Ministère de l'Enseignement Supérieur **REPUBLIQUE DU MALI**

et de la Recherche Scientifique **UN PEUPLE - UN BUT – UNE FOI**

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

U.S.T.T-B

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020 **N°……**

THESE

EVALUATION DE LA COLLABORATION ENTRE LES ACTEURS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE ET LES ACTEURS DE LA MEDECINE CONVENTIONNELLE EN COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le 12/02/2021 devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M. Oumar COUMARE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat).

Jury

Présidente	Professeur Rokia SANOGO (Faculté de Pharmacie)
Membres	Docteur Pakuy Pierre MOUNKORO (FMOS)
	Docteur Yacouba KOUYATE (CSRéf CII)
Co-directeur	Docteur Ogobara KODIO (FMOS)
Directeur	Professeur Hamadoun SANGHO (FMOS)

Dédicaces

Je dédie ce travail

A Allah Le Tout Puissant :

Le Tout Miséricordieux, Le Très Miséricordieux. Je me prosterne devant Ta Grandeur pour Te remercier de m'avoir comblé de Ta Grâce et de m'avoir assisté tout au long de ce voyage dans le jardin du savoir.

Et à son prophète Mohamed (Paix et salut sur lui)

A ma mère Djénéba Dieipkilé

Douce mère, tendre mère, Courageuse mère. Ce travail est le fruit de tes efforts, de ton amour, de tes prières et de tes encouragements. Tu as consacré le meilleur de toi-même à notre éducation et à notre réussite.

Ton grand courage, ta sagesse, ton souci pour le bien être de tout le monde font de vous une femme admirée et respectée de tous.

Vos innombrables sacrifices ont été une véritable preuve de ton amour pour tes enfants.

Ta bonté envers les enfants d'autrui nous a été d'une grande utilité partout où nous sommes allés.

Tes efforts ne resteront pas vains, tous tes enfants trouveront leur chemin et feront ta fierté Inchallah. Continue à faire des bénédictions pour nous et par la grâce de Dieu, il en sera toujours ainsi. Puisse Allah me Permettre de te le rendre à tes souhaits

Qu'Allah t'Accorde longue vie et une excellente santé auprès de nous.

Je t'aime.

A mon père Seydou Coumaré

Permets-moi de couler une larme de bonheur pour te dire merci Papa. Ton souci majeur est et demeure le bonheur et la réussite de tes enfants. Tu as compris que l'éducation est le meilleur des héritages qu'on peut donner à ses enfants. Merci pour ce que tu as fait et tout ce que tu feras encore pour moi. Tu nous as appris le sens de la responsabilité, du devoir bien fait et la culture de l'excellence pour toi la meilleure manière pour une personne de s'affirmer est le résultat de son travail.

Que Dieu t'Accorde santé et longévité et qu'Il m'aide à ce que je puisse accomplir pleinement mes devoirs envers toi.

Ce travail est le fruit de ton dévouement pour la réussite de tes enfants.

Je te remercie de m'avoir mis à l'école.

Trouve ici cher père, par ce présent travail ma reconnaissance envers vous.

A mon neveux Mamadou Coumaré : rassurez-vous de l'ampleur de mon amour, vous pouvez compter sur moi dans toute la mesure du possible et retrouvez ici toute ma reconnaissance.

A mes Frères et Sœurs

Que ce travail vous incite à plus de courage et d'abnégation. Sachez que tout n'est pas rose dans la vie. Vous êtes appelés à vivre dans un monde mouvementé où vous devez affronter des problèmes nouveaux et toujours croissants et vous êtes tenus de leur trouver des solutions originales. Le chemin de la vie est long et sinueux. Bref retenez tout simplement que « l'homme est le boulanger de sa vie ».

J'espère que ce travail sera pour vous un exemple de courage et une incitation à mieux faire.

Puisse l'Eternel nous préserver de la déchirure du tissu familial ; qu'il resserre d'avantage le lien sacré de la famille qui nous unit dans le meilleur et dans le pire et nous éloigne toujours de la rupture du cordon familial. Que ces modestes lignes vous servent de témoignage à mon attachement indéfectible au lien sacré de la famille. Que Dieu guide nos pas !

Remerciements

Tout d'abord, la tâche me revient en ce jour de remercier très sincèrement toutes les personnes de bonne volonté qui de loin ou de près ont contribué à la réalisation de ce travail. Je ne saurai jamais énumérer de façon exhaustive les parents, les amis (es), les connaissances, les collègues et les maîtres qui m'ont apporté leurs soutiens moraux, matériels et scientifiques tout au long de mon parcours scolaire et universitaire. Qu'ils trouvent ici, l'expression de ma profonde gratitude.

Aux agents de la Médecine Conventionnelle et aux Tradipraticiens de santé de la Commune II qui ont participé à l'étude : je n'oublierai jamais votre disponibilité ainsi que votre franche collaboration. Plus particulièrement le président de la FEMATH Monsieur Mohamed FALL et aux différents président des quatre associations :

Salif Traore président de Keneya-yiriwaton

Amadou Degoga président de Ton de Pena

Kadia Traoré présidente de Saboukouloudiou

Abou Traore président de Jamajigue

A Fomba Yacouba Tradipraticien de santé à Doumanzana face au lycée Fily Dabo Sissoko

A Bôbô Ami TPS à Bakarybougou.

Aux TPS de la Commune I qui ont participé au teste de l'étude et plus particulièrement à Awa Diarra et Sanga Modibo Cissé

Aux agents de la Médecine Conventionnelle du CSRéf Commune I qui ont participé au teste de nos questionnaires.

Rassurez-vous de la franchise de ma profonde gratitude en échange de la qualité de votre collaboration qui m'a permis de réaliser les travaux de cette présente étude avec l'atteinte des objectifs initialement fixés dans les délais impartis.

Aux Personnels de la Pédiatrie du CSRéf commune I.

Aux agents de Système Local d'Information Sanitaire du CSRéf Commune II plus particulièrement au Point focal des Tradipraticien communément appelle « Tanti ».

Nous avons été marqués par vos qualités humaines et scientifiques, votre disponibilité, votre immense gentillesse avec tous les personnels du CSREF Commune II, ont forgé votre appellation de « Tanti ».

A Dr Kouyaté Yacouba chef de médecine générale du CSRéf Commune II

Chère MAÏTRE, nous exprimons notre gratitude pour tes conseils et tes encouragements qui ont été bénéfiques à la réalisation de ce travail.

A Dr Tangara Souleymane et à tous les personnels du cabinet médical Djonkala de Bamako, de Bilan, de Yangasso,

A Dr Karaba Kamaté, Dr Seydou Tangara, Dr Amboi Tangara, Safiatou Coulibaly, Fatoumata Diarra, Mariam Coulibaly, Rokia Dembelé ;

Au Personnels du CSCom de Sangarébougou plus particulièrement Dr Ousmane Diarra ;

A Dr Daouda Coulibaly ;

A Lazani Keita, Nouhoum Sangaré, et son équipe de garde du Service de la Réanimation.

A mes amis Issouf Diarra, Tièba Traoré, Nouhoun Traoré, Djibril Togola, Yaya Koné, Madio Fané, Gaoussou Dembelé, Mamadou Dagnoko,

Les paroles écrites ou prononcées ne suffisent pas pour vous remercier pour tous les efforts que vous avez consentis pour moi. Tous ces souvenirs et les moments de bonheur vécus grâce à vous et avec vous, retrouvez ici toute ma profonde reconnaissance.

Puisse ALLAH vous récompenser de tout et qu'Il vous accorde longue vie. Amen !

A Dr SERGIO Giani, merci pour ces années inoubliables à tes côtés. Pour Ton aide précieuse, et sans qui cette étude n'aurait probablement pas pu être réalisée. Molté Grazie ! caro maestro

Au Pr Rokia Sanogo, pour sa confiance en nous orientant sur le thème de la médecine traditionnelle. Nous lui disons infiniment merci pour ses conseils et ses remarques ; merci pour tout le soutien matériel qui a été mis à notre disposition pour faciliter la réalisation de notre travail. Io amo

A tous mes Tonton et Tantes

Recevez ici l'expression de ma sincère gratitude pour toutes vos sollicitudes.

A tous mes cousins et cousines

Par la présente permettez-moi d'afficher mon attachement au lien sacré du cousinage. Je suis comblé par le bonheur et la chaleur de vos soutiens inconditionnels depuis l'enfance à nos jours.

Merci pour toutes les considérations à mon égard. Que Dieu vous bénisse.

Hommage aux membres du jury

A notre Maître et Présidente du Jury

Professeur Rokia SANOGO

- **Docteur en Pharmacie PhD en Pharmacognosie**
- **Professeur Titulaire des Universités du CAMES**
- **Enseignante chercheure de Pharmacognosie, Phytothérapie et Médecine Traditionnelle Coordinatrice de formation doctorale de l'Ecole Doctorale de l'USTTB**
- **Enseignement de la Médecine Traditionnelle en Médecine et Pharmacie des Universités de Ouagadougou Joseph Ki ZERBO (Burkina Faso), Abdou Moumouni de Niamey (Niger), Felix Houphouët BOIGNY.**
- **Chef de DER des Sciences Pharmaceutiques de la Faculté de Pharmacie**
- **Chef de Département Médecine Traditionnelle de l'INRSP ;**
- **Experte de l'Organisation Ouest Africaine de Santé (OOAS), espace CEDEAO, OAPI, de l'OMS, et OMPI**
- **Présidente du comité scientifique interne et membre du comité scientifique et technique de l'INRSP de 2013 à 2019 ;**
- **Lauréate du tableau d'honneur de l'Ordre National des Pharmaciens (CNOP) du Mali et lauréate du Caducée de la Recherche du SYNAPPO en 2009 et Membre de la commission scientifique de l'ordre des Pharmaciens du Mali ;**
- **Membre du comité technique spécialisé de Médecine et Pharmacie du CAMES pour l'évaluation des dossiers des enseignant chercheurs du CAMES depuis 2015 ;**
- **Lauréate du Prix Scientifique Kwame Nkrumah de l'Union Africaine pour les femmes scientifiques, édition 2016 ;**
- **Tableau d'honneur au 08 mars 2017 et SADIO 2017 pour la Science par le Ministère de la promotion de la femme et partenaires ;**
- **Membre du Comité de Pilotage du Réseau Francophone en Conseil Scientifique, 2017 ;**
- **Membre titulaire de l'Académie des Sciences du Mali, avril 2018 ;**
- **Membre du jury du concours d'agrégation du CAMES pour la Pharmacie en 2018 ;**

- **Experte du programme régional d'Afrique subsaharienne Oréal-UNESCO Pour les Femmes et la Science en 2019 ;**
- **Lauréate du Prix Next Einstein Forum (NEF) pour la meilleure femme en recherche en Pharmacie, Médecine et santé, édition 2019.**
- **Coordinatrice du PTR Pharmacopée et Médecine Traditionnelle Africaines du CAMES, 2019**
- **Membre de la commission scientifique d'évaluation des projets soumis dans le cadre de la lutte contre la maladie à coronavirus (COVID-19), 21 mai 2020, Ministère en charge de recherche ;**
- **Membre du comité régional d'experts de l'OMS sur la médecine traditionnelle dans la riposte contre la covid-19, juillet 2020.**

Honorable maître,

Nous tombons en admiration devant la bonté de votre cœur et vos qualités humaines à nulle pareille. L'éminent chercheuse, votre qualité intellectuelle, votre capacité pédagogique, vos compétences techniques, votre simplicité sans limite, votre franchise, votre humanisme et surtout votre souci permanent de formation font de vous un modèle de maître souhaité par tous. Encadreur d'une rareté étonnante, bien plus qu'un maître, vous êtes pour nous un exemple à imiter. En témoignage de notre reconnaissance infinie, nous vous prions cher maître d'accepter l'expression de notre sincère gratitude et notre profond attachement au lien sacré qui unit enseignant et enseigné. Je te remercie de m'avoir poussée vers ce sujet quelque peu atypique. Merci de ton accompagnement et de ton investissement tout au long de celui-ci.

La rencontre avec les Tradipraticiens a été la plus belle des rencontres dans ma vie d'étudiant en médecine.

Puisse le tout puissant vous accorder une longue et heureuse vie.

Grazie mille Professore ! (Merci professeur !).

A notre Maître et Juge :

Dr Pakuy Pierre Mounkoro

- **Médecin Psychiatre ;**
- **Praticien hospitalier du CHU du Point G ;**
- **Maître-Assistant à la Faculté de Médecine Odonto-Stomatologie (FMOS) ;**
- **Chef de Service de la Psychiatrie du CHU du Point G.**

Cher maître,

Nous avons été très touchés par l'ouverture et la disponibilité dont vous avez fait preuve en acceptant de faire partie de notre jury.

Vos grandes qualités scientifiques et de formateurs joints à votre esprit communicatif sont pour nous une source d'inspiration.

Vous avez été pour nous un compagnon permanent tant par vos encouragements, que par vos suggestions. Votre disponibilité ne nous a jamais fait défaut tout au long de ce travail aussi bien.

Votre abnégation associée à vos précieuses qualités de maître de formation et de chercheur émérite fait de vous incontestablement un modèle à suivre.

Soucieux du travail bien fait, vos qualités humaines et de chercheur attirent, estime et respect, Tout en vous souhaitant une bonne carrière professionnelle

Veuillez recevoir ici cher maître, l'expression de nos sentiments les plus respectueux et pleins de reconnaissances. En outre, votre dévouement pour ce travail nous a vraiment impressionné car plus qu'un juge vous avez été le grand artisan de cette thèse.

A notre Maître et Juge :

Dr Yacouba Kouyaté

- **Médecin responsable de la surveillance épidémiologie de la Commune II ;**
- **Chef de service de la médecine générale du Centre de Santé de Référence de la Commune II ;**
- **Diplôme universitaire en formation des épidémiologistes du terrain ;**
- **Certificat de l'Institut de Recherche de la Médecine Traditionnelle de Beijing (Pékin) TCM Hospital.**

Cher Maître,

Nous ne cesserons de remercier le seigneur pour avoir mis sur notre chemin un homme aux qualités humaines, académiques et professionnelles.

Votre dynamisme, votre courage, votre modestie, votre abord facile et surtout votre grande culture scientifique font de vous un homme admirable et respectable.

Vous avez été pour nous un compagnon permanent tant par vos encouragements, que par vos suggestions. Votre disponibilité ne nous a jamais fait défaut tout au long de ce travail.

Veuillez recevoir ici cher maître, l'expression de nos sentiments les plus respectueux et pleins de reconnaissances.

A notre Maître et Co-Directeur de thèse :

Dr Ogobara KODIO

- **Maître assistant en Santé Publique à la FMOS ;**
- **Spécialiste en ethnomédecine et ethnopsychiatrie ;**
- **Spécialiste en médiation ethno clinique ;**
- **Membre de la société malienne de Santé Publique.**

Cher maître,

Nous tenons à vous dire toute notre reconnaissance pour avoir accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

C'est avec beaucoup de patience et de disponibilité que vous avez dirigé ce travail. Vous êtes un exemple de partisan du grand effort et du travail bien fait. Votre exigence scientifique, votre rigueur dans le travail bien fait, votre disponibilité, vos qualités exceptionnelles de formateur, votre dynamisme, vos immenses talents de praticien chevronné, joints à votre enthousiasme font de vous une référence dans le monde de la recherche scientifique. Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire et surtout de votre savoir-faire. Soyez rassuré cher maître de notre dévouement et notre grandiose admiration.

Soyez assuré ici de l'expression de notre sincère reconnaissance.

Que la sagesse de l'Eternel pèse sur votre parcours.

Puisse Allah le miséricordieux vous assister dans vos entreprises.

A notre Maître et Directeur de thèse :

Professeur Hamadoun Sangho

- **Professeur Titulaire en Santé Publique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ;**
- **Chef du Département d'enseignement et de Recherche en Santé Publique (DERSP) de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ;**
- **Chevalier de l'Ordre National du Mali.**

Cher maître,

Vous nous avez fait l'insigne honneur de nous confier ce travail et en suivre l'élaboration avec une grande rigueur scientifique. Votre générosité à transmettre vos connaissances, témoigne de votre engagement à faire de nous des pôles d'excellence en Afrique et dans le monde. Chercheur de renommée internationale, votre probité morale, votre simplicité, votre grande ouverture, votre immense savoir et surtout vos multiples distinctions scientifiques font de vous une fierté légendaire dans l'art médical. Vos grandes qualités humaines, scientifiques et de pédagogue hors pair forcent admiration et respect. Nous vous prions d'accepter cher maître, l'expression de nos sincères remerciements et de notre gratitude éternelle.

Que Dieu vous assiste encore longtemps au service et au secours de vos semblables.

ABREVIATIONS :

AMC : Agent de la Médecine Conventionnelle

AMM : Autorisations de Mise sur le Marché

AMT : Acteurs de la Médecine Traditionnelle

ARV : Anti Retro Viraux

ASACO : Association de la Santé Communautaire

AT : Accoucheuse Traditionnelle.

BAD : Banque Africaine de Développement

BR : Bon Résultat

CAMES : Conseil Africain et Malgache pour l'enseignement Supérieur

CAP : Connaissances Attitudes et Pratiques

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CDP : Comités de Développement Participatif

CEDEAO : Communauté Economique de Développement des Etats de l'Afrique de l'Ouest

CRMT : Centre Régional de Médecine Traditionnelle de Bandiagara

CSCom : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

DMT : Département de Médecine Traditionnelle

DRS : Direction Régionale de la Santé

DTC : Directeur Technique du Centre

FATTB : Fédération des Associations des Tradithérapeutes du cercle de Bandiagara

FTTDB : Fédération des Thérapeutes Traditionnels et Herboristes du District de Bamako

FEMATH : Fédération Malienne des Associations des Tradipraticiens de santé et Herboristes

GP/SP : Groupe Pivot Santé et Population

GRMT : Groupe de Recherche sur la Médecine Traditionnelle

HT : Herboriste Traditionnel

HTA : Hypertension Artérielle

IER : Institut d'Economie Rurale

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

INRPMT : Institut National de Recherche sur la Pharmacopée et la Médecine Traditionnelle

IPR : Institut Polytechnique Rural

IRPMT : Institut de Recherche sur la Pharmacopée et la Médecine Traditionnelles

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IOTA : Institut d'Ophtalmologique Tropical de l'Afrique

JAMT : Journée Africain de Médecine Traditionnelle

MADO : Maladie à Déclaration Obligatoire

MC : Médecine Conventionnelle

MT : Médecine Traditionnelle

MTA : Médicaments Traditionnels Améliorés

MVE : Maladie à Virus Ebola

OAPI : Organisation Africaine de la Propriété Intellectuelle

ODD : Objectifs du Développement Durable

OMPI : Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle

OMS : Organisation Mondiale de la Sante

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA

OOAS : Organisation Ouest Africaine de Santé

ORISS : Organisation Interdisciplinaire pour le Développement et la Sante

PAO1 : La 1ère Pharmacopée de l'Afrique de l'Ouest

PASS/MS/BuCo : Programme d'appui Socio-Sanitaire Mali Suisse Bureau de Coopération

PDDSS : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social

PFA : Paralysie Flasque Aiguë

PM : Pour Mémoire

PMC : Praticiens de la Médecine Conventionnelle

PMT : Praticiens de la Médecine Traditionnelle

PMTA : Pharmacopée et Médecine Traditionnelle Africaines

PNMT : Politique Nationale de Médecine Traditionnelle

PNUD : Fonds des Nations Unis pour la Population

PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Sociale

Pv VIH : Personne vivant avec le VIH

SIDA : Syndrome Immunodéficience Acquise

SIMTA : Semaine Internationale de la Médecine Traditionnelle Africaine

SLIS : Système Local d'Information Sanitaire

SMP : Société Malienne de phytothérapie

SSP : Soins de Santé Primaire

TN : Terra Nuova

TPS : Tradipraticiens de Santé

TT : Traumatologue Traditionnel

UA : Union Africaine

UE : Union Européenne

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population.

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

TABLES DES MATIERES

I. INTRODUCTION 20

II. HYPOTHESE 23

III. OBJECTIFS 23

III.1. Objectif général : 23

III.2. Objectifs spécifiques : 23

IV. GENERALITES : 25

1. DEFINITIONS 25

2. MOTIVATIONS 26

3. ACTIONS DES ORGANISATIONS ET PAYS 27

4. EXPERIENCES DE COLLABORATION 32

5. DONNEES DES RECHERCHES EFFECTUEES DANS LE CADRE DE LA THESE 39

6. Ressources de la MT dans la mise au point des Medicaments Traditionnels Ameliorés (MTA) 46

V. METHODOLOGIE 49

1. Lieu de l'étude : 49

2. Cadre d'étude 55

3. Type d'étude 57

4. Période d'étude : 57

5. Population d'étude : 57

5.1. Critères d'inclusion : 57

5.2. Critères de non inclusion : 57

6. Echantillonnage : 58

7. Outils de collecte des données : 58

8. Stratégies de facilitation de l'étude : 58

9. Saisie et analyses des données : 59

10. Considérations éthiques : 59

VI. RESULTATS 61

VI.1. Données sur les agents de la médecine conventionnelle (AMC) : 61

VI.2. Données sur les TPS 65

VII. COMMENTAIRES ET DISCUSSION 72

VIII. CONCLUSION 88

IX. RECOMMANDATIONS : 90

X. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 92

ANNEXES : 97

ANNEXES N°1 : **Observations de la séance trimestrielle** 97

ANNEXES N°2 : **Méthode d'enregistrement des TPS :** 98

ANNEXES N°3 : **Détails de ce qui a été dit par les AMC** 99

ANNEXES N°4 : **Fiche d'enquête** 118

ANNEXES N°5 : PARTENAIRES DU DMT 124

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Depuis la déclaration d'Alma Ata (1978) l'OMS continue à recommander aux états membres une meilleure santé pour tous à travers des Soins de Santé Primaires (SSP), basés sur les éléments clés pour y parvenir : i) réduire l'exclusion et les disparités sociales dans le domaine de la santé (réformes pour la couverture universelle); ii) intégrer la santé dans tous les secteurs (réformes des politiques publiques); iii) organiser les services de santé autour des besoins et des attentes des populations (réformes de la prestation des services); iv) suivre des modèles de collaboration et de dialogue politique (réformes dans la direction); v) augmenter la participation des acteurs concernés [1]. La Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle (2014-2023) a proposé, entre autres, de promouvoir une couverture sanitaire universelle en intégrant les services de médecine traditionnelle, de médicine conventionnelle, l'automédication et l'auto-prise en charge sanitaire dans les systèmes de santé nationaux. Plus récemment, l'OMS a réaffirmé la nécessité de mobiliser tout le potentiel de la médecine traditionnelle afin de réaliser la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable, cela par la nécessité de la prise en compte des ressources de la MT (Praticiens-Pratiques-Produits) dans les SSP au niveau communautaire [2].

En Afrique, la Médecine Traditionnelle (MT) constitue le premier recours de la majorité des populations pour les (SSP). Face aux enjeux prioritaires de santé publique, la valorisation des ressources de la médecine traditionnelle est une nécessité impérieuse pour le renforcement des systèmes locaux de santé et pour un accès équitable et élargi à des soins de qualité. Dans ce contexte, la stratégie de la région africaine de l'OMS/AFRO (2000) a encouragé l'intégration dans les systèmes de santé des pratiques médicales et des remèdes traditionnels qui ont donné la preuve de leur innocuité, de leur efficacité et de leur qualité. On entend par « intégration » l'accroissement de la couverture de soins de santé par la mise en place de partenariats entre les deux systèmes de médecine [3].

En Afrique de l'Ouest, des expériences de valorisation des ressources de la médecine traditionnelle ont bénéficié du soutien technique et financier de nos états et partenaires de l'Organisation Ouest Africaine de Santé (OOAS) qui a un programme de médecine traditionnelle depuis 2007 [4].

Au Mali, Dans le cadre de la lutte contre les maladies impliquant les praticiens de la médecine traditionnelle (PMT), nous enregistrons plusieurs expériences positives de mobilisation communautaire, d'implication et de collaboration entre le système traditionnel et le système conventionnel de santé. Ces expériences ont concerné l'implication des PMT dans la promotion de la maternité à moindre risque et la lutte contre la mortalité infantile, la lutte

contre le paludisme, le VIH-SIDA, la tuberculose, la valorisation de la traumatologie traditionnelle et les maladies mentales.

Dans le district de Bamako, il y a eu une expérience de collaboration entre le système traditionnel, représenté par les 4 Associations (Kenya Yiriwa ton, Ton de Pena, Sabou koulou djou, Djama Djigui) et le système conventionnel représenté par le Centre de Santé de Référence (CSRéf) de la Commune II.

La présente étude a pour objectif d'évaluer cette collaboration ayant impliqué les acteurs des deux systèmes de santé notamment entre les tradipraticiens de santé des 4 Associations et les acteurs de la MC du CSRéf de la commune II du District de Bamako.

OBJECTIFS

II. HYPOTHESE

La collaboration entre la Médecine Conventionnelle (MC) et la Médecine Traditionnelle (MT) peut permettre de renforcer la lutte contre la maladie et augmenter l'offre de soins.

Pour vérifier cette hypothèse, les objectifs suivants ont été formulés.

III. OBJECTIFS

III.1. Objectif général :

Etudier l'état de la collaboration entre les acteurs de la Médecine Conventionnelle (MC) et les acteurs de la Médecine Traditionnelle (MT) en commune II,

III.2. Objectifs spécifiques :

1. Décrire les connaissances des informations sur l'appréciation des acteurs de la Médecine Conventionnelle sur la collaboration ;
2. Collecter des informations sur l'appréciation des acteurs de la Médecine Traditionnelle sur la collaboration ;
3. Identifier les domaines, les méthodes, les approches et les mécanismes de la collaboration ;
4. Identifier les avantages et les inconvénients de la collaboration entre acteurs de la Médecine Conventionnelle et de la Médecine Traditionnelle ;
5. Observer une séance de la réunion trimestrielle.

GENERALITES

IV. GENERALITES :

1. DEFINITIONS

Médecine : La médecine est « Ensemble des connaissances scientifiques et des moyens de tous ordres mis en œuvre pour la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies, blessures ou infirmités » [5]. Les **systèmes de santé** comprennent « toutes les organisations, les personnes et les mesures qui tendent essentiellement à promouvoir, rétablir ou maintenir la santé » [6].

Médecine Conventionnelle (MC) : La MC, est la médecine biomédicale adoptée dans le cadre de la politique nationale de santé.

Personnel de santé ou agent de la médecine conventionnelle (AMC) : « ensemble des personnes exerçant des activités dont l'objet essentiel est d'améliorer la santé » [6].

Médecine traditionnelle

Les définitions selon l'OMS, adoptées dans la Politique Nationale de La Médecine Traditionnelle du Mali sont :

Médecine traditionnelle (MT)

La médecine traditionnelle selon l'OMS, la MT est définie comme l'ensemble de toutes les connaissances et de toutes les pratiques, explicables ou non, transmises de génération en génération, oralement ou par écrit, utilisées dans une société humaine pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre du bien-être physique, mental, social et spirituel [7].

Médecine complémentaire (MC) :

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 » [7].

Médecine traditionnelle et complémentaire (MT/MC) :

La MT/MC fusionne les termes de MT et de MC, englobant les produits, pratiques et praticiens de chacun de ces deux systèmes de santé.

Acteurs de la Médecine Traditionnelle (AMT)

Les AMT sont des agents qui ont des savoirs et savoir-faire traditionnels obtenus par héritage, apprentissage et/ou expérience aux près d'autres praticiens :

Tradipraticien de santé (TPS)

TPS est une personne reconnue par la collectivité dans laquelle elle vit, comme compétente pour dispenser les soins de santé, grâce à l'emploi de substances végétales, animales et

minérales, et d'autres méthodes, basées sur le fondement socioculturel et religieux, aussi bien que sur les connaissances, comportements et croyances liées au bien-être physique, mental, social et spirituel, ainsi qu'aux causes des maladies et invalidités prévalant dans la collectivité [8].

Accoucheuse Traditionnelle (AT).

L'AT est une personne qui est réputée dans son entourage pour aider les parturientes pendant l'accouchement et dont la compétence provient d'un héritage familial, des accouchements qu'elle a elle-même pratiqués ou de son apprentissage auprès d'autres accoucheuses traditionnelles [8, 9].

Traumatologue Traditionnel (TT).

Le TT, est une personne détenteur de connaissance et intervient avec des pratiques traditionnelles dans la prise en charge des luxations, des entorses et des fractures.

Herboriste Traditionnel (HT)

L'HT est une personne qui détient des connaissances sur les plantes médicinales et en exerce le commerce à une place fixe, de préférence dans un marché [8].

Collaboration :

La collaboration est un cadre de concertation qui permet aux acteurs du système de santé conventionnel et système de santé traditionnelle de se concerter et d'utiliser les ressources disponibles, accessibles et acceptées positives et la mise en place de partenariats finalisés à l'accroissement de la couverture de soins de santé primaire.

2. MOTIVATIONS

Il existe un certain nombre de motivations qui justifient le recours aux ressources de la médecine traditionnelle et la nécessité de la collaboration entre les deux systèmes :

Disponibilité, accessibilité, acceptabilité de la médecine traditionnelle

La MT, est le premier recours de la majorité des populations pour les soins de santé primaires. La MT est considérée compréhensible et rassurante ; elle donne un sentiment d'appartenance. Les utilisations des ressources de la MT pour les soins de santé primaires sont de :

- 60% en Ouganda et Tanzanie
- 70 % au Rwanda
- 80 % au Bénin et au Mali
- 90 % en Éthiopie [10].

