

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi



U.S.T.T-B

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE
BAMAKO (USTTB)**



**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE (FMOS)**

Année universitaire : 2021-2022

N°...../

THEME :

**IMPACT DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE
DANS LA PRISE EN CHARGE DES
PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES AU MALI.**

MEMOIRE

Présenté et soutenu publiquement le 30/03/ 2022 devant le jury de
la Faculté de Médecine et d'Odonto- Stomatologie de Bamako

Par Docteur TOGO Maïmouna

**Pour obtention du Diplôme d'Etude Spécialisées (D.E.S) en
Neurologie**

JURY :

PRESIDENT : Pr Cheick oumar GUINTO

MEMBRE : Dr Guida LANDOURE

CO-DIRECTEUR : Dr Seybou Hassane DIALLO

DIRECTEUR : Pr Youssoufa Mamoudou MAÏGA

DEDICACES

A ALLAH,

Le Tout Puissant, Le Très Miséricordieux qui dit : « Nulle divinité que LUI, le Connaisseur de l'invisible tous comme du visible; C'est à Lui toutes nos Louanges. »

Tu as fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Que Ta Volonté soit faite. Amen !

Au Prophète MOUHAMMAD (SAW) que la Paix et le Salut de DIEU soient sur Lui et tous les autres Prophètes.

Je dédie affectueusement ce travail :

A mon cher père, Feu Sékou Oumar TOGO

Cher père ce jour est la concrétisation de ce que tu avais amorcé depuis des années. Ton sens de l'honneur, de la patrie, et ton amour pour le travail bien fait m'ont permis de forger un chemin dans la vie. Tu as su créer en nous l'amour du travail bien fait. Tes infatigables conseils ont porté fruit.

Ta présence à chaque étape de notre vie, ta ferme volonté de nous voir réussir et ton grand soutien, font de toi un digne père sans pareil. J'aurais voulu te voir assise en ce jour solennel mais le tout puissant en a décidé autrement, qu'il t'accepte dans son paradis pour un repos éternel Amen

A ma chère Maman : Feue Halimata BARRO

Toi qui te souciais de ma réussite aux études. Tu as été pour moi une mère exemplaire, Tu as toujours donné le meilleur de toi pour le bonheur de toute la famille ; Tu as été pour nous le prototype même de la sincérité, de la dignité, de l'honneur, du respect de soi, et des autres, tu m'as donné tout ce qu'une fille peut espérer de sa maman. Pardonne-moi, s'il m'est arrivé un jour de te décevoir sans le savoir. J'aurais voulu te voir assise en ce jour solennel mais le tout puissant en a décidé autrement, qu'il t'accepte dans son paradis pour un repos éternel Amen.

A mon Mari : Dr Kaly KEÏTA

Cher époux merci pour l'encouragement, le respect et l'amour que tu m'as offert, je te dédie ce travail, qui n'aurait pas pu être achevé sans ton éternel soutien physique, moral, et financier. Tu es un modèle d'honnêteté, de loyauté, et de dignité. Je remercie le tout puissant de t'avoir pour époux. Que Dieu renforce notre union dans la santé et la longévité Amen

A mes deux enfants : Assétou KEÏTA et Ganda Kaly KEÏTA.

Je n'ai pas été là pour vous donner des câlins tous les jours mais sachez que je vous aime. Qu'ALLAH fasse que ce travail vous serve d'exemple.

A ma tante Mariatou SANGARE :

Je ne sais pas comment te remercier pour ton respect et ta disponibilité pour moi et notre famille, tu es la pierre angulaire, le maillon le plus fort de notre famille, tu as su nous mettre sur les rails en absence de notre mère, ce travail est aussi le tien, merci pour tout ce que tu as fait et que tu continues à faire pour moi et notre famille, Qu'ALLAH te donne une longue vie et de santé

A tante Kadiatou BARRO

Ta générosité et ton sens élevé de l'humanisme m'ont toujours marqué, reçois ici toute ma reconnaissance. Ce travail est le tien. Qu'ALLAH te donne une longue vie et de santé.

A mes grand- parents : Merci pour votre dévouement et sacrifice, que le tout puissant vous accepte dans son paradis

A mon petit frère : Feu Yacouba TOGO

Un jeune frère respectueux, courageux, travailleur ce travail est le tien.

Que le tout puissant t'accorde son paradis

A mes frères et sœurs :

Adama TOGO, Lassana TOGO, , Drissa TOGO, Fatoumata TOGO.

Merci pour le soutien constant et les conseils donnés. Je prie Dieu pour qu'il vous accorde santé, longue vie, bonheur dans vos foyers et toutes vos entreprises.

A mes Oncles et mes tantes :

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi depuis mon enfance. Je vous en serais éternellement reconnaissant.

A ma belle-famille : Vous avez énormément contribué à la réalisation de ce travail.

Votre sympathie et votre courtoisie ne m'ont pas fait défaut. Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A mes neveux et nièces :

Persévérance et courage dans vos études

A mes amis : Moise DEMBELE, Mahamadou DEMBELE, Bourema KONE, Garba GUINDO, Sirandou SISSOKO, Maimouna DIALLO, Fatoumata DIABY, Mahamadou SIDIBE, Moussa TRAORE, Mory COULIBALY, Astan KONE, Issa TRAORE

8ème Promotion du numerus clausus Feu Pr Moussa TRAORE

L'amitié n'a pas de prix. Mon amitié pour vous sera votre récompense. Vous qui avez été au début, pendant et à la fin de cette formation, jamais je ne trouverai les mots exacts pour vous exprimer tout mon amour, mon admiration et ma fierté. Trouvez ici l'expression de ma profonde affection.

REMERCIEMENTS

A mon pays le Mali qu'ALLAH le protège .

A tous mes maitres depuis l'école primaire jusqu'à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)

A mes encadreurs :

Professeur Cheik Oumar GUINTO

Professeur Youssoufa Mahamadou MAIGA

Professeur Madani Ouolèguèm

DR Seybou Hassane DIALLO

Dr Thomas COULIBALY,

Dr Guida LANDOURE,

Dr Adama SISSOKO

Dr Salimata DIALLO

Dr Dramane COULIBALY,

Dr Zoumana TRAORE,

Dr Zènèbou KONE,

Dr Toumani COULIBALY

Dr Samba DJIMDE

Dr Awa Coulibaly,

Dr Mariam Daou

Dr Saliou Mahamadou MAIGA,

Vos qualités humaines et votre franche collaboration m'ont beaucoup impressionné. J'avoue avoir reçu de vous un encadrement de taille, Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A Mes Aînés

Dr Adama M Koné, Dr Hassane B Diallo, , Dr Ibrahima Traoré, Dr Aboubacar Keïta, Dr Goïta S, ,Dr Cheick SAO, Dr Ousmane DICKO, Dr Charle COULIBALY, Dr Mahamadou SACKO merci pour vos conseils indéfectibles, recevez ici toute ma reconnaissance.

A mes collègues : Dr Kankou TRAORE, Dr Christel FALLONE, Dr Issa BAGAYOKO, Dr Abdoulaye YALCOUYE, Dr Abdoulaye TAMEGA, Dr Christelle MELOM, Dr Hamidou BAGAYOKO

Merci pour votre France collaboration à tous je vous souhaite une bonne carrière

A mes cadets de la Neurologie:

Bon courage et bonne abnégation. Merci pour votre disponibilité et votre respect.

A Mme Bakayoko et Fatoumata DIARRA

J'ai toujours été impressionné par votre bonté, votre sincérité et surtout votre abord facile. C'est l'occasion pour moi de vous donner ici et de vous réitérer ma profonde reconnaissance. Bonne chance à vous et à votre famille que le bon Dieu vous donne longue vie ; Ce travail est le vôtre.

Au corps professoral de la FMOS:

Ce travail est le résultat de votre enseignement de qualité. Je ne cesserai de vous remercier.

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

**HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY
A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

Professeur Cheick Oumar GUINTO

- **Professeur titulaire de Neurologie à la FMOS**
- **Ancien chef du service de Neurologie du CHU Point G**
- **Ancien coordinateur du DES de Neurologie**
- **Vice président de la ligue Malienne contre l'épilepsie**
- **Président de la Société de Neurologie du Mali**
- **Membre fondateur de la Société Malienne de Neurosciences**
- **Membre de la Société Africaine de Neurosciences**
- **Membre du consortium Human Heredity and Health in Africa**

Cher Maître,

Nous avons été émus par votre disponibilité, votre exactitude scientifique, vos qualités humaines et pédagogiques qui font de vous un modèle à suivre. Merci de nous avoir acceptés parmi vos élèves d'abord en président notre thèse pour le diplôme de docteur en médecine puis aujourd'hui notre mémoire pour le diplôme d'études spécialisées de Neurologie, plus qu'un maître vous avez su être un père pour nous. Vous êtes un modèle de maître que tout élève aspirerait avoir. Merci pour la confiance que vous avez placée en nous. Soyez rassuré, cher maître de notre entière disponibilité et de notre profonde gratitude.

Puisse Allah vous aider à accomplir vos projets et vous prêter une longévité, une bonne santé pour que d'autres aussi bénéficient de vos enseignements « Amin »

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Guida LANDOURE

- **Spécialiste en Neuro génétique (MD, PhD)**
- **Praticien hospitalier au CHU du Point G**
- **Maitre-assistant à la FMOS**
- **Investigateur principal de l'étude sur les pathologies neurologiques Héréditaires au Mali**
- **Secrétaire général de la Société Malienne de Génétique Humaine**
- **Membre de la Société Malienne de Neurosciences**
- **Membre de la Société Africaine de Génétique Humaine**
- **Membre de la Société Américaine de Génétique Humaine**
- **Membre du consortium Human Hereditary and Health in Africa (H3Africa).**

Cher Maître,

Vous nous avez toujours manifesté un attachement et une sympathie auxquels nous n'avons jamais su répondre en totalité. Votre humilité, votre générosité, votre passion pour le travail bien fait, pour la recherche, pour la neurologie et tout simplement pour la neurogénétique font de vous un chercheur modèle. Nous avons été également impressionnés par votre modestie et votre croyance en Dieu. Votre dynamisme, votre esprit d'équipe, votre attachement à la recherche scientifique et la transmission de vos connaissances ont construit autour de vous l'estime et l'admiration de tous.

Cher maître, veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance. Puisse Allah vous aider à accomplir vos projets et vous prêter une longévité, une bonne santé pour que d'autres aussi bénéficient de vos enseignements « Amin »

A NOTRE MAITRE ET CO- DIRECTEUR

Docteur DIALLO Seybou Hassane

- **Neurologue**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Maitre-assistant à la faculté de médecine et d'odonto stomatologie (FMOS)**
- **Membre de la société de neurologie du Mali**
- **Membre de la ligue malienne de lutte contre l'épilepsie**
- **Membre de la société de neurologie Ivoirienne**
- **Membre du consortium Human Hereditary and Health in Africa (H3Africa)**
- **Membre de la société européenne et africaine de génétique humaine**
- **Titulaire d'un DIU de céphalée et migraine de l'université de Paris VII.**

Cher Maître,

Nous sommes très reconnaissants pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail. Votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité et vos immenses qualités humaines nous ont particulièrement séduits.

