional medicine in the cardiology department of the Gabriel Touré University Hospital (CHU-GT).

Methods: This was a cross-sectional and prospective study

Résultats : During this study, 300 patients in the Gabriel Touré University Hospital of the cardiology department were interviewed. In our study, the rate of use of traditional medicine represented 62.7%, these users are mostly women. Belief in traditional medicine was the most influential factor in the orientation towards traditional medicine. Its easy access and affordability are important factors for the success of traditional medicine Despite being solicited by the majority of the population, the disadvantages of this practice are widely known, with 44.0% of patients considering safety to be the main disadvantage of traditional medicine

Keywords: use; Traditional medicine; cardiology

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux être connaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.