En Afrique Subsaharienne, il existe environ 100 TPS contre 1 agent de la médecine conventionnelle [11].

Au Mali, on a estimé aux niveaux national 6 AMC pour 10000 habitants en 2018 qui est largement inferieur a la norme de 23 pour 10000 habitants recommandé par l'OMS [12].

Pour les structures de la médecine conventionnelle (MC), elles ne sont pas toujours disponibles, accessibles et acceptables pour la majorité de la population africaine.

Par exemple, l'accessibilité aux CSCom dans un rayon de 5km était de 57% et 86% dans un rayon de 15km en 2018. La proportion de CSCom médicalise était de 34% [12].

Quand les structures de la MC existent, elles sont éloignées, quand on y arrive, il se pose le problème de qualité de l'accueil, des soins et leur accessibilité économique. Pour la majorité des populations, la MC est considérée comme étrangère.

Pour ces motivations, pour une contribution importante des ressources de la MT dans la santé publique, il faut une collaboration efficace, paritaire avec le système traditionnel et le système conventionnel de santé, une approche pragmatique et un mécanisme de référence réciproque des cas critiques entre les deux systèmes de soins sur les différents problèmes prioritaires de santé publique, avec la reconnaissance réciproque des rôles, des capacités et aussi des limites de chaque système.

3. ACTIONS DES ORGANISATIONS ET PAYS

Il existe des actions en faveur de la prise en compte de la MT dans les systèmes de sante par l'OMS et autres organisations africaines et internationales. Il existe un ensemble de déclaration, d'initiative et d'actions pour la prise en compte des ressources de la Pharmacopée et la Médecine Traditionnelle Africaines.

3.1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Il y a eu de nombreuses déclarations et des documents en faveur de la prise en compte des ressources de la MT en santé publique depuis Alma Ata en 1978 à la Stratégie de l'OMS pour la MT pour 2014-2023 :

3.1.1. La déclaration de Alma Ata de l'OMS en 1978 sur les soins de santé primaires :

Il a été lancé la prise en compte des ressources de Médecine Traditionnelle (MT) dans les soins de santé primaires (SSP) OMS (1978). Déclaration sur les soins de santé primaires, Alma Ata [13].

La stratégie de la région africaine de l'OMS/AFRO, en 2000 encourage l'intégration dans les systèmes de santé des pratiques médicales et des remèdes traditionnels qui ont donné la preuve de leur innocuité, de leur efficacité et de leur qualité. On entend par « intégration » l'accroissement de la couverture de soins de santé par la mise en place de partenariats entre les deux systèmes de médecine. Il existe les types d'intégration dans les systèmes de santé :

- Un système intégratif : la MT est officiellement reconnue et intégrée dans tous les domaines de soins de santé (Chine).
- Un système inclusif : on reconnaît la MT mais ne l'a pas encore entièrement intégrée à tous les aspects de soins de santé. Le Ghana, la Guinée équatoriale, le Nigeria et le Mali ont une politique nationale relative à la MT.

3.1.2. Un système tolérant : le système national de soins de santé est entièrement basé sur la médecine conventionnelle mais certaines pratiques de la MT sont ignorées ou tolérées par la loi. C'est le cas de la plupart des pays africains [3].

3.1.3. Le programme de stratégie de développement de la MT 2002-2005 de l'OMS, adopté en mai 2003 ;

Il existe des éléments de stratégie et plan d'action de l'OMS pour la MT 2002-2005 : Il a eu pour but de favoriser l'instauration de la santé pour tous dans la région africaine par l'utilisation de la MT. Les objectifs sont i) mettre en place un cadre permettant d'intégrer les aspects positifs de la MT dans les systèmes de santé; ii) établir des mécanismes de protection des droits de propriété culturelle et intellectuelle; iii) développer des industries locales viables pour améliorer l'accès aux remèdes traditionnels de qualité; iv) renforcer la capacité des pays à mobiliser les parties prenantes, à formuler et mettre en œuvre des politiques pertinentes; v) encourager la culture et la préservation des plantes médicinales. Les principales activités sont entre autres le plaidoyer, la reconnaissance officielle de la MT, l'institutionnalisation de la MT, des partenariats ; avec des interventions prioritaires comme la formulation de politiques, le renforcement des capacités, la promotion de la recherche et le développement d'une production locale des remèdes traditionnels. Les facteurs de réussite de la Stratégie, sont la volonté politique, l'adhésion des personnes concernées, la mise au point des stratégies spécifiques à chaque pays, la mobilisation et l'utilisation judicieuses des ressources disponibles ; l'exploitation des résultats de recherche pour éclairer le processus décisionnel. Il faut surtout la mise en place de partenariats et d'organes de gestion efficaces, la disponibilité des produits de la MT, le partage de l'information, le renforcement des ressources humaines et financières [14].

En 2008 à Ouagadougou, il y a eu la relance des SSP, au 30ème Anniversaire de la Déclaration d'Alma Ata et le 60ème Anniversaire de l'OMS.

Il y a eu la nécessité de renforcer la valorisation des ressources de MT pour l'amélioration de la santé des populations africaines ; le recours aux TPS notamment aux AT qui, dans la plupart des pays africains, assistent les femmes pendant l'accouchement, est une forme spécifique de participation communautaire.

Dans le cadre de la relance des SSP, l'amélioration de l'accès aux soins de santé de qualité et le renforcement des systèmes locaux de santé, nécessitent :

- Collaboration effective, organisée et évaluée entre les acteurs des deux systèmes
- Utilisation de toutes les ressources disponibles, accessibles, acceptables et financièrement abordables [15].

Stratégie de l'OMS pour la MT pour 2014-2023 et les recommandations de l'Assemblée Mondiale de la Santé en 2019 sont en faveur de la prise en compte effective des ressources de la MT dans le système de santé, dans la perspective d'une couverture sanitaire universelle [16].

3.1.4. Autres déclarations, résolutions, accords, engagements africains et internationaux

- **Programmes de pharmacopée et Médecine Traditionnelle Africaines (PMTA)** du CAMES, a été mis en place et exécuté depuis 1974 par des réseaux d'enseignants chercheurs et de chercheurs des universités et institutions de recherche des pays africains francophones subsahariennes, ont permis de constituer des données de sécurité, efficacité et de qualité.
- **Déclaration de Abuja de l'UA en 2001** : la recherche sur la MT, une priorité en Afrique ;
- **Déclaration de Maputo de l'UA en 2003** : protection et valorisation des inventions africaines en matière de médicaments [17] ;
- **Agenda 2020** relative à la politique de Santé pour Tous au 21ème siècle dans la Région Africaine de l'OMS ; Le plan d'action de la coopération entre la Chine et les pays africains sur le Développement de la MT adopté le 20 octobre 2002 à Beijing [3] ;
- **L'institutionnalisation de la Journée Africaine de Médecine Traditionnelle (JAMT) le 31 août** Elle a été instituée par le Bureau de la Région Africaine de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS AFRO) en reconnaissance de l'importance de la Médecine Traditionnelle dans la prise en charge de la santé de la population Africaine. La première JAMT a été célébrée le 31 août 2003 [3].
- **L'initiative de Libreville,** en septembre 2002, portant sur la protection et la valorisation des inventions africaine en matière de médicaments issus de la MT dans les pays membres de l'OAPI, adopté à Bamako en septembre 2004 [18].

3.2. Organisation Ouest Africaine de Santé (OOAS)

Programme Médecine Traditionnelle de l'Organisation Ouest Africaine de Santé, en Afrique de l'Ouest, à partir de 2007, à travers différentes activités, a permis le renforcement de capacités des Tradipraticiens de Santé (TPS) et des Praticiens de la Médecine Conventionnelle (PMC) en faveur de la mise en place de partenariats entre les deux systèmes de médecine. En Afrique de l'Ouest, à partir de 2007, le programme de MT de OOAS, à travers différentes activités, a permis le renforcement de capacités des Tradipraticiens de Santé (TPS) et des Praticiens de la Médecine Conventionnelle (PMC) en faveur de la mise en place de partenariats entre les deux systèmes de médecine. De 2009-2013, OOAS, plan stratégique pour des activités de promotion de la recherche en MT, la conservation des plantes médicinales et la production locale de phytomédicaments. A partir de 2009-2013, il y a eu la rédaction des monographies de plantes médicinales et de l'étude de leur toxicité. La 1ère Pharmacopée de l'Afrique de l'Ouest (PAO1) a été publiée en 2013 avec les monographies de 54 plantes médicinales les plus répandues dans tous les pays membres de la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'ouest (CEDEAO), utilisées pour le traitement du Paludisme, VIH/SIDA, Tuberculose, Diabète, Hypertension artérielle (HTA) et la Drépanocytose [19].

3.3. Médecine Traditionnelle au Mali

3.3.1. Historique

A partir de 1957, il y a eu un intérêt pour la valorisation de la MT, en 1963, il y a eu la présentation du premier produit à base de la farine pain de singe contre la diarrhée des enfants, lors de l'exposition de la section Médecine Traditionnelle de la Pharmacie Populaire du Mali présentée à son Excellence le Président Modibo Keita. La valorisation de la pharmacopée et la Médecine Traditionnelle, a été possible, grâce aux efforts des premiers dirigeants, dont le Dr Somine DOLO, Ministre de la Santé à l'indépendance et le Prof Mamadou KOUMARE, premier Directeur de l'Institut National de Phytothérapie et Médecine Traditionnelle (INRPMT) qui a été créé en 1968 et qui a été responsable de la Médecine Traditionnelle au niveau de la région africaine de l'OMS. L'INRPMT est devenu le Département Médecine Traditionnelle (DMT) au sein de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) [20]. Le Mali a fait de nombreux progrès et a eu des reconnaissances : i) Centre collaborateur de l'OMS en 1981 ; ii) création du Centre Régional de Médecine Traditionnelle V ème Région (CRMT) de Bandiagara, en 1986, comme le premier centre régional; iii) Centre d'excellence de l'OOAS depuis 2015; iv) Prix scientifique Kwame Nkrumah de l'Union Africaine en 2016 ; v) Coordination du Programme Thématique de Recherche PMTA du CAMES, en 2019 et vi) Membre de la commission scientifique

d'évaluation des projets de la maladie à coronavirus (COVID-19) et vii) Membre du comité régional d'experts de l'OMS AFRO sur la médecine traditionnelle dans la riposte contre la covid-19, en 2020.

3.3.2. Textes législatifs, réglementaires, politiques et programmes pour la valorisation des ressources de la MT.

Le cadre législatif et réglementaire est basé sur **i)** L'exercice de la médecine traditionnelle a été reconnu et légalisé au Mali en 1994 par le décret N° 94-282/P-RM du 15 août 1994, fixe les conditions d'ouverture des cabinets privés de consultations et de soins traditionnels, d'herboristeries et d'unités de productions de Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA). Quant à l'arrêté N°95-1319/MSSPA /SG du 22 juin 1995, il fixe les règles d'organisation et de fonctionnement des cabinets privés de consultations, de soins traditionnels, d'herboristeries et d'unités de production des MTA [20]. ; ii) Le décret n° 95-009/P-RM du 11 janvier 1995 instituant un visa des produits pharmaceutiques accorde dans son article 8, une dérogation à ses dispositions dès lors que la demande concerne un médicament traditionnel à base de plantes ; iii) la Loi d'Orientation sur la Santé (Loi n° 02-049 du 22 juillet 2002) prévoit les médicaments traditionnels dans le cadre de la Politique Pharmaceutique Nationale ; iv) La Politique Nationale de Médecine traditionnelle, octobre 2005 ; v) Prise en compte de la Médecine Traditionnelle dans le plan de Développement Sanitaire et Social pour la période 2014-2023 [21]. Il existe le projet d'érection du DMT en un Institut National de Recherche sur la Médecine et la Pharmacopée Traditionnelles (INRMPT) dans le cadre de la réforme de la santé en 2017, projet reconduit dans le programme présidentiel (2018-2023). Les projets de textes sont aujourd'hui fins prêts pour être adoptés en conseil de Ministres.

3.4. L'organisation des acteurs de la MT

Dans le cadre de l'organisation des ressources de la MT, à partir 1996, les Tradipraticiens de santé (TPS) ont commencé à faire des requêtes de la carte professionnelle, délivrée par le DMT. C'est dans ce processus, que les TPS qui ont satisfait aux conditions d'obtention de l'agrément (délivré par le ministre de la santé sur avis des conseils nationaux des ordres des médecins ou des pharmaciens), ont ouvert des cabinets de consultations, de soins et des herboristeries à Bamako et dans certaines capitales régionales [20]. Ces structures sont supervisées par les services de l'inspection de la santé, au même titre que les structures sanitaires conventionnelle [22]. La Fédération Malienne des Associations des Tradipraticiens de santé et Herboristes (FEMATH), qui a été créée en 2002, a un partenariat stratégique avec le DMT. Il existe d'autres partenaires du DMT, notamment les autres structures techniques, les sociétés savantes et les ONG spécifiques (Voir en Annexe N°4)

4. EXPERIENCES DE COLLABORATION

Il existe des expériences de collaboration qui ont été effectuées par le département de la médecine Traditionnelle et partenaires dans le cadre de projets et programmes. Ces expériences ont permis de mettre l'accent sur le rôle important des PMT dans la santé publique et de proposer des mécanismes efficaces pour renforcer la collaboration entre les PMT et les PMC et les enseignants chercheurs.

Objectif : contribuer à l'atteinte des objectifs du développement durable dans le domaine de la santé par la recherche et le développement des ressources de la Pharmacopée et la médecine traditionnelles (Praticiens – Pratiques – Produits).

Approches et stratégies

Il s'agit de la prise en compte des ressources de la MT dans les SSP passe par des activités de : i) Information, organisation, mobilisation et formation des PMT dans le cadre de la prise en charge communautaire de la maladie ; ii) Sensibilisation, information et formation des Praticiens de la Médecine Conventionnelle (PMC) sur la nécessité d'instaurer une collaboration positive avec les PMT.

Il faut surtout une reconnaissance des PMT comme une ressource à valoriser pour la santé publique et non comme un problème par : i) valorisation du rôle des PMT dans la santé publique ; ii) Recherche de solutions aux cas d'échec des deux systèmes et iii) adoption des gestes qui sauvent au cours de la référence des cas critiques au système conventionnel.

Méthodologie et activités

La méthodologie à recommander doit se baser sur l'ouverture des esprits, le respect réciproque, la disponibilité à l'écoute, le courage des uns et des autres à se mettre en discussion et à reconnaître ses propres limites.

Activités

Activités de recherche action pour la prise en compte des données de la MT dans le Système d'Information Sanitaire.

Valorisation des expériences et solutions proposées par les communautés et les PMT

Evaluation et suivi des expériences pilotes.

Implication des acteurs de la MT notamment les actions de la FEMATH ; Organisation des semaines (SIMTA organisée par la FEMATH depuis 2002) et la participation de la FEMATH au Haut Conseil de lutte contre le SIDA et aux organes du PRODESS.

Quelques expériences de collaboration réussies

Un certain nombre d'expériences réussies du rôle des PMT dans les SSP, afin de contribuer à l'atteinte des ODD, entre autres dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, la prise en charge du paludisme, du VIH SIDA, de la tuberculose et de la traumatologie.

Implication des accoucheuses traditionnelles dans la promotion de la maternité à faible risque et la lutte contre la mortalité infantile

De 1999 à 2009, les activités d'organisation et suivi des AT menées en partenariat avec les structures techniques de l'Etat, ont permis d'impliquer 390 AT de 195 villages dans 13 aires de santé qui comprennent environ 325.000 habitants dans les Districts Sanitaires de Kolokani, Kadiolo, Sikasso, Bandiagara et Kati au Mali. Un ouvrage de capitalisation de cette expérience a été édité et diffusé en 2009 par Aidemet Ong [23]. Ces activités ont bénéficié de l'appui technique et financier de la coopération sanitaire italienne à travers l'Université de Turin et l'ONG TERRA NOVA, du programme « *Savoir local et développement* » de la Banque Mondiale et de la Coopération suisse. De 2012 à 2015, les activités du Projet HURAPRIM, financé par l'UE, ont permis d'impliquer 45 AT de 3 nouvelles aires de santé dans les Districts Sanitaires de Kolokani et Sikasso. L'analyse des données collectées a confirmé les résultats des expériences précédentes : les AT peuvent bien être considérées comme des ressources humaines pour la santé maternelle et néonatale, dans le cadre d'une collaboration organisée et évaluée avec le personnel socio sanitaire du système conventionnel. En comparant les résultats de l'année avant et de l'année après l'intervention, nous avons constaté une augmentation remarquable des consultations prénatales, des accouchements assistés, des références des urgences obstétricales et de la couverture en vaccination Polio. Ces résultats ont été confirmés par la revue de la littérature internationale sur le rôle des AT dans la chaîne pour sauver la vie des mères et des nouveau-nés [23].

En 2018, l'expérience a été sélectionnée comme « Bonne pratique d'implication des Accoucheuses Traditionnelles dans le système de gestion des urgences obstétricales au Mali » dans le cadre du Forum de la CEDEAO sur les meilleures pratiques en santé, ACCRA (GHANA) du 23 au 25 octobre 2018, organisé par l'OOAS [24].

Implication des PMT dans la lutte contre le Paludisme

Pour ce qui est des traitements, la prise en charge du Paludisme, selon le programme de l'OMS, Faire Reculer le Paludisme, en 1998, plus de 60% des enfants avec une forte fièvre, ont été traités à domicile à l'aide de médicaments à base de plantes au Ghana, au Mali, au Nigeria et en Zambie [25].

La recherche a permis de valider l'innocuité et l'efficacité des plantes utilisées en MT pour la mise au point de MTA : c'est le cas du Malarial 5 qui est sur la liste des médicaments essentiels du Mali [26].

De 1997 à 2002, l'implication des PMT dans la détection et la référence rapide des cas de fièvres palustres et du paludisme grave, a contribué à une amélioration de la prise en charge du paludisme et à la diminution du taux de la mortalité infantile due au paludisme grave de 40% à moins de 10% (*Expérience du MRTC en collaboration avec le CRMT)* à Bandiagara (Région de Mopti, Mali). En 2002, une première enquête épidémiologique rétrospective sur un échantillon de 952 enfants de 0 à 16 ans atteints de paludisme auprès des ménages à Finkolo (Sikasso) et à Kéndié (Bandiagara) a permis de mettre en évidence une large utilisation avec une bonne appréciation d'efficacité du décocté de *Argemone mexicana* dans le traitement du Paludisme. En 2003, une deuxième enquête sur les Connaissances, les Attitudes et les Pratiques sur les plantes antipaludiques menée dans les mêmes zones auprès de 79 PMT a permis de confirmer ces résultats. De 2004 à 2006, des études précliniques (toxicité et efficacité) et cliniques (confirmation de l'évidence ethno-médicale et essai randomisé *A. mexicana* vers artésunate-amodiaquine) ont confirmé la validité de ces connaissances et pratiques en démontrant l'efficacité et l'innocuité du décocté de *A. mexicana* et permettant la mise au point de la tisane SOUMAFURA Tiémoko Bengaly† dans le traitement du paludisme simple chez les enfants de plus de cinq ans. M. Tiémoko Bengaly de Missidougou (Finkolo AC) est le PMT qui a mis gratuitement à la disposition de la population du Mali ses connaissances des plantes antipaludiques et a participé avec un grand esprit de collaboration et une grande efficacité aux différentes études menées sur le terrain [4].

Ces recherches ont été réalisées dans le cadre du projet "Pratiques traditionnelles et soins de santé primaires", financé par la Direction du Développement et de la Coopération (Suisse) et piloté par le Département de Médecine Traditionnelle de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) et par Fondation Antenna Technologies (Suisse), avec le soutien du Programme National de Lutte contre le Paludisme et la participation du réseau international RITAM et d'Aidemet Ong (Bamako, Mali) [4].

A partir de 2007, des études supplémentaires ont été menées avec le financement de l'Université de Bamako, l'INRSP, le réseau du CAMES en Afrique de l'Ouest sur les plantes antipaludiques. Elles ont permis de standardiser la tisane et de mettre au point le sirop SUMAFURA à base d'extraits de A. *mexicana*. D'autres études cliniques et d'autres recherches ciblées ont été menées en partenariat entre le Centre de Recherche et de Formation sur le Paludisme de l'Université de Bamako et l'Université de Genève [4].

Implication des PMT dans la lutte contre le VIH-SIDA

En 2002 différentes expériences d'implication des ressources de la MT dans la prise en charge des IST-VIH/SIDA ont été réalisées. Elles ont porté sur une médiation et une communication interculturelle pour que les deux systèmes de santé, dans la complémentarité, puissent apporter des solutions efficaces aux Personne vivant avec le VIH (Pv VIH). La valorisation des savoirs locaux de santé pour la prise en charge du VIH/SIDA a permis de minimiser le risque de stigmatisation et de favoriser l'intégration sociale des Pv VIH. La collaboration des PMT a permis de faciliter la communication entre les agents de la médecine conventionnelle et les populations cibles et d'affaiblir les barrières socioculturelles d'accès aux soins modernes. De 2002 à 2008 il y a eu plusieurs ateliers de formation et de concertation :

(ii) Projet PNUD/ONUSIDA/GPSP/ATTHDB pour la formation de 300 PMT du district de Bamako (2002-2004) ; (iii) Mise en place d'un comité de MT de lutte contre le SIDA en décembre 2003 à Bamako ; (iii) Atelier MT et VIH/SIDA organisé par la FEMATH lors de SIMTA juillet 2004 ; (iv) atelier d'échanges sur les possibilités de collaboration entre la MT et la MC sur le VIH/SIDA à Kadiolo (Association des PMT/PASS/MS/BuCo/CSRéf. Kadiolo, août 2004). De 2008 à 2011, le Projet du DMT sur la MT et lutte contre le VIH/SIDA, financé par la BAD, a permis de mener des activités de formation de PMT, d'organiser un atelier de concertation des praticiens des deux systèmes, l'utilisation des MTA du DMT pour la prise en charge de certaines affections opportunistes (dermatoses, toux, diarrhée, comme tonique) au niveau des centres de prise en charge du VIH/SIDA. Une enquête ethnobotanique auprès des PMT a permis de recenser une centaine de plantes médicinales et des recherches ultérieures ont permis de démontrer les propriétés antibactériennes contre des bactéries isolées chez les personnes vivantes avec le VIH/SIDA. D'autres études ont confirmé les propriétés immunostimulantes d'un nouveau phytomédicament pour le renforcement du système immunitaire pouvant être associé aux ARV [4].

Implication des PMT dans la lutte contre la Tuberculose

Dans la prise en charge communautaire de la tuberculose, l'implication des PMT dans la référence des cas de toux rebelles, en collaboration avec le programme National de Lutte contre la Tuberculose, a permis une augmentation de 20% du taux de dépistage à Kadiolo (Région de Sikasso). Dans les mêmes zones, en 2006, une enquête ethnobotanique a permis de sélectionner auprès de 37 PMT 10 plantes médicinales utilisées dans le traitement traditionnel de la tuberculose. Les extraits de ces plantes ont présenté des activités anti-oxydantes et anti-microbiennes. Une étude transversale exhaustive menée d'avril 2006 à août

2007 dans la région de Sikasso a démontré que 5% des cas suspects avaient été référés par les TPS et que 57% de ce cas étaient atteint de Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive [27].

Valorisation du rôle de traumatologues Traditionnels (TT) du Pays Dogon

L'étude prospective qui avait pour objectif de réaliser un suivi rapproché des activités des Traumatologues Traditionnels (TT) du Pays Dogon pour pouvoir évaluer l'importance, les difficultés rencontrées, l'efficacité et les insuffisances, a été réalisée sur le terrain d'avril 2000 à mai 2001. Il a concerné 18 TT, opérant dans 17 villages, avec un système d'enregistrement symbolique des cas traités. Pendant les 12 mois de collecte de données, les 18 TT ont enregistré 4.671 interventions, dont 404 fractures exposées et/ou compliquées (8,65%), 1.415 fractures simples (30,29%) et 2.852 luxations et entorses (61,06%). Sur les 101 patients qui ont fait l'objet d'examen clinique, aucun cas de complications post-traumatiques n'a été relevé. L'étude a confirmé l'importance et la qualité du travail des TT du Pays Dogon et a ouvert des pistes de collaboration entre la Médecine Traditionnelle et la Médecine Conventionnelle pour la prise en charge optimale des traumatismes. L'étude a été financée par la coopération sanitaire italienne à travers Terra Nova, ORISS, GRMT, dans le cadre du projet d'appui au Centre Régional de Médecine Traditionnelle et aux Associations des Tradipraticiens de Santé de Bandiagara (Mopti) [28].

La mobilisation communautaire contre la maladie à virus Ebola

Les activités menées ont permis entre autres de faire des propositions opérationnelles pour une meilleure contribution des PMT et pour leur sécurisation face à la MVE ; la mise en place de l'alliance de la société civile y compris la FEMATH contre MVE, qui a participé à la Task Force du Cluster santé contre MVE. L'atelier de concertation à Bamako (décembre 2014) a enregistré la participation de 30 PMT (15 femmes + 15 hommes) ; les entretiens individuels ont concerné 32 PMT (15 femmes + 17 hommes). L'atelier a permis de constater que les TPS croyaient à l'existence de la MVE, ils connaissaient les principaux symptômes et ils étaient acquis aux mesures d'hygiène pour se protéger. Les entretiens individuels réalisés à Bamako, à Sikasso, à Kayes et dans les zones frontalières avec la Guinée (janvier à juillet 2015) ont démontré que les TPS n'ont été impliqués qu'occasionnellement dans les formations sur la MVE. Cependant, dans les aires à risque, ils ont souvent cherché les informations, se sont parfois équipés pour se protéger et ils ont bien participé à la lutte contre la stigmatisation. Sur cette base, nous avons élaboré un Manuel de Formation qui a été par la suite utilisé par l'Alliance par les activités d'information et d'organisation. Ces résultats ont démontré la possibilité et la nécessité de la prise en compte effective de la MT non seulement dans la

prévention et la réponse à l'épidémie de MVE, mais aussi dans la surveillance épidémiologique communautaire d'autres maladies infectieuses. La mobilisation des PMT au niveau communautaire a contribué à la maitrise rapide de l'épidémie et a minimisé la stigmatisation.

Ces résultats ont démontré la possibilité et la nécessité de la prise en compte effective de la MT, non seulement dans la prévention et la réponse à l'épidémie de MVE, mais aussi dans la surveillance au niveau communautaire pour la surveillance d'autres maladies infectieuses [4].

Autres expériences effectuées par le CRMT à Bandiagara

Au Mali sur la collaboration et la valorisation de la MT il y a eu plusieurs expériences :

Expérience passée à Bandiagara par le CRMT Vème Région qui est le premier centre régional du Mali dont l'implantation à Bandiagara a été surtout motivée par le souci du rapprochement des acteurs de la MT que sont les TPS et par le fait que les Dogons sont des populations qui ont su garder leurs traditions [29]. Le recensement des TPS de la cinquième Région est un des objectifs prioritaires du Centre, préliminaire à toute action visant la collaboration entre les deux systèmes de santé, traditionnel et conventionnelle. Ce recensement a été conduit au cours des années 1987 et 1988 par des agents du CRMT et du Service Social de Bandiagara. Ils ont sillonné les huit cercles de la Région, rencontrant dans chaque cercle des informateurs-clé (personnel administratif, politique et technique) et les TPS les plus connus et faire la liste des noms de maladies que chaque TPS peut soigner, ou bien des domaines dans lesquels il peut intervenir, de façon à définir une spécialité propre à lui et à son ascendance, différente de celle des autres [30]. Ensuite ils ont regroupé les TPS en association. Les associations ont été créés sur l'initiative du DMT et du CRMT à partir de 1991 pour répondre à deux soucis majeurs à l'époque :

- Le recensement du maximum de nouveaux TPS par les nouvelles associations ;
- Le fait d'avoir un groupe de TPS et non des TPS individuels comme partenaire du CRMT.

De 1990 à 1992, le CRMT a entrepris des missions, des rencontres régulières avec l'association des TPS de Bandiagara au centre (CRMT). Ces rencontres permettaient aux acteurs de deux systèmes de médecine d'échanger leurs connaissances sur les maladies. Ainsi une fois par mois les médecins du centre ou les TPS de l'association de Bandiagara proposaient alternativement un thème de discussion qui les intéressait. Les TPS ont proposé des thèmes comme : l'hypertension artérielle (HTA), le VIH/SIDA, la rougeole, le paludisme, etc. quant aux médecins ils ont proposé : le « vent », les troubles mentaux, l'épilepsie, le ver de Guinée, etc. l'objectif de ces rencontres était d'échanger les connaissances sur les

concepts, les manifestations, les causes, la prévention et le traitement des différentes maladies et de mettre en place une franche collaboration entre les TPS et les agents de la médecine conventionnelle (AMC) par l'organisation de la référence et la contre-référence entre les acteurs. Les maladies retenues pour la référence aux AMC ont été : le VIH/SIDA, la tuberculose pulmonaire, le tétanos néo-natal dont les signes majeurs et les signes mineurs, les notions de secourisme en cas de traumatisme ou de noyade ont été discuté. Les maladies retenues pour la contre-référence aux TPS ont été : les troubles mentaux, la fracture simple, le paludisme, les troubles liés à la dentition, les envoutements, les luxations et les entorses, les maladies hémorroïdaires. Les difficultés évoquées dans la collaboration entre les deux systèmes sont représentées par : le retard dans la référence de certains malades ; l'absence de concertation entre les agents des deux systèmes ; le complexe d'infériorité des TPS à l'égard des AMC ; le complexe de supériorité des AMC à l'égard des TPS ; le manque de confiance des TPS à la MC ; le manque de confiance entre les TPS, le manque de confiance des AMC a la MT. Pour minimiser certaines difficultés constatées, une meilleure mise en commun des connaissances des TPS et des AMC ont été fait pour chaque thème abordé, ainsi que la présence d'un facilitateur pour le dialogue pour que tout le long des échanges soit plus fructueux. Des TPS avaient également été invités à amener leurs malades au centre (CRMT) pour que les médecins puissent les examiner et poser un diagnostic conventionnel. Le diagnostic des TPS était requis et les deux acteurs soignaient ensemble les patients. Les médecins observaient des patients chez les TPS, notamment les malades mentaux. En 2002 les associations se sont fédérées pour donner la Fédération des Associations des Traditherapeutes du cercle de Bandiagara (FATTB) et le projet Terra Nuova (TN) a soutenu la construction du siège de la FATTB à Bandiagara, entant que « Maison des Thérapeutes Dogon » de tout le cercle.