Cher maître, veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance. Puisse Allah vous aider à accomplir vos projets et vous prêter une longévité, une bonne santé pour que d'autres aussi bénéficient de vos enseignements « Amin »

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE MEMOIRE

Professeur Youssoufa Mamadou MAIGA

- **Neurologue ; Neurobiologiste**
- **Professeur titulaire de Neurologie du CAMES (FMOS/USTTB)**
- **Titulaire d'un doctorat d'université (PhD) en Neurosciences et Médecine de Douleur de l'université de Nantes**
- **Formateur à l'académie Européenne de l'Epilepsie (EUREPA)**
- **Titulaire d'un diplôme de pédagogie et de communication Médicale**
- **Membre de la société Africaine de Neurosciences (PAANS)**
- **Secrétaire général de la ligue Malienne contre l'épilepsie (LMCE)**
- **Membre de la société Française de Neurologie**
- **Chef de service de Neurologie du CHU Gabriel TOURE**
- **Secrétaire général de la Société Malienne de Neurologie**
- **Membre de l'académie des 1000 de la Ligue de Lutte contre l'épilepsie**

Cher maître,

Merci pour tout l'enseignement et l'encadrement reçu de vous et pour tous les conseils que vous nous avez donnés dans la quête de notre amélioration plus qu'un maître vous avez su être un père pour nous. Vos qualités humaines et pédagogiques font de vous un enseignant respecté et respectable de tous. Votre leadership et vos combats de tous les jours particulièrement pour la cause des étudiants en DES de Neurologie nous ont affecté à juste titre. Puisse Allah vous aider à accomplir vos projets et vous prêter une longévité, une bonne santé pour que d'autres aussi bénéficient de vos enseignements « Amin ».

LISTE DES ABREVIATIONS

ASS : Afrique Sub Saharienne

AVC : Accident Vasculaire Cérébrale

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CHU : Centre Hospitalier- Universitaire

CIM 11 : Classification Internationale des Maladies version 11

ENI : Ecole Normal d'Ingénieurs

MCA : Médecine Complémentaire et Alternative

MC : Médecine Complémentaire

MT : Médecine Traditionnelle

MTA : Médecine Traditionnelle Amélioré

MTC : Médecine Traditionnelle Chinoise

NMO : Neuromyéélite Optique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PN : Pathologie Neurologique

PMT : Praticiens de la Médecine Traditionnelle

SEP : Sclérose En Plaque

SN : Système Nerveux

SNC : Système Nerveux Central

SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti

TMS : Trouble neuromusculo- Squelettique

TPS : Tradipraticien de Santé

Table des matières

1. INTRODUCTION	1
2. OBJECTIFS	3
2.1 Objectif général :	3
2.2 Objectifs spécifiques :	3
3. GÉNÉRALITÉS	4
3.1. MÉDECINE TRADITIONNELLE	4
3.1.1. Définitions	4
3.1.2. Origines du savoir médical traditionnel [23].....	5
3.1.3. Modes d'acquisition des savoirs traditionnels [24].....	7
3.1.4. Praticiens de la Médecine Traditionnelle (PMT) ou Tradipraticiens de santé (TPS) [25]	7
3.1.5. Concept de médecine intégrative	10
3.1.6. Médecines traditionnelles au Mali	10
3.2. Méthodes entretenant un lien étroit avec le système de soins conventionnel ?	12
3.2.1. Acupuncture	12
3.2.2. Ostéopathie [40]	13
3.2.3. Chiropraxie [41]	14
3.2.4. Homéopathie	16
3.3. Pathologies neurologiques :	18
4. METHODOLOGIE	19
4.1. Lieu et cadre d'étude :	19
4.2. Type, population et durée d'étude :	19
4.3. Echantillonnage :	19
4.4. Taille de l'échantillon	19
4.5. Méthode d'étude	20
4.6. Critères d'inclusions et de non inclusions	21
4.6.1. Critères d'inclusion :	21
4.6.2. Critères de non inclusion :	21
4.7. Procédure de collecte des données :	21
4.8. Saisie et analyse des données.....	21
4.9. Considération éthiques.....	22
5. RESULTATS	23
5.1. Etude descriptive.....	23
5.2. Etude analytique.....	36

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION : 39

6.1. Critique de l'étude..... 39

6.1.1. Sur les modalités de l'enquête..... 39

6.2. Données sociodémographique : 39

6.3. Pathologies neurologique : 40

6.4. Recours à la médecine traditionnelle : 40

CONCLUSION : 41

RECOMMANDATIONS : 42

RÉFÉRENCES 43

FICHE D'ENQUETE 49

Fiche signalétique : 52

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau I: Répartition des patients selon le sexe.....	23
Tableau II: Répartition des patients selon la tranche d'âge.....	24
Tableau III: Répartition des patients en fonctions du statut matrimonial.....	24
Tableau IV: Répartition des patients en fonction de la profession.....	25
Tableau V: Répartition des patients selon le niveau d'instruction.	25
Tableau VI: Répartition des patients en fonction du revenu	26
Tableau VII: Répartition des patients selon l'ethnie	26
Tableau VIII: Répartition des patients selon la résidence	27
Tableau IX: Répartition des patients en fonction de la religion	27
Tableau X: Répartition des patients selon leur connaissance de la médecine traditionnelle.....	27
Tableau XI: Répartition des patients selon le recours à la médecine traditionnelle.....	28
Tableau XII: Répartition des patients en fonction de la durée d'évolution de la maladie	28
Tableau XIII: Répartition des patients en fonction du temps écoulé avant la première consultation en Neurologie.	29
Tableau XIV: Répartition des patients selon les modalités de recours à la médecine traditionnelle	31
Tableau XV: Répartition des patients selon les croyances vis à vis de la médecine traditionnelle	32
Tableau XVI: Répartition des patients selon les causes supposées de la maladie	32
Tableau XVII: Répartition des patients selon le coût estimatif des soins en médecine traditionnelle	33
Tableau XVIII: Répartition des patients selon le type de soins reçut en médecine traditionnelle ..	33
Tableau XIX: Répartition des patients selon le type de tradithérapeute	34
Tableau XX: Répartition des patients selon les évènements indésirable lié à l'usage de la médecine traditionnelle.....	34
Tableau XXI: Répartition des patients selon le temps de suivi en médecine traditionnelle	35
Tableau XXII: Répartition des patients selon la place de la médecine traditionnelle dans l'arsenal thérapeutique.	35
Tableau XXIII: Répartition des patients selon les pathologies neurologiques et patients ayant recours à la médecine traditionnelle	36
Tableau XXIV: Répartition des patients selon les pathologies neurologiques et le type de soins reçu en médecine traditionnelle	37
Tableau XXV: répartition des patients selon les modalités thérapeutiques (Médecine traditionnelle versus médecine conventionnelle).....	37
Tableau XXVI: Avis sur l'efficacité comparée des deux médecines selon les patients.....	38

Figure 1: Eléments généraux de caractérisation des pratiques traditionnelles.	8
Figure 2: Répartition des patients selon le mode d'admission	23
Figure 3 : Répartition des patients selon la pathologie neurologique qui l'amène en consultation ou motive l'hospitalisation	30
Figure 4: Répartition des patients admis dans le service qui ont eu recours à la médecine traditionnelle.....	31

1. INTRODUCTION

Selon l'OMS, la médecine traditionnelle est « la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent, rationnellement ou non, sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales. Dans certains pays, les appellations médecine parallèle, alternative ou douce sont synonymes de médecine traditionnelle » [1]. Différentes terminologies s'en sont développées autour selon les contrées. Dans les pays où le système de soins de santé dominant est basé sur la médecine "occidentale" moderne ou dans lesquels la médecine traditionnelle n'a pas été intégrée au système national de soins de santé, la médecine traditionnelle est souvent qualifiée de médecine "complémentaire", "alternative" ou "non conventionnelle" (MCA) [2]. Quant à la médecine intégrative, elle est utilisée pour désigner le recours simultané à la médecine conventionnelle et aux médecines alternatives (non conventionnelles) dans le suivi d'un patient [3].

Pourtant, en Afrique depuis l'aube des temps, la médecine traditionnelle constitue l'offre de premiers recours en matière de soins. Même encore de nos jours, environ 80 % de la population vivant dans la région africaine dépendent de la médecine traditionnelle pour leurs besoins en matière de soins de santé [4, 5]. Le pourcentage de la population ayant eu recours au moins une fois aux médecines complémentaires et alternatives est de 48% en Australie, 70% au Canada, 70% aux Etats-Unis, 40% en Belgique et 49% en France [6]. En outre, dans le service de neurologie, le taux de recours à la médecine traditionnelle varie en fonction du type de pathologies neurologiques. En effet, au Nigéria, 47,6% des patients épileptiques ont eu recours à la médecine traditionnelle seule [7], au Mali 75% patients céphalalgiques [8] et 32,3% des patients atteints de lombalgie [9].

A noter que les types de médecine traditionnelle sont grandement variés selon les régions géographiques. Leurs indications en neurologie sont également nombreuses et diverses. En effet, en Arabie Saoudite, le verset Coranique (28,95%), la boisson de zamzam (28,29%) et le miel (28,29%) étaient les types de médecines traditionnelles les plus utilisées contre l'accident vasculaire ischémique [10]. En outre, Tai chi dans la fibromyalgie et la maladie de Parkinson [11, 12], acupuncture dans l'accident vasculaire cérébral [13], etc.

Cependant, au Nigeria, les plantes médicinales à boire (65,0%), le jeûne et la prière (34,3%) étaient les principaux types de médecine traditionnelle dans la prise en charge de l'épilepsie [7].

Au Mali, une étude menée en 2017 auprès des tradithérapeutes portant sur la céphalée notait la phytothérapie comme type de médecine traditionnelles dans 85,45% des cas [8]. Dans l'étude de GOITA en 2019, les types de médecines traditionnelles les plus retrouvés étaient le massage

(33,3%) et la phytothérapie (21,7%), et les pathologies neurologiques les plus retrouvées étaient la lombalgie et l'épilepsie avec respectivement 32,3% et 21,5% [9].

Partant de ce constat, OMS a élaboré une stratégie régionale pour la promotion de la médecine traditionnelle validée par les Chefs d'Etats africains à Lusaca (Zambie). Cette volonté politique a permis la création des instituts de recherche sur la médecine traditionnelle dans 36 pays africains dont le Mali [14].

Ce présent travail s'inscrit dans cette dynamique entamée dans le service depuis 2012 dans le cadre du développement de la médecine traditionnelle au Mali, qui est devenue un sujet d'actualité et un enjeu de développement mondial. Bien que quelques études aient été réalisées dans le service portant sur la médecine traditionnelle, nos données demeurent parcellaires. Le but de notre travail sera d'enrichir les données du service sur les pathologies neurologiques et médecine traditionnelle avec focus sur les différents types de médecines traditionnelles utilisées, les facteurs y influençant le recours et les évènements indésirables y résultant de leurs usages.

2. OBJECTIFS

2.1 Objectif général :

Evaluer les aspects épidémiologiques et les facteurs influençant le recours aux médecines traditionnelles chez les patients atteints de pathologies neurologiques dans notre contexte.

2.2 Objectifs spécifiques :

- Décrire les aspects sociodémographiques des patients atteints de pathologie neurologique qui ont recours à la médecine traditionnelle au CHU Gabriel Touré ;
- Déterminer le profil clinique des patients vus en neurologie et qui ont recours à la médecine traditionnelle.
- Identifier les facteurs influençant le recours à la médecine traditionnelle chez les patients atteints des pathologies neurologiques.

3. GÉNÉRALITÉS

3.1. MÉDECINE TRADITIONNELLE

3.1.1. Définitions

□ **Médecine :**

La médecine est « l'ensemble des connaissances scientifiques et des moyens de tout ordre mis en œuvre pour la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies, blessures ou infirmités ». Les systèmes de santé comprennent « toutes les organisations, les personnes et les mesures qui tendent essentiellement à promouvoir, rétablir ou maintenir la santé » [15]

□ **Médecine traditionnelle :**

La médecine traditionnelle est la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales.

Dans les pays industrialisés, différentes terminologies sont utilisées pour parler des médecines traditionnelles : « complémentaire », « alternative », « non conventionnelle » ou encore « parallèle » [16].

□ **Médecine complémentaire :**

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 [16]

□ **Médecine traditionnelle et complémentaire (MT/MC) :**

La MT/MC fusionne les termes de MT et de MC, englobant les produits, pratiques et praticiens de chaque médecine [16].

□ **Pharmacopée traditionnelle [17]**

Répertoire de l'ensemble des substances végétales, animale et minérales employées dans une communauté humaine pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre du bien-être physique, mental, social et spirituel.

□ **Collaboration :**

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

En pratique, l'adjectif « traditionnel » est plus souvent utilisé pour caractériser ces pratiques dans les pays en voie de développement, renvoyant à un savoir ancestral et donc d'une certaine façon à un ancrage dans le passé, en opposition à une médecine « moderne ». Dans les pays du Nord, en revanche, on utilise plus facilement les adjectifs « complémentaires et alternatifs » pour désigner cet ensemble de thérapies. Inscrites dans une dynamique actuelle évolutive et résolument moderne car « parallèles » à la biomédecine, elles sont également plurielles alors qu'au Sud, elles se confondent. Généralisation et emploi du singulier ne sont pas anodins : ils renvoient à une vision colonialiste qui qualifiait les sociétés africaines de l'époque précoloniale de « sociétés traditionnelles » [18,19].

Éric et Didier Fassin écrivent à ce propos que l'unicité de ces médecines ne se situe pas tellement dans une démarche ou une vision commune mais se retrouve dans le « déni de reconnaissance » opposé pendant des décennies par les Etats et facultés de médecine [20].

Stéphanie Ayers et Jennie Kronenfeld se sont intéressées à cette pluralité des médecines complémentaires et alternatives (MCA). En recensant les différentes pratiques (ou « écoles ») existantes aux Etats-Unis, elles proposent de classer les MCA en quatre catégories [21] listées ci-dessous. Ce classement est tout à fait discutable puisqu'il sépare certains actes thérapeutiques (acupuncture par exemple) de leur système nosologique de « pensée médicale » :

1. « Médecines du corps et de l'esprit », basées sur la méditation, la relaxation et la respiration.
2. « Systèmes de pensée médicale alternatifs » qui incluent notamment la médecine ayurvédique, la naturopathie, l'homéopathie, les « médecines populaires ».
3. « Prières » personnelles, pour autrui, réalisées seul ou en groupe et rituels de guérison.
4. « Manipulations du corps » (acupuncture, chiropraxie et techniques de massage).

Cette pluralité des médecines, pratiques et thérapeutiques peut être transposée au continent africain. Jean-Pierre Dozon et Nicole Sindzingre défendent que ce que l'on classe sous le terme de « médecine traditionnelle » en Afrique subsaharienne est « très divers et interdit tout discours généralisant ». Néanmoins, ces auteurs dégagent trois composantes communes [22]:

1. Une composante mécanistique, faisant référence à une connaissance empirique du corps humain, des maladies et remèdes, s'appuyant entre autres sur des savoirs botaniques.
2. Une composante sociétale, traduisant les règles sociales du groupe dans lequel s'exerce ces pratiques (relations hommes-femmes, riches-pauvres, etc...).
3. Une composante surnaturelle, intégrant les croyances et rituels locaux.

3.1.2. Origines du savoir médical traditionnel [23]

Les documents de l'antiquité sur les civilisations mésopotamiennes et de l'Égypte pharaonique attestent de l'existence manifeste des fondements d'une véritable médecine scientifique. Les connaissances qui figurent sur les documents écrits découverts par les archéologues auraient été

révélées aux hommes par des dieux ou par des personnages légendaires dépêchés par eux, demi-dieux ou prophètes, les transmissions se produisant au travers de rêves ou de trances extatiques. Ainsi donc, l'origine du savoir médical traditionnel et les acteurs de cette médecine impliquent des révélations venant du monde des esprits. Cette perception des choses se confirme parfaitement dans nos sociétés africaines traditionnelles.

Pour les hommes de ces époques antiques, l'univers est un tout intégré composé d'un monde visible et d'un monde invisible. L'harmonie et l'ordre règnent dans cet univers régi par des lois, des règles de vie possédant un statut d'inviolabilité.

Leur transgression par l'homme appelle ipso facto une sanction qui est la maladie sous toutes ses formes. Il faut donc absolument respecter l'ordre naturel des choses.

Le caractère rigoureux d'une telle discipline qui, à la pratique, s'avère difficile à respecter de façon stricte compte tenu de la faiblesse de la nature humaine a créé le besoin d'un recours à des hommes spéciaux. Ceux-ci sont censés avoir le don d'entrer en communion avec les esprits et les dieux qui régulent le fonctionnement normal de l'univers. Ce sont des prêtres-médecins, des voyants, des incantateurs à eux même de diagnostiquer l'origine surnaturelle d'un trouble pathologique, d'intercéder favorablement auprès du dieu irrité par le comportement de l'humain et de réparer par des procédures appropriées le mal occasionné par le coupable. Ces prêtres-médecins élus des dieux ou des esprits ont le pouvoir de neutraliser les sorciers ou esprits humains mauvais qui, pour des raisons diverses, attentent à la vie des autres. Ils psalmodient des formules magiques en même temps qu'ils administrent les remèdes. Les plantes étaient au centre de leurs pratiques thérapeutiques dans leur dimension physique. Aussi en usaient-ils après l'opération de réparation du mal ou la neutralisation de l'esprit malfaisant, pour soulager ou guérir le malade.

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

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

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

3.1.3. Modes d'acquisition des savoirs traditionnels [24]

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

- par la famille : père à fils, mère à fille ;
- par les relations d'alliance : belle-mère, beau-père, beau-frère, belle-soeur, mari, coépouse, etc. ;
- par apprentissage de plusieurs années auprès de guérisseurs compétents, en dehors du cercle familial ;
- par l'achat d'une recette jugée efficace après le traitement d'une affection donnée ;
- par la promotion de personnes prédisposées dans des écoles de tradipraticiens (TP) de santé (cinq centres existent en Côte d'Ivoire), dans des instituts de formation de médecine naturelle à l'étranger ;
- par le pouvoir inné, dans ce cas la transmission se fait par les esprits (initiation, choix mystique) ;
- par révélation, après un rêve ;
- certains TP ont acquis leur savoir au terme d'un long périple à la recherche d'un remède contre une affection dont ils ont souffert eux-mêmes pendant plusieurs années ;
- par auto-apprentissage dans des livres, par des recherches personnelles.

3.1.4. Praticiens de la Médecine Traditionnelle (PMT) ou Tradipraticiens de santé (TPS) [25]

Le 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.

Il existerait donc une pluralité de pratiques au sein de la région ouest-africaine pouvant être regroupées dans cinq grandes catégories :

1. Pratiques basées sur l'utilisation de la divination. On retrouve ici les « devins guérisseurs » [26], « ritualistes », « devins », « spiritistes », « voyants », « occultistes », « féticheurs », « prêtres », « marabouts » [27].
2. Pratiques basées sur l'utilisation de la phytothérapie. On peut citer les « herboristes » [26], les « phytothérapeutes » [28].
3. Pratiques basées sur la prescription de règles hygiéno-diététiques. C'est dans cette catégorie que l'on peut classer entre autres les « naturothérapeutes » [27].
4. Pratiques basées sur la manipulation du corps. On inclue ici les « masseurs » [26] et autres « spécialistes des thérapies manuelles » [27].

5. Pratiques basées sur le surnaturel, utilisant des incantations, talismans et rituels. Cette dernière catégorie regroupe les « medium-prophètes », « sorciers-guérisseurs » [26]. Notons que les « sorciers » n'ont pas toujours bonne réputation et seraient connus pour utiliser parfois leurs « dons » à mauvais escient [28].

Il convient de préciser que cette classification a simplement pour objectif de dégager des grandes lignes communes entre certaines pratiques. L'exercice du tradipraticien n'est pas figé et emprunte généralement des éléments à plusieurs de ces différentes catégories. Par exemple, un tradipraticien pourra utiliser la divination pour confirmer un diagnostic établi à la suite d'un entretien avec son patient, puis utiliser des rituels et incantations avant de délivrer une préparation de phytothérapie assortie de règles hygiéno-diététiques [29,30]. Néanmoins, ces cinq (ou quatre si l'on inclue l'usage de la divination dans les pratiques basées sur le surnaturel) nous serviront de base pour analyser le rôle de ces guérisseurs aux multiples facettes. La Figure 6 synthétise cette caractérisation de l'activité des tradipraticiens.

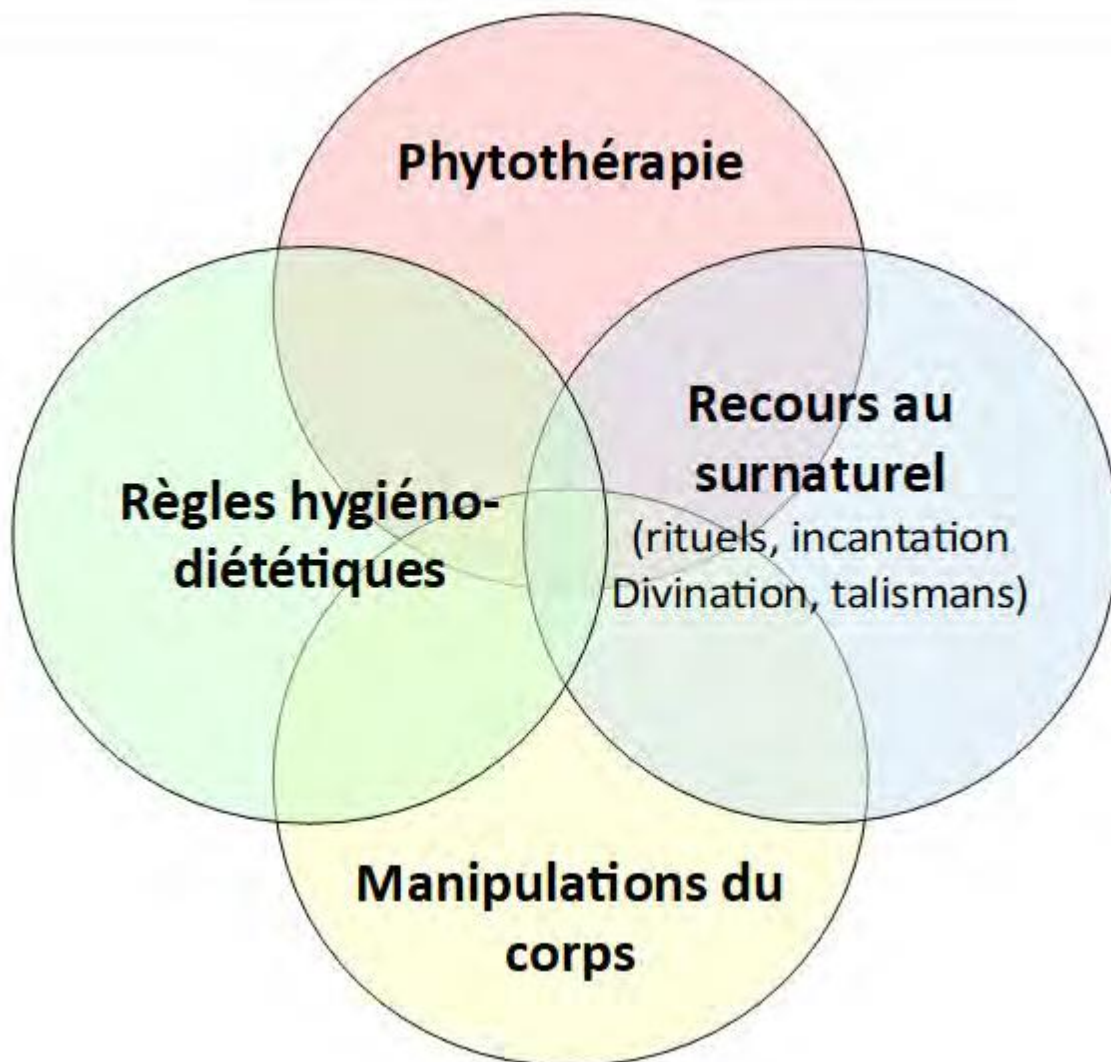


Figure 1: *Eléments généraux de caractérisation des pratiques traditionnelles.*

- **Les phytothérapeutes**

Ils utilisent uniquement les vertus préventives et curatives des plantes pour soigner les maladies. Ils sont nombreux en milieu rural et l'on peut même affirmer que dans les familles africaines, les grands-mères ont la connaissance des plantes qui guérissent les maladies de leur progéniture.