Avec le projet TN et ONG Aidemet, les associations des TPS ont été engagées dans une activité pilote d'articulation entre MT et MC pour les cas de traumatisme (luxation et entorse, fracture simple et fracture compliquée), qui a impliqué le partage des connaissances, l'enregistrement des cas traités par les TPS à travers un dispositif approprié, l'amélioration des techniques et des instruments pour le traitement des traumatismes [28]. Les associations des TPS ont participé aussi aux activités de régénération des plantes médicinales par la création des pépinières et gestion des jardins [29].

5. DONNEES DES RECHERCHES EFFECTUEES DANS LE CADRE DE LA THESE

Les résultats de certaines recherches ont fait l'objet de thèses d'exercice en Pharmacie et médecine :

5.1. Etude de la prise en charge du paludisme par les thérapeutes traditionnels dans les aires de sante de Kendie (Badiangara) et Finkolo AC (Sikasso) (Thèse de Drissa Sangaré en 2003).

Objectif : Evaluer la prise en charge des malades atteints de paludisme par les thérapeutes traditionnels.

Méthodologie : Les enquêtes ont été menées, proprement dites se sont déroulées, en Janvier 2003 à KENDIE et en Février ET 2003 à FINKOLO.

Résultats :

A Kendié, il a concerné 49 thérapeutes sur une soixantaine annoncée dont une femme a été retenue. Seulement 6.12% des thérapeutes ont entre 20 et 40 ans, la majorité a plus de 60 ans (46.94%). Une grande majorité des thérapeutes ont eu leur savoir dans la famille soit 79.59%, 16.33% par recherche personnelle et 4.08% les deux réunies. Pour la collaboration, les agents de la médecine conventionnelle réfèrent rarement aux TPS. S'il y'a référence, elle se fait généralement d'un TPS à un autre. Les malades peuvent cependant abandonner un traitement conventionnel pour aller voir les TPS. Ces derniers quant à eux, réfèrent rarement les cas de paludisme simple, ce sont surtout les cas de paludisme grave qu'ils réfèrent (26,53%). Ils attendent dans la plupart des cas au moins trois jours de traitement avant de faire la référence.

A Finkolo, il a concerné 30 TPS dont 8 femmes soit 26.67% des TPS rencontrés. Les tranches d'âge étaient entre 40-59 ans pour 10 TPS et entre 60-79 ans pour 20 TPS. La majorité des TPS ont eu leur savoir dans la famille soit 46.67 et 30% par recherche personnelle et 23.33% les deux réunies. Pour la collaboration, les agents de la médecine conventionnelle réfèrent rarement aux TPS à Finkolo, les malades peuvent venir en consultation chez les TPS après un premier traitement traditionnel ou conventionnel. Contrairement aux TPS de Kendié ceux de Finkolo disent référer plutôt les cas de paludisme simple, rarement ils réfèrent les malades avec paludisme grave. Le temps d'observation avant la référence varie entre 1 et 15 jours.

En conclusion, au niveau des TPS, le diagnostic du paludisme repose sur l'observation des symptômes. Même si les conceptions des TPS concernant les causes du paludisme ne coïncident pas toujours avec celles de la médecine moderne, ils ont les mêmes critères de diagnostique clinique du paludisme simple et de l'accès pernicieux. Pour le traitement 118 recettes dont certaines contiennent des plantes à activité antipaludique prouvée. Autres

substances non végétales sont plus utilisées aussi bien contre le neuropaludisme que contre le paludisme simple. Les recettes du paludisme simple sont généralement des feuilles utilisées en décoction pour bain corporel et administration orale, le paludisme grave les racines et les écorces de tronc sont beaucoup plus utilisées, l'administration se faisant par fumigation et inhalation. Les tests antipaludiques effectués sur différents extraits de huit plantes ressorties de l'enquête ont donné des résultats fort encourageants qui justifient l'utilisation de ces plantes dans le traitement du paludisme par les TPS. Une collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne est donc envisageable pour une meilleure prise en charge du paludisme [31].

5.2. Étude des itinéraires thérapeutiques reliées aux soins de médecine traditionnelle au sein des ménages de la commune v du district de Bamako, Mali : cas du quartier de Sabalibougou (Thèse de Famoussa SIDIBE 2011).

Objectif : Etudier les itinéraires thérapeutiques reliés aux soins en médecine traditionnelle en commune V du District de Bamako : Cas du quartier de Sabalibougou.

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive qui s'est déroulée pendant 2 mois allant du 1er Avril au 30 Juin 2010 sur 248 sujets. La population d'étude : La population ayant consulté au moins un tradipraticien de sante de Sabalibougou.

Résultats :

Le tradipraticien de sante était reconnu par l'Etat dans 35,1% ; avait reçu la formation au sein de la famille dans 51,2% ; 56,5 dans la collaboration et 6,9% de don naturel. Les méthodes de traitement fréquentes étaient de 78,6% pour les solutions buvables ; 65,7% pour les solutions pour laver ; 53,3% pour le beurre ; et 52,8% pour les produits à base de plante. Le traitement TPS était jugé efficace chez 82,7% de nos patients.

L'efficacité du traitement par rapport aux méthodes du traitement ; La solution buvable, la solution pour laver et la beurre ont été jugées efficaces dont respectivement 82,56%, 83,43% et 80,28%. La différence entre ces méthodes de traitement et leur efficacité n'était pas statistiquement significative.

Conclusion : L'étude a trouvé une fréquence de 12,31% dont la majorité était des adultes, Bamanan de sexe masculin, mariés, commerçants et sans instruction. La résidence et les radios ont été les principales sources d'information, sans s'oublier que l'échec du traitement médical n'était pas négligeable. Les TPS connaissaient au cours de leur itinéraire une étape d'instruction reconnue par l'Etat, même si majoritairement la formation familiale était prédominante. Presque toutes les pathologies sont concernées sans être exclusives à la médecine traditionnelle. Le coût de la médecine traditionnelle était moins cher avec un taux de 81%, compte tenu d'un traitement de courte durée et très efficace.

Il ressort des constats de cette étude que la médecine traditionnelle est tantôt une opportunité, tantôt la conséquence d'une impasse, si l'on s'adresse aux soins de santé que ces soins soient conventionnels ou traditionnels. L'essentiel est de positiver les choses. Un programme de santé publique qui ne prend pas en compte la médecine traditionnelle est probablement voué par avance à l'échec [32].

5.3. Analyse de la collaboration entre médecines traditionnelle et moderne dans la région du Sud Bandama (Côte d'Ivoire) (Kroa E., Diaby B., Niaré A., Traoré Y., Ahoussou E.M., Yao G.H.A., Coulibaly G.S., Kouassi D,2014).

Objectif : Analyser la collaboration entre tradipraticiens de santé et praticiens de la médecine conventionnelle dans la région du Sud-Bandama en Côte d'Ivoire.

Méthodologie :

Il s'agit d'une étude Transversale réalisée dans la région sanitaire du Sud-Bandama. La population cible était le personnel de santé, médical et paramédical, exerçant dans les établissements sanitaires de la zone d'étude et les tradipraticiens de santé vivant dans les villes et villages sélectionnés. Les informations recherchées étaient les données sur la

collaboration entre les deux médecines, traditionnelle et conventionnelle, ainsi que les obstacles à cette collaboration.

Résultat

Données se rapportant aux tradipraticiens : Les tradipraticiens de santé étaient pour la plupart de sexe masculin (66%), 28% avaient le niveau d'étude primaire, 17% le niveau secondaire et 55% non-alphabétisés. 20% d'entre eux ne pratiquaient aucune autre activité en dehors de la médecine traditionnelle. Parmi ceux qui avaient des activités parallèles, 50% étaient des planteurs et 23% des ménagères

Ils étaient 25% à collaborer avec les praticiens de la médecine conventionnelle ; la durée moyenne de cette collaboration était de 05 ans. Dans le cadre de cette collaboration, les tradipraticiens de santé étaient appelés par les praticiens de la médecine conventionnelle pour apporter des soins aux patients (40%) ou recevaient des patients envoyés par ceux-ci (34%). Les tradipraticiens de santé reçoivent en moyenne 05 malades adressés par les agents de la médecine conventionnelle par mois. Dans 12% des cas, ils demandaient à leur tour l'avis d'un agent de la médecine conventionnelle. 11% font appel à la médecine conventionnelle pour donner des compléments thérapeutiques à leurs patients et 67% référaient leurs patients vers les praticiens de la médecine conventionnelle : 17% en première intention et 43% en deuxième intention. Par ailleurs, nous avons observé que 3% des tradipraticiens de santé faisaient office d'agent de santé communautaire dans leur localité.

Données se rapportant aux praticiens de la médecine conventionnelle :

Les praticiens de la médecine conventionnelle inclus dans l'étude étaient majoritairement des infirmières (50%), des sages-femmes (35%), des médecins généralistes (10%) et des pédiatres (8%). Seulement 27% d'entre eux collaborent avec les tradipraticiens de santé. 33,33% adressaient certains patients aux tradipraticiens de santé tandis que 40,74% recevaient des malades adressés par les tradipraticiens de santé. 25,93% des praticiens de la médecine conventionnelle ont recours eux-mêmes à la thérapie traditionnelle pour leur propre soin de santé. La durée moyenne de collaboration avec les tradipraticiens de santé était de 08 ans. Il n'y avait pas de liaison entre la collaboration avec les tradipraticiens de santé et la qualification des praticiens de la médecine conventionnelle (p=0,58). 68% des praticiens modernes de santé n'avaient aucune connaissance des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA).

Obstacles :

22% des tradipraticiens de santé ont relevé des obstacles à une collaboration entre les deux médecines contre 62% chez les praticiens de la médecine conventionnelle.

La crise de confiance est l'obstacle majeur (27,27%) évoqué par les tradipraticiens de santé, suivi du manque de communication (18,20%) et du refus des génies

(9,09%) Les principaux obstacles relevés au niveau des praticiens de la médecine conventionnelle étaient l'analphabétisme des tradipraticiens de santé (16,13%), leur ignorance (17,74%), l'absence de diagnostic fiable (6,45%), le refus de certains tradipraticiens de santé de référer (4,84%), la référence tardive lorsqu'elle existe (9,68%), la mauvaise foi de certains tradipraticiens de santé (6,45%), le dosage des produits inconnu (4,84%) et l'absence d'analyse des recettes traditionnelles (3,22%).

Conclusion

La collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle n'est pas encore effective dans la région du Sud-Bandama : elle concerne un praticien sur quatre de part et d'autre. Si l'on veut mettre à profit le savoir des tradipraticiens de santé en vue de la promotion de la santé, il serait souhaitable de favoriser une reconnaissance de la Médecine Traditionnelle par les Praticiens de la médecine conventionnelle et une collaboration franche entre les tradipraticiens de santé et les praticiens de la médecine conventionnelle ; cette collaboration permettra à chacune des médecines de bénéficier des apports de l'autre afin d'améliorer les méthodes, d'améliorer l'état de santé des populations. Nous pensons qu'il est aussi important de sensibiliser et informer les Praticiens de la médecine conventionnelle pour qu'ils orientent leurs malades vers la médecine traditionnelle en cas d'absence ou d'échec de traitement conventionnelle [33].

5.4. Etude des facteurs favorisant le recours des patients à la Médecine traditionnelle dans la ville de Bukavu (République Démocratique de Congo) (Sara KAKONDJA, Alice BAHAYA, CIRIMWAMI BAHIZI, MUSEME WITANENE Claude, 2017).

Objectif : Etudier les facteurs influençant le recours des patients à la médecine traditionnelle dans la ville de Bukavu.

Méthode :

Cette étude se veut descriptive par rapport aux objectifs de la recherche, visant aussi des applications quantitatives et qualitatives. Les variables à étudier étant distribuées, un échantillon suffit pour l'étude, nous avons travaillé avec 115 personnes au total. Ainsi, nous avons adressé en premier lieu un questionnaire d'enquête aux tradipraticiens de santé de la ville de Bukavu, (24 tradipraticiens de santé) compte tenu de leur effectif réduit nous les avons considérés tout. Nous nous sommes servi d'abord du recensement des 24 tradipraticiens de santé reconnus par l'Inspection Provinciale de la Santé du Sud-Kivu (IPS). Ils sont repartis

dans les trois communes de la ville de Bukavu. Dans la commune de KADATU nous avons enquêté : 9 tradipraticiens de santé ; dans la commune de BAGIRA : 9 tradipraticiens de santé et dans la commune d'IBANDA : 6 tradipraticiens de santé. En second lieu un deuxième questionnaire d'enquête est adressé aux malades soignés par les tradipraticiens de santé (88 personnes). Le choix de notre échantillon était basé sur l'identification des maisons des soins traditionnels des TPS. Nous avons choisi comme unité d'enquête, les patients soignés par la MT et, dans les officines de TPS, on s'est adressé seulement aux patients qui ont eu 20 ans révolus (des malades capables d'expression libre et logique), pour éviter les erreurs dans la récolte des données.

Résultats

Les résultats montrent que la motivation du recours à la MT sont partagés, ceux qui disent la disponibilité des médicaments et/ou accessible à toutes les couches de la population sont dans l'ordre de 32,8% et ceux qui disent que c'est la qualité des soins administré sont dans l'ordre de 15%. Ceux qui croient que la MT est plus proche de la population et/ou la conviction culturelle sont dans l'ordre de 52,2%.

Aspects indésirables dans la prestation de tradipraticiens de santé

63,7 % des patients disent qu'ils ne trouvent rien de négatif dans la prestation des TPS. Ces chiffres laissent entrevoir que les patients qui fréquentent les TPS font confiance à leur médecine. Mais par contre 11,3% parlent de l'organisation de travail, 16% disent leurs installations ne sont adéquates, et 9% voient que leur tarification est à la hausse.

Relation existant entre la MT et la médecine conventionnelle

Quant aux relations d'équivalence qui existe entre la MT et la MC 66,6% des enquêtés disent la relation de collaboration, 16,7% parlent de complémentarité ; 16,7% disent qu'aucune relation à cause de méfiance de la part des prestataires de la médecine conventionnelle.

Les coûts de la médecine traditionnelle par rapport à la médecine conventionnelle

Le montant affecté à la santé est aussi une variable qui a fait partie de notre analyse. Et cette variable nous a renseignée que 56,8 % des patients disent qu'ils trouvent les coûts de la MT abordable par rapport à la MC et 43,2% ont dit que la MT est aussi chère que même la MC.

Stock des médicaments

Des patients interrogés, 68 soit 77,2% entre eux disent que les médicaments qu'ils cherchent chez les TPS sont toujours disponibles mais par contre 20 soit 22,8% parlent que les médicaments qu'ils cherchent ne sont pas disponibles.

Services rendus par les tradipraticiens de santé

Il relève que 83,4% des TPS organisent la consultation et des soins ambulatoires, et 8,3 % organisent l'hospitalisation et ce même pourcentage est partagé par les TPS qui disent vendre les médicaments.

Traitement sans argent ou somme insuffisante.

100% des TPS soulignent que tous les patients qui viennent chez les TPS sont soignés même s'ils n'ont pas de fonds pour payer directement pourvus qu'ils laissent leurs adresses pour un recouvrement ultérieur.

Facteurs politiques du recours à la Médecine traditionnelle

Présence de la loi régissant la MT

Il ressort que 100% des TPS reconnaissent que les activités de TPS sont reconnues par la loi en RDC.

Possession des documents

Concernant la possession des documents, nous avons constaté que tous les TPS disent détenir les documents qui les autorisent de fonctionner et ce pourcentage s'élève à 100%.

De l'intégration de la MT au système de santé

Nous constatons que 91,7% des TPS reconnaissent que la MT est intégrée dans les soins de santé primaires (SSP) tandis que 8,3% ne le connaissent pas. Ceci nous fait remarquer que, bien que des efforts significatifs soient consentis pour faire participer des TPS dans la formation sur les SSP, il y a d'autres TPS qui n'y participent pas.

Suggestion de la pratique de la MT

L'analyse montre que 45,9% des TPS suggèrent que le gouvernement contrôle et supervise les activités des TPS pour une meilleure pratique de la MT ; 33,3% pensent que la population doit faire confiance à la MT et 20,8% préconisent qu'on considère la MT comme médecine complémentaire de la médecine conventionnelle.

Attitudes des Médecins chefs des zones pour la valorisation de la Médecine traditionnelle

Tous les médecins chefs de zones de santé disent que c'est la relation de collaboration qui existe entre la MT et la MC, d'ailleurs ajoutent les Médecin Chef de Zones qu'il y a certains pratiquants de la MC qui recommandent des patients chez les TPS. Mais les faiblesses de la MT et les réticences des agents de santé conventionnelle constituent encore des obstacles à une collaboration effective.

Conclusion

Cette étude étant descriptive, nous nous sommes servies d'un questionnaire d'enquête, d'un guide d'interview, l'analyse documentaire et de l'analyse du contenu pour le traitement des données. La population de cette étude était constituée des patients soignés par la MT, des TPS reconnus par l'IPS. Nous avons utilisé un échantillon de 112 personnes dont 88 patients et 24 TPS. Quant aux facteurs anthropologiques déterminant le recours à la MT, il est important de dire que la motivation du recours à la MT sont partagés, 1/3 des enquêtés dit la disponibilité des médicaments et/ou accessible à toutes les couches de la population, 1/7 parle de la qualité des soins administré, et en fin ½ pense que la MT est plus proche de la population et/ou la conviction culturelle. S'agissant des facteurs socioéconomiques qui favorisent la consommation des produits de la médecine traditionnelle, il sied de rappeler que le montant affecté à la santé était une variable qui faisait partie de notre analyse. Et cette variable nous a renseignée que 3/5 des patients enquêtés dit que les coûts de la MT sont abordables par rapport à la MC et 2/5 dit que la MT est aussi chère que la MC. La disponibilité des médicaments joue un rôle important sur le prix de soins de santé, ¾ dit que les médicaments qu'ils cherchent chez les TPS sont toujours disponibles. En ce qui concerne les facteurs politiques qui déterminent la pratique de la MT, tous les TPS reconnaissent que leurs activités sont reconnues par la loi en RDC et pour savoir si la Médecine traditionnelle est intégrée dans le système de santé de la RDC plus de 4/5 des TPS enquêtés dit connaitre que la MT fait partie du SS en RDC [34].

6. Ressources de la MT dans la mise au point des Medicaments Traditionnels Ameliorés (MTA)

Les recettes traditionnelles contre des pathologies fréquentes sont sources de plantes pour la recherche et mise au point des MTA. Dans 75 à 80 % des cas il y a la confirmation des informations fournies par les TPS. Les recherches effectuées par le DMT et les études cliniques en collaboration avec les services des structures hospitalières sur la base de protocoles expérimentaux validés par les comités scientifiques et éthiques, ont permis la valorisation des ressources de la MT offre plusieurs avantages significatifs, Validation des connaissances ancestrales, accessibilité de la population aux soins de santé et la disponibilité des MTA sûrs à un prix accessible;

Le succès de la recherche au DMT a permis la mise au point de sept MTA qui ont une autorisation de mise sur le marché et qui sont sur la liste des Médicaments Essentiels du Formulaire Thérapeutique National du Mali BALEMBO© sirop adulte et sirop enfants (Antitussif), DYSENTERAL© sachets (Antiamibien), GASTROSEDAL© sachet (Antiulcéreux), HEPATISANE© sachets (Cholérétique), LAXA CASSIA© sachets (Laxatif),

MALARIAL 5© sachets (Antipaludique), PSOROSPERMINE© pommade (Antieczémateux). Les dossiers d'une dizaine de nouveaux MTA sont fin prêts pour être soumis aux autorités de régulation.

Les MTA répondant aux critères de Sécurité – Efficacité – Qualité, constituent un apport spécifique de la MT à l'accès aux médicaments essentiels et à l'amélioration de la qualité des Soins de santé primaires ; la communication entre les systèmes de MT et conventionnelle [4, 12, 20].

METHODOLOGIE

V. METHODOLOGIE

1. Lieu de l'étude :

Cette étude s'est déroulée dans la commune II du district de Bamako (Mali).

Présentation de Bamako

Capitale du Soudan français d'abord puis de la République du Mali à l'indépendance, elle couvre une superficie de 2.992 Km2 pour une population estimée à 2.446.700 habitants en 2018. La densité de la population est 671 hab./Km2. La ville est actuellement divisée administrativement en six (6) communes [35].

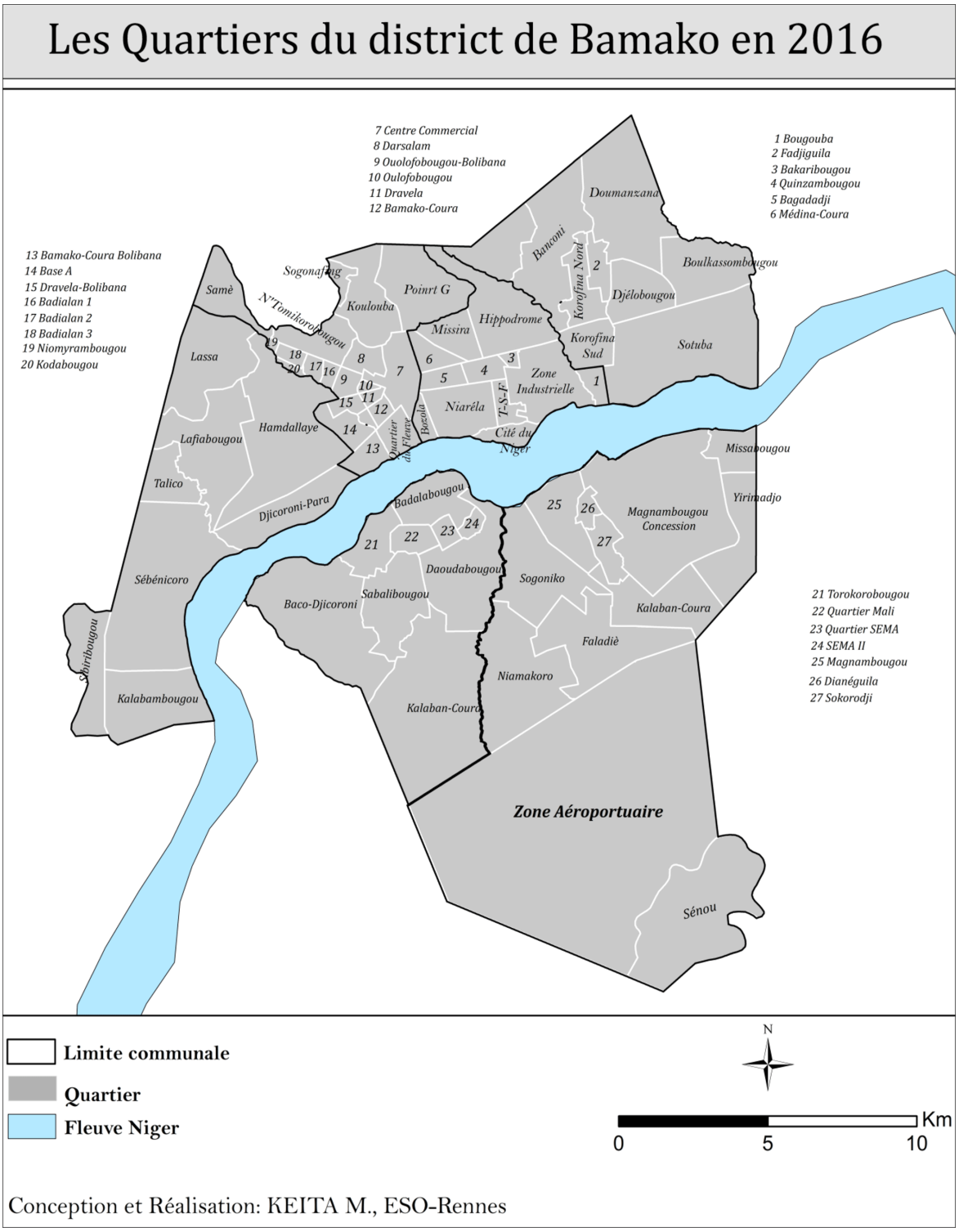

Figure1 : carte de BAMAKO

Les origines de Bamako remontent à 1640. La ville doit son nom à **Bamba Sanogo** un chasseur qui occupait le site en y implantant son campement de chasse. Le développement de Bamako s'explique par sa position géographique du petit village de quatre quartiers (Bagadadji, Niarela, Bozola et Dravela) situé au carrefour des routes du Nord et du sud donc de civilisations différentes. En effet après les premières œuvres d'organisations de la ville

entreprises par l'armée française entre 1883 et 1907 l'aspect néo-soudanais sera l'œuvre du gouverneur Terrancon de Fougère après la première guerre mondiale (1914-1918). Avec l'installation des colons à Bamako la ville sera dotée d'une organisation administrative. Le 17 octobre 1899 Bamako devient le chef-lieu du Haut Sénégal-Niger. Le 20 décembre 1920 elle devient officiellement la capitale du Soudan français. C'est après la 2ème guerre mondiale que le gouverneur **Louveau** fera de Bamako une ville développée et intellectuelle du Soudan.
Le district de Bamako compte aujourd'hui 66 quartiers et six communes. (Commune I-II-III-IV-V-VI) chacune dirigée par un Maire élu et assisté d'un conseil municipal [36].

Présentation de la Commune II

La commune II couvre une superficie de 16,81km². Elle est située sur la rive Gauche du fleuve Niger ; elle est limitée :

- Au Nord par le pied de la colline du point G ;
- A l'Est par le cours du marigot Korofina ;
- A l'Ouest par la limite de la route goudronnée Boulevard du peuple passant devant l'IOTA, traversant le grand marché jusqu'au pont des martyrs ;
- Au Sud par le fleuve Niger.

Elle est composée d'une population cosmopolite. Elle est regroupée par différentes ethnies du Mali. Les ethnies sont essentiellement composées de Soninké, Sarakolé, Malinké, Bambara, Dogons, Peuls, Bozos et Maures. Il existe un brassage de cultures avec la cohabitation de ces différentes ethnies. Elle a une population de 160.680 habits soit une densité est de 4564 habits/km² [37]. Cette population est inégalement répartie sur l'ensemble des 12 quartiers de la commune avec de fortes concentrations humaines dans les quartiers de Niaréla, de Hippodrome et de Médina Coura, tandis que les quartiers de N'gomi, de Bougouba et de Bakaribougou présentent les plus faibles densités humaines.
Les populations de la Commune II mènent des activités économiques très diversifiées. Toutefois, on note une prédominance des activités tertiaires (commerce, institution financière) et secondaire (industrie) elle abrite 80% des industries du Mali. En effet, le commerce, l'artisanat sont les services qui occupent plus de 60% des chefs de ménages consultés. En revanche, l'agriculture et l'élevage sont faiblement animistes [38].
L'organisation sociale demeure donc **de type traditionnel** et la vie est surtout communautaire ; d'où la prépondérance des chefs des quartiers et des personnes âgées dans la gestion des organisations de la société civile et de la mobilisation sociale. Un comité de développement de quartier existe dans chaque quartier, de même une coordination au niveau communal. Une

Association des personnes âgées existe également dans chaque quartier. D'autres associations ou organisations existent et œuvrent pour le bien-être des populations. Mais les Comités de Développement Participatif (CDP) et les associations des personnes âgées restent les structures Communautaires les plus importantes [37].

Sur le plan religieux, la Commune II est majoritairement habitée par des personnes de confession musulmane (90%). On dénombre néanmoins des chrétiens et des animistes [38].

L'état civil de la commune II :

La commune II a enregistré en 2011,8235 naissances, 1568 mariages dont 170 monogamies, et 552 décès [37].

Structures sanitaires conventionnelles :

En commune II, il y a 1 Centre de Santé de Référence (CSRéf), 9 Association de la Santé Communautaire (ASACO), 8 Centre de Santé Communautaire (CSCOM) : ASACOHI à l'Hippodrome, BONIABA à Niaréla, ABOSAC à Bozola, ASACOME à Medina-coura, ASACOGO à Gomi, BENKADY à Bakarybougou, ASACOMI à Missira, ASACO Bakadadji, et 1 structures confessionnelles à l'Hippodrome.

Les structures sanitaires traditionnelles :

La médecine traditionnelle est très utilisée et visible à travers les associations de tradipraticiens de santé : la Fédération Malienne des Associations des Tradithérapeutes et Herboristes (FEMATH) size a Medina coura près de l'Etat civil secondaire de Medina-coura Rue : 11, porte : 596, Tel :20217846/ 66722879/ 76421823, email :femathmali@gmail.com et ses associations affiliées sont au nombre de 155 associations de toutes les régions du Mali plus de 5000 thérapeutes et herboristes recensés en 2011 [23], dont 4 associations en commune II (Keneya-yiriwaton, Saboukouloudiou, Ton de Pena, Djama djigui) [37] et, les cabinets et les herboristes en majorité femme sont présentes dans tous les marchés de la commune [23].