- **Les psychothérapeutes**

Leurs techniques sont basées sur le vécu socioculturel du malade et sur la relation entre le TP et le malade. Ils utilisent la puissance du verbe et les incantations. Ils peuvent provoquer des chocs psychologiques libérateurs dans le mental du malade afin de rétablir l'harmonie et la santé du corps et de l'esprit.

- **Les naturothérapeutes**

Il s'agit d'une catégorie de spécialistes disposant de méthodes basées sur l'hygiène, la nutrition, le régime alimentaire et le choix approprié des aliments en fonction de l'état de santé. En fait ces spécialistes se rencontrent beaucoup plus dans les pays du Nord où la formation est assurée sur des données scientifiques. Leur présence en Afrique est récente.

- **Les spécialistes des thérapies manuelles**

Ils donnent des soins avec les mains nues ou armées d'instruments spécifiques. Ce sont des spécialistes des massages et des manipulations du corps visant à guérir les parties malades.

- **Les spiritualistes**

Dans ce groupe on identifie des acteurs spéciaux des troubles humains ; certains ont la faculté de poser le diagnostic métaphysique des affections, ils sont des ritualistes, des devins, des spiritistes, des voyants, des occultistes et des féticheurs. D'autres se distinguent de ce groupe en ce sens qu'ils ont recours uniquement à des prières pour le rétablissement de la santé du malade ; on y trouve les religieux (prêtres, prophètes et marabouts). Enfin les sorciers, cités à tort parmi les TP de santé, sont des êtres humains doués de puissance surnaturelle qui agissent dans le sens de la nuisance de leurs semblables, mus par un instinct de jalousie, de méchanceté et de cruauté.

- **Les herboristes**

Ils connaissent les usages des substances médicinales d'origine essentiellement végétale et assurent leur vente à ceux qui en ont besoin.

- **Les médico-droguistes**

Ils connaissent les usages des substances médicinales d'origine végétale, animale et minérale, et en assurent la vente à ceux qui les recherchent. On peut y classer les vendeuses(rs) de médicaments traditionnels sur les marchés.

- **Les accoucheuses traditionnelles**

Elles procèdent aux accouchements, et prodiguent à la mère et au bébé, des soins traditionnels qui sont reconnus et en vigueur dans leur collectivité.

- **Les guérisseurs**

Ce sont des thérapeutes traditionnels qui traitent par des méthodes extra-médicales. Ils sont capables de diagnostiquer les affections et de prescrire les plantes médicinales appropriées.

Ils acquièrent leur pouvoir par initiation et par transmission.

- **Les rebouteux**

Ils guérissent par des procédés empiriques les luxations, les fractures, les entorses et les douleurs articulaires.

3.1.5. Concept de médecine intégrative

Afin de mieux cerner les contours de cette politique « d'intégration » des médecines traditionnelles dans les systèmes de santé, il convient de s'intéresser à la façon dont l'OMS classe les grands types d'interactions pouvant exister entre biomédecine et pratiques traditionnelles. Au début des années 80, quatre types de système de soins de santé sont recensés : les systèmes exclusifs, tolérants, inclusifs et intégratifs [31]. La classe « systèmes exclusifs » a depuis disparu des positionnements de l'OMS, probablement en raison de l'ouverture des états à d'autres modèles médicaux, et une reconnaissance progressive d'autres types de médecine [32].

Les systèmes exclusifs sont mono-centrés sur la pratique de la biomédecine, seule forme de soin officiellement reconnue. Des sanctions sont prononcées contre toute personne prodiguant des soins en dehors de ce modèle. En 1983, ce système est appliqué notamment en France et en Belgique mais également dans une grande majorité de leurs anciennes colonies [31].

Les systèmes dits « tolérants » basent l'intégralité de leurs systèmes de santé sur l'allopathie, mais tolèrent, via l'appareil législatif, certaines pratiques relevant de la médecine traditionnelle [32].

Les systèmes intégratifs reconnaissent et promeuvent les pratiques traditionnelles à tous les niveaux de leur système de soins de santé, de la formation à leur disponibilité dans les structures de soins publiques en passant par leur remboursement par la couverture sociale. C'est ce type de système qui est utilisé comme référence par l'OMS. A l'aube du 21^{ème} siècle, il est en application uniquement en Chine, au Vietnam et en République de Corée [32].

Entre tolérance et intégration, on retrouve la catégorie des systèmes « inclusifs » qui reconnaissent les pratiques mais ne les intègre pas à l'ensemble des aspects des soins de santé. On retrouve classés ici certains pays développés comme les Etats-Unis ou le Canada, qui font des efforts pour intégrer les pratiques et vérifier l'innocuité, la sécurité et l'efficacité des pratiques traditionnelles sans inclure leur enseignement à un niveau universitaire. On retrouve également des pays tels que le Mali, le Nigéria ou la Guinée Equatoriale [32].

3.1.6. Médecines traditionnelles au Mali

Le gouvernement Malien n'aura pas attendu les directives internationales pour s'engager en matière de médecines traditionnelles. Dès 1968, le service portant aujourd'hui le nom de «

département de médecine traditionnelle » est créé. Rattaché au ministère de la santé, son objectif général est de mettre à disposition des populations maliennes des médicaments efficaces, sûrs d'utilisation et accessibles, fabriqués à partir de la flore locale [33]. Pour l'atteindre, les missions du département sont les suivantes :

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

De plus, dès 1979, le département développe un pôle de recherche, développement et production de médicaments traditionnels améliorés (MTA). Le dynamisme du département en la matière conduira le gouvernement malien à inclure des MTA sur la liste des médicaments essentiels dès 1990, avec une distribution dans les officines du pays [34]. Malgré l'engouement national pour valoriser ces savoirs médicaux, il faut attendre les années 90 pour qu'une législation claire vienne encadrer les pratiques. Au mois d'août 1994, un premier décret (Décret n°94/282/P-RM) vient poser un premier cadre autour des centres de médecines traditionnelles privés et des herboristeries. Ce texte autorise également la vente de plantes médicinales en pharmacies [35].

Au mois de janvier 1995, un second décret (Décret n°95/009/P-RM) précise la procédure nécessaire au dépôt de dossier d'AMM au ministère de la santé, détaillant de ce fait les conditions nécessaires à l'enregistrement de « médicaments traditionnels ». Au mois de juin de cette même année, le décret n°95/1319/MSS-PA/SG détaille le cadre juridique autorisant l'ouverture des « structures de médecines traditionnelles privées ». Ainsi, l'ouverture de ces centres ne peut être effectué que par un tradipraticien agréé par le gouvernement et adhérent d'une association reconnue. Le statut d'herboriste est légalement défini : les personnes désirant être considérées comme tel doivent recevoir une formation émanant de l'institut polytechnique de Katibougou, de l'école normale supérieure (ou équivalent). De plus, la production industrielle de « médicaments traditionnels » doit être supervisée par un pharmacien, chimiste ou biologiste [35].

Enfin, en 2009, le gouvernement malien crée (par sa décision n°09-602/P-RM) le « comité de suivi de la politique nationale de médecine traditionnelle ». Placé sous l'autorité du ministère de la santé, ce groupe d'expert vise à donner à cette politique nationale plus de transversalité. Ce comité est donc chargé de tâches variées, allant de la valorisation scientifique à la préservation de la biodiversité et des savoirs [36].

3.2. Méthodes entretenant un lien étroit avec le système de soins conventionnel ?

3.2.1. Acupuncture

En quoi consiste cette pratique ?

L'acupuncture est issue de la Médecine Traditionnelle Chinoise (MTC). Les notions de base de la MTC sont complexes. D'après la MTC, tout phénomène naturel est régi par l'énergie, désignée le Qi, souffle essentiel qui circule dans les 12 méridiens principaux du corps. Le Qi est classé suivant deux principes opposés et complémentaires : Le yin et le yang. Le cycle de cinq éléments est envisagé comme un principe en mouvement et assurant l'homéostasie du vivant. Chaque élément (bois, feu, terre, métal et eau) est considéré comme étant en relation avec un organe, une direction dans l'espace, une saison, une émotion... La MTC définit la maladie comme l'expression d'une rupture d'équilibre, d'une dysharmonie. Elle postule que chaque personne est composée d'une prédominance énergétique propre dont les déséquilibres seraient liés aux faiblesses de son terrain. Le point d'acupuncture sollicité par acupuncture, moxa (chauffage du point), éveillerait alors chez la personne une potentialité et une transformation capables de la réharmoniser, de la recentrer en elle-même et en lien à l'univers [37]. Chaque point d'acupuncture se caractérise par son nom, sa localisation sur un des méridiens dont chacun est relié à un organe et à des attributs énergétiques. Le « diagnostic énergétique » est établi selon l'anamnèse, l'interrogatoire, l'observation, l'examen des pouls et de la langue. Le traitement d'acupuncture vise à équilibrer son énergie. Le choix des points est fait selon le diagnostic énergétique personnalisé et souvent standardisé selon la symptomatologie. Le patient est allongé et détendu. Les aiguilles, 5 à 12 en général, stériles à usage unique, de section inférieure ou égale à 0,3 mm, sont

Introduites à l'aplomb du point et jusqu'à une profondeur souvent inférieure à 1cm. Elles sont laissées en place 20 minutes en général.

Dans quels contextes cette pratique est-elle utilisée/dispensée ?

Dans le contexte médical, les indications de l'acupuncture sont nombreuses. En occident, elle est généralement dispensée dans les situations pour lesquelles la médecine conventionnelle est en défaut : soit parce que les traitements sont inefficaces, soit parce qu'ils induisent des effets secondaires. Un grand nombre d'indications sont validées : douleurs liées aux troubles musculo-squelettiques (adulte, personnes âgées, femme enceinte), douleurs somatiques du cancer, traumatisme aigu (contusion, entorse), nausées et vomissements (postopératoire, post-chimiothérapie, de la grossesse), dépendances (tabac, alcool, drogues, médicament), troubles anxio-dépressifs, énurésie de l'enfant, récupération après un accident vasculaire cérébral, paralysie faciale, céphalées de tension, dysménorrhée [38]. L'acupuncture est également indiquée pour le Zona, les maladies dermatologiques (eczéma, psoriasis), les allergies respiratoires (rhinite, asthme), les troubles fonctionnels digestifs (reflux, ballonnements, constipation, etc.). Pour les

situations difficiles, impliquant notamment des traitements agressifs, des pathologies chroniques invalidantes ou encore des soins palliatifs, l'acupuncture détient une fonction essentielle dans l'accompagnement des malades. Dans cette optique, elle s'inscrit pleinement dans le cadre des médecines intégratives.

Dans le contexte préventif, une séance d'acupuncture trimestrielle, à la période transitoire entre deux saisons, est favorable à l'équilibre énergétique. Une fatigue passagère ou une épreuve difficile telle que le deuil, représentent également des situations pour lesquelles une séance d'acupuncture permet de restaurer le sens du bien-être.

Quels sont les bénéfices et/ou les risques liés à cette pratique ?

L'acupuncture est une méthode de soins qui a montré ses bénéfices cliniques impactant favorablement la qualité de vie des personnes. Elle a démontré son action thérapeutique aussi bien dans le cadre de pathologies bénignes que dans le cas de maladies graves, chroniques ou encore de situations palliatives. Plus typiquement, elle contribue à diminuer les souffrances et favorise par extension un état de « mieux-être ». En outre, l'acupuncture a un effet global sur le patient : elle peut être efficace sur ses manifestations physiques, mais également sur son équilibre psychique. Ses bénéfices peuvent se manifester dès la première séance, ou après quelques séances et s'amplifier ensuite [39]. Par ailleurs, la pratique de l'acupuncture entre des mains expertes est sûre et bénéfique pour les malades.

A titre d'illustration, des études récentes, réalisées selon les règles rigoureuses de la « médecine fondée sur les preuves », valident le bénéfice de l'acupuncture tant sur les neuropathies que sur les douleurs musculaires liées à l'hormonothérapie chez les femmes atteintes d'un cancer du sein.

Comme pour tout acte de soins, des incidents mineurs peuvent se manifester. Ainsi, dans 7% des cas, on observe certains effets indésirables tels que l'apparition de gouttes de sang ou d'un hématome au retrait de l'aiguille, une fatigue transitoire, une sensation d'étourdissement ou de nausées en se relevant et, plus rarement, un malaise vagal. Un accident sérieux se produit exceptionnellement, dans 0,002% des cas. Les contre-indications sont également très rares. Elles peuvent être physiques (ex. : maladie hémorragique non traitée) ou psychiques (ex. : crainte majeure des aiguilles). Le risque évitable encouru par un patient traité par un praticien en médecine chinoise non averti, est de laisser évoluer une affection grave qui aurait été diagnostiquée et traitée par la médecine conventionnelle. Il s'agit là de la conception de « médecine alternative » de l'acupuncture.

3.2.2. Ostéopathie [40]

Dans quels contextes cette pratique est-elle utilisée/dispensée ?

Les troubles fonctionnels constituent un phénomène complexe échappant aux modèles classiques, c'est-à-dire que la détermination de sa cause est inaccessible aux raisonnements logiques. La

douleur est à la fois symptôme et « maladie » sans que l'on puisse identifier une lésion d'un organe comme cause de cette douleur par des examens paramédicaux (imageries, examen sanguin, etc.). En ce sens, la capacité de l'ostéopathe à caractériser la douleur afin d'en déduire la procédure thérapeutique adéquate est primordiale. Appuyé par une approche systémique et anatomo-fonctionnelle, l'ostéopathe est capable de prendre en charge efficacement les troubles fonctionnels et d'œuvrer comme un véritable navigateur de soins dans le cadre des troubles fonctionnels aigus ou chroniques. Ses procédures thérapeutiques tiennent naturellement compte des indications, contre-indications, risques et bénéfices pour le patient lorsque ces informations sont connues et établies.

Quels sont les bénéfices et/ou les risques liés à cette pratique ?

De nombreuses études soulèvent les effets positifs de l'ostéopathie sur les troubles fonctionnels musculo-squelettiques. Par ailleurs, elles concluent régulièrement à la supériorité clinique des manipulations articulaires sur les autres techniques. Une partie des actes de thérapie manuelle est reconnue opportune sur les douleurs et les contractures musculaires et, par conséquent, sur l'amélioration de la mobilité. Il peut en découler une amélioration des coordinations motrices et des représentations corporelles.

Les actes ostéopathiques pratiqués sur les systèmes crânio-facial et digestifs montrent une efficacité aléatoire et rarement durable. Néanmoins, leur faible niveau de contre-indication les rend intéressants sur des troubles fonctionnels chroniques. La réalisation de ces techniques peut être judicieusement complétée par des conseils adaptés aux caractéristiques du trouble fonctionnel.

3.2.3. Chiropraxie [41]

En quoi consiste cette pratique ?

Le mot « chiropraxie » provient du grec Kheir, désignant la main Et Practitus signifiant l'action de faire. La chiropraxie est une profession du domaine de la santé, ne prescrivant pas de médicament et proposant une prise en charge conservatrice. Le chiropracteur diagnostique, prévient et prend en charge les troubles neuromusculo-squelettiques (TMS) de l'appareil locomoteur (rachis et membres) ainsi que leurs conséquences. Il dispose d'un large éventail de techniques thérapeutiques comme les manipulations ou les mobilisations articulaires, mais aussi le travail sur les tissus musculo-tendineux. La manipulation vertébrale, également appelée ajustement, est un mouvement de force, rapide et de faible amplitude, appliqué sur une articulation par le chiropracteur. A la différence de la manipulation, la mobilisation n'est pas une manœuvre forcée et ne comporte pas de mouvement d'accélération. La mobilisation s'adresse à une ou plusieurs articulations consécutives pour solliciter leur mobilité dans les limites de la physiologie articulaire. Le travail des tissus mous combine des techniques musculaires réflexes, des étirements, des contractions/relâchements ou des frictions ligamentaires. Le chiropracteur peut

aussi utiliser des techniques de contention, de strapping ainsi que l'application du chaud et froid, la physiothérapie, l'électrothérapie, les ondes de choc, associées à des exercices et des conseils relatifs à l'activité physique, à l'hygiène vertébrale ou encore à la posture.

Dans quels contextes cette pratique est-elle utilisée/dispensée ?

Le chiropracteur est un thérapeute de première intention que le patient peut consulter directement sans visite préalable chez un médecin.

La chiropraxie s'adresse à toute la population générale, aussi bien aux enfants, femmes enceintes, personnes âgées, sportifs, etc. Les affections prises en charge par les chiropracteurs touchent principalement le rachis. Le plus souvent, ces affections sont de survenue progressive. A cela s'ajoutent des éléments psychosociaux ou comportementaux influençant l'état de santé du patient (ex. : stress, gestes répétitifs, sédentarité, mauvaise hygiène alimentaire). Les motifs de consultation les plus souvent rencontrés concernent les lombalgies, cervicalgies, maux de tête, douleurs articulaires, tendinites. La prise en charge chiropratique permet d'améliorer la mobilité et de réduire l'intensité des douleurs, la fréquence et la durée des épisodes douloureux, l'incapacité.

Quels sont les bénéfices et/ou les risques liés à cette pratique ?

Toute prise en charge en chiropraxie implique en amont de procéder à une évaluation clinique permettant la mise en œuvre d'un traitement sécuritaire et adapté aux besoins du patient, gage préliminaire de la qualité des soins dispensés. Les bénéfices des traitements par manipulations et/ou mobilisations sont maintenant très bien documentés par la science pour les TMS et sont reconnus comme aussi efficaces que les traitements usuels, avec des risques très faibles. Une diminution de l'intensité douloureuse, de la durée et de la fréquence des épisodes douloureux ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie sont retrouvées chez les patients. A noter que les TMS sont, dans la majorité des cas, des affections bénignes avec une évolution spontanée. De plus, les chiropracteurs exercent dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de Santé.

Dans une logique d'optimisation des effets thérapeutiques, il est recommandé au patient de rester actif, de continuer à mobiliser son dos et de participer à sa prise en charge. Le programme de soin est basé sur une décision partagée entre le patient et le chiropracteur. Le patient est pleinement informé des objectifs thérapeutiques et de la durée prévisionnelle de ses soins. Dans l'intérêt du patient, le chiropracteur collabore également avec les autres professionnels de santé s'inscrivant dans un modèle biopsychosocial communément accepté dans la prise en charge des TMS. Concernant les risques, il importe de rappeler que tout acte de soins présente une dimension bénéfices/risques tributaire de l'évaluation du patient et des techniques utilisées par le thérapeute. La manipulation vertébrale ou articulaire, par exemple, peut entraîner des troubles bénins passagers qui vont de l'inconfort à des douleurs modérées pouvant durer de quelques heures à

quelques jours. Dans de très rare cas, une aggravation de la lésion avec une fracture vertébrale ou costale, une sciatique compliquée, voire une névralgie cervico-brachiale ont pu être rapportées. De façon très exceptionnelle, des cas d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) ont été signalés mais aucun fait scientifique ne permet d'établir un lien de causalité entre AVC et soins chiropratiques. En outre, ce constat est probablement dû à l'apparition de symptômes inconfortables préliminaires à l'AVC (maux de tête et douleurs cervicales intenses) conduisant les patients à consulter un chiropracteur ou un médecin.

3.2.4. Homéopathie

En quoi consiste cette pratique ?

L'homéopathie est une thérapeutique utilisant des médicaments à dose infinitésimale, choisis selon le principe de similitude, en se basant sur la globalité des réactions individuelles du patient face à la maladie [42].

Définie comme une méthode thérapeutique médicale, seuls les médecins, dentistes, sages-femmes, vétérinaires et pharmaciens sont autorisés à prescrire de l'homéopathie dans leur champ de compétence. Tout autre prescripteur tomberait sous le coup de l'exercice illégal de la médecine. Cette médicalisation de l'homéopathie est destinée à protéger les patients du risque de retard au diagnostic et de perte de chance. Il convient donc d'insister sur l'importance de consulter un médecin spécialiste en homéopathie, garant d'un accompagnement adapté et d'éviter ainsi les orientations vers des pseudo-praticiens issus de formations non médicales.

Dans quels contextes cette pratique est-elle utilisée/dispensée ?

Le médecin homéopathe applique les recommandations de bonne pratique médicale. Il connaît les indications et les limites des différentes options thérapeutiques. Les meilleures indications de l'homéopathie sont les pathologies bénignes et fonctionnelles, aiguës ou chroniques, notamment les troubles musculo-squelettiques, anxio-dépressifs, du sommeil et les infections des voies aériennes supérieures.

L'homéopathie stimule le processus de retour du pathologique vers le physiologique et réduit la durée des symptômes invalidants. Elle représente une alternative ou une complémentarité thérapeutique possible dénuée d'iatrogénicité. Ce qui en fait une thérapeutique de choix pour les femmes enceintes, les enfants et les personnes âgées. Dans les pathologies bénignes chroniques, l'homéopathie permet la réduction, voire l'arrêt de la prise des médicaments conventionnels.

Quels sont les bénéfices et/ou les risques liés à cette pratique ?