Keneya yiriwa ton : est la plus ancienne des associations de tradipraticiens. Elle a un récépissé depuis le 28 Novembre 1993 et elle a acquis son propre siège en 1998 size à Missira Rue :232, Porte : 135, email : keneya-yiriwaton@yahoo.fr. L'association comptait 273 membres en Septembre 2019 selon le président de l'association Salif Traore. L'association possède un champ de culture de quatre hectares, clôturé dans la forêt de Tienfala à Sala avec un puits a grand diamètre, une motopompe et un gardien de surveillance pour la culture des plantes qui se raréfient à causes de l'exploitation abusive des hommes. L'association possède aussi un moulin ; une machine à faire les sirops (rota à vapeur) une moto Yamaha deux magasins de stockage avec des lits métalliques (les plantes sont séchées à l'ombre).

Sabou koulou djou : Sise au pied de la colline de point G derrière le nouveau marché de Médine. Avec plus de 212 membres actifs essentiellement des tradipraticiens généralistes avec une tendance en gynécologie et en pédiatrie. Ils sont moins organisés et ont un site en plein air au pied de la colline de point G.

Ton de Pena : crée en mars 2003, le premier agreement d'un membre de l'association date du 25 novembre 2005 sous N 0178 Sise à Missira face Medersa EL HILALEL, Rue du RDA, Porte : 659. Elle comptait 103 membres actifs en Septembre 2019 selon le président Amadou Degoga. L'association dispose également d'un champ de culture d'un hectare derrière Kati. Elle participe à toutes les activités de la FEMATH.

Djama djigui : sise au nouveau marché de Médine le siège a été construit avec l'appui de l'ONG TERRA NOVA. Elle compte plus de 200 membres actifs [23].

L'Islam est la religion prédominante dans la Commune II avec 42 mosquées dont la plus grande mosquée de Bamako. On compte aussi des communautés chrétiennes (trois églises).

La Commune II abrite plusieurs établissements d'enseignement fondamental, secondaire, général, technique et professionnel. Le taux de scolarisation est cependant faible.

La non scolarisation, la délinquance, et le chômage demeurent encore des préoccupations sociales importantes [23].

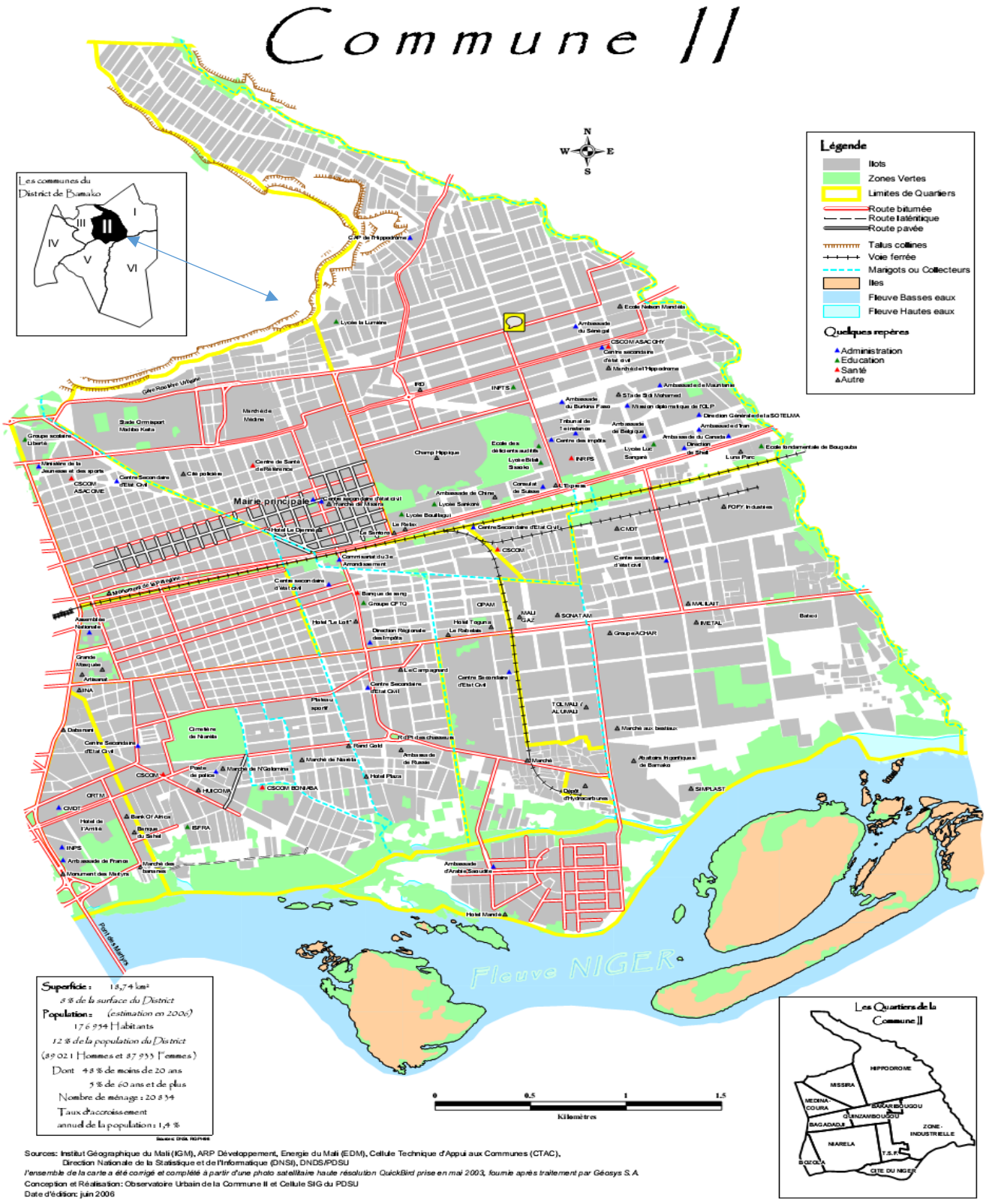

Figure 2 : Carte de la commune II Du district de Bamako.

2. Cadre d'étude

Le DMT et les structures sanitaires (CSRéf et CSCom) ont servi le cadre d'étude.

Le DMT est la structure technique du Ministère de la Santé qui gère la politique malienne de valorisation des ressources de la médecine traditionnelle. C'est un centre de formation, de la recherche scientifique pour la production de Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) à partir des recettes traditionnelles. Le DMT est un centre d'excellence de l'Organisation Ouest Africaine de Santé (OOAS) de l'espace CEDEAO, en matière de valorisation des ressources de la MT. Il s'occupe aussi de suivre et d'évaluer le travail et l'organisation des TPS à travers un partenariat avec la FEMATH. Il est Centre Collaborateur de l'OMS ; les structures techniques du Mali sont : la FEMATH, ONG et société savantes (Aidemet et SMP), OOAS en matière de valorisation des ressources de MT, Organisation Africaine de la Propriété Intellectuelle (OAPI), Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle (OMPI), Nombreuses collaboration avec les universités et centre de recherche en Afrique, en Amérique et en Europe. Le DMT est représenté au niveau de la région de Mopti par le Centre Régional de Médecine Traditionnelle de Bandiagara (CRMT) V ème Région. Le DMT, relevant de l'INRSP, recouvre pour l'essentiel les missions antérieures confiées à l'INRPMT (Institut National de Recherche sur la Pharmacopée et la Médecine Traditionnelle). Elles concernent :

- L'organisation du système traditionnel de santé au Mali ;
- La collaboration entre la Médecine Traditionnelle et la Médecine conventionnelle ;
- La formation des thérapeutes traditionnels et d'herboristes des marchés publics ;
- Le choix des plantes à étudie, avec plus de 250 plantes étudiées et plus de 20 nouvelles molécules isolées (DIALLO, D., 2010) [20, 39].
- L'inventaire des zones de peuplements des espèces retenues ;
- Les études toxicologiques, photochimiques et pharmacologiques des espèces retenues
- La formulation des MTA ;
- Les études cliniques des formes établies ;
- La soumission des dossiers des MTA au comité scientifique de INRSP ;
- La soumission de dossiers acceptés à la commission nationale de visas des produits pharmaceutique ;
- La culture des plantes entrant dans la composition des MTA ayant obtenu l'autorisations de Mise sur le Marché (AMM) [39]. dont 7 MTA ayant l'Autorisation de Mise sur le Marche (AMM) :Malarial sachet : antipaludique ; Laxa-cassia sachet : laxatif ; Dysenteral sachet : anti amibiase ; Hepatisane sachet : cholérétique ; Balembo

sirop : antitussif ; Psorospermine pommade : antieczémateux ; Gastrosedal sachet : antiulcéreux et autres médicaments en formulation : Samanéré, Soumafoura Tiémogo Bengaly (Tisane, sirop), Diabétisane, Pommade antifongique, Pommade anti inflammatoire, Pommade cicatrisante, Produit contre l'hypertension [20].

- La recherche de partenaires dans le secteur privé pour la production éventuelle et la commercialisation en grande série des médicaments ayant obtenu l'AMM et le dépôt éventuel de brevet d'invention.

En plus, il faut ajouter l'enseignement de la Phytothérapie dans les écoles socio sanitaires, la collaboration avec les partenaires au développement, la collaboration avec les institutions africaines et internationales dans le cadre de la recherche sur la MT et encadrement des thèses et mémoires de fin de cycles des étudiants en Médecine, Pharmacie, chimie, biologie, sociologie, Eaux et Forêt, et des PhD par la recherche sur les plantes médicinales, Chimistes PhD sur l'études des plantes, Sociologue PhD [20, 39]. En matière d'organisation pratique, le DMT comporte trois services à savoir **le service des matières premières et d'ethnobotanique, le service des sciences pharmaceutiques et les services des sciences médicales**.

Service ethnobotanique et des matières premières :

Il s'occupe des relations entre les TPS et le département, de la collecte d'informations auprès des TPS et des herboristes, de l'identification des zones de peuplement naturel des plantes médicinales et des essais de culture des plantes médicinales, en relation avec les instituts spécialisés du Mali tels que l'Institut Polytechnique Rural (IPR) et l'Institut d'Economie Rurale (IER).

Service des sciences pharmaceutiques :

Il s'occupe essentiellement de la recherche nécessaire à la préparation des dossiers techniques pour l'obtention des AMM des médicaments à base de plantes et de l'élaboration des brevets.

Service des sciences médicales :

Il participe, avec la collaboration des TPS, à la réalisation des tests cliniques d'orientation sur leurs recettes après une étude toxicologique. Les consultations sont assurées par ce service afin d'utiliser les MTA produits par le département dans le cadre d'une recherche-action. Il assure aussi les tests cliniques pour la réalisation des dossiers des nouveaux MTA en relation avec les médecins d'autres formations sanitaires (cliniciens des hôpitaux, des instituts de santé ou des centres de santé) [39].

Les difficultés sont :

- Mise en place d'une équipe stable de recherche

- Insuffisance des équipements et des consommables
- Insuffisance du personnel de soutien
- Insuffisance du budget de la rechercher l'étude de la médecine Traditionnelle

Les perspectives du DMT sont :

- Augmenter le nombre de MTA avec AMM
- Développer la production à grande échelle des MTA
- Créer des centres de recherche sur la MT dans les régions
- Renforcer le mouvement associatif des Tradipraticiens de santé
- Créer une formation doctorale dans le domaine de la médecine et pharmacopée traditionnelle
- Développer la recherche sur les PM à la FMPOS
- Elaborer une monographie des plantes médicinales du Mali [20].

3. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive qualitative transversale de type CAP (Connaissances Attitudes et Pratiques), qui a été réalisée auprès des Agents de la Médecine Conventionnelle des structures sanitaires (CSRéf et CSCom) et des Tradipraticiens de santé membres de la FEMATH et exerçant dans la commune II du district de Bamako

4. Période d'étude :

Notre enquête s'est étalée sur la période allant du 10 Août au 20 Novembre 2019.

5. Population d'étude :

La population d'étude était constituée des Agents de la Médecine Conventionnelle (AMC) exerçant au CSRéf et aux CSCom de la Commune II et des tradipraticiens de santé appartenant à des associations de tradipraticien de santé de la commune II et membres de la FEMATH.

5.1. Critères d'inclusion :

- Les agents de la MC ayant exercés depuis 6 mois dans les structures sanitaires (CSRéf et CSCom) qui répondent au critère de choix et qui sont consentants et disponibles à répondre à nos questions.
- Les tradipraticiens de santé choisis par la FEMATH et son démembrement dans la Commune II ayant exercé depuis 6 mois dans la commune II, qui répondent au critère de choix et qui sont consentants et disponibles à répondre à nos questions.

5.2. Critères de non inclusion :

- Les personnes non consentantes ou ne répondant pas au critère de choix.

- Les agents de la médecine conventionnelle et les tradipraticiens de santé ayant moins de 6 mois d'exercice dans la commune II.
- Les tradipraticiens n'étant pas membres d'une association membre de la FEMATH.

6. Echantillonnage :

L'échantillonnage pour les agents de la MC étaient de type (exhaustif) raisonné, nous avons réalisé des entretiens avec 20 agents de la médecine conventionnelle qui ont eu des expériences de collaboration avec les acteurs de la médecine traditionnelle. Ils ont été identifiés en collaboration avec le Médecin Chef du CSRéf et le personnel du service du système locaux d'information sanitaire du CSRéf de la commune II.

De la même façon, nous avons réalisé des entretiens avec 20 Tradipraticiens de Santé qui ont eu des expériences de collaboration avec les structures sanitaires conventionnelles, dont 5 Tradipraticiens de Santé par association. Ils ont été identifiés par les présidents de l'association en collaboration avec la FEMATH et son démembrement de la Commune II.

Dans le cas de nombre excessif de personnes interviewer, nous avons procédé à un choix raisonné du nombre de personnes rencontrées par catégorie et par sexe.

7. Outils de collecte des données :

Nous avons élaboré un questionnaire visant à connaître les connaissances, attitudes et pratiques des agents de la MC et des TPS sur la collaboration. Nous avons établi deux questionnaires, un questionnaire adressé aux agents de la médecine conventionnelle et un questionnaire adressé aux TPS. Nous avons fait le test de chaque questionnaire en commune I du District de Bamako.

Après le test en commune I avec les suggestions des intervenant nous avons établi les deux questionnaires qui sont affichés dans l'annexe.

La collecte des données était faite à l'aide des questionnaires adressés respectivement aux agents de la médecine conventionnelle et aux tradipraticiens de santé inclus dans l'étude.

8. Stratégies de facilitation de l'étude :

Pour les AMC, des notes de service données par la Faculté de Médecine et par la Direction Régionale de la Santé au Médecin-chef du CSRéf, nous a facilité la collaboration avec les agents de la MC.

L'implication du Chef du DMT par une lettre de recommandation au président de la FEMATH qui nous a donné une lettre adressée au président des tradipraticiens de santé du District de Bamako qui nous a facilité l'approche avec les autres présidents et qui nous a facilité l'approche avec les TPS.

9. Saisie et analyses des données :

La saisie et l'analyse des données ont été faites manuellement. Après transcription et traduction, l'étude et l'analyse nous a permis l'identifier des phrases et des concepts récurrents par catégorie de personne interviewée.

10. Considérations éthiques :

Le respect de l'éthique et de la déontologie faisait partie intégrante de la présente étude. Les entretiens déroulèrent dans la stricte application des normes d'une bonne communication interpersonnelle chez les agents de la médecine conventionnelle et surtout chez les tradipraticiens de santé, où des gestes ou des mots inopportuns pourraient être considérés comme un manque de respect et de considération. Le respect de la diversité culturelle et du pluralisme étaient ainsi essentiellement considérés. Nous avons informé les participants du but de notre étude et des procédures de notre enquête et expliquer le caractère volontaire de leur participation, afin d'obtenir leur consentement éclairé. Nous avons fait aussi la restitution des résultats de l'étude. Les données étaient codées et analysées dans le respect de l'anonymat.

RESULTATS

VI. RESULTATS

Les résultats sont organisés selon les réponses données par les Agents de la médecine conventionnelle (AMC) et les Tradipraticiens de santé (TPS) et les détails des propos des interviewés sont en annexe N°3.

VI.1. Données sur les agents de la médecine conventionnelle (AMC) :

Les Agents de médecine conventionnelle ont été choisis par le point focal des TPS du service système local d'information sanitaire du CSRéf qui ont eu des expériences de collaboration avec les Tradipraticiens de santé en commune II.

1. Nombre et grade

Au total, 20 agents de la médecine conventionnelle (12 hommes et 8 femmes) ont été impliquée à l'étude. Parmi les 20 AMC qui ont répondu au questionnaire, 13 personnes étaient des Médecins (10 médecins généralistes, 1 médecin spécialiste du VIH/SIDA, 1 médecin spécialiste en Santé Publique, 1 médecin épidémiologiste), trois assistants médicaux en santé publique, une sage-femme, un technicien supérieur de santé, une aide-soignante et un informaticien responsable du service système local d'information sanitaire.

2. Collaboration avec les tradithérapeutes

Tous les AMC (soit 100%) ayant participé à l'étude collaboraient avec les Tradipraticiens de santé en commune II ou avec les tradipraticiens de leur connaissance.

3. Organisation de la Collaboration

3.1. Collaboration au niveau du CSRéf

Réunion trimestrielle : basée sur la formation sur les pathologies. Cette formation permet aux acteurs des deux systèmes de médecine d'échanger leurs connaissances sur les maladies. Ainsi le premier jeudi de chaque trimestre les agents du Service Local d'Information Sanitaire du CSRéf de la Commune II choisissaient un médecin du Centre en fonction du thème à traiter avec les TPS des 4 associations de la commune II. Les thèmes de discussion ont été choisis alternativement par le CSRéf et les TPS.

La référence des malades : les TPS réfèrent les malades qui ont dépassé leurs compétences et/ou les cas de maladie à déclaration obligatoire (méningite, tétanos, Paralysie Flasque Aigue (PFA), rougeole, tuberculose, VIH/SIDA) au CSRéf.

Organisation des visites auprès des TPS : Pratiquement chaque mois les agents du service système local d'information sanitaire du CSRéf organisaient une sortie pour visiter les sites des TPS. Le but de la visite est d'entretenir avec le TPS, rappeler aux TPS les signes des maladies à déclaration obligatoire et les encourager à référer les malades.

3.2. Collaboration au niveau des CSCom

La collaboration au niveau du CSCom est surtout basée pour l'obtention de la Carte Professionnelle des TPS, la référence des malades et l'organisation des visites des AMC chez les TPS.

La formation : En ce qui concerne la formation des TPS, les DTC participent s'il y a une épidémie. C'est-à-dire que c'est lors de la formation et recyclage à l'occasion des épidémies que les TPS et les DTC font la formation ensemble. A part ça, les DTC ne participent pas à la réunion trimestrielle.

La référence des malades : Les TPS réfèrent les malades et les cas de MADO au CSCom de leurs localités. Quelques AMC réfèrent les malades aux TPS qu'il connait et qu'il fait confiance. C'est une référence non officialisée.

Organisation des visites du personnel des CSCOM auprès des TPS : Deux des six CSCom organisent des visites chez les TPS de leurs aires sanitaires pour les encourager à collaborer par la référence des malades.

4. Avantages de la collaboration

Les avantages mentionnés par les 20 agents de la MC ayant participé à l'étude portent entre autres sur l'implication dans la surveillance épidémiologique, la référence rapide des patients (voir en Annexe N°3).

5. Difficultés liées à la collaboration

9 AMC (soit 45%) n'avaient pas de difficultés, parce que tous les TPS des 4 associations de la commune II collaboraient avec les agents de la médecine conventionnelle.

11 AMC (soit 55%) ont évoqué les difficultés concernent au retard de recours, au manque de moyens financiers pour récompenser les TPS. Les détails sont reportés en annexe N°3

6. Les patients de la Médecine Traditionnelle

19 AMC (soit 95%) recevaient les patients de la Médecine Traditionnelle pour plusieurs pathologies contre 1 AMC (soit 5%) qui n'a pas reçu des patients de la Médecine Traditionnelle parce que peut être les patients cachent la vérité. Les pathologies concernées sont : Hépatite, VIH/SIDA, tuberculose, neuro-paludisme, paludisme formes anémiques, ulcère gastroduodénale compliquée, accouchement compliqué, épilepsie, gastrite, rougeole, tétanos néonatale, méningite, accident vasculaire cérébrale, fièvre jaune, ictères, constipation chronique, les maladies à déclaration obligatoire, traumatisme, les infections respiratoire basse, malnutrition, diarrhée. Un agent de la médecine conventionnelle confirme : « *Nous recevons les patients de la médecine traditionnelle pour toutes sortes de pathologies parce qu'ils passent chez les TPS avant de venir aux Centres de santé* » [AMC 13]

Référence des malades par les agents de la MC à un Tradipraticien de santé

9 AMC (soit 45%) référaient les patients aux TPS pour les pathologies suivantes : Hépatite, désir d'enfant, rhumatisme, fracture, VIH/SIDA, hémorroïdes, certaines maladies difficiles à diagnostiquer. 11 AMC (soit 55%) ne référaient pas les patients aux TPS parce que les patients ont leurs propre TPS, généralement les AMC référons selon la pyramide sanitaire. (Voir annexe N°3).

7. Opportunité de l'articulation de la médecine traditionnelle avec le système conventionnel

Tous les agents de la médecine conventionnelle pensaient qu'il faut articuler la médecine traditionnelle avec le système conventionnel pour les raisons surtout de complémentarité, elle réponde aux besoins de la population et améliore la prise en charge des patients (voir annexe N°3).

8. Recours des patients à la médecine traditionnelle ?

3 AMC (soit 15%) n'ont jamais questionné ses patients sur un éventuel recours à la médecine traditionnelle et un (soit 5%) est informaticien d'appui du service système local d'information.

9. Questionnement de la part des patients sur la médecine traditionnelle

13 AMC (soit 65%) n'ont pas été questionné par un patient sur la médecine traditionnelle (voir détails en annexe) et 7 AMC (soit 35%) ont été questionné par un patient sur la médecine traditionnelle et les principales interrogations étaient (voir annexe) :

10. Motivations du recours à la Médecine Traditionnelle

15 AMC pensaient que les malades ont recours à la médecine traditionnelle parce que c'est moins couteux et plus accessible que la médecine conventionnelle ; 05 affirmaient que la population a confiance au TPS qu'aux Agents de la MC ; 04 pensaient que la pauvreté est le principal facteur de recours des malades à la médecine traditionnelle, parce que la médecine conventionnelle est chère ; un pensait qu'après échec d'un traitement conventionnel les malades ont recours à la médecine traditionnelle ; 07 pensaient que la croyance, la tradition et la culture sont des facteurs de recours des malades à la médecine traditionnelle ; 05 pensaient que c'est à cause de l'efficacité, l'accueil et de la satisfaction de leur traitement que les malades ont recours à la médecine traditionnelle et pensait que si le malade pense qu'il est envouté où ensorcelé fait recours à la Médecine Traditionnelle.

11. Efficacité de la Médecine Traditionnelle

Tous les AMC (soit 100%) ayant participé à l'étude ont noté une efficacité de la médecine traditionnelle, surtout dans les pathologies suivantes :

Hépatite, gastrite, ulcère gastroduodénale, paludisme, désir d'enfant, hémorroïdes, constipation chronique, faiblesse sexuelle, diabète, infection respiratoire, diarrhée, trouble de l'érection, fassani ni fifini[1], les maladies du diable (djine), sortilège, HTA, Infection Sexuellement Transmissible (IST), rhumatisme, traumatisme osteoarticulaire (fracture, entorse, luxation), VIH/SIDA, fièvre typhoïde.

12. Connaissances familiales en médecine traditionnelle

10 AMC (soit 50%) n'ont pas reçu des connaissances en médecine traditionnelle dans la famille et 10 AMC (soit 50%) ont reçu des connaissances en médecine traditionnelle dans la famille.

13. Intérêt pour une information/formation sur la médecine traditionnelle

Tous les AMC (soit 100%) ayant participé à l'étude sont intéressés par une information et ou une formation sur la médecine traditionnelle.

14. Conseils pour une meilleure collaboration

Tous les AMC ayant répondu au questionnaire, ont fait part de leurs conseils pour une meilleure collaboration (voir en annexe N°3).

VI.2. Données sur les TPS

1. Nombre et niveau d'étude

Les TPS ont été choisis par le président de chaque association qui ont eu des expériences de collaboration avec les agents de santé conventionnelle en commune II. Au total 20 TPS ont participé à l'étude dont 13 hommes (soit 65%) et 7 femmes (soit 35%). Les femmes étaient pour la plupart des cas des herboristes.

Parmi les TPS, il y a 2 personnes qui ont fait des études supérieures après le bac, 2 personnes ont fait des études secondaires et 2 autres personnes ont fait le Medersa. 2 personnes ont fait des études secondaires et sont alphabétisé en Bamanankan et une autre personne a fait des études secondaires mais alphabétisé en Arabe. Les autres ne sont pas scolarisés mais 2 personnes sont alphabétisées en Français, une personne est alphabétisée en Français et en Arabe, une autre personne en Français et en N'Ko et une personne en N'Ko. Les 5 restants sont non scolarisés, non alphabétisées soit 4 femmes et un homme.

2. Enregistrement des patients

[1] Fassani : hypotrophie du nouveau-né ; Fifini : ça correspond aux veines collatérales de l'abdomen du nouveau-né

Il y a 15 (soit 75%) TPS qui enregistraient leurs malades en Français, en Arabe, en N'Ko, et en Bamanankan dans leurs cahiers qui ont été ensuite enregistrés dans le registre de l'association par mois. Ce registre a été donné par le CSRéf. Ensuite les données étaient saisies à l'ordinateur par un membre de l'association puis imprimées. Une copie restait à l'Association, une copie était donnée au CSRéf, une copie au TPS, une copie pour la FEMATH, une copie pour la Direction Régionale de la Santé et une copie pour les autres partenaires si nécessaires. Cependant, le système d'enregistrement au complet était actif seulement auprès d'une Association. La majorité des TPS enregistraient seulement sur leurs cahiers. Les 5 autres TPS (soit 25%) n'enregistraient pas leurs malades pour des raisons personnelles. L'enregistrement n'était pas lié à l'alphabétisation parce qu'il y a des TPS non scolarisés et non alphabétisés qui enregistraient leurs malades. D'autres TPS enregistraient leurs malades ; mais ils l'ont arrêté pour des raisons personnelles (voir détails de 3 TPS en annexe N°3).

3. Spécialité

Tous les TPS ayant participé à l'étude ont déclaré être des généralistes. Les maladies traitées par la plupart d'entre eux étaient : hépatite, HTA, diabète, hémorroïde, Infection sexuelle, gastrite (estomac), douleur abdominale, urine rouge, impuissance sexuelle.

Les femmes TPS ayant participé à l'étude étaient pour la plupart des généralistes à tendance gynéco-pédiatrique et traitent les maladies des enfants (paludisme, maladies de la dentition, *n'wouna* [fontanelle frontale] et des femmes (douleur abdominale des femmes, *tozo konodimi* [toxoplasmose], douleur des règles, désir d'enfants [stérilité], avortement à répétition, fibromes, les règles prolongées. D'autres TPS traitent des pathologies plus spécialisées comme le SIDA et oligospermie. [TPS 01] « *Je traite les maladies qui accompagnent le VIH/SIDA mais je ne traite pas le virus* ».

4. Profession

Il y a 2 (soit 10%) TPS qui sont des marabouts ; un (soit 5%) est cultivateur et enseignant de N'Ko ; un autre (soit 5%) est chasseur. A part ces cas, le reste (soit 80%) des TPS n'exercent pas d'autres professions.

5. Origine du savoir

18 TPS (soit 90%) ayant participé à l'étude sont devenu TPS par transmission familiale, soit par le grand père, la grand-mère, le père, la mère etc… [TPS 02] « *Koudjé 7 (Guiera Senegalesis) C'est la transmission familiale de 7 générations passées dont je suis la 8^{e} génération* ». Un TPS (soit 5%) a appris le travail de la médecine traditionnelle par plusieurs maîtres. Une autre (soit 5%) a appris avec un TPS qui l'a guéri : [TPS 14] « *J'étais malade,*

les agents de santé conventionnelle m'ont traitée plusieurs fois sans succès. C'est un TPS qui m'a soigné et je lui ai demandé de m'apprendre la médecine traditionnelle ». Les TPS ayant participé à l'étude ont fait en moyenne 10 à 20 ans d'apprentissage que ça soit par transmission familiale ou par un maitre. La plupart des TPS ont été autorisés à exercer la MT après 10 à 20 ans d'apprentissage.

6. Moyens Diagnostics utilisé par les TPS

Tous les TPS (soit 100%) écoutaient d'abord les explications du malade, observaient le comportement du malade et ensuite posaient des questions, touchaient le malade, inspectaient le malade. Certains TPS utilisaient des méthodes traditionnelles si nécessaire, notamment la Géomancie.

7. Moyens Traitement utilisé par les TPS

Les TPS traitent surtout avec des matériaux d'origine naturelles (*sougou*) : les plantes, l'argile, les animaux, les minéraux, les poissons, les choses qu'on trouve dans l'eau, les aliments. Mais utilisent aussi des moyens non matériaux comme, les incantations et les versets coraniques.