Une étude de cohorte effectuée en Allemagne auprès de patients présentant des pathologies chroniques bénignes a montré que la qualité de vie a été améliorée et la gravité de la maladie a diminué de manière significative pendant les 24 mois de prise en charge homéopathique après inclusion. Cependant, dans les

Pathologies graves, l'homéopathie ne peut être utilisée qu'en complément des traitements conventionnels. En 2019, par exemple, une douzaine de centres de cancérologie proposent une consultation de soin de support homéopathique.

L'expérience et le niveau de satisfaction des patients soulignent l'intérêt de cette thérapeutique complémentaire et intégrative. En diminuant les effets secondaires, l'homéopathie permet d'améliorer la qualité de vie et, par voie de conséquence, l'observance des traitements anticancéreux.

Le risque principal serait son mauvais usage. Dans le cadre d'une pathologie grave, la prescription exclusive alors qu'un traitement médical conventionnel est nécessaire serait une faute professionnelle. Ceci s'applique d'ailleurs à toutes les médecines complémentaires. Le second risque est le surinvestissement des patients pour cette thérapeutique. L'homéopathie à ses limites que le médecin doit savoir expliquer et respecter. Enfin, la confrontation du médecin homéopathe au patient en refus de soins curatifs standard se tournant vers lui avec confiance est une opportunité de lui rappeler qu'il n'existe pas de traitement alternatif du cancer ou de toute autre pathologie grave. En outre, le médecin homéopathe peut accompagner le patient vers l'acceptation de ses soins conventionnels, la prise en charge homéopathique étant toujours possible.

Les travaux de recherche fondamentale utilisant l'étude des temps de relaxation en résonance magnétique nucléaire commencent à lever un voile sur les propriétés physico-chimiques du médicament homéopathique : « Les hautes dilutions contiennent des nanostructures aqueuses formées par nucléation de nano bulles produites lors de la dynamisation autour de la molécule de soluté qui s'accroissent à chaque dilution/dynamisation » .

Si, comme tout médicament, l'homéopathie possède un effet placebo, de la même façon, son action thérapeutique ne peut être réduite à ce processus.

En effet, cinq des sept méta-analyses, effectuées sur des essais cliniques randomisés en double aveugle contre placebo, montrent une action supérieure de l'homéopathie. C'est dans la méta-analyse où le traitement homéopathique a été individualisé avant randomisation que les résultats sont les plus probants. De nombreux essais confirment ainsi la supériorité de l'homéopathie versus le placebo. Reste la question du mode d'action qui est encore à découvrir. L'hypothèse d'interaction des nanoparticules avec les récepteurs olfactifs, présents sur tous les tissus organiques, est actuellement un des axes de recherche le plus abouti. En attendant d'autres confirmations, nous devons nous contenter de l'hypothèse d'une thérapeutique dite « informationnelle » et du constat de son efficacité, confirmée par l'expérience clinique, les études randomisées et l'adhésion grandissantes des patients.

3.3. Pathologies neurologiques :

L'Afrique sub-aharienne (ASS) est confrontée à des problèmes de santé complexes qui impliquent un large éventail des facteurs sociopolitiques, économiques, structurel, culturel [43]. Dans ce contexte, l'incidence des Pathologies Neurologiques (PN) a augmenté de manière considérable au cours des 25 dernières années [44]. Ainsi, on estime que les PN représenteraient 7 à 25% des admissions dans les hôpitaux universitaires africaines [45 ,46,47,]. Cependant, cette proportion ne reflète que la partie émergée de l'iceberg quand on sait que la très grande majorité des patients en ASS ne sont pas vus dans ces structures universitaires des grandes villes peu accessibles aux populations rurales, où l'incidence des PN semble plus importante qu'en ville [47, 48, 49]. Par ailleurs, il apparaît, selon les données de la littérature, que le fardeau des PN semble proportionnellement plus élevé dans les pays à faible revenu versus pays riches. Ainsi l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans ses projections, envisage que d'ici 2030 plus de 80% de tous les AVC surviendront dans les pays à revenu faible et intermédiaire [50, 51, 52].

En dépit de cette situation préoccupante des PN, ils persistent, au sujet de ces pathologies, des croyances erronées et stigmatisantes que l'évolution des connaissances scientifiques n'arrive pas à faire évoluer en ASS

[53]. C'est ainsi qu'une étude malienne, portant sur les aspects socioculturels de l'ataxie spinocérébelleuse, a permis de montrer que cette pathologie génétique est vécue par les patients et leurs entourages comme une punition divine ou ancestrale [53]. Ailleurs sur le continent, des études sur les représentations socioculturelles des AVC rapportent que des origines surnaturelles (démons et sorcellerie) sont attribuées à cette pathologie neuro-vasculaire [54, 55, 56]. Cette représentation de la maladie en générale et des PN en particulier expliquent pour une grande partie le recours à la Médecine traditionnelle (MT) des patients.

4. METHODOLOGIE

4.1. Lieu et cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le Service de Neurologie du CHU Gabriel TOURE. Le CHU Gabriel TOURE est situé au centre de Bamako en commune III avec à l'Est le quartier Médine, à l'Ouest l'Ecole National d'Ingénieurs (ENI), au Nord la garnison de l'état-major de l'armée de terre et de la gendarmerie, au Sud le grand marché de Bamako. Dans le district de Bamako, la capitale administrative et économique du Mali. Il est situé sur les rives du fleuve Niger en pleine zone soudanienne avec une superficie de 267 km². Il s'étend sur 22km d'Est en Ouest et 12km du nord au sud de part et d'autre du fleuve Niger.

Bamako jouit d'un climat tropical de type soudanais. Il existe des collines de part et d'autre du District. Sur l'une de ces collines se trouve la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Le service de Neurologie du CHU Gabriel TOURE est logé dans le même bâtiment que le service d'anesthésie et de réanimation qui est au rez-de chaussée. Il est constitué d'une unité d'hospitalisation et d'une unité de consultation externe. Il est actuellement dirigé par un professeur titulaire de Neurologie assisté par un maître-assistant en Neurologie et trois neurologues praticiens hospitaliers. Les soins des patients sont sous la responsabilité d'une assistante médicale qui est le major du service assisté par trois infirmiers et deux manœuvres.

4.2. Type, population et durée d'étude :

Il s'agissait de mener une étude prospective, portant sur des patients vus en consultation externe et en hospitalisation dans le service de neurologie au CHU Gabriel Touré dont l'enquête se déroulera sur trois (3) mois.

4.3. Echantillonnage :

Il s'agissait de faire un échantillonnage exhaustif de tous les patients vus en consultation externe et en hospitalisation durant la période d'étude.

4.4. Taille de l'échantillon

Pour l'estimation du taux des patients qui auront recours à la médecine traditionnelle dans une étude observationnelle, transversale, prospective, et monocentrique, nous avons calculé la taille minimale de l'échantillon en utilisant la formule:

$$n = \frac{\varepsilon_a^2 pq}{i^2}$$

i = précision désirée que nous avons fixée à 10%;

p = Estimation de la proportion des patients qui avaient recours à la médecine traditionnelle. A notre connaissance, nous avons retrouvé une prévalence des patients ayant recouru à la médecine

traditionnelle pour un ensemble non exhaustif des pathologies neurologiques d'où le choix de prévalence standard de 50%.

$$q = 1-p = 0,5 ;$$

Le risque d'erreur $\alpha = 5\%$ et l'écart réduit correspondant de $\varepsilon_{\alpha} = 1,96$;

$$\text{Alors, } n = 3,84 \times 0,5 \times 0,5 / (0,1)^2 = 96$$

En supposant que 10% de nos patients pourront faire l'objet d'un biais de sélection, la taille minimale de l'échantillon sera alors $96 + 9,6$ soit **106** patients qui auront recours à la médecine traditionnelle.

4.5. Méthode d'étude

Le diagnostic des pathologies neurologiques seront retenus sur la base des données cliniques et paracliniques et/ou les critères diagnostiques validés selon les cas. Bien que la classification internationale des maladies, CIM 10 version 9 en vigueur et CIM 11 qui a été adoptée par les états membres lors de l'assemblée de la santé en Mai 2019 et qui entrera en vigueur en Janvier 2022 validée en 2022, soit un guide de choix de catégorisation pour les patients à inclus [36], uniquement en fonction des contextes d'exercice, nous avons pris en compte pour notre étude la classification affinée et proposée par des études antérieures [43, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64]. Ainsi, la catégorisation suivante a été adoptée :

- (1) pathologies du mouvement,
- (2) pathologies en rapport avec la déficience neurocognitive,
- (3) pathologies inflammatoires du Système Nerveux Central (SNC) à savoir la sclérose en plaque (SEP), maladies du spectre NMO et autres maladies inflammatoires,
- (4) épilepsie/convulsions,
- (5) céphalées et algies cranio-faciales,
- (6) Accidents Vasculaires Cérébraux,
- (7) pathologies médullaires non traumatiques,
- (9) maladies du motoneurones et troubles apparentés,
- (10) pathologies périphériques en rapport avec une atteinte de la racine nerveuse, du plexus et du nerf périphérique,
- (11) Myopathie et maladies de la jonction neuromusculaire
- (12) paralysie cérébrale,
- (13) pathologies du SN en rapport avec des troubles nutritionnels et ou toxiques
- (14) pathologie en rapport avec la dynamique du Liquide Céphalo-Rachidien,
- (15) troubles du système nerveux autonome,
- (16) encéphalite/ encéphalopathies,
- (17) méningite/ méningo-encéphalite,

- (18) maladies humaines à prions,
- (19) troubles de la conscience,
- (20) douleur Neuropathique,
- (21) lombalgie/lombo-radiculopathie,
- (22) troubles post-opératoires du système nerveux,
- (23) pathologies du sommeil et
- (24) pathologies non neurologiques.

4.6. Critères d'inclusions et de non inclusions

4.6.1. Critères d'inclusion :

- Etaient inclus dans l'étude tous les patients qui étaient reçus en consultation ou admis en hospitalisation pour une pathologie neurologique durant la période d'étude, volontaire et disponible à participer à l'étude sans distinction d'âge ou de sexe ;
- Être vu en hospitalisation ou en consultation externe ;
- Avoir donné son consentement (adulte) ;
- Avoir donné son assentiment (pour les mineurs accompagnés) ;
- Avoir un diagnostic neurologique certain ou probable.

4.6.2. Critères de non inclusion :

N'étaient pas inclus dans ce présent travail :

- Tout patient consultant en dehors de la période d'étude ;
- Tout patient non consentant.

4.7. Procédure de collecte des données :

Les données étaient collectées à partir d'un questionnaire anonyme divisé en quatre parties:

- Une première partie : sur les aspects sociodémographiques des patients,
- Une deuxième partie : Sur les facteurs influençant le recours à l'usage de la médecine traditionnelle,
- Une troisième partie : Sur les pathologies neurologiques ayant fait l'objet de recours à la médecine traditionnelle,
- Une quatrième partie : Sur les types de médecines traditionnelles utilisées.

4.8. Saisie et analyse des données

Les données recueillies étaient saisies et analysées à l'aide des logiciels suivants : SPSS version 22.0, Microsoft office Excel 2010 et Epi InfoTM 7. Les variables qualitatives étaient présentées sous forme de fréquence et les variables quantitatives sous forme de moyenne et son écart type. Les tests exacts de Fisher, de Chi-carré de Pearson (variables qualitatives) et le test t de Student (variables quantitatives) étaient utilisés pour des comparaisons statistiques selon leur applicabilité, les valeurs de $p < 0,05$ seront considérés comme statistiquement significatif.

4.9. Considération éthiques

Avant l'inclusion à l'étude, nous avons expliqué et montré la fiche d'enquête aux patients leur demandant une collaboration dans le cadre de notre étude, ceux qui ont accepté d'y participer à l'étude étaient informés sur les objectifs fixés par l'étude et le déroulement de l'enquête. En plus, l'étude a été expliquée de long en large aux patients afin d'obtenir un consentement éclairé. La collecte des données se faisait de façon strictement anonyme. Aucune compensation (financière ou matérielle) n'était prévue pour les participants.

L'enquête était réalisée avec l'autorisation de la commission d'éthique du CHU Gabriel Touré.

5. RESULTATS

5.1. Etude descriptive

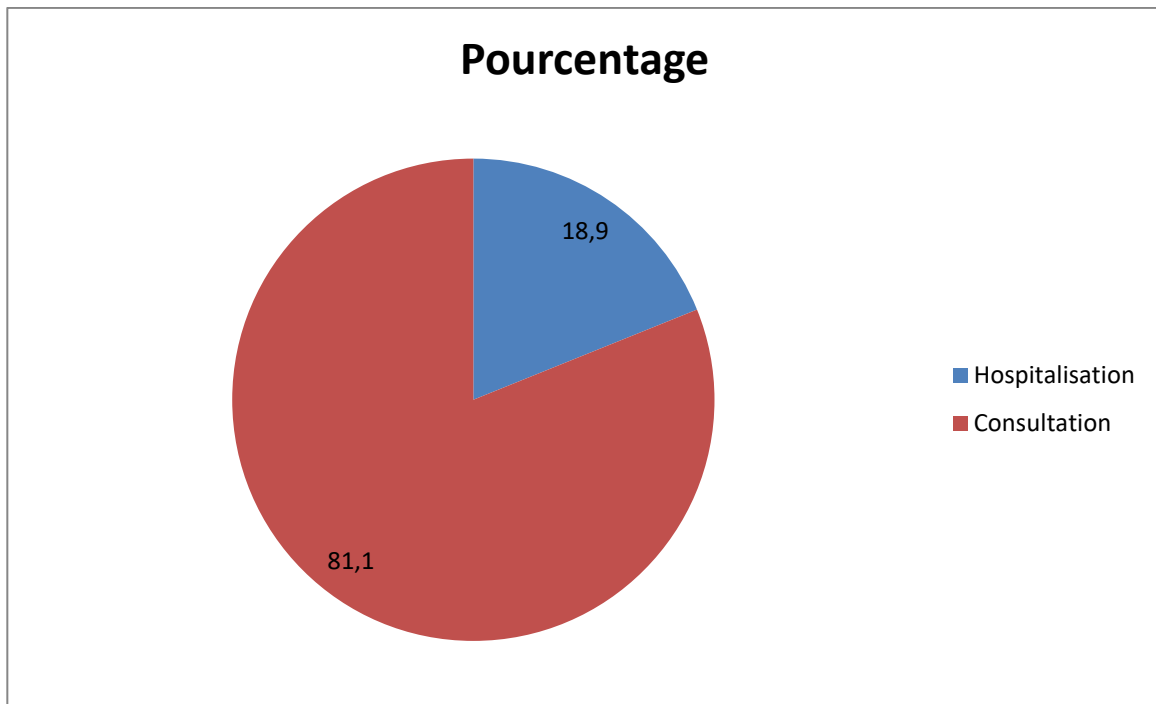


Figure 2: Répartition des patients selon le mode d'admission

La majorité de nos patients a été reçue en consultation externe soit 81,1%

Tableau I: Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	54	50,9
Féminin	52	49,1
Total	106	100

Le sexe masculin était prédominant avec 50,9%.

Tableau II: Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
< à 14 ans	3	2,8
15 à 24 ans	9	8,5
25 à 34 ans	13	12,3
35 à 44 ans	15	14,2
45 à 54 ans	19	17,9
55 à 64 ans	19	17,9
65 à 74 ans	21	19,8
≥75 ans	7	6,6
Total	106	100

La tranche d'âge la plus représentée était de 65 à 74 soit 19,8%.

Tableau III: Répartition des patients en fonctions du statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Marié(e)	70	66
Célibataire	17	16
Veuf (ve)	19	17,9
Total	106	100

La majorité de nos patients était marié soit 66%.

Tableau IV: Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Elève/Étudiant	10	9,4
Fonctionnaire	6	5,7
Commerçant(e)	11	10,4
Paysan	8	7,5
Femme au foyer	32	30,2
Travailleur informel	2	1,9
Ouvrier	9	8,5
Sans emploi	2	1,9
Retraité	15	14,2
Autre	11	10,4
Total	106	100

Les femmes au foyer étaient majoritaires suivies des retraités avec respectivement 30,2% et 14,2%.

Tableau V: Répartition des patients selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Alphabétisé en langue locale	1	0,9
Non scolarisé(e)	41	38,7
Primaire	20	18,9
Secondaire	35	33
Supérieur	9	8,5
Total	106	100

Les patients non scolarisés représentaient 38,7% suivis des patients scolarisés avec un niveau secondaire dans 33% des cas.

Tableau VI: Répartition des patients en fonction du revenu

Niveau de vie socio-économique	Effectif	Pourcentage
<au SMIG	40	37,7
Moyen 1 à 2 fois le SMIG	46	43,4
>3 fois le SMIG "	20	18,9
Total	106	100

Les patients ayant un revenu de 1 à 2 fois le SMIG étaient majoritaires avec 43,4%.

SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti.

SMIG=40000F

Tableau VII: Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	24	22,6
Peulh	15	14,2
Sonrhai	10	9,4
Dogon	5	4,7
Sénoufo	3	2,8
Bwa	1	0,9
Bozo	8	7,5
Malinké	15	14,2
Soninké/ Sarakolé	20	18,9
Autre	5	4,7
Total	106	100

L'ethnie Bambara était prédominante soit 22,6% suivie de l'ethnie Soninké avec 18,9%.

Tableau VIII: Répartition des patients selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Urbain	72	67,9
Semi urbain	13	12,3
Rural	21	19,8
Total	106	100

La plupart de nos patients résidait en milieu urbain soit 67,9%.

Tableau IX: Répartition des patients en fonction de la religion

Religion	Effectif	Pourcentage
Musulmane	105	99,1
Chrétienne	1	0,9
Total	106	100

La majorité de nos patients était de la religion musulmane soit 99,1%.

Tableau X: Répartition des patients selon leur connaissance de la médecine traditionnelle

Connaissance médecine traditionnelle	Effectif	Pourcentage
Oui	106	100
Non	0	0

La totalité de nos patients connaissait la médecine traditionnelle soit 100%.

Tableau XI: Répartition des patients selon le recours à la médecine traditionnelle

Recours des patients à la médecine traditionnelle	Effectif	Pourcentage
Oui	97	91,5
Non	9	8,5
Total	106	100

La majorité de nos patients a déjà eu recours à la médecine traditionnelle soit 91,5%.

Tableau XII: Répartition des patients en fonction de la durée d'évolution de la maladie

Durée de l'évolution de la maladie	Effectif	Pourcentage
<3 mois	8	13,1
4 mois à 6 mois	8	13,1
7 mois à 12 mois	7	11,5
13 mois à 18 mois	3	4,9
19 mois à 24 mois	7	11,5
25 mois à 36 mois	17	27,9
37mois à 72 mois	3	4,9
73mois à120 mois	5	8,2
>120 mois	3	4,9
Total	61	100

La durée d'évolution de la maladie compris entre 25 mois à 36mois était le plus représentée soit 27,9%

Tableau XIII: Répartition des patients en fonction du temps écoulé avant la première consultation en Neurologie.

Temps écoulé avant la première consultation en Neurologie	Effectif	Pourcentage
<3 mois	46	75,4
4 mois à 6 mois	4	6,6
7 mois à 12 mois	4	6,6
13 mois à 24 mois	3	4,9
25 mois à 36 mois	1	1,6
>36 mois	3	4,9
Total	61	100

Le temps écoulé par nos patients avant la première consultation était inférieur à 3 mois chez la majorité de nos patients soit 75,4%.

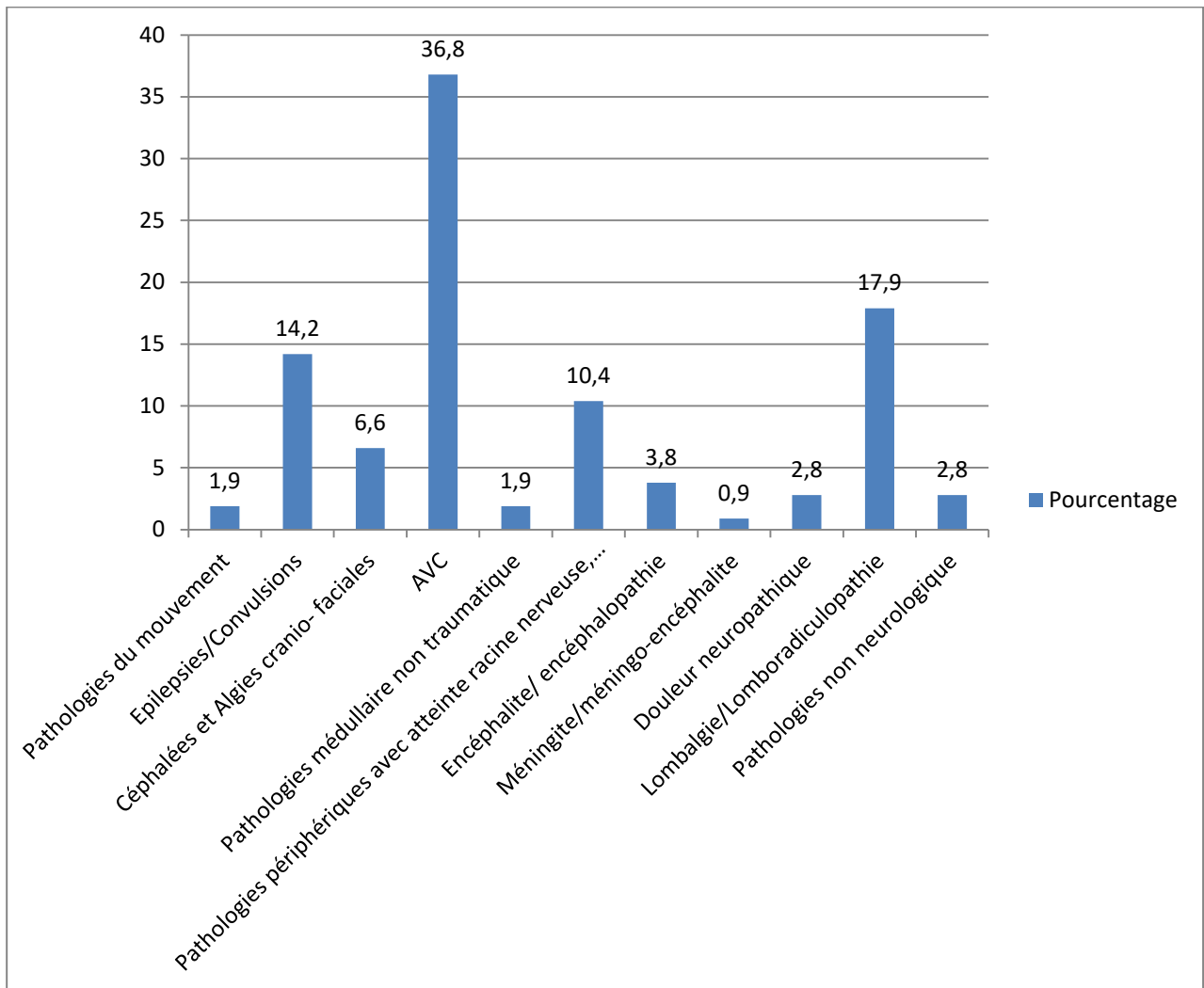


Figure 3 : Répartition des patients selon la pathologie neurologique qui l’amène en consultation ou motive l’hospitalisation

L’AVC était la pathologie neurologique la plus fréquente qui amenait nos patients en consultation ou motivait l’hospitalisation au service de neurologie soit 36,8% suivi de lombo-radiculopathies avec 17,9%.