8. Collaboration avec la Médecine Conventionnelle

Tous les TPS collaborent avec les agents de la médecine conventionnelle en commune II, plus particulièrement avec les agents du CSRéf et des CSCom.

9. Organisation de la collaboration

Construire des actions communes fondées sur le dialogue et la reconnaissance mutuelle

Les champs de la coopérations, travail avec esprit de coopération (St Arnaud)

- Le partenariat (pas de chef)
- L'alternance
- La concertation (discussion)
- La non-ingérence
- La responsabilisation

La collaboration est organisée par le CSRéf de la Commune II et les 4 association de TPS de la commune, membres de la FEMATH (Keneya Yiriwa ton. Ton de Pena, Sabou Koulou djou, Djama djigui). Les activités principales sont :

(i) **La réunion trimestrielle** basée sur la formation sur les pathologies. Cette formation permet aux acteurs des deux systèmes de médecine d'échanger leurs connaissances sur les maladies. Ainsi le premier jeudi de chaque trimestre les agents du Service Local d'Information Sanitaire du CSRéf de la Commune II choisissaient un médecin du Centre en

fonction du thème choisi avec les TPS des 4 associations de la commune II. Les thèmes de discussion ont été choisis alternativement par le CSRéf et les TPS. « *Il s'agissait surtout de la référence au CSRéf des cas de Maladies à Déclaration Obligatoire (Rougeole, Méningite, Paralysie Flasque Aigue, Tétanos Néonatale, Tuberculose) et des maladies que les TPS ne peuvent pas traiter* ». Comme un TPS le signale : [TPS 04] *« Il y a des moments nous faisons des formations en dehors du CSRéf soit à l'Hôpital Du Mali, soit dans la Direction Régionale de la Santé, soit à l'INRSP, sur les pathologies tels que : tuberculose, drépanocytose, rougeole…* ». [TPS 05] « *Nous avons fait la formation et le recyclage lors des épidémies et sur les maladies à référer* ».

(ii) **L'enregistrement des malades :** [TPS 6,7,8,9,10] « *Nous enregistrons le nom, le diagnostic et le traitement, et faisons le rapport chaque mois qui nous donnons au Président de l'association qui l'imprime et donne une copie au CSRéf* ».

(iii) **L'octroi des Cartes Professionnelles :** [TPS 05] « *Nous amènerons nos médicaments au CSCom pour tester nos produits au Centre ; le médecin du CSCom fait le rapport sur le produit (efficacité, effets secondaires). C'est ainsi que les TPS peuvent avoir leur Carte qui lui est livré par le DMT/INRSP, avec l'avis de l'Ordre des Médecins et l'Ordre des Pharmaciens* ».

La collaboration entre les TPS et les Agents de santé conventionnelle consiste aussi à lutter contre les faux TPS et les charlatans.

10. Les avantages de la collaboration

Nous avons beaucoup appris avec les agents de santé conventionnelle grâce au échanges trimestrielles sur les activités de la collaboration au CSRéf, car ça nous a permis de se connaitre entre nous-mêmes et entre les agents de la MC et les autres partenaires et le gouvernement ».

11. Difficultés de collaboration

Au début les TPS avaient des difficultés parce qu'ils avaient peur des agents de santé conventionnelle mais maintenant il n'y a pas de difficultés de collaboration entre les associations des TPS et le CSRéf en commune II. Sauf quelques-uns qui ont évoqué les difficultés suivantes : Les AMC ne réfèrent pas les malades aux TPS, ils ne considèrent pas les TPS, ne reconnaissent les TPS et sabotent les TPS et leurs médicaments et pas de retro-information lors des références des TPS (voir annexe N°3). Nous pensons que ces difficultés ne sont pas en lien avec la collaboration qui se passe en commune II. A part les pertes de journée sans revenue et les agents de la médecine conventionnelle ne réfèrent pas aux TPS. Pour le reste il s'agit de difficultés en lien avec le Système National de Santé au Mali.

12. Recours des TPS à la Médecine conventionnelle

Tous les TPS (soit 100%) envoient les malades au Centre de Santé pour confirmer le diagnostic de certaines pathologies.

Les raisons du recours citées par les TPS qui recours à la médecine conventionnelle sont les suivantes : suspicion de la tuberculose, paludisme, suspicion du VIH/SIDA, fibrome, suspicion de la rougeole, suspicion de la méningite, suspicion de paralysie flasque aigüe ; patients affaiblies, œdème du visage, œdème du membre inferieur, oligospermie, anémie ; les maladies qui nécessitent la transfusion, céphalée intense, urine rouge, fièvre typhoïde, les maladies rénales. [TPS 05] « Je traite l'oligospermie mais avant j'envoie le malade à faire le bilan ensuite je donne mon traitement et après mon traitement il parts se faire contrôler ».

13. Référence de la Médecine Conventionnelle au TPS

Sur 20 TPS, 9 TPS (soit 45%) reçoivent les malades des agents de la médecine conventionnelle. C'est une référence qui n'est pas officielle mais des références dues à l'amitié ou la connaissance entre le TPS et l'agent de la médecine conventionnelle en question.

14. Auto-référence des malades de la Médecine Conventionnelle

Tous les TPS reçoivent les patients qui sont passés précédemment par la Médecine Conventionnelle. Pratiquement toutes sortes de maladies sont citées : hépatite B, Diabète, VIH/SIDA, paludisme, céphalée intense, les maladies rénales, hémorroïdes, colopathie, constipation. Selon deux TPS, il y a les malades dont les radios et les bilans sont normaux mais ils sont toujours souffrants, les patients qui refusent d'être opérés. Il y a des patients qui sont déclarés guéris par les agents de santé conventionnelle et qui viennent nous voir ou viennent acheter nos plantes pour se traiter davantage.

15. Question des patients sur la collaboration

12 TPS (soit 60%) on dit que parfois les malades demandent s'ils collaborent avec les agents de médecine conventionnelle mais très peu de patient demandent. Nous disons aux malades que nous collaborons avec les agents de médecine conventionnelle et encourageons les malades d'aller au Centre de Santé dans le cadre de la référence. 8 TPS (soit 40%) ont dit qui n'a jamais eu cette question de la part des patients.

16. Conseils des TPS pour une meilleure collaboration :

Sur les 20 TPS ayant répondu au questionnaire, 19 (soit 95%) ont fait part de leurs conseils pour une meilleure collaboration.

Avec la collaboration, nous apprenons à connaitre les signes de la maladie et certaines maladies. La collaboration est importante : c'est la complémentarité. Si tu es seul, tu

n'avances jamais. Collaborer te permet de comprendre les choses, d'avancer, d'augmenter tes connaissances. La collaboration est la meilleure solution pour la lutte contre les maladies et pour une meilleure santé publique.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VII. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

- **Discussion sur l'enquête aux Agents de la Médecine Conventionnelle (AMC) :**

Au CSRéf Commune II il y avait 122 AMC. Nous avons échangé avec 14 AMC qui collaboraient avec les TPS au CSRéf. Sur ces 14 AMC, 3 n'étaient pas consentants à nous répondre parce qu'ils ont dit « *nous ne collaborons pas avec les TPS, mais nous présentons aux renions trimestrielles les thèmes choisis par les TPS* » ; un AMC ne répondait pas à nos critères. Nous avons échangé avec 10 AMC des CSCom qui collaboraient avec les TPS : 2 AMC dans chacun des 4 CSCom et 1 AMC dans 2 CSCom. Les AMC qui collaboraient avec les TPS étaient normalement le DTC et un autre agent, notamment le point focal des TPS. En total, 20 AMC ayant participé à l'étude ; parmi eux, il y avait 12 hommes (soit 60%) et 8 femmes (soit 40%). Les AMC à enquêter ont été choisis par le point focal des TPS du Système Local d'Information Sanitaire du CSRéf qui ont eu des expériences de collaboration avec les TPS en commune II. La même étude réalise par VACHON J. (2014) sur l'opinion des médecins généralistes a eu 58% d'hommes (n=26) et 42% de femmes (n=19) sur 45 médecins [40].

Tous les AMC (soit 100%) collaboraient avec les TPS sur la base de la réunion trimestrielle, de la référence des malades et de l'organisation des visites auprès des TPS. La réunion trimestrielle était basée sur la formation sur les pathologies plus importantes. Cette formation permettait aux acteurs des deux systèmes de médecine d'échanger leurs connaissances sur les maladies. Ainsi les agents du Service Local d'Information Sanitaire du CSRéf de la Commune II choisissaient un médecin du Centre en fonction du thème à traiter avec les TPS des 4 associations de la commune II. Les thèmes de discussion ont été choisis alternativement par le CSRéf et les TPS. A noter que tous les AMC du CSRéf commune II ne participaient pas à la réunion : seuls les agents qui ont participé à l'étude avaient pris part à cette réunion. Les AMC du CSCom ne participaient pas aux réunions trimestrielles, mais collaboraient avec les TPS pendant la formation en cas d'épidémies et pour la référence des malades. 9 AMC (soit 45%) référaient les malades aux TPS qu'ils connaissent contre 11 AMC (soit 55%) qui ne réfèrent pas : « *Parce qu'officiellement c'est les TPS qui réfèrent les malades aux AMC, pas le contraire* ». L'étude réalise par Habibatou Doumbia (2014) sur la 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 a eu dans le cadre de la référence à un agent de la médecine traditionnelle a été un complément thérapeutique pour 10 enfants soit 83,3% et volet mystique pour 2 enfants soit 16.7% [41]. Kroa E. et al ont trouvent que 33,33% des

AMC adressaient certains patients aux TPS tandis que 40,74% recevaient des malades adressés par les TPS. 25,93% des AMC ont recours eux-mêmes à la thérapie traditionnelle pour leur propre soin de santé [33]. En outre, pratiquement chaque mois les agents du Service du Système Local d'Information Sanitaire du CSRéf organisaient des visites des sites des TPS. « *Le but de la visite était de s'entretenir avec le TPS, rappeler aux TPS les signes des maladies à déclaration obligatoire et les encourager à référer les malades* ». En outre, les AMC de 2 CSCom sur 6 effectuaient des visites : « *Chaque semaine nous passons chez un TPS* ». Notre résultat (100% de collaboration), est supérieur à celui de l'étude réalisé en par VANCHON J. (2014) qui a eu 13% des médecins qui collaboraient sur les circonstances de collaboration, 2 médecins avaient collaboré avec des TPS pour des problèmes dermatologiques, 2 pour des problèmes psychiatriques, 1 pour la *ciguatera*[2], 1 pour des soins palliatifs et 87% des médecins interrogés, soit 39 d'entre eux, déclaraient ne jamais avoir collaboré avec un TPS. Ils avaient demandé si cette possibilité était envisageable ; elle était pour 26 d'entre eux (soit 67%), et ne l'était pas pour 13 d'entre eux (soit 33%) [40]. Et une autre étude réalise par Kroa E. Et al (2014) sur Analyse de la collaboration entre médecines traditionnelle et conventionnelle dans la région du Sud Bandama (Côte d'Ivoire) ont trouvé que les AMC inclus dans l'étude étaient majoritairement des infirmières (50%), des sages-femmes (35%), des médecins généralistes (10%) et des pédiatres (8%). Seulement 27% d'entre eux collaborent avec les TPS. La durée moyenne de collaboration avec les TPS était de 08 ans. Il n'y avait pas de liaison entre la collaboration avec les TPS et la qualification des AMC (p=0,58) [33]. Cela s'explique par le fait que notre étude concerne les agents qui ont eu des expériences de collaboration avec les TPS. Les TPS de notre enquête ont déclaré : « *Nous referons les maladies à déclaration obligatoire et les cas qui dépassent notre compétence* ». La collaboration qui s'est passée en commune II est moins organisée par rapport à la collaboration qui se passait à Bandiagara, parce que à Bandiagara la réunion était mensuelle, la référence était officiellement bilatérale et la retro-information était assurée. Les TPS avaient également été invités à amener leurs malades au CRMT pour que les médecins puissent les examiner et poser un diagnostic conventionnel. Le diagnostic des TPS étaient également requis et les deux acteurs soignaient ensemble les patients. Les médecins observaient des patients chez les TPS. Nous pensons que cette organisation était due par

[2] Il s'agit d'une forme particulière d'intoxication alimentaire par la chaire de poissons contaminés par une microalgue.

l'appui des différentes ONG [29]. En Chine et en Inde plus de 90% des CHU ont des départements de MT pour les consultations ambulatoires et les hospitalisations [11].

En Commune II, 19 AMC (soit 95%) reçoivent les patients de la MT par ce que les patients passent chez les TPS avant de venir aux centres de santé. 1 AMC (soit 5%) n'a pas reçu les patients de la MT ; il a dit « *Peut-être que les malades cachent la vérité* ». Cela est confirmé par l'étude de Abdoulaye Coulibaly (2013) sur évaluation de la prise en charge du paludisme par la médecine traditionnelle chez les enfants de 0 à 14 ans dans le district sanitaire de Selingue montre que le premier recours de la majorité des enfants malades a été le TPS dans 70,3% des cas, 25,7% des cas ont d'abord essayé l'automédication et 2% au centre de santé puis TPS et en plus les moyens de transport utilisent par les accompagnants pour arriver chez le TPS était de 48.5% à pied, 42.5% à moto et 9% au vélo [42]. Habibatou Doumbia (2014) trouve que la médecine traditionnelle est utilisée en première intention dans 66,3 % ; 18.7% parallèlement à la médecine conventionnelle ; 15% deuxième intension et les raisons sont d'ordres culturels dans 71,0%, cout abordable 20.7%, efficacité prouvée 4.3%, complément thérapeutique 2.7%, après échec de la médecine conventionnelle 1.3% [41] et l'étude de SARA K., et al. (2017) trouvent sur Etude des facteurs favorisant le recours des patients à la Médecine Traditionnelle dans la ville de Bukavu en RDC que les motivations du recours à la MT sont partagées, ceux qui disent la disponibilité des médicaments et/ou accessible à toutes les couches de la population sont dans l'ordre de 32,8% et ceux qui disent que c'est la qualité des soins administré sont dans l'ordre de 15%. Ceux qui croient que la MT est plus proche de la population et/ou la conviction culturelle sont dans l'ordre de 52,2% (SARA K., et al.,2017) [34]. A noter que, selon l'OMS, plus de 80% de la population Africaine utilise la MT pour les soins primaires » [28].

En tous cas, 20 AMC (soit 100%) ayant participés à l'étude avaient une opinion positive sur la MT. Les AMC pensaient que : « *La MT est la première médecine* »

La MC est arrivée en Afrique avec la colonisation. Pendant la période précoloniale, la médecine traditionnelle était l'unique voie de recours thérapeutiques des populations africaines. Ses praticiens, les guérisseurs, exerçaient librement leur art de guérison [43]. « *La MT est efficace surtout dans le traitement d'hépatite, diabète, luxations, entorse, fractures* ». Les pathologies prises en charge par les TPS impliqués dans notre étude sont différentes de celles étudiées par Julie Vachon. En réponse à la question ouverte demandant aux médecins généralistes pour quel type de pathologie ils ont constaté l'efficacités de la MT. 11 médecins ont signalé une efficacité du traitement traditionnel dans le domaine de la dermatologie («

cicatrisation de plaies », « brûlures », « arrêter les saignements d'une plaie », « pathologies éruptives chez l'enfant » …), ce qui représente 24% des médecins ayant répondu au questionnaire. 9 médecins sur les 45 ayant répondu au questionnaire (soit 20%) avaient constaté une efficacité de la médecine traditionnelle dans le traitement de la toxi-infection à la *ciguatera* (la « gratte »). 3 médecins signalaient une efficacité sur les viroses ORL, 2 sur les affections psychosomatiques. Les AMC ont affirmé : « *Chaque médecine à ces limites et chacun doit connaître ces limites* ». « *Les deux médecines sont complémentaires* ». Selon Julie Vachon, concernant l'opinion des médecins généralistes, plus de la moitié des médecins interrogés, soit 58% (n = 26), avaient une opinion positive de la MT kanak contre 26% (n = 12) qui en avaient une opinion négative. Les 16% restant ne se sont pas prononcé. La MT n'est pas une médecine « alternative » utilisée après échec de la médecine occidentale. Elle tiendrait sa propre place en amont ou en parallèle de la médecine conventionnelle et pourrait parfois être considérée comme une médecine de premier recours. La médecine traditionnelle fait partie de la vie des Africains, et ne peut être ignorée par le système de santé conventionnelle. La coopération de ces deux médecines serait au bénéfice :

(i) Des populations, car l'union des deux médecines leur permettrait une meilleure prise en charge sanitaire.

(ii) Des scientifiques, car de cette collaboration pourrait résulter la découverte de nouvelles molécules pour la fabrication de nouveaux médicaments.

(iii) Des pouvoirs publics, car elle pourrait leur rendre moins dépendants des industries pharmaceutiques de l'occident [43].

16 AMC (soit 80%) avaient posé des questions sur un éventuel recours à la MT mais ces questions n'ont pas été en rapport directe avec la médecine traditionnelle. C'est la notion de prise de médicament traditionnel affirmée par le malade qui dirige les questions vers la médecine traditionnelle. 4 AMC (soit 20%) n'avaient jamais posé de question sur un éventuel recours à la MT. Par contre, Julie Vachon a retrouvé que 58% des médecins interrogés ont déclaré avoir questionné « parfois » leurs patients sur un éventuel recours à la médecine traditionnelle (n = 26), 33% les questionnaient « souvent » (n = 15) et 9% « jamais » (n = 4).

Sept agents de MC (soit 35%) ont été questionné par un patient sur la MT et 13 AMC (soit 65%) n'ont pas été questionnés par un patient. Les principales questions étaient : [AMC 01, 11,18] « *Croyez-vous à la MT ?* » ; [AMC 01] « *Ne faite vous pas recours à la MT ?* » ; [AMC 03] « *Si vous pouvez me conseiller un bon TPS ou le numéro d'un TPS ou une plante ?* » [AMC 07] « *Est-ce que je peux voir un TPS ?* » [AMC 09] « *Que pensez-vous de la médecine traditionnelle ?* » [AMC 07, 19] « *Est-ce que nous pouvons prendre les*

médicaments traditionnels avec vos produits ? » Julie Vachon a eu à la question ouverte « Quelles sont les principales interrogations ? », 10 médecins (soit 50%) ont déclaré que leurs patients les interrogent sur la compatibilité des deux types de traitement. 6 médecins (soit 30%), ont déclaré que leurs patients les interrogeaient sur leur opinion sur la médecine traditionnelle (« Est-ce qu'elle est efficace ? », « Qu'en pensez-vous docteur ? », « Y êtes-vous opposé ? », « Est-ce que vous y croyez ? »…). 4 médecins (20%) ont signalé que les patients leur ont demandé un délai pour pratiquer la médecine traditionnelle (« Puis-je sortir d'hospitalisation pour faire le traitement traditionnel ? », « Est ce qu'ils peuvent d'abord essayer la médecine traditionnelle, puis, si cela ne fonctionne pas, prendre les médicaments conventionnels ? » [40].

Tous les AMC (soit 100%) ayant participé à l'étude sont intéressés par une information et ou une formation sur la médecine traditionnelle. Selon Julie Vachon, 71% soit 32 médecins généralistes se disaient intéressés par une formation ou une information spécifique sur la médecine traditionnelle kanak, 16% soit 7 médecins avaient répondu « peut-être » et 13% soit 6 médecins n'étaient pas intéressés par cette proposition [40].

10 AMC (soit 50%) n'ont pas reçu des connaissances en médecine traditionnelle dans la famille et 10 AMC (soit 50%) ont reçu des connaissances en médecine traditionnelle dans la famille. Ce résultat est inférieur à celui de Julie Vachon dont le résultat portait sur la connaissance des médecins généraliste sur la MT kanak et 62%, soit 28 médecins généralistes sur les 45 ayant répondu à ces questionnaires, estimaient avoir des connaissances « moyennes » en médecine traditionnelle kanak, 36% (n=16) estimaient n'en avoir « aucune » et 2% (n=1) estimaient avoir de « bonnes » connaissances. Parmi les médecins ayant de moyennes ou bonnes connaissances en médecine traditionnelle kanak, 19 les avaient acquises grâce à l'expérience du terrain (soit 65%), 4 grâce à une formation spécifique (soit 14%), 4 autres grâce à l'auto-formation (soit 14%), et enfin 2 par une autre méthode (7%) [40].

100 % des AMC pensent qu'il faut intégrer la MT avec la MC parce qu'ils sont complémentaires. Comme le disait Dr Pakuy Pierre Mounkoro « *aucune médecine ne peut disparaitre au profit de l'une ou de l'autre, il faut une meilleure collaboration dans une perspective de complémentarité* ». Cela est confirmé par l'étude de HABIBATOU DOUMBIA (2014) dont les mères d'enfants étaient d'accord pour l'intégration de la médecine traditionnelle au sein du système sanitaire dans 71,0 % [41]. Pour Traore Chaka Ousmane ayant réalisé une étude en 2014 sur la Monographie des soins infantiles Traditionnels dans la commune II du district de Bamako : Cas du quartier de Médina-coura dont l'avis des mères sur l'implantation d'une unité de MT au niveau du CSCom étaient

favorable a 46.66% contre 29.17% et 24.17% qui n'avaient pas de décision. Elles étaient plutôt favorables, mais se posaient la question de la compatibilité entre les deux médecines dans le même local ? Ceux qui s'opposaient à l'implantation évoquaient la diversité des TPS et des problèmes de salubrités [37]. Une étude comparative sur les relations entre la médecine traditionnelle et la médecine officielle au nord du Sénégal menée par Laura Sinagra Brisca et Sabrina Renzi à Saint Louis, contexte urbain, l'influence du colonialisme français a eu un fort impact sur les choix de soins des résidents. Les informations recueillies montrent que les jeunes et les gens les plus aisés préfèrent recourir aux deux médecine (conventionnelle et traditionnelle). Il a été élaboré sur la base des données que les gens font appel à la MT quand des pathologies spécifiques apparaissent. 23% de la population locale s'appuie sur la MT pour des problèmes mentaux et psychologiques, 25% demande le support des TPS pour le traitement des dermatoses causées par des aliments à base de poisson et 33% qui reste recourt aux méthodes traditionnelles en cas de maladies chroniques, pour lesquels la MC est trop chère, par exemple diabète, rhumatismes, hypertension artérielle, hémorroïdes. Et à Louga, les traditions rurales sont décidément plus profondément enracinées et vivantes, par rapport à d'autres régions du Pays (Sénégal), et la quasi-totalité de la population recourt presque massivement à la MT et conventionnelle. Parmi ceux qui adoptent les solutions proposées par la MT, 87% ont recours pour soigner des maladies bénignes et des maladies non graves (rhumatismes, abcès, migraines, problèmes dentaires, gastrites, insomnie, fatigue, circulation sanguine, hypertension artérielle, catarrhe). 6% ont recouru aux méthodes traditionnelles lors de graves maladies, comme la malaria, le sida, le tétanos, troubles des articulations, le diabète et problèmes cardiaques. Seulement 7% a déclaré s'appuyer sur la MT pour traiter des maladies graves et des maladies mineures [44]. De même, certaines études du Bureau régional pour l'Afrique de l'OMS soulignent que la MT est utilisée pour traiter la plupart des maladies non graves, qui n'ont pas besoin d'un service d'urgence [45].

Les pourcentages ci-dessus confirment que la majorité des patients interrogés utilise la MT pour soigner des maladies bénignes ou chroniques et, par contre ont recourt à la MC pour des affections graves et urgentes. Les données recueillies permettent d'observer que la consultation multiple constitue la base du parcours thérapeutique, c'est à dire qu'en cas de besoin l'on consulter à la fois le médecin, le guérisseur et/ou un herboriste soit 90% à Louga et 74% à Saint Louis. Pas forcément que cela arrive au même moment, même si cela se produit fréquemment dans le traitement des différents aspects de la même maladie ou parce qu'il n'y a pas d'amélioration dans la condition de santé du patient. D'après les témoignages recueillis, les facteurs qui contribuent à la définition du comportement thérapeutique adopté

par chaque individu sont distingués par : les facteurs liés à l'accessibilité spatiale et financière, facteurs socio-culturels liés à la 'proximité culturelle', et le niveau de scolarité [44]. Toutefois, il convient de noter que, comme d'après Didier Fassin, « *le type de maladie affecte le patient dans le choix de soins, plus que l'argent et le niveau de scolarité* » [46].

- **Tradipraticiens de Santé (TPS) :**

L'OMS estime qu'un tiers de la population mondiale manque encore d'un accès régulier aux médicaments essentiels et que, dans les régions les plus pauvres d'Afrique et d'Asie, ce chiffre s'élève à plus de 50 % et jusqu'à présent, l'OMS estime que 80% des populations rurales vivant dans les pays en développement sont tributaires de la Médecine Traditionnelle (MT) pour leurs besoins de santé. Au Mali, il est certain que la grande majorité de la population utilise toujours les ressources de la MT pour résoudre ses problèmes de santé. Il a été estimé en 1980 qu'il existait un Tradipraticien de Santé (TPS) pour 500 habitants et un Médecin pour 40.000 habitants. Actuellement, il y a un Médecin pour plus de 15.800 habitants, mais il n'y a pas une estimation actualisée du nombre de TPS [11, 28].

En commune II il y a 4 associations membres de la FEMATH avec plus de 150 TPS actifs par Association qui ont eu des expériences de collaboration avec les AMC. Parmi les 20 TPS ayant participé à l'étude, il y avait 13 hommes (soit 65%) et 7 femmes (soit 35%). Ces données ne sont pas statiquement significatives parce que l'échantillonnage a été de type raisonné. C'est-à-dire que les TPS ont été choisis par les présidents de chaque association parmi ceux qui ont eu des expériences de collaboration avec les AMC en commune II. Le sexe masculin est prédominant parce qu'il y a moins de femme TPS. Les femmes sont pour la plupart des Herboristes.

15 TPS (soit 75%) sont alphabétisé contre 5 TPS (soit 25%) qui ne sont pas alphabétisé ; ce résultat est supérieur au résultat de Sanogo R. et Giani S. (2012) sur l'autonomisation économique et empowerment des femmes par la valorisation des savoirs locaux sur les plantes : le cas du District de Bamako et de la Région de Ségou a trouvé que 89% des herboristes n'étaient ni scolarisées ni alphabétisées dans les langues nationales. 39% d'entre elles étaient exclusivement herboristes, tandis que 61% étaient en même temps des tradipraticiens de santé [47].

Il y avait 15 TPS (soit 75%) qui enregistraient leurs malades en Français, en Arabe, en N'Ko, et en Bamanankan dans leurs cahiers. Les données ont été ensuite enregistrées dans le registre de l'association par mois. Les 5 autres TPS (soit 25%) n'enregistraient pas leurs malades pour des raisons personnelles. L'enregistrement n'était pas lié à l'alphabétisation parce qu'il y a

des TPS non scolarises et non alphabétisées qui enregistrent leurs malades : [TPS 8] « *Je n'ai pas été à l'école mais c'est mon mari et mes enfants qui enregistrent les noms de mes malades en Français pour moi* ». [TPS 19] « *Je ne suis pas scolarisé. C'est ma fille qui a fini ses études et qui n'a pas eu de travail qui est à mes cotes et enregistre les malades pour moi* ». Tandis que l'étude réalise sur la traumatologie à Bandiagara avait adopté un système d'enregistrement des cas auprès des TT par des nœuds sur des ficelles en plastique de trois couleurs, clouées sur une barrette en bois. Chaque nœud correspondait à un nouveau cas. Le nœud sur la ficelle verte signifiait luxation ou entorse ; sur la ficelle bleue, fracture simple non exposée sur la ficelle rouge, fracture exposée et/ou compliquée [28].

Tous les TPS ayant participé à l'étude ont déclaré d'être des généralistes. Les femmes TPS ayant participé à l'étude étaient pour la plupart des généralistes à tendance gynéco-pédiatrique. Elles traitaient les maladies des enfants. Il y avait 4 TPS qui exerçaient d'autres professions : 2 TPS qui sont des marabouts ; un est cultivateur et enseignant de N'Ko ; un autre est chasseur. A part ça, les 14 restants n'exercent pas d'autre profession. Kroa E. et al. (2014) avaient trouvé que les TPS étaient pour la plupart de sexe masculin (66%), 28% avaient le niveau d'étude primaire, 17% le niveau secondaire et 55% non-alphabétisés. 20% d'entre eux ne pratiquaient aucune autre activité en dehors de la médecine traditionnelle. Parmi ceux qui avaient des activités parallèles, 50% étaient des planteurs et 23% des ménagères [33].

18 TPS (soit 90%) ayant participé à l'étude sont devenu TPS par transmission familiale, soit par le grand père, la grand-mère, le père, la mère etc… Un TPS (soit 5%) a appris le travail de la médecine traditionnelle par plusieurs maîtres. Une autre (soit 5%) a appris avec un TPS qui l'a guéri. Famoussa SIDIBE (2011) avait trouvé la formation au sein de la famille dans 51,2%, 56,5% dans la collaboration et 6,9% de don naturel [32]. Sanogo R. et Giani S. (2012) ont trouvé comme origine du savoir en grande parties famille, dans 79% des cas, et 21% des femmes ont appris auprès d'autres herboristes ou TPS [47].

Tous les TPS ont fait en moyenne 10 à 20 ans d'apprentissage que ça soit par transmission familiale ou par un maitre. Selon l'étude sur la traumatologie à Bandiagara, la formation à la traumatologie a commencé entre 14 et 20 ans (92,85%) et a durée entre 5 et 10 ans (61,11%). Ils ont commencé à traiter les malades de façon autonome à un âge compris entre 20 et 30 ans (66,67%). Souvent l'autonomie a été liée à la mort du maître ou à l'autorisation du maître à exercer en son absence ou à s'installer dans d'autres villages [28].

Tous les TPS écoutaient d'abord les explications du malade, observaient le comportement du malade et ensuite posaient des questions, touchaient le malade, inspectaient le malade.

Certains TPS utilisaient des méthodes traditionnelles si nécessaire, comme la Géomancie. Les TPS examinaient les malades selon les différents temps de l'examen clinique : interrogation, examen physique (inspection, palpation, percussion, auscultation) alors que Abdoulaye Coulibaly (2013) **trouve** dans la majorité des cas les TPS n'ont pas posé de question au parent du malade (64,4%). Contrairement à l'interrogatoire, beaucoup de malades ont bénéficié de l'examen clinique (81,1%). Cela a consisté à toucher leur corps pour rechercher la fièvre, à regarder leurs yeux pour voir la coloration des conjonctives et de la peau.

Les TPS traitent surtout avec des choses naturelles (*sougou*) : les plantes, l'argile, les animaux, les minéraux, les poissons, les choses qu'on trouve dans l'eau, les aliments. Mais utilisaient aussi les incantations et les versets coraniques. Famoussa Sidibé a trouvé que les méthodes de traitement plus fréquentes étaient pour 78,6% les solutions buvables, 65,7% les solutions pour se laver ; 53,3% le massage avec le beurre et 52,8% avec les produits à base de plante [32].

Tous les TPS collaboraient avec les agents de la médecine conventionnelle en commune II, particulièrement avec les agents du CSRéf et des CSCom. La collaboration était organisée par le CSRéf de la Commune II et les 4 Associations de TPS de la commune, membres de la FEMATH (Keneya Yiriwa ton. Ton de Pena, Sabou koulou djou, Jamadji guie). La collaboration est basée sur la réunion trimestrielle, la référence des malades, l'enregistrement des malades. Les TPS enregistraient le nom, le diagnostic et le traitement, faisaient le rapport chaque mois et le donnaient au Président de l'Association qui l'imprimait et donnait une copie au CSRéf. Pour l'octroi des Cartes Professionnelles, les TPS amènent leurs médicaments au CSCom pour les tester ; le médecin du CSCom fait le rapport sur le produit (efficacité, effets secondaires). C'est ainsi que les TPS peuvent avoir leur Carte qui lui est livré par le DMT/INRSP, avec l'avis de l'Ordre des Médecins et l'Ordre des Pharmaciens. Cette collaboration consiste aussi à lutter contre les faux TPS et les charlatans.

Tous les TPS envoient les malades avec suspicion de MADO au Centre de Santé pour confirmer le diagnostic comme la toux chronique, suspicion du VIH/SIDA, PFA et d'autre pour le diagnostic et le contrôle de leurs traitements. Un TPS confirmait que [TPS 05] « *Je traite l'oligospermie mais avant j'envoie le malade à faire le bilan ensuite je donne mon traitement et après mon traitement il parts se faire contrôler* ». Traore Chaka Ousmane Année (2014) trouve que 27.59% des mères qui ont été conseillé par les Tradipraticiens de santé à recourir à la médecine conventionnelle pour une meilleure prise en charge ou pour confirmer un diagnostic contre 72.41% [37].

Sur 20 TPS, 9 TPS (soit 45%) reçoivent les malades des agents de la médecine conventionnelle. C'est une référence qui n'est pas officielle mais des références dues à l'amitié ou la connaissance entre le TPS et les agents de la médecine conventionnelle en question. Kroa E et al (2014) ont trouvé que 25% des TPS collabore avec les AMC ; la durée moyenne de cette collaboration était de 05 ans. Dans le cadre de cette collaboration, les Tradipraticiens de santé étaient appelés par les AMC pour apporter des soins aux patients (40%) ou recevaient des patients envoyés par ceux-ci (34%).

Les Tradipraticiens de santé reçoivent en moyenne 05 malades adressés par les AMC par mois. Dans 12% des cas, ils demandaient à leur tour l'avis d'un AMC. 11% font appel à la médecine Conventionnelle pour donner des compléments thérapeutiques à leurs patients et 67% référaient leurs patients vers les AMC : 17% en première intention et 43% en deuxième intention. Par ailleurs, nous avons observé que 3% des Tradipraticiens de santé faisaient office d'agent de santé communautaire dans leur localité [33].

Tous les TPS reçoivent les patients qui sont passés précédemment par la Médecine Conventionnelle. Les patients atteints de maladies chroniques, les patients qui refusent d'être opérés, les patients épuisés financièrement et d'autres qui sont déclaré guéri par les AMC, passent voir les TPS ou achètent les plantes pour se traiter davantage.

12 TPS (soit 60%) on dit que parfois les malades demandent s'ils collaborent avec les agents de santé conventionnelle mais très peu de patient demandent. Ce sont les TPS qui disaient aux malades qu'ils collaboraient avec les AMC surtout lors des références, mais la plupart des malades refusaient d'aller au centre de santé.

La collaboration a permis aux acteurs des deux médecines d'approfondir leurs connaissances et de connaitre plusieurs pathologies et leurs signes, de connaitre les maladies à référer rapidement ; elle a ainsi facilité la référence des malades. La collaboration a permis de diminuer les complications et a permis la détection précoce des épidémies, en renforçant ainsi le système de surveillance épidémiologique en commune II. Elle a été bénéfique pour la population, car leurs a permis de joindre les deux traitements : ainsi les malades bénéficiaient généralement de très bon traitement. Les produits des TPS sont moins chers et plus avantageux pour les malades. L'étude réalise à Kolokani par Sanogo R. et Giani S. (2009) confirme l'utilité de la collaboration entre TPS et AMC dans les aires de santé de Massantola, Sébécoro I, Ouolodo et Nonsombougou, l'année qui a suivi les ateliers d'information et d'organisation des accoucheuses traditionnelles (AT), par rapport à l'année précédente, le taux des consultations prénatales est passé en moyenne de 53% à 58,9%, le taux d'accouchements assistés est passé de 40,4% à 54,65% et le taux de cas référés et évacués est

passé de 65,85% à 110,40%. C'est-à-dire que tous les cas de risque obstétrical ont eu accès au système de prise en charge des urgences. Par contre, dans les aires de santé de Didiéni, Toussana et Sabougou, ou l'activité n'avait pas été menée, pour les mêmes périodes, le taux des consultations prénatales est passé en moyenne, de 64,57% à 58,47% et le taux d'accouchements assistés est passé de 51,8% à 47,7% Ce qui a permis de confirmer que la collaboration avec les AT a diminué les complications pendant la grossesse et l'accouchement, a renforcé le système de référence des urgences obstétricales et a participé à la promotion de la maternité à moindre risque [48].

Les données collectées en commune II ne permettent pas de calculer le taux de couverture sanitaire des TPS ; même s'ils représentaient une part importante dans l'offre de service de santé aux populations. Une étude menée à Zégoua par Bakary Traoré et Al (2011) a permis, entre autres, de prendre en compte dans le Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) certaines données de la MT. Au total, dans la Commune de Zégoua ont été recensés 104 TPS, dont 31 % étaient de femmes. 50% des TPS recensés adhéraient à l'Association de Zégoua. En moyenne, dans la Commune de Zégoua, il y avait un TPS pour 236 habitants. Pendant le premier trimestre 2009, les dix TPS qui ont participé à la collecte expérimentale des données ont été consultés en total par 830 patients, avec une moyenne de 277 patients par mois. 52 % patients étaient des femmes. 46% étaient des personnes adultes, 25% des bébés et 29% enfants. La première cause de consultation a été le paludisme, avec 17% des cas, suivi des douleurs gastriques (14%), de la diarrhée (9%) et de la dysménorrhée (8%). Les maladies d'origine surnaturelle, comptabilisées dans "autres", ont totalisé le 19% [49].

Les TPS arrivent à convaincre les malades prenant en charge les maladies chroniques non guéries par la médecine conventionnelle. Ils font la déclaration des maladies obligatoires, ils font la référence des malades. Les patients qui refusent leurs produits peuvent les accepter, s'ils expliquent qu'ils collaborent avec les AMC ou ils montrent les cartes professionnelles. Cependant, les AMC ont évoqué quelques difficultés de collaboration avec les TPS :« Les TPS gardent trop les malades et il y a des difficultés liées à la compréhension de certains TPS pendant la formation » « Certains TPS disparaissent pendant l'essai de leurs produits pour l'obtention de la carte professionnelle et certains ne décrochent pas leurs téléphones ». « Après l'essai des médicaments, certains malades pensent que les médicaments sont toujours gratuits alors que c'est pendant la période d'essai que les médicaments sont gratuits ». Kroa E. et al trouvent que les principales difficultés au niveau des AMC étaient la non-alphabétisation des tradipraticiens de santé (16,13%), leur ignorance (17,74%), l'absence de diagnostic fiable (6,45%), le refus de certains tradipraticiens de santé de référer (4,84%), la référence tardive

lorsqu'elle existe (9,68%), la mauvaise foi de certains tradipraticiens de santé (6,45%), le dosage des produits inconnu (4,84%) et l'absence d'analyse des recettes traditionnelles (3,22%) [33].

Les difficultés évoquées par les TPS étaient que les AMC sabotent les TPS et ne les reconnaissent pas et ne les considèrent pas, ne réfère pas et même si les TPS ne réfèrent pas de retro information. Kroa E. Et al (2014) ont trouvé que 22% des tradipraticiens de santé ont relevé des difficultés à une collaboration entre les deux médecines contre 62% chez les AMC. La crise de confiance est la difficulté majeur (27,27%) évoquée par les tradipraticiens de santé, suivi du manque de communication (18,20%) et du refus des génies (9,09%) [33]. Les AMC qui sabotent sont des AMC qui non jamais collaboré avec les TPS. Sur 122 agents au CSRéf de la Commune II, il y a seulement 10 agents qui collaborent avec les TPS. Alors que les TPS ont besoin de l'aide et de la considération des AMC et du gouvernement pour moderniser leurs travails. Les expériences d'autonomisation économique et d'empowerment des femmes par la valorisation des savoir locaux sur les plantes à Bamako et à Ségou ont permis de confirmer que les femmes ayant reçu les kiosques pour la vente des plantes ont amélioré leurs conditions de travail, leurs revenus et la qualité des plantes médicinales vendues aux clients, tout en diminuant la pression sur les ressources naturelles. En même temps les actions d'appui ont amélioré l'image des herboristes auprès d'elles-mêmes et la perception de l'importance de leur travail auprès des clients, des respectives familles et de la communauté. Les recettes moyennes par jour déclarées par les herboristes ayant reçu les kiosques étaient en moyenne supérieures à 46% aux recettes des herboristes n'ayant pas reçu les kiosques à Bamako [48].

Contribution des autres pratiques et des MTA dans le cadre de collaborations

En plus de nos résultats il existe de nombreuses expériences à travers le monde, en Afrique et au Mali. C'est le cas de l'efficacité de l'acupuncture dans le traitement de la douleur et de la nausée, qui a été démontré de manière concluante et est maintenant reconnue à l'échelle mondiale [11]. Pour ce qui est des produits issus de la MT, c'est le lieu de rappeler le Programme Médecine Traditionnelle de l'Organisation Ouest Africaine de Santé (OOAS).

En Afrique de l'Ouest, à partir de 2007, le programme de MT de OOAS, à travers différentes activités, a permis le renforcement de capacités des Tradipraticiens de Santé (TPS) et des Praticiens de la Médecine Conventionnelle (PMC) en faveur de la mise en place de partenariats entre les deux systèmes de médecine. De 2009-2013, OOAS, plan stratégique pour des activités de promotion de la recherche en MT, la conservation des plantes médicinales et la production locale de phytomédicaments. A partir de 2009-2013, il y a eu la

rédaction des monographies de plantes médicinales et l'étude de leur toxicité. La 1ère Pharmacopée de l'Afrique de l'Ouest (PAO1) a été publiée en 2013 avec les monographies de 54 plantes médicinales les plus répandues dans tous les pays membres de la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'ouest (CEDEAO), utilisées pour le traitement du Paludisme, VIH SIDA, Tuberculose, Diabète, Hypertension artérielle (HTA) et la Drépanocytose [50]. Les monographies de cette pharmacopée de OOAS peuvent servir à la constitution de dossiers techniques pour l'obtention d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) délivrée par les autorités de régulation et cela selon les 4 catégories de produits issus de la pharmacopée traditionnelle. La PAO1 est un document consensuel qui contribue entre autres au i) renforcement du partenariat et de la collaboration entre les tradipraticiens de Santé, les chercheurs et le personnel socio-sanitaire ; ii) meilleure connaissance des médicaments issus de la Pharmacopée Traditionnelle ; iii) développement des méthodes analytiques, pharmacologiques, toxicologiques et cliniques, permettant de fournir des preuves scientifiques de qualité, efficacité et l'innocuité des médicaments à base de plantes. Elle va surtout contribuer à améliorer la qualité des soins pour la sécurité des consommateurs dans l'espace CEDEAO, au développement de la phytothérapie et elle est aussi source de principes actifs pour la thérapeutique à l'image de molécules issues des pharmacopées traditionnelles qui ont révolutionné la thérapeutique et sont à la base de médicaments classiques de la pharmacopée moderne mondiale. Pour ce qui est des médicaments à base de plantes, les preuves scientifiques de leur efficacité et sécurité d'emploi ne font pas défaut [50]. Au Mali, les MTA, sont sur la liste des médicaments essentiels du Mali [12].

« Les tradipraticiens de santé, hommes et femmes, sont au centre de la gestion et de la valorisation des ressources naturelles des terroirs villageois. Véritables encyclopédies vivantes, gardiens d'un savoir ancestral, ils savent mieux que quiconque la richesse d'une flore dont nous, les scientifiques dits moderne, n'avons encore qu'effleuré la surface. Malheureusement, ignorés des politiques et des actions de développement, ils assistent souvent impuissants à la dégradation progressive de la biodiversité de leurs terroirs et à la marchandisation de leurs pratiques. Pourtant, c'est à leur niveau que débutent le système de santé publique et la gestion réelle des ressources naturelles. Faisons donc l'effort d'abandonner quelques peu nos préjugés, d'élargir nos regards et d'endosser le manteau de l'humilité pour apprendre à les connaître et à les écouter… » [51].

Dans le cadre de la collaboration entre Médecins et TPS il serait nécessaire de construire des actions communes fondées sur le dialogue et la reconnaissance mutuelle. L'application des 5 règles de de la coopération selon St-Arnaud et Yves permettrait une bonne collaboration entre

TPS et représentant de la MC permettra une bonne collaboration entre les acteurs des deux systèmes de santé au bénéfice des malades et de leur famille. Selon St-Arnaud, Yves (2003), les 5 règles de la coopération sont : Le partenariat, l'alternance, la concertation, la non-ingérence et la responsabilisation. Cet esprit de coopération dans notre étude consisterait concrètement les actions suivantes. Dans le cadre du partenariat, TPS et AMC doivent chercher et désigner un objectif commun, qui est dans notre étude le mouvement des malades entre les deux systèmes de santé. Tout en gardant à l'esprit que la continuité des soins est la meilleure stratégie de prise en charge des malades. La mise en œuvre de cette première règle passerait par la mise en œuvre des actions suivantes. S'assurer que le but visé est le même pour AMC et TPS ; contribue à définir les champs de compétence des TPS et des AMC ; ne pas hésiter à traiter des divergences d'intérêt ; et utiliser des mots comme « ensemble », « nous », soignants etc. Concernant la concertation, TPS et AMC pourraient gérer le processus de communication. Cela passe par une discussion franche et respectueuse entre TPS et AMC. Ces derniers devraient associer les premiers dans tout le processus des concertations, notamment la préparation des rencontres, le choix des thèmes et du lieu de la rencontre. Bref tout, tout ce qui annulerait le sentiment d'infériorité des TPS vis-à-vis des AMC. Dans notre situation, l'alternance consisterait par exemple à confier la prise en charge des pathologies que la MC n'est pas capable de traiter aux TPS. Plus concrètement, dans le contexte malien, les TPS pourraient prendre en charge les dimensions subjectives des maladies dans tous les cas. Ils sont nettement plus compétents que les AMC sur ce plan. La non-ingérence consisterait dans notre cas à reconnaître ses limites et à exclure toute ingérence. C'est le domaine où les AMC devraient consentir plus d'effort, au regard de leur ingérence constante sur le champ des TPS. Cette stratégie devrait amener les AMC à éviter les jugements de valeur, d'expertise ou de directives concernant ce qui a trait au champ de compétence des TPS. Ils devraient refuser de répondre aux questions qui invitent à l'ingérence. Si nécessaire, AMC et TPS doivent rappeler leur champ de compétence respective et exiger que celui-ci soit respecté. TPS et AMC doivent rechercher le consensus lorsqu'il se trouve dans un champ de compétence partagé. Tout doit être mis en œuvre pour que AMC et TPS ne se livrent à de l'ingérence. Enfin la responsabilisation consisterait à reconnaitre aux acteurs des deux systèmes le succès et les échecs enregistrés dans la politique d'offre des soins et de lutte contre les maladies dans le territoire. Un des objectifs de la présente étude est de permettre la visibilité des actions des TPS dans l'offre des soins.

CONCLUSION

VIII. CONCLUSION

En commune II la collaboration a permis d'améliorer l'état de santé des populations basées sur la référence des malades, la réunion trimestrielle, l'obtention de la carte professionnelle, l'enregistrement des malades par les TPS et la visite des sites des TPS pour les rappeler et les encourager à référer les cas des MADO. Cette collaboration a permis aux deux acteurs de se connaître, de se respecter, de référer rapidement des malades et une meilleure prise en charge des pathologies surtout les MADO et elle a permis aux TPS de connaitre les signes de la maladie et certaines maladies. Comme la confirme un TPS **«** *La collaboration est importante : c'est la complémentarité. Si tu es seul, tu n'avances jamais. Collaborer te permet de comprendre les choses, d'avancer, d'augmenter tes connaissances* ».

Cependant nous avons constaté des difficultés de retard de recours, manque de moyens financiers pour récompenser les TPS, la non référence des AMC aux TPS et pas de retro-information après la référence des TPS aux AMC. Mais les difficultés majeures existent au niveau des AMC qui n'ont jamais collaboré avec les TPS. Les TPS sont vraiment disponibles et sensibilisés pour une collaboration basée sur la reconnaissance et le respect réciproque.

Si l'on veut mettre à profit le savoir des TPS en vue de la promotion de la santé, il serait souhaitable de favoriser une reconnaissance de la MT par les agents de la médecine conventionnelle. Il faut une réelle mobilisation des acteurs des deux systèmes pour une collaboration efficace pour la prévention et la prise en charge des pathologies fréquentes avec des traitements traditionnels basés sur les vertus thérapeutiques des plantes médicinales. Il est important d'utiliser les pharmacopées pour constituer les données de sécurité, d'efficacité de qualité pour leur contribution dans la couverture sanitaire universelle.

C'est dans cette direction que le ministère de la santé, le DMT, la FEMATH avec ses Partenaires doivent développer un fort de plaidoyer. Nous sommes convaincus que les praticiens, les produits et les pratiques de la MT doivent être valorisés, dans le cadre d'une vision africaine et solidaire de la santé communautaire. L'enjeu majeur du processus est la mobilisation des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre et à l'évaluation de nouvelles occasions concrètes de collaboration, ainsi que de capitalisation des multiples expériences déjà réalisées. Pour ce faire, il faut une mobilisation collective de l'Etat, des Collectivités Territoriales, des Structures de Santé aux différents niveaux, des Institution de Recherche et de Formation, des Partenaires Techniques et Financiers et de la Société Civile.

RECOMMENDATION

IX. RECOMMANDATIONS :

Au terme de ce travail, nous avons formulé des recommandations suivantes :

Aux agents de la médecine conventionnelle (AMC) :

- Accepter d'instituer un dialogue avec les TPS et un cadre de concertation, d'échanges pour une collaboration efficace à tous les échelons de la pyramide sanitaire.
- Respecter et faire confiance aux TPS et instituer la retro-information.

Aux Associations de Tradipraticiens de santé (TPS) :

- Identifier les TPS compétents et disposés à s'impliquer dans le processus de la collaboration entre les deux médecines.
- Accepter le partage d'informations et de connaissances pour une collaboration efficace avec les agents de la médecine conventionnelle.

Aux Patients :

- Informer les praticiens de la MT et de MC sur leur parcours thérapeutique pour une meilleure prise en compte des problèmes de santé dans le processus de la collaboration

Aux autorités :

- Formaliser la prise en compte des ressources de la médecine traditionnelle dans la pyramide sanitaire par la mise en œuvre de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle, le Programme MT de l'OOAS, les déclarations/recommandations de l'OMS pour une couverture sanitaire universelle.
- Allouer des fonds spécifiques dans les activités de renforcement de capacités des ressources des deux médecines (conventionnelle et traditionnelle), de formation, de recherche et de développement des praticiens, des pratiques et des produits surs, efficaces et de qualité.
- Instituer les programmes spécifiques pour répertorier, documenter, capitaliser et protéger les connaissances de MT avec un accent particulier sur la culture des plantes médicinales.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

X. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Organisation Mondiale de la Santé. Rapport du 56 ème Assemblée Mondiale de la Santé, Avril 2003.

[2] Organisation Mondiale de la Santé. Rapport du 72ème Assemblée Mondiale de la Santé, Avril 2019.

[3] www.Afro.who.int consulté le 12/09/2020.

[4] Sanogo R. Contribution des ressources de la Médecine traditionnelle a l'offre de soins au niveau communautaire. GREAT, les journées du savoir ; Bamako du 18-20 Février 2020.

[5] https://www.larousse.fr consulté 08/08/2020.

[6] https://apps.who.int, consulté 08/08/2020.

[7] http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/

[8] Ministère de la santé/INRSP/DMT. Politique Nationale de Médecine Traditionnelle du Mali ; octobre 2005.

[9] Organisation Mondiale de la Santé. Fonds des Nations Unies pour la Population. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Accoucheuses Traditionnelle : déclaration conjointe, OMS, Genève, 1993.

[10] Organisation Mondiale de la Santé. Médecine Traditionnelle : Besoins Croissants et Potentiel-perspectives politiques de l'OMS sur les médicaments ; mai 2002, 6p.

[11] Sujet : Comment développer des synergies efficaces et équitables entre les médecines traditionnelles ancestrales et la biomédecine contemporaine ? https://mfgnu.files.wordpress.com/ag4Consulté le 05/03/2019.

[12] Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Annuaire Statistique du Système Local d'Information Sanitaire du Mali ; 2018, 195p.

[13] Organisation Mondiale de la Santé. La déclaration de Alma Ata de sur les soins de santé primaires ; 1978, 3p.

[14] Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005 ; 2002, 78p.

http://archives.who.int/tbs/trm/s2298f.pdf, consulté 08/08/2019.

[15] Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régionale Africaine. Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaire et les systèmes de santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire ; Avril 2008, 6p.

[16] Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie de l'OMS pour le développement de la Médecine Traditionnelle pour 2014-2023 ; 2013, 72p.

[17] Union Africain. Abuja plus 12 construire l'avenir de la santé en Afrique ; Juillet 2013, 24p.

[18] Organisation Africaine de la Propriété Intellectuel. 40e Anniversaire, Conférence des Ministres chargés de l'Industrie et de la Santé des Etats membres de l'OAPI sur : L'initiative pour la Protection et la Valorisation des Inventions Africaines en Matière de Médicaments. Libreville du 11-13 Septembre 2002, 26p.

[19] www.wahooas.org

[20] DIALLO, D. Etat de la recherche en médecine traditionnelle au Mali de 19960 à nos jours ; 2010, 32p.

[21] Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Ministère du Travail et des Affaires Sociales et Humanitaires, Ministère de la Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille. Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014-2023 ; 97p.

[22] Mounkoro Pakuy Pierre. Pour une Meilleure Articulation entre Médecine Conventionnelle et Médecine Traditionnelle ; dans le domaine de la Santé mentale au Plateau Dogon de Badiangara au Mali. Mémoire de fin Ces/Des de Psychiatrie. Université Cheikh Anta Diop de Dakar ; 2010, 77p.

[23] www.aidemet.org consulté le 23/ 05/ 2019.

[24] Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'ouest (CEDEAO). Forum de la CEDEAO des meilleurs pratiques de la santé ; du 23-25 octobre 2018.

[25] Organisation Mondiale de la Santé. 56e Assemblée mondiale de la santé Médecine traditionnelle rapport du secrétariat mars 2003, 5p.

[26] Ministère de la Santé. Arrête N° 06-0730/ Ms-Sg Fixant la liste des médicaments essentiels en dénomination commune internationale ; avril 2006.

[27] DIARRA Boubacar Badjan. Evaluation de l'effet de l'implication des tradithérapeutes dans la détection et la référence des malades suspects de tuberculose dans les districts sanitaires de Sikasso. Thèse de Médecine. Université de Bamako FMPOS ; 2008, 83p.

[28] Diakite C, Mounkoro P.P, Dougnon A, Baiguini G, Bonciani M et Giani S. Etude de la Traumatologie Traditionnelle en Pays Dogon (Mali) ; 2004, 7p.

[29] Mounkoro P.P., Dougnon A. Association MOLIBEMO. Valorisation de la Médecine Traditionnelle Expérience au Mali ; 2007, 18p.

[30] Piero Coppo, Keita A. MEDECINE TRADITIONNELLE, ACTEURS, ITINERAIRE THERAPEUTIQUE ; 1989, 322p.

[31] Sangaré Drissa. Etude de la prise en charge du paludisme par les thérapeutes traditionnels dans les aires de sante de Kendie (Badiangara) et Finkolo AC (Sikasso). Thèse de Médecine.

Université de Bamako Faculté de Médecine, Pharmacie et Odonto-Stomatologie ; décembre 2003, 115p.

[32] Sidibe Famoussa. Etude des Itinéraires Thérapeutiques relies aux soins de Médecine Traditionnelle au sein des Ménages de la Commune V du District de Bamako, Mali : Cas du Quartier de Sabalibougou, Thèse Médecine. Université de Bamako Faculté de Médecine Odonto-stomatologie du Mali ; 2011, p43.

[33] Kroa E., Diaby B., Niaré A., Traoré Y., Ahoussou E.M., Yao G.H.A., Coulibaly G.S., Kouassi D. Analyse de la collaboration entre médecines traditionnelle et moderne dans la région du Sud Bandama (Côte d'Ivoire) ; 2014, 7p.

[34] Sara KAKONDJA, Alice BAHAYA, CIRIMWAMI BAHIZI, MUSEME WITANENE Claude. Etude des facteurs favorisant le recours des patients à la Médecine traditionnelle dans la ville de Bukavu ; 2017, 14p.

[35] https://fr.wikipedia.org › wiki › Bamako. Consulté le 10/05/2019.

[36] Mairie du District de Bamako. Programme de Gestion Urbaine : Plan Stratégique du Développement du District de Bamako ; P161.

[37] Traoré Chaka Ousmane. Essai de Monographie des Soins Infantiles Traditionnels dans la Commune II du District de Bamako : Cas de Medina-coura. Thèse D'exercice de Médecine. Université de Bamako FMPOS ; 2014, 110p.

[38] Plan Sectoriel de Développement de la Commune II du District de Bamako ; Juin 2007.

[39] Konate Nouhoum. Etude de la consommation des Médicaments Traditionnels Améliores dans le cercle de Kadiolo. Thèse d'exercice de Médecine. Université de Bamako FMPOS ; 2004, P166.

[40] Vachon J. Médecine Traditionnelle et Médecine Conventionnelle en Nouvelle-Calédonie : Opinion des Médecins généralistes du Territoire. Thèse de Médecine. Université Paul Sabatier-Toulouse III ; 2014, 78p.

[41] Doumbia Habibatou. La 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. Thèse de Médecine. Université de Bamako Faculté de Médecine Pharmacie et Odonto-stomatologie ; 2014, 102p.

[42] Abdoulaye Coulibaly. Evaluation de la prise en charge du paludisme par la médecine traditionnelle chez les enfants de 0 à 14 ans dans le district sanitaire de Selingue. Thèse de Médecine. Université de Bamako FMOS ; 2013, 85p.

[43] Sambare/Yameogo P. Adele. Collaboration entre Médecine Traditionnelle et Médecine Moderne au Burkina Faso : Entre Discours et Pratiques, Mémoire de Master 2. Université de Ouagadougou ; 2011, 58p.

[44] Laura Sinagra Brisca, Sabrina Renzi. Etude comparative sur les relations entre la médecine traditionnelle et la médecine officielle au nord du Sénégal ; 10p.

[45] P.P. Mhame, K. Busia, O. Kasilo, 2010, Clinical practices of African traditional medicine, in Decade of African traditional medicine, The African Health Monitor, Special issue vol. 14, pp.33-39.

[46] D. Fassin,. Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie Sociale dans la Banlieu de Dakar, Presse Universitaire de France, Paris, pp.29-30, 1992.

[47] Sanogo R., Giani S. « Femmes et Plantes ». Autonomisation économique et d'empowerment des femmes par la valorisation des savoir locaux sur les plantes : le cas du District de Bamako et de la Région de Ségou ; juillet 2012, 40p.

[48] Sanogo R, Giani S. La guerre des femmes. Expériences d'implication des Accoucheuses Traditionnelles dans la promotion de la maternité a moindre risque et dans lutte contre les Mutilation Génitales Féminines au Mali ; novembre 2009, 95p.

[49] Bakary Traore, Yaya Coulibaly, Mama Tangara, Dramane Traore, Aliou Kayo, Mamoutou Diarra, Sergio Giani. Décentralisation de la Santé et Système Local d'Information Sanitaire : L'expérience de la commune de Zegoua (District de Kadiolo, Region de Sikasso, Mali) ; 2011, 12P.

[50] Organisation Ouest Africain. La Pharmacopée d'Afrique de l'Ouest volume I ; 2013 268p.

[51] Giani S. « Les Hommes et les Plantes ». Valorisation des ressources de la Médecine Traditionnelle à Kadiolo (Mali) ; janvier 2010, 126p.

ANNEXES

ANNEXES :

ANNEXES N°1 : **Observations de la séance trimestrielle**

La réunion s'est tenue jeudi le 10-10-2019 vers 14h 42 min dans la salle de réunion du CSRéf Commune II. 5 AMC ont prié part de cette réunion dont 3 médecins (le médecin-chef, un médecin du SIS, et le médecin présentateur du thème du service de médecine) et deux agents du SIS dont le point focal des TPS. 30 TPS étaient présent, 6 femmes et 24 hommes ; et 3 présidents des 4 associations (Keneya-Yiriwaton, Ton de Pena, Jamajigue). Le médecin-chef a prié la parole en saluant et les mots de bienvenue. A 14h 43 la présentation a commencé, le thème était sur le Paludisme. Le présentateur a présenté en Bamanankan d'abord en introduisant le thème, les différents types de plasmodium, épidémiologie du paludisme au monde puis au Mali, la physiopathologie, les signes cliniques, le diagnostic (cliniques et biologique), les stratégies de luttes contre le paludisme et enfin la prise en charge du paludisme. Après la présentation la parole a été donné aux TPS pour poser les questions. 5 TPS ont posé des questions et le présentateur a répondu aux questions. Les difficultés pour le présentateur étaient la traduction des mots en Bamanankan et le point focal des TPS (une vieille dame) détaillait les réponses du médecin avec son idée et son expérience dans le plus grand respect, en un mot elle était aussi le Facilitateur de dialogue entre les TPS et les AMC. Au cours de la présentation 5 vieilles dormaient. Nous ne sommes pas sûres qu'ils ont compris quelques choses dans la présentation. Ensuite ils ont discuté avec le médecin-chef qui est une nouvelle du projet qui était en place plus de 10 ans, qui était de formule un médicament contre le paludisme et le diabète au nom de la collaboration en commune II. Les TPS avaient préparé les deux médicaments donne au médecin-chef de cette époque qui avait envoyé au DMT pour l'étude pharmacologie et essai clinique. Le processus s'est arrête au niveau du DMT pour plusieurs raisons dont ils ne connaissent pas l'avancement des médicaments au niveau du DMT, le changement du chef de DMT, le changement du médecin-chef… Les TPS ont demandé s'ils peuvent continue le processus du projet avec la nouvelle médecin-chef. Enfin ils ont décidé que la prochaine présentation sera sur le cancer du sein qui sera présenté par les TPS.

ANNEXES N°2 : **Méthode d'enregistrement des TPS :**

Cahier de Traitement de Amadou DEGOGA /Ton de Péna/Tél. : 76 42 46 80

DATES	N°	NOM ET PRENOM	ADRESSE	SEX/AG	PROFESSION	DIAGNOSTIC	TRAIT.	OBS.	CELL
01-07-2019	1	Abdoulaye Ouagué	Missira	M 57 ans	Chauffeur	Koco	Nambala	B.R	
02-07-2019	2	Ibourahim Diakité	Médina-coura	M 19 ans	Etudiant	Chaud de pice	Tendo	B.R	
03-07-2019	3	Mamadou Dramé	Sikoroni	M 58 ans	Commerçant	Infection urinaire	Tendo	B.R	
04-07-2019	4	Ibourahim Diallo	Gnamacoro	M 42 ans	Chômeur	Koco	Nambala	B.R	
05-07-2019	5	Macky Syui	Missira	M 12 ans	Elève	Infection	Kanayorodé	B.R	
06-07-2019	6	Baba Dembélé	Hippodrome	M 06 ans	Enfant	Paludisme	Kodjiabouga	B.R	
07-07-2019	7	Madou Karembé	Missira	M 32 ans	Commerçant	Paludisme	Kodjiabouga	B.R	
08-07-2019	8	Mamoutou Sangaré	Fadjiguila	M 36 ans	Commerçant	Paludisme	Kodjiabouga	B.R	
09-07-2019	9	Sidy Sylla	Faladjé	M 41 ans	Fonctionnaire	Paludisme	Kodjiabouga	B.R	
10-07-2019	10	Madou Bengaly	Médina-coura	M 28 ans	Stagiaire	Paludisme	Kodjiabouga	B.R	
11-07-2019	11	Aichata Traoré	Médina-coura	F 23 ans	Vendeuse	Maux de ventre	Kidji	B.R	
12-07-2019	12	Youssouf Maiga	Gnamacoro	M 29 ans	Fonctionnaire	Paludisme	Kodjiabouga	B.R	
13-07-2019	13	Korotoumou Cissé	Médina-coura	F 26 ans	Fonctionnaire	Maux de ventre	Kidji	B.R	
14-07-2019	14	Badian Traoré	Dialakorodji	M 41 ans	Fonctionnaire	Koco	Nambala	B.R	
15-07-2019	15	Malado Coulibaly	Sikoroni	F 26 ans	Ménagère	Maux de ventre	Kidji	B.R	
16-07-2019	16	Aicha Coulibaly	Banconi	F 28 ans	Ménagère	Maux de ventre	Kidji	B.R	
17-07-2019	17	Oumar Traoré	Missira	M 36 ans	Aventurier	Koco	Nambala	B.R	
18-07-2019	18	Amadou Dégoga	Missira	M 36 ans	Commerçant	Chaud de pice	Modjo	B.R	

ANNEXES N°3 : **Détails de ce qui a été dit par les AMC**

Organisation de la Collaboration

[AMC 01] « *Nous appelons les TPS pour qu'on puisse collabore ensemble. C'est une collaboration de type bilatérale qui est surtout basé sur les échanges d'idée sur les pathologies d'une part et d'autre part sur la référence des malades. Ça veut dire que les TPS réfèrent les malades aux agents de la médecine conventionnelle* ».

[AMC 03] « *Ils nous aident en cas de maladies à déclaration obligatoire. Les TPS ont des fiches techniques dont il y a des signes des pathologies et leurs images qui leurs permettent de nous les référer* ».

[AMC 4, 5, 8] « *Nous faisons des réunions trimestrielles avec les TPS. S'il y a des formations nous les appelons et nous faisons la formation sur les pathologies. Les TPS traitent les malades pendant 15 jours s'il n'a pas d'amélioration pendant ces 15 jours ils nous les référents. Le CSRéf a créé le répertoire des TPS. Les TPS font parties de mes suites prioritaires. Nous passons chez les TPS chaque mois pour la visite de sensibilisation sur les MADO* ».

[AMC 19] « *Au tout début nous avons appelé les TPS : c'était en 2010, pour les former sur les signes du VIH/SIDA, les signes des infections opportunistes. Les TPS ont dit qu'ils peuvent traiter les infections opportunistes mais ils ne peuvent pas traiter le virus. Donc nous avons signé un pacte : les TPS nous envoient les malades suspectes et nous faisons la sérologie et nous les mettons sous ARV. Les TPS traitent les infections opportunistes* ».

Collaboration au niveau des CSCom :

L'obtention de la carte professionnelle : [AMC 9, 10] « *Les TPS passent au niveau de l'INRSP/DMT pour prendre les fiches qu'ils présentent au Directeur Technique du Centre (DTC) qui les autorise à prescrire ses produits aux patients dans le CSCom. Les malades rapportent la satisfaction, les effets secondaires, en fonctions de quoi le DTC fait son rapport en trois copies : une copie reste au TPS, une copie reste au CSCom et une copie est donnée au niveau de l'INRSP/DMT. C'est en fonction de ces rapports que le TPS peut avoir sa carte professionnelle* ».

La référence des malades :

[AMC 12] « *Je réfère les enfants qui ont des (fassani, fifini) dont les signes sont : amaigrissement du nouveau-né, les veines sont visibles à travers la peau du nouveau-né et*

sont noires) à un TPS que je connais très bien et ça a donné de très bon résultat. On fait la formation ensemble sur les pathologies comme PFLA, Tétanos néonatale pour qu'ils nous réfèrent ».

[AMC 13] « *Je collaborais avec le laboratoire national de MT à Darsalam. On envoyait les patients atteints d'Hépatite B qui n'étaient pas satisfaits par le traitement conventionnel, que ça soit au point G ou à l'Hôpital Gabriel Touré* ».

Organisation des visites du personnel des CSCOM auprès des TPS :

[AMC 15] « *Chaque semaine je me rends une fois chez un TPS pour le rappel sur les signes de MADO (rougeole, PFLA, épilepsie…) et pour savoir s'ils ont eu des cas qu'ils nous réfèrent* ».

[AMC 18] « *Nous passons chez les TPS qui sont de notre aire de santé au moins une fois par mois pour les sensibiliser sur les cas de MADO pour qu'ils nous les réfèrent. J'ai fait la formation avec les TPS à la Direction Régionale de la Santé sur quelques pathologies (paludisme, fièvre typhoïde, ictère)* ».

[AMC 16] « *Quand il y a la formation, toutes les TPS sont mobilisés mais quand il n'y a pas de formation c'est un seul TPS qui collabore en référant les cas qui dépassent sa compétence (VIH/SIDA, Cancer du sein, cancer du foie) et les cas de MADO* ».

5. Avantages de la collaboration

[AMC 01] « *Les avantages sont surtout basés sur l'évitement des complications et sa nous permet d'apprendre des nouvelles lignes en médecine* »

[AMC 02] « *Ça permet la référence rapide des malades au centre de santé. Les médecins qui n'arrivent pas à traiter une pathologie peuvent les référer aux TPS. Ça m'a permis aussi d'avoir des connaissances sur les pathologies en tant qu'informaticien* »

[AMC 03, 14] « *Ça a renforcé notre système de surveillance épidémiologique. Ça a facilité aussi la prise en charge de certaines maladies. Ça a permis de faciliter la référence des malades des deux côtés. J'ai envoyé plusieurs malades aux TPS, surtout les cas de fracture, luxation, entorse, qui ont donnés de très bon résultat* »

[AMC 04] « *C'est pour le bien de la population, ça permet de prendre en charge les maladies rapidement avant aggravation de la pathologie, par le système de référence* »

[AMC 03, 05] « *Les avantages sont dans l'intérêt de la population et la prise en charge est efficace quand les TPS amènent le malade au Centre de Santé parce que les malades fait confiance aux TPS. Il y a une dame TPS : si elle amené un patient avec suspicion du VIH/SIDA, c'est toujours confirmé, tellement qu'elle maîtrise les signes. Nous avons de bon résultat avec ses patients parce qu'elle assure le suivi des malades et appelle chaque fois pour demander si le malade suit le traitement* ».

[AMC 05] « *Quand les TPS suspectent une pathologie, ils m'appellent même si c'est pendant la nuit. Ils nous amènent les malades et nous faisons les analyses. Si le TPS peux traiter, il traite et le patient revient faire le test de contrôle ou nous le confie à un médecin du CSRéf* ».

[AMC 06] « *Ils permettent la détection précoce des épidémies, en participant à la Cellule de veille de la surveillance des épidémies* ».

[AMC 07] « *La collaboration est faite dans le cadre d'amélioration de la prise en charge des maladies et c'est très bénéfique pour les malades* »

[AMC 09] « *Ça nous permet de joindre les deux traitements et ainsi les malades bénéficient de très bon traitement* »

[AMC 10] « *Les produits des TPS sont moins chers et plus avantageux pour les malades* »

[AMC 11] « *L'avantage principal de la collaboration est l'amélioration de la santé de la communauté* »

[AMC 12] « *Tous les patients que j'ai envoyés à un TPS que je connais, j'ai eu de la satisfaction. Les femmes même me disent qu'ils ont eu de la satisfaction. A cause de la référence des enfants atteint de FASSANI et de FIFINI, j'ai eu 12 homonyme dont 1 est décède* ».

[AMC 13] « *Les patients sont soulagés s'ils sont envoyés à temps* ».

[AMC 15] « *Les TPS comprennent qu'ils ne sont pas ignorés par les agents de la médecine conventionnelle et ça permet une bonne surveillance épidémiologique* ».

[AMC 16, 17] « *Ça facilite la prise en charge surtout les patient atteint de VIH/SIDA et ça permet de diminuer le retard dans la prise en charge et se faire une idée des maladies dans la commune* ».

[AMC 18] « *Les avantages sont la référence, la prise en charge rapide des malades et le partage de connaissance* »

[AMC 19] « *Ça nous permet de dépister les maladies rapidement. C'est une collaboration très importante* »

[AMC 20] « *Ils font la déclaration des maladies obligatoires, ils font la référence des malades et ils sont vraiment disponibles et sensibilisés* ».

6. Difficultés liées à la collaboration

11 AMC (soit 55%) ont évoqué les difficultés suivantes :

[AMC 01] « *Non disponibilité des TPS* »

[AMC 03] « *Souvent les TPS gardent trop les malades. Il y a les difficultés liées à la compréhension de certains TPS pendant la formation* »

[AMC 03, 05] « *Nous n'avons pas souvent les moyens financiers pour encourager les TPS prenant part aux rencontres trimestrielles (soit trois mille Francs CFA par TPS et par rencontre)* »

[AMC 08] « *Nous avons le problème de financement pour la réunion trimestrielle, mais malgré sa certain TPS disaient qu'ils sont prêts pour la formation. Parce que les TPS peuvent faire 60 à 100 consultation par jour s'ils laissent ça et viennent faire la formation sans rien ni frais de transport ça leurs décourage* »

[AMC 09] « *Nous perdons de vue certains TPS pendant l'essai de ces produits pour l'obtention de la carte professionnelle et certain ne décroche pas leurs téléphones. Certain malade pense que les médicaments sont toujours gratuits alors que ces pendant la période d'essai que les médicaments sont gratuits* »

[AMC 10] « *Nous ne maîtrisons pas les posologies et les effets secondaires de ces produits, les malades nous demandent chaque fois et les TPS ne sont pas toujours joignable* »

[AMC 16] « *S'il n'y a pas la formation c'est un seul TPS qui collabore avec le CSCom* »

[AMC 19] « *Au début il y avait 5 TPS qui envoyaient les malades suspectent du VIH/SIDA mais maintenant c'est une seul TPS qui envoie les malades, tous les malades qu'elle a envoyés, ont été confirmé porteur tellement qu'elle maîtrise les signes. Elle appelle et demande si le malade suit le traitement* »

Référence des malades par les agents de la MC à un Tradipraticien de santé

[AMC 02] « *Parce que je suis informaticien* ».

[AMC 10] « *Parce que nous prenons en charge les malades en urgence très généralement* ».

[AMC 11] « *Parce que les patients ont leurs propre TPS* ».

[AMC 13, 18] « *Généralement nous référons selon la pyramide sanitaire* ».

[AMC 14] « *Parce que nous sommes en mesure de faire la prise en charge* ».

[AMC 15, 20] « *Parce que je n'ai pas eu l'occasion* ».

[AMC 16] « *Les cas que je traite dans mon centre je me pose la question si un TPS peut traiter ces cas* ».

9. Opinion générale des agents de la MC sur la Médecine Traditionnelle

[AMC 01] « *C'est une très bonne chose mais les TPS doivent reconnaitre leurs limites* ».

[AMC 02] « *Je pense que les deux médecines sont les mêmes parce qu'elles visent les mêmes objectifs* ».

[AMC 03] « *Elle est efficace si elle respecte les procédures conformes à la règlementation de la MT* »

[AMC 04] « *C'est bien et ça permet de prendre en charge les malades aussi* ».

[AMC 05, 08] « *Les deux médecines se complètent, les médicaments de la MT sont très bons* »

[AMC 06] « *Première médecine* ».

[AMC 07] « *C'est aussi efficace que la MC avec la valorisation des produits* »

[AMC 08] « *La MT est très importante et très efficace* »

[AMC 09] « *C'est une très bonne chose et c'est complémentaire à la MC. Si on envoie les patients chez les TPS ils ont des satisfactions* ».

[AMC 10] « *D'une part c'est bon parce qu'il s'agit des plantes naturelle et moins chères et faciles à maîtriser par les patients ; d'autre part nous pouvons avoir des surdosages, des intoxications à cause des médicaments* »

[AMC 11] « *La MT est très bien* »

[AMC 12] « *Très efficace, si ces pas à Bamako en Côte d'ivoire les deux médecines travaillent ensemble dans la même structure* ».

[AMC 13] « *C'est une médecine qui a existé avant la MC. Il a dû faire ses preuves jusqu'à aujourd'hui mais chaque médecine a ses limites* »

[AMC 14] « *Je suis pour la MT, mais il faut qu'on fait la part des deux médecines* »

[AMC 15] « *Moi-même j'utilise les médicaments de la MT… c'est très efficace. Les plantes ne mentent pas c'est les hommes qui mentent* ».

[AMC 16] « *Nous ne pouvons pas nier les bien fait de la MT mais c'est une médecine qui doit progresser et mieux faire encore comme les chinois et ça va soulager la population* ».

[AMC 17] « *Je pense que la MT a ses vertus* »

[AMC 18] « *Si elle est bien utilisée, ça a des avantages et si c'est mal utilisée ça a des inconvenants* ».

[AMC 19] « *La MT est bonne parce que il y a des pathologies que la MT peut traiter très bien* ».

[AMC 20] « *C'est aussi une médecine comme la nôtre, elle a fait ces preuves et elle est efficace. Il faut juste une bonne coordination avec la médecine conventionnelle* ».

Opportunité de l'articulation de la médecine traditionnelle avec le système conventionnel

[AMC 01, 05, 19] « *Les deux médecines sont complémentaires* ».

[AMC 02] « *J'ai vu la référence des malades des deux côtes* ».

[AMC 03] « *Avec les expériences d'autres pays qui ont donné de très bon résultat (Benin, Cameroun)* ».

[AMC 04] « *La médecine traditionnelle a son intérêt aussi* »

[AMC 06] « *Elle réponde aux besoins de la population* ».

[AMC 07] « *ça pourra améliore nos prises en charge* ».

[AMC 08] « *Les deux se complètent. La MT a ses secrets que nous ne savons pas et la population passe chez les TPS avant de venir au Centre de Santé* ».

[AMC 09] « *Avoir accès aux soins à tous les niveau* ».

[AMC 10] « *Parce qu'il faut chercher les molécules de ses produits et les analyser* ».

[AMC 11] « *Les bases des médicaments sont la médecine traditionnelle et il faut améliorer le travail des TPS et choisir ceux qui doivent pratiquer ou pas* ».

[AMC 13] « *Parce que chaque médecine à ces limites* ».

[AMC 14] « *Parce qu'il y a des pathologies traditionnelles qui sont méconnues par la médecine conventionnelle* ».

[AMC 15] « *Parce que nous avons besoin de l'une et de l'autre, nos recherches seront facilitées et chacun connaitra ses limites et pourra référer rapidement* ».

[AMC 16] « *Tant que ça existe, il faut valoriser les deux médecines* ».

[AMC 17] « *La médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle vont de pair et la médecine traditionnelle a ses vertus* ».

[AMC 18] « *Il y a des points positifs et de bons traitements dans la médecine traditionnelle* ».

[AMC 20] « *Nous avons le même but et ça permettra de réduire le taux de mortalité* ».

11. Recours des patients à la médecine traditionnelle ?

3 AMC (soit 15%) n'ont jamais questionné ses patients sur un éventuel recours à la médecine traditionnelle et un (soit 5%) est informaticien d'appui du service système local d'information.

[AMC 02] « *Je suis informaticien d'appui du Service Système Local d'Information du CSRéf Commune II, je reçois les malades envoyés par les TPS dans le service pour les diriger vers un médecin et je suis leurs informaticiens lors des réunions* ».

Les 16 AMC (soit 80%) avaient posé des questions sur un éventuel recours à la médecine traditionnelle ; les principales questions étaient **:**

[AMC 01, 09, 17] « *Avez-vous eu une satisfaction du traitement traditionnels ?* »

[AMC 01] « *Pourquoi avez-vous préféré la MT en premier positions ?* »

[AMC 03, 04, 06, 07, 09, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18,19, 20] « *Est-ce que vous avez déjà consulté un TPS ? Quels médicaments tu as pris chez le TPS ? Durant combien de temps ?* ».

[AMC 13] « *Quels types de médicament traditionnel en cas d'intoxication ?* ».

[AMC 07] « *Est-ce que le médicament a eu un effet bénéfique ?* ».

Questionnement de la part des patients sur la médecine traditionnelle

[AMC 20] « *Les patients ont peur et nous cachent la vérité* »

[AMC 05] « *La plupart des populations ont leurs TPS à qui font confiance* »

[AMC 15] « *La plupart des Bamakois sont venu du village, où ils ont leurs TPS* »

[AMC 01, 11, 18] « *Croyez-vous à la MT ?* »

[AMC 01] « *Ne faite vous pas recours à la MT ?* »

[AMC 03] « *Si vous pouvez me conseiller un bon TPS ou le numéro d'un TPS ou une plante ?* »

[AMC 07] « *Est-ce que je peux voir un TPS ?* »

[AMC 09] « *Que pensez-vous de la médecine traditionnelle ?* »

[AMC 07, 19] « *Est-ce que on peut prendre les médicaments traditionnels avec vos produits ?* ».

Motivations du recours à la Médecine Traditionnelle

15 AMC pensaient que les malades ont recours à la médecine traditionnelle parce que c'est moins couteux et plus accessible que la médecine conventionnelle. [AMC 19] « *Ce n'est pas comme à l'Hôpital où les patients passent une demi-journée à l'attente et ils prennent le ticket de consultation, font les analyses et payent les médicaments. A l'Hôpital c'est couteux alors qu'avec 1000 FCFA maximum tu as tout à la médecine traditionnelle* ».

[AMC 08, 05, 06, 12, 18] affirmaient que la population a confiance au TPS qu'aux Agents de la MC.

[AMC 11, 13, 14, 18] pensaient que la pauvreté est le principal facteur de recours des malades à la médecine traditionnelle, parce que la médecine conventionnelle est chère.

[AMC 03] pensait qu'après échec d'un traitement conventionnel les malades ont recours à la médecine traditionnelle

[AMC 03, 05, 08, 11, 14, 16, 20] pensaient que la croyance, la tradition et la culture sont des facteurs de recours des malades à la médecine traditionnelle.

[AMC 03, 08, 12, 17, 19] pensaient que c'est à cause de l'efficacité, l'accueil et de la satisfaction de leur traitement que les malades ont recours à la médecine traditionnelle.

[AMC 15] pensait que si le malade pense qu'il est envouté où ensorceler fait recours à la Médecine Traditionnelle.

Conseils pour une meilleure collaboration

[AMC 01] « *Je veux que nous entretenons de meilleure collaboration, il faut trouver surtout un terrain de dialogue afin d'entretenir de meilleur collaboration pour éviter de multiples complications* »

[AMC 02] « *Il faut que les AMC et les TPS se regroupent et échangent les idées. Les AMC peuvent chercher certaines connaissances de la MT pour but de complémentarité* ».

[AMC 03] « *Règlementer les laboratoires de la MT, renforcer la capacité des TPS en terme de formation et prévoir l'ouverture des filières à la faculté pour que les gens puissent se former où se spécialiser. Il faut que les TPS et les agents de la MC respectent les règles nationales et internationales de la santé* ».

[AMC 05] « *Je veux que nous augmentons cette collaboration d'avantage. Il faut que nous aidons les TPS, à tester leur produit et définir les dosages, parce que les TPS ont de très bons produits. Mois même pour tous mes traitements j'utilise leurs produits* ».

[AMC 06] « *Il faut que nous intégrons la MT dans les structures sanitaires conventionnelle. Les chinois appellent Hôpital du Mali Hôpital de Médecine Traditionnelle Chinoise parce que il y a la présence d'un département d'acupuncture à l'Hôpital du Mali qui est la MT Chinoise reconnue par l'OMS. Au Benin il y a le jardin d'Artémisinine dans chaque quartier où chaque famille prend sous forme de thé chaque jour et ils ne font plus le paludisme donc il faut qu'on améliore notre MT et on adopte la méthode des Béninois* ».

[AMC 07] « *Il faut améliorer la collaboration entre les AMC et TPS pour une meilleure prise en charge des patients en fonction du cout pour les citoyens. Le partage des connaissances par exemple nous pouvons dire au TPS si vous voyez ce cas il faut faire ça ou les TPS aussi peuvent nous dire il faut faire ça* ».

[AMC 08] « *Chercher à répertorier les TPS et les former. Faire expérimenter leur produit parce que les TPS ont des antibiotiques et des anti-inflammatoires très puissants. J'ai envoyé ma sœur chez un TPS que je connais qui ne pouvait pas se déplacer sous médicaments conventionnels pendant 9 mois ; avec deux semaines de traitement traditionnels elle a marché pour aller prier la fête de Tabaski toute seule et maintenant elle marche très bien* ».

[AMC 09] « *Organiser chaque fois des formations entre les AMC et les TPS par rapport à la prise en charge de certain pathologies prise en charge par les TPS. Partager les informations et assurer la retro-information des deux côtes* ».

[AMC 10] « *Chercher et tester surtout les produits des TPS. Par exemple ma femme a utilisé sur la langue de mon fils tereni fou (Ecorce de tronc de Pteleopsis Suberosa) contre la candidose buccale (muguet) qui est très efficace* ».

[AMC 11] « *Il faut que les TPS s'associent et échangent les idées, parlent le même langage ensemble pour avancer parce que la MC a avancé de cette manière* ».

[AMC 12] « *Je veux que nous continuons la formation ensemble sur les pathologies. Si nous pouvons faire comme les ivoiriens, avec les TPS et les AMC dans le même centre de santé et leurs produits sont bien contrôlés et sont dans les pharmacies du Centre de Santé* ».

[AMC 13] « *Les AMC doivent aller sensibiliser et encourager les TPS pour faciliter certaines activités comme la vaccination, la référence des malades. Les TPS peuvent à leurs tours*

sensibiliser les patients, parce que les patients font confiance aux TPS. Il faut que les deux Médecines se livrent à échanger les idées pour faciliter la communication et la collaboration »

[AMC 14] « *La science sans conscience n'est que ruinée de lame. Il faut que nous utilisons nos outils en bon escient* ».

[AMC 15] « *Il faut que nous formons et sensibilisons les TPS surtout sur les doses des médicaments. Il faut que nous partons chez les TPS pour tisser la confiance pour qu'ils nous réfèrent certains patients parce que la population leurs fait confiance et ils reçoivent plus de cas que nous. Moi j'ai besoin des cas de trisomie 21, handicap, épilepsie qui sont chez les TPS pour les évaluer et les référer au projet qui s'occupe de leurs cas. Il faut que les TPS améliorent leurs travails. Moi-même je suis diabétique, je ne peux pas prendre les médicaments conventionnels chaque jour donc je prends les médicaments traditionnels quand j'ai les signes hyperglycémie et je conseille ces médicaments à mes collègues* ».

[AMC 16] « *Il faut que les TPS s'organisent et essayent davantage de créer un groupe et d'échanger les idées sur les questions de la santé. Il faut que la Direction Régionale de la Santé cible les TPS en groupe pour lui donner une pathologie à la recherche d'un médicament pour aboutir à un produit fini pour la population et moins chers. Il faut que nous faisons comme les chinois. J'ai un ami qui avait des courbatures partout ne pouvant pas travailler mais depuis qu'il a eu un médicament traditionnel chinois il passe tout la journée à travailler sans rien* ».

[AMC 17] « *Il faut former les TPS : comme les bambaras disaient, un seul doigt ne peux pas prendre le caillou, donc il faut qu'on se complète. Il faut que les disciples des deux médecines sachent que les deux médecines sont complémentaires. Il faut institutionnaliser cette collaboration* »

[AMC 18] « *Valoriser le travail des TPS, créer un cadre de collaboration entre les AMC et les TPS et initier des rencontres périodiques avec les TPS* ».

[AMC 19] « *Nous souhaitons que au moins chaque trimestre que nous nous rencontrons, les TPS et les AMC pour que nous pouvons discuter des difficultés de la référence, le devenu des malades envoyés par les TPS, pour facilite la référence et connaitre les difficultés. Parce que chez nous si un TPS amené ou envoie un malade il ne suive pas le rang, tel n'est pas le cas dans tous les autres services ; au début de notre collaboration il y avait 5 TPS qui envoyaient*

leurs malades mais maintenant c'est une seul TPS qui envoie les malades. Nous ne savons pas pourquoi ils ont arrêté ».

[AMC 20] « *Ne pas rejeter totalement la médecine traditionnelle ; bien vrai que nous avons des stratégies différentes mais nous avons les mêmes objectifs. On se complète quelque part Comme au Burkina-Faso : avec la collaboration ils ont trouvé un médicament contre la Drépanocytose* ».

Données sur les TPS

Enregistrement des patients

[TPS 08] « *Je n'ai pas été à l'école mais c'est mon mari et mes enfants qui enregistrent les noms de mes malades en Français pour moi* ». [TPS 19] « *Je ne suis pas scolarisé ces ma fille qui a fini ses études et n'a pas eu de travail est à mes cotes et enregistre les malades pour moi* ». [TPS 15] « *J'enregistrais en N'KO mais j'ai arrêté* ».

(i) **La réunion trimestrielle** basée sur la formation sur les pathologies. Cette formation permet aux acteurs des deux systèmes de médecine d'échanger leurs connaissances sur les maladies. Ainsi le premier jeudi de chaque trimestre les agents du Service Local d'Information Sanitaire du CSRéf de la Commune II choisissaient un médecin du Centre en fonction du thème choisi avec les TPS des 4 associations de la commune II. Les thèmes de discussion ont été choisis alternativement par le CSRéf et les TPS. « *Il s'agissait surtout de la référence au CSRéf des Maladies à Déclaration Obligatoire (Rougeole, Méningite, Paralysie Flasque Aigue, Tétanos Néonatale, Tuberculose) et des maladies que les TPS ne peuvent pas traiter* ». Comme un TPS le signale : [TPS 04] *« Il y a des moments nous faisons des formations en dehors du CSRéf soit à l'Hôpital Du Mali, soit dans la Direction Régionale de la Santé, soit à l'INRSP, sur les pathologies tels que : tuberculose, drépanocytose, rougeole…* ». [TPS 05] « *Nous avons fait la formation et le recyclage lors des épidémies et sur les maladies à référer* ».

(ii) **L'enregistrement des malades :** [TPS 06, 07, 08, 09, 10] « *Nous enregistrons le nom, le diagnostic et le traitement, et faisons le rapport chaque mois qui nous donnons au Président de l'association qui l'imprime et donne une copie au CSRéf* ».

(iii) **L'octroi des Cartes Professionnelles :** [TPS 05] « *Nous amènerons nos médicaments au CSCom pour tester nos produits au Centre ; le médecin du CSCom fait le rapport sur le produit (efficacité, effets secondaires). C'est ainsi que les TPS peuvent avoir leur Carte qui*

lui est livré par le DMT/INRSP, avec l'avis de l'Ordre des Médecins et l'Ordre des Pharmaciens ».

Les avantages de la collaboration

[TPS 01] « *Nous avons beaucoup appris avec les agents de santé conventionnelle grâce au échanges trimestrielles sur les activités de la collaboration au CSRéf, car ça nous a permis de se connaitre entre nous-mêmes et entre les agents de la MC et les autres partenaires et le gouvernement* ». [TPS 02] « *Si nous nous connaissons et nous échangeons les idées il aura la paix et le respect entre nous* ».

[TPS 06, 07, 10, 11, 19] « *La formations sur les pathologies, ça nous a permis d'approfondir nos connaissances, de connaitre plusieurs pathologies et leurs signes, de connaitre les maladies à référer rapidement* » [TPS 05] « *Nous arrivons à convaincre les malades portant les maladies chroniques déçus par la médecine conventionnelle à aller au Centre de Santé* ». [TPS 03, 04, 18] « *La référence entre TPS et les agents de santé est facilité* ».

[TPS 09] « *Je ne peux pas expliquer tous les avantages que j'ai eu, mais ça nous a facilité la référence des malades entre nous, nous nous respectons et nous collaborons très bien* ».

[TPS 16, 17] « *La collaboration nous a permis de connaitre les maladies conventionnelles que nous ne connaissions pas et de connaitre aussi des nouvelles des maladies* [les données épidémiologiques] *et les épidémies au Mali et dans le monde* ».

[TPS 19] « *Les patient qui refuse nos produits, si nous l'expliquons ou nous lui montrons nos cartes professionnelles que nous collaborons avec les agents de sante conventionnelle, ils achètent nos produits* ».

Cinq TPS ont dit : [TPS 12, 13, 14, 15, 20] *« Nous n'avons pas eu d'avantages de la collaboration : depuis le temps du Président Moussa Traore les agents de santé conventionnelle passaient prendre nos recettes. Nous nous attendions à un grand aide soit des agents de santé conventionnelle ou du gouvernement ou d'autres partenaires comme la construction de nos lieux de travail ou les matériels pour nous permettre d'améliorer nos activités* ».

Difficultés de collaboration

Le premier : [TPS 05] « *Il y a une barrière devant nous sur la transformation des médicaments traditionnels en médicament modernes ; il n'y a pas de formation sur la transformation des médicaments traditionnels ; un autre problème c'est le non-respect, la non considération des TPS par les agents de santé conventionnelle. Les agents de la santé conventionnelle se sentent supérieurs parce qu'ils ont le diplôme. En plus, il n'y a pas de*

fonds pour les TPS ; en cas de référence il n'y a pas de pas de retro-information ; pas non plus de fiches de référence pour les TPS. Nous n'avons pas de moyens de référence. Lors des formations, les agents de la santé conventionnelle ne disent jamais telles maladies doivent être envoyées aux TPS.

Nos mamans ont su qu'il y a de la potasse dans la canne de mil, mais ne prenaient pas la canne de mil pour la préparation des repas : ils transformaient d'abord la canne de mil en plusieurs étapes jusqu'à obtenir la potasse. C'est ainsi pour paracétamol et le médicament traditionnel, le paracétamol nous le prenons et en 15 min nous n'avons plus la douleur ou la fièvre, alors que les médicaments traditionnels il faut des heures à agir, car ils ne sont pas améliorés.

Pour le traitement moderne du paludisme il faut au moins 10.000 F CFA par personne chaque année. Il y a combien de personne dans la famille ? Et les agents de la santé conventionnelle pensent qu'ils sont gagnants alors que si on considère le prix d'importation des produits nous sommes tous des perdants.

J'accompagne les patients au Centre de Santé en payant par fois les frais de transport ; arrivés là-bas, les agents de la médecine conventionnelle me font attendre… C'est décourageant ! »

Pour un autre : [TPS 17] *« Ma difficulté est la perte de journée entière lors des réunions, sans revenu ».*

Une troisième a dit : [TPS 13, 14, 15] « *Les agents de la médecine conventionnelle nous sabotent, ils nous ont pas aidé et le gouvernement ne nous a pas aidé. Ils ne nous reconnaissent pas, ils ne nous considèrent pas lors des références. Même si c'est nous qui sommes malades ou nos enfants, ils ne nous considèrent pas et ils nous faits attendre* ».

Pour un autre TPS, [TPS 18] « *Le niveau de la formation n'est pas arrivé à combler mes attentes* ».

La dernière : [TPS 20] « *Mes difficultés sont la non retro-information lors des références : je ne sais pas si le malade est guéri ou pas ni le diagnostic. Les agents de santé ne nous réfèrent pas des malades qu'ils ne peuvent pas traiter* »

Référence de la Médecine Conventionnelle au TPS

[TPS 15] « *Il y a un médecin au CHU Point G qui me connais et m'envoie les malades qui ne peuvent pas avoir d'enfants, sans connexion à la planification familiale* ».

[TPS 04] « *Il y a un agent de la médecine conventionnelle à la Pédiatrie du CHU Gabriel Toure qui m'envoie les enfants malades* ».

Parmi les 11 TPS (soit 55%) qui n'ont pas eu de malade référés par les agents de la médecine conventionnelle, plusieurs ont affirmé : [TPS 05, 10, 11, 12, 13, 14 ,16 ,17, 18, 19, 20] « *Lors des formations les agents de la médecine conventionnelle demandent toujours de leurs référer les malades, mais qu'ils ne disent jamais de référer certaines pathologies aux TPS* ».

Auto-référence des malades de la Médecine Conventionnelle

[TPS 04, 14] « *Il y a les malades dont les radios et les bilans sont normaux mais ils sont toujours souffrants, les patients qui refusent d'être opérés* ». [TPS 04] « *Il y a des patients qui sont déclaré guéris par les agents de santé conventionnelle et qui viennent nous voir ou viennent acheter nos plantes pour se traiter davantage* ».

Question des patients sur la collaboration

12 TPS (soit 60%) on dit que parfois les malades demandent s'ils collaborent avec les agents de médecine conventionnelle mais très peu de patient demandent. [TPS 08, 19] « *C'est nous qui disons aux malades que nous collaborons avec les agents de médecine conventionnelle et encourageons les malades d'aller au Centre de Santé dans le cadre de la référence* ». 8 TPS (soit 40%) ont dit qui n'a jamais eu cette question de la part des patients.

Conseils des TPS pour une meilleure collaboration :

Un TPS a précisé [TPS 01] « *Avec la collaboration, nous apprenons à connaitre les signes de la maladie et certaines maladies. La collaboration est importante : c'est la complémentarité. Si tu es seul, tu n'avances jamais. Collaborer te permet de comprendre les choses, d'avancer, d'augmenter tes connaissances* ».

Un autre TPS a souligné [TPS 02] « *Les manières de parler des médecins ne sont pas bonnes. Il faut qu'ils changent, il faut qu'ils respectent le malade : le malade avant tout* ». Il a cité un exemple : « *Une femme et son mari ont consulté au Point G. Le médecin a dit directement que le mari ne pouvait pas avoir d'enfant. La femme s'est évanouie sur place et le mari a paniqué. Après ça, le mari m'a amené sa femme, j'ai traité la femme et consolé le mari, jusqu'à ce que tout est allé bien* ».

Un autre TPS pense que l'union fait la force [TPS 04] « *Je demande au TPS et aux agents de la médecine conventionnelle de nous unir et de faire la paix. Si tu ne peux pas traiter*

une maladie, il faut envoyer le malade à une autre personne que ça soit des agents de médecine conventionnelle ou des TPS ».

Un TPS pense qu'il y a une barrière devant les TPS surtout sur la modernisation de leurs travails [TPS 05] « *Nous sommes des frères de même nationalité et s'il plait au Dieu nous allons mourir ici au Mali ; il faut que nous travaillions ensemble avec l'aide du gouvernement pour la fabrication des médicaments avec nos ressources naturelles, pour éviter l'importation des médicaments. Il faut reconnaitre l'importance des uns et des autres ; il faut reconnaitre l'intérêt des deux acteurs et que ça soit appliqué ; il faut arrêter les complexes d'infériorité et de supériorité ; il faut que les agents de la médecine conventionnelle testent les médicaments des TPS et cherchent l'Autorisation de Mise sur le Marche, tout en considérant la part du TPS. Il faut que la référence soit dans les deux sens* ».

Un autre pense : [TPS 07] « *Il faut renforcer davantage la collaboration : que nous nous rencontrons pour se connaitre et échanger les idées. La santé du patient avant tout. Il faut que les agents de la médecine conventionnelle respectent les TPS : ceux qu'ils ne peuvent pas traiter, ils doivent nous les référer ces patients ; ce que nous ne pouvons pas traiter nous pouvons leur référer* ».

Une TPS a souligné : [TPS 08] « *Il y a de bons et de mauvais praticiens dans les deux côtés. Il faut que les agents de la médecine conventionnelle évitent de nous saboter et que nous nous regroupons pour collaborer ensemble et lutte contre les faux et mauvais praticiens* ». Elle a cité l'exemple suivant : « *Une voisine a accouché dans un Centre de Santé. Le lendemain ils m'ont amené chez elle et expliqué qu'elle a accouché la nuit et que depuis elle ne se sentait pas bien : elle saignait et elle avait de la douleur abdominale. Je les ai accompagnées dans le Centre de Santé pour leur dire de voir si tout le placenta avait été enlevé. Ils ont fait la révision utérine et ils ont trouvé des morceaux de placenta. Je suis allé voir l'agent en question : c'était une stagiaire qui avait accouché la voisine ; j'ai expliqué la situation et elle m'a dit : toi, qui tu es pour me dire ça ? J'ai expliqué que ma grand-mère était accoucheuse traditionnelle et que j'étais son assistante ; je n'ai pas voulu être accoucheuse seulement… Si tu ne m'écoutes pas, je vais aller voir ton chef qui me connait bien. Ainsi, elle s'est calmée* ».

Un autre exemple [TPS 18] « *Un ami m'a envoyé un malade qui s'évanouissait, j'ai demandé s'ils ont consulté dans un Centre de Santé, ils disent non. J'ai regardé le malade : j'ai vu que son évanouissement n'était pas dû à une maladie qui fait tomber. J'ai donné un traitement d'aller essayer ; malgré ça, il a continué de s'évanouir. J'ai demandé encore s'ils ont consulté dans un Centre de Santé, ils ont dit oui ; alors je les ai demandés de m'amener*

l'ordonnance, que je suis allé montrer à un ami pharmacien, qui m'a conseillé de demander au malade d'arrêter les médicaments pendant un mois et de voir. Depuis ce jour jusqu'à aujourd'hui il ne s'est plus évanoui. Peut-être que le médecin avait dit d'arrêter le produit pendant un moment donné, ou peut-être pas. Je veux dire que nous faisons des erreurs que ça soit des TPS, des agents de la médecine conventionnelle, ou des malades ».

Un TPS a dit : [TPS 08, 09] « *Que Dieu nous donne sabali ani mouyou* [la paix et la patience] *entre nous* ».

Huit TPS ont souligné [TPS 05, 08, 10, 14, 15, 17, 19, 20] « *Il faut que la référence des malades soit dans les deux sens, une collaboration parfaite dans les deux sens et une formation continue des deux sens, Il faut que les agents de la médecine conventionnelles arrêtent de saboter les TPS et leurs traitements et que le gouvernement nous considère et nous aide à améliorer nos travaux, nos lieux de travail et nos matériels de travail : en un mot nous équiper pour une meilleure collaboration* ». L'un d'entre eux a affirmé : [TPS 07] « *Les agents de santé sabotent les TPS trop, alors que la médecine conventionnelle est venue trouver que nos ancêtres se traitaient traditionnellement depuis des milliers d'années. S'il s'agissait des fausses ou des mauvaises médecines, cela trouverait que ça aurait disparu. C'est les blancs qui ont amené leurs médicaments et on dit que notre médecine était traditionnelle et la leur moderne* ».

Un autre a dit : [TPS 13, 14, 15] « *Depuis le temps du Président Moussa Traoré jusqu'à maintenant nous avons collaboré, mais nous n'avons pas reçu de l'aide, ni du gouvernement, ni des agents de la médecine conventionnelle, ni d'autre partenaire. En plus les agents sabotent les TPS et ils veulent qu'on collabore et qu'on donne nos recettes* ».

Un autre a posé un problème d'argent : [TPS 17] « *Je vois les pertes de revenus de la journée. Je laisse mon travail et je paie mes frais de transport pour aller à la réunion ; je passé toute la journée et à la fin je me trouve sans rien dans la poche* ».

Un TPS pense que la collaboration est la meilleure solution pour la lutte contre les maladies et pour une meilleure santé publique : [TPS 16] « *Nous et les agents de la médecine conventionnelle, nous avons les mêmes idées : la priorité est la santé des malades. Pour ça, il faut que nous échangions les idées, en combinant nos idées pour lutter contre les maladies. Mais si moi j'ai eu le traitement des hémorroïdes, je veux que tout le monde vienne chez moi à cause de l'argent. C'est l'argent qui à tout gâté. C'est ça l'erreur de l'Africain* ».

Un autre pense que les agents de la médecine conventionnelle font la collaboration seulement dans leurs intérêts : [TPS 17] « *Il faut qu'on soit clair entre nous, vous nous demandé de nous former, alors que c'est dans votre intérêt toujours. Vous nous demandé de vous envoyer les malades et jamais vous ne nous envoyé pas de malades* ».

[TPS 19] « *Il faut que nous collaborons ensemble : l'un ne peut aller sans l'autre. Ce sont les médicaments qui nous différencient ; si non, c'est pour un seul objectif : la santé des populations* ».

[TPS 20] « *Je veux que nous continuions la référence des malades, que les agents de la médecine conventionnelle nous informent de la suite et qu'ils nous réfèrent les malades eux aussi* ».

ANNEXES N°4 : **Fiche d'enquête**

Concernant les Agents de la Médecine Conventionnelle

1. Sexe : a. M b. F

2. Quelle est votre grade : …….

3. Collaborez-vous avec les tradipraticiens de santé ? /……../.

4. Comment est organisé cette Collaboration ?

……...

……...

……...

……...

5. Quels sont les avantages de cette collaboration ?

……...……

……...

……...

6. Quels sont les difficultés de cette collaboration ?

……...……

……...

……...

Si non, est ce envisageable ? /……/ Comment ? ……...

……..

7. Est-ce que vous recevez les patients de la Médecine Traditionnelle ?

a. Oui b. Non

Si oui pour quels types de maladie

……...

……...

8. Est-ce que vous référez les malades à un Tradipraticien de santé ?

a. Oui b. Non

Si oui pour quels types de pathologie

……...

……...

Si non pourquoi ?.....

9. De façon générale, que pensez-vous de la Médecine Traditionnelle ?

……

……

10. Faut-il articuler la médecine traditionnelle avec le système conventionnel ?

a. Oui b. Non

Pourquoi ?.....

11. Questionnez-vous vos patients sur un éventuel recours à la médecine traditionnelle ?

/……/

Quels sont les principales questions ?

……..

……...

12. Vos patients vous questionnent-ils sur la médecine traditionnelle ?

a. Oui b. Non

Si oui, quelles sont les principales interrogations ?

……...

13. Pourquoi selon vous les malades ont recours à la Médecine Traditionnelle ?

……...

……...

14. De façon générale, avez-vous noté une efficacité de la Médecine Traditionnelle.

……...

……...

Si oui, dans quel (s) pathologie (s) ?

……..

……...

15. Est-ce vous avez des connaissances en médecine traditionnelle reçues dans la famille ?

……...

……...

16. Seriez-vous intéressés par une information/formation sur la médecine traditionnelle ?

a. Oui b. Non c. Peut-être

17. Quel conseils vous nous dites pour une meilleure collaboration ?

……

…….....

……

…….....

……...

……...

……...

Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette étude, merci de me laisser votre adresse mail.

…….....

Notes :

……

……

……

……

……

……

Bamako, le : Fiche AMC n° :

Concernant les Tradipraticiens de santé

1. Nom : …….

2. Sexe : a. M b. F

Adresse : ……tel : …….

3. Niveau d'études :

a. Primaire b. Secondaire (collège, lycée) c. Supérieur (bac+)

d. Medersa e. Non scolarise

Alphabétisation : a. N'ko b. Arabe c. Bamanankan d. Non alphabétise

4. Enregistrez-vous vos patients ? /……/ Si oui, comment ?

……...……

5. Quelle est votre spécialité…….

Si généraliste, quels sont la majorité des maladies que vous traitez ?

……...

……...

……...

6. Exercez-vous une autre profession ? /……/ Si oui laquelle .....

7. Comment étiez-vous devenir thérapeute traditionnel ?

……...

……...

8. Quelles sont les méthodes traditionnelles que vous utilisez pour diagnostiquer la maladie ?

……...

……...

……...

9. Avec quoi traitez-vous vos patients ?

……...

……...

……...

10. Combien a duré votre apprentissage ?

……...

11. A quels moments vous avez été autorisé à exercer ?

……..

12. Collaborez-vous avec les agents de la Médecine Conventionnelle ? /……/

13. Comment est-elle organisé cette collaboration ?

……

……

……

……

14. Quels sont les avantages de cette collaboration ?

……

……

……

15. Est-ce qu'il y a des difficultés dans cette collaboration ?

……

……

……

16. Est-ce que vous avez recours à la médecine conventionnelle pour confirmer votre diagnostic de la maladie ?

a. Oui b. Non

Si oui pour quelle (s) maladie (s) ?

……

……

17. Est-ce que les agents de la Médecine Conventionnelle vous réfèrent les malades ? /……/

18. Est-ce que vous recevez des patients qui sont passé précédemment par la Médecine Conventionnelle ? /……/

Si oui pour quels types de maladies

……

19. Est-ce que les patients vous demandent si vous collaborer avec les agents de la Médecine Conventionnelle /……/

Autre :

…….....

20. Quel meilleur conseil vous nous dites pour une meilleure collaboration ?

……

……

……

……

……

……

Si vous souhaitez être informé des résultats de cette étude, merci de me laisser votre adresse mail et/ou no de téléphone.

…….....

Notes :

……

……..

……

……...

……...

Bamako, le : Fiche TPS n° :

ANNEXES N°5 : PARTENAIRES DU DMT

1. FEDERATION MALIENNE DES ASSOCIATIONS DES THERAPEUTES TRADITIONNELS ET HERBORISTES (FEMATH)

Responsable : Président de la FEMATH : M. MOHAMED FALL, Tél : (223) 76421817/66722879 ; e-mail : **mohamed00fall@yahoo.fr**;

Adresse : Fédération Malienne des Associations des Thérapeutes Traditionnels et Herboristes (FEMATH) Rue 11 porte 596 villas No : 80 Près de l'Etat civil secondaires de Médina Coura Email femathmali@gmail.comTéléphoneFax00 223 : 20- 21 -78 -46. 66 72-28 -79 /76 42 -18 23 Bamako.

Présentation : Fédération Malienne des Associations des Thérapeutes Traditionnels et Herboristes (FEMATH) : Créée le 16 mars 2002, reconnue sous le récépissé N°0562MATCL/DNI du 16 Août 2002) et l'état a doté la FEMATH d'un siège qui est à Médina-coura, Rue 11 porte 596 villas N° 80.

- La FEMATH compte (de Kayes à Kidal) de 145 associations et 10 850 membres actifs (environ plus de 20% de femmes).
- A Sikasso, Il y a plus de femmes et à Kidal les PMT sont des femmes.
- Il existe des domaines spécifiques des femmes : Accoucheuses, pédiatres traditionnelles et nombreuses sont des herboristes.

Bureau de La FEMATH comprend 28 personnes : (14 hommes et 14 femmes).

Budget alloué à la médecine traditionnelle :

- De 2002 à 2012 contribution financière du Ministère de la santé pour l'organisation la SIMTA, la somme de 304 770 000 FCFA (trois cent quatre million, sept cent soixante-dix mille) ;
- De 2013 à 2019, contribution financière du Ministère de la santé au fonctionnement de la FEMATH, la somme de 30 500 000 CFA (trente million cinq cent mille).

2. AIDE AU DEVELOPPEMENT DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE (AIDEMET ONG) MEMBRE DE GP/SP

Responsables :

Prof. Rokia SANOGO, PharmD, Ph.D. Pharmacognosie, Présidente

Dr Sergio Giani, Chargé des Programmes ; pharmacien de Santé Publique, Expert senior en valorisation des ressources de la Médecine Traditionnelle ;

ADRESSE : BP 9279 Badalabougou SEMA 1, rue 98, porte 280, Bamako-Mali ; Téléphone : (223)76131273/73510018 E-mail : aidemet@afribonemali.net. Site web :

www.aidemet.org

Présentation : Aide au Développement de la Médecine Traditionnelle (en abrégé *Aidemet*) est une organisation non gouvernementale à but non lucratif de recherche et développement, ayant comme objectif principal la valorisation des ressources de la médecine traditionnelle dans les domaines sanitaire, environnemental et socio-économique. Ses principaux domaines d'activités sont : la promotion de la médecine traditionnelle, par rapport à la santé, à la sauvegarde de la diversité biologique et à la promotion des savoirs locaux dans le développement durable, avec une attention particulière aux aspects de genre, à la participation communautaire, à l'utilisation des nouvelles technologies et à la mise au point de Médicaments Traditionnels Améliorés. *Aidemet* Ong est membre du Groupe Pivot Santé et Population, qui est la faitière des Ong de Santé du Mali.

Récépissé : N° 0330 du 11 avril 2003 de la Direction Nationale de l'Intérieur du Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales.

Accord cadre : avec le Gouvernement du Mali N° 001075/01810 du 23 septembre 2003 renouvelé le 09 juin 2009.

Publications d'AIDEMET ONG :

1. Rokia Sanogo, Sergio Giani, *Mali : Traditional Knowledge and the Reduction of Maternal and Infant Mortality*, IK Notes, World Bank, n° 62, November 2003
2. Rokia Sanogo, Sergio Giani, *Quels rôles pour les accoucheuses traditionnelles dans la politique de santé au Mali*, Bulletin du CREDOS, Bamako, juin 2004.
3. Rokia Sanogo, Sergio Giani, *La Guerre des femmes. Accoucheuses traditionnelles et promotion de la maternité à moindre risque*. 2009. EdimCo Mali, Bamako, 95p.
4. Rokia Sanogo, Brochure sur les MGF, Expériences et Réflexion, mars 2011.
5. Giani S., Sanogo R., *Médecines Traditionnelles et Développement Local : Méthodologies et Approches*, Universitas Forum, Vol. 2, N° 2, juillet 2011.
6. Sanogo R., Giani S., *Augmentation des revenus et empowerment des femmes par la valorisation des savoirs locaux sur les plantes. Le cas des femmes herboristes du District de Bamako au Mali*, Universitas Forum, Vol. 1, N° 3, février 2012.
7. Sergio Giani, Rokia Sanogo, Mamoutou Diarra : *Décentralisation et santé avec prise en compte des ressources de la Médecine traditionnelle*, EdimCo Mali, Bamako, 2013.

3. LA SOCIETE MALIENNE DE PHYTOTHERAPIE

Responsable : Pr Mamadou KOUMARE, Président

Contacts : Tél.: (223) 60 86 06 51/ (223) 76 81 20 81 _ Site web: www.smp.sante.gov.ml/

Email:koumarem@yahoo.fr

1. **Présentation**

Objectif :

Section Malienne de la Société Africaine de Phytothérapie (SAP), elle a été créée le 20 mars 1998 ; à but non lucratif et apolitique, avec les objectifs suivants :

- Aider à promouvoir et développer à coût abordable, l'utilisation rationnelle des plantes médicinales et des produits qui en sont dérivés pour une meilleure couverture sanitaire ;
- Aider à protéger l'environnement par une exploitation rationnelle des plantes médicinales et des écosystèmes qui les portent ;
- Contribuer au maintien de la diversité biologique par la protection et la conservation des populations d'espèces de plantes médicinales en voie de disparition ;
- Encourager et promouvoir au Mali et en Afrique les échanges d'expériences ainsi que la formation en matière de phytothérapie par l'utilisation de techniques simples ;
- Donner en cas de besoin et sur demande, des conseils à toute autorité, association ou société agissant dans le même but et ce, au niveau africain et international ;
- Contribuer à la collaboration entre '' médecine traditionnelle'' et ''médecine conventionnelle officielle''.

- **Centre d'intérêt**
  - Promotion de la médecine traditionnelle pour une meilleure qualité de vie communautaire ;
  - Appuis/conseils aux associations de tradipraticiens de santé ;
  - Protection et restauration de l'environnement ;
  - Formation à partir des savoirs médicaux locaux pour un développement durable ;
  - Echanges d'expériences et voyages d'études ethnobotaniques
- **Expériences**
  - Ateliers de formation en langue nationale bamanan et français depuis 1999 (rapports disponibles sous forme de fascicules) ;
  - Voyage d'études en pays Dogon avec l'Association Greenhealth Montpellier (France) en 2006 ;
  - Cultures d'espèces médicinales utilisées pour la consommation locale (4 ha disponibles) ;

- Éditions de livres de vulgarisation (2006 et 2008)

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : COUMARE

Prénom : Oumar

E-mail : coumare35@yahoo.com

Année de soutenance : 2021

Ville de soutenance : Bamako (République du Mali)

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS) de Bamako.

Secteur d'intérêt : Médecine Traditionnelle et Santé Publique

Titre de la Thèse : 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.

Résume :

But : Etudier l'état de la collaboration entre les acteurs de la Médecine Conventionnelle et les acteurs de la Médecine Traditionnelle en commune II.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive qualitative transversale de type CAP (Connaissances Attitudes et Pratiques), qui a été réalisée auprès des Agents de la Médecine Conventionnelle des structures sanitaires (CSRéf et CSCom) et des Tradipraticiens de santé membres de la FEMATH et exerçant dans la commune II du district de Bamako allant du 10 Août au 20 Novembre 2019.

Résultats : Au cours de cette étude 20 AMC (12 hommes et 8 femmes). Tous les AMC ayant participé à l'étude collaboraient avec les TPS basée sur la formation sur les pathologies, la référence des malades, organisation des visites auprès des TPS. Les avantages ont été surtout le renforcement de la surveillance épidémiologique et la référence rapide des patients. 55% des AMC ont évoqué des difficultés concernent le retard de recours, le manque de moyens financiers pour récompenser les TPS. Seulement 45% des AMC référaient les patients aux TPS pour certaines pathologies. Il existe une référence non formelle. Tous les AMC souhaitent une collaboration entre les deux systèmes. Ils ont noté une efficacité de la MT et

sont intéressés par une information et ou une formation sur la MT. Le coût et accessibilité représentaient 75% des motifs de recours des patients à la MT suivi des croyances culturelles à 35%.

Sur les 20 TPS (65% hommes et 35% femmes), les alphabétisés sont 75%, ils enregistrent leurs malades dans 75% et seulement 20% des TPS exercent une autre profession. La transmission familiale est la plus représenté avec 90% des cas. Tous les TPS ayant participé à l'étude collaborent avec les AMC notamment sur la formation sur les pathologies, la référence des malades, l'enregistrement des malades pour l'obtention de la carte la carte professionnelle. Les avantages de la collaboration sont entre autres le renforcement de capacités et la reconnaissance de leur rôle par l'état et ses partenaires. 45% des TPS recevaient des malades des AMC, sur la base de l'amitié ou de connaissance. 60% des TPS ont été demandées par les malades sur la collaboration avec les AMC. Les difficultés pour les TPS ont été la perte de journée sans revenue, l'absence de références par les AMC aux TPS et la non retro-information.

Conclusion : La collaboration et la référence rapide des malades, ont permis une meilleure prise en charge des pathologies surtout les cas de MADO, Une collaboration efficace est en faveur de la prévention et la prise en charge des pathologies fréquentes.

Mots clé : Collaboration, Tradipraticiens de santé, Acteurs, Médecine Conventionnelle, Commune II, Bamako.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et 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 politique 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 et reconnaissant 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 !!!