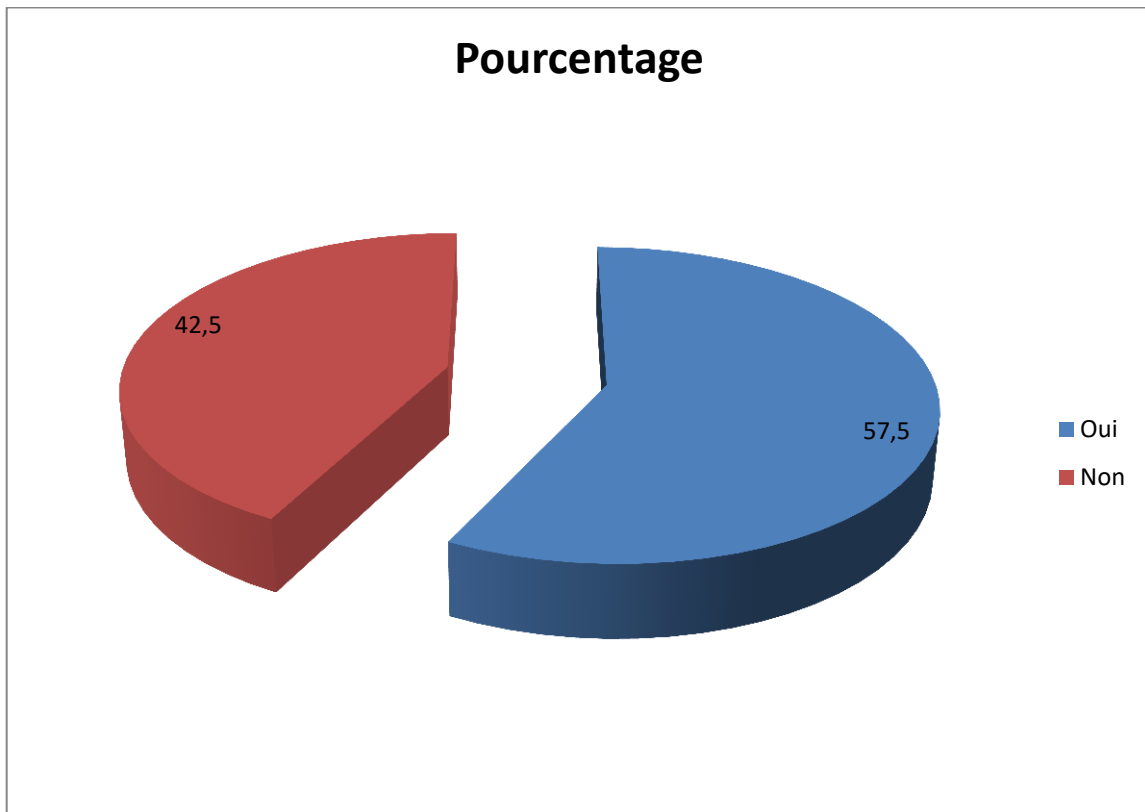


Figure 4: Répartition des patients admis dans le service qui ont eu recours à la médecine traditionnelle

Les patients ayant eu recours à la médecine traditionnelle avec la pathologie récente représentaient 57,5%.

Tableau XIV: Répartition des patients selon les modalités de recours à la médecine traditionnelle

Quant est ce que vous avez utilisé la médecine traditionnelle	Effectif	Pourcentage
Avant l'hôpital	30	49,2
Alternatif	21	34,4
Concomitamment	10	16,4
Total	61	100

La majorité de nos patients a eu recours à la médecine traditionnelle avant l'hôpital soit 49,2%.

Tableau XV: Répartition des patients selon les croyances vis à vis de la médecine traditionnelle

Qu'est-ce qui vous a orienté vers la médecine traditionnelle	Effectif	Pourcentage
Croire à la médecine traditionnelle	35	57,4
La médecine traditionnelle est dans notre culture	15	24,5
Maladie surnaturelle	9	14,8
Autres	2	3,3
Total	61	100

La croyance à la médecine traditionnelle était le motif d'orientation à la médecine traditionnelle dans 57,4%.

Tableau XVI: Répartition des patients selon les causes supposées de la maladie

Selon vous quelles sont les causes de votre maladie	Effectif	Pourcentage
Punition divine ou ancestrale	51	83,6
Sorcelleries	5	8,2
Démons	4	6,6
Autres	1	1,6
Total	61	100

La majorité des patients attribuait leur maladie à la punition divine soit 83,6%.

Tableau XVII: Répartition des patients selon le coût estimatif des soins en médecine traditionnelle

Pour cette maladie actuelle quel est le coût que vous avez mis	Effectif	Pourcentage
<5000	53	86,9
5000 à 10000	1	1,6
10000 à 25000	3	4,9
25000 à 50000	2	3,3
>50000	2	3,3
Total	61	100

La majorité de nos patients avait mis moins de 5 000 F pour la prise en charge de leur pathologie actuelle en médecine traditionnelle soit 86,9%.

Tableau XVIII: Répartition des patients selon le type de soins reçut en médecine traditionnelle

Quels types de soins avez- vous reçut en médecine traditionnelle	Effectif	Pourcentage
Phytothérapie	34	55,7
Scarification	2	3,3
Verset de coran	3	4,9
Massage	17	27,9
Autres	5	8,2
Total	61	100

La phytothérapie était le type de soins le plus reçu par nos patients soit 55,7% suivie du massage avec 27,9%.

Tableau XIX: Répartition des patients selon le type de tradithérapeute

Types de tradithérapeutes	Effectif	Pourcentage
Marabout	29	47,5
Guérisseur	17	27,9
Féticheur	2	3,3
Automédication traditionnelle	13	21,3
Total	61	100

Les Marabouts étaient le type de tradithérapeute le plus consulté avec 47,5%.

Tableau XX: Répartition des patients selon les événements indésirables liés à l'usage de la médecine traditionnelle.

Avez-vous eu des événements indésirables liés à l'usage de la médecine traditionnelle	Effectif	Pourcentage
Oui	5	4,7
Non	101	95,3
Total	106	100

La majorité de nos patients n'a pas présentés d'évènement indésirable soit 95,3%.

Tableau XXI: Répartition des patients selon le temps de suivi en médecine traditionnelle

Depuis combien de temps êtes-vous suivi en médecine traditionnelle	Effectif	Pourcentage
<3 mois	35	57,4
4 mois à 6 mois	5	8,2
7mois à 12 mois	11	18,0
13 mois à 24 mois	3	4,9
25 mois à 36 mois	2	3,3
>36 mois	5	8,2
Total	61	100

Le temps de suivi en médecine traditionnelle de la majorité de nos patients était inférieur à 3 mois soit 57,4%.

Tableau XXII: Répartition des patients selon la place de la médecine traditionnelle dans l'arsenal thérapeutique.

Selon vous quel est votre évaluation de l'efficacité de la médecine traditionnelle par rapport à la médecine moderne	Effectif	Pourcentage
Efficacité équivalente	1	1,6
Complémentaire	46	75,4
Médecine moderne plus efficace que la médecine traditionnelle	14	23,0
Total	61	100

La majorité de nos patients jugeaient de complémentaire la médecine traditionnelle et la médecine moderne, soit 75,4%.

5.2. Etude analytique

Tableau XXIII: Répartition des patients selon les pathologies neurologiques et patients ayant recours à la médecine traditionnelle

Pathologies neurologiques	Patients ayant eu recours à la médecine traditionnelle		Total(%)	RR, IC 95%	P-VALUE
	Oui (%)	Non(%)			
Pathologies du mouvement	0 (0,00)	2 (100)	2 (100)	-	-
Epilepsies/Convulsions	13 (86,67)	2 (13,33)	15 (100)	4,80[1,14 – 20,20]	0,006
Céphalées et Algies cranio-faciales	5 (71,43)	2 (28,57)	7 (100)	1,84[0,37 – 9,08]	0,241
AVC	19 (48,72)	20 (51,28)	39 (100)	0,77 [0,48 – 1,24]	0,319
Pathologies médullaire non traumatique	1(50)	1 (50)	2 (100)	1,47[0,14 – 11,77]	0,399
Pathologies périphériques avec atteinte racine nerveuse, plexus, nerf périphériques	3 (27,27)	8 (72,73)	11 (100)	0,28[0,08 – 0,98]	0,020
Encéphalite/ encéphalopathie	0 (0,00)	4 (100)	4 (100)	-	-
Méningite/méningo-encéphalite	0 (0,00)	1 (100)	1 (100)	-	-
Douleur neuropathique	1 (33,33)	2 (66,67)	3 (100)	0,369[0,03 – 3,94]	0,230
Lombalgie/Lomboradiculopathie	17 (89,47)	2 (10,52)	19 (100)	6,27[1,53 – 25,78]	0,000
Pathologies non neurologique	2 (66,67)	1 (33,33)	3 (100)	1,47[0,14 – 15,76]	0,399

Les patients atteints d'épilepsie et lombalgie avaient plus eu recours à la médecine traditionnelle avec respectivement (P= 0,006 ; P= 0,000) Statistiquement significative que ceux n'ayant pas eu recours.

Tableau XXIV: Répartition des patients selon les pathologies neurologiques et le type de soins reçu en médecine traditionnelle

Pathologies neurologiques	Types de soins reçus en médecine traditionnelle					p-value
	Phytothérapie	Scarification	Verset de coran	Massage	Autres	
AVC	20(95,24)	0(0,00)	0(0,00)	0(0,00)	1(4,76)	0,000
Lombalgie/Lomboradiculopathies	2(11,76)	1(5,88)	0(0,00)	14(82,35)	0(0,00)	0,000
Epilepsies/Convulsions	9(69,23)	0(0,00)	3(23,08)	0(0,00)	1(7,69)	0,002

Recours à la phytothérapie était statistiquement significative chez patients vus respectivement pour AVC et pour épilepsie ($p=0,000$; $p=0,002$). En outre le massage était le plus utilisé chez les lombalgique ($p=0,000$).

Tableau XXV: répartition des patients selon les modalités thérapeutiques (Médecine traditionnelle versus médecine conventionnelle).

Pathologies neurologiques	Premier niveau de recours à la médecine traditionnelle			P-value
	Avant l'hôpital	Alternatif	Concomitamment	
AVC	3(14,29)	12(57,14)	6(28,57)	0,000
Lombalgie/Lomboradiculopathies	12(70,58)	3(17,64)	2(11,76)	0,134
Epilepsies/Convulsions	8(61,54)	4(30,77)	1(7,69)	0,706

L'utilisation alternative des deux médecines était la plus courante chez les patients suivis pour AVC, ce lien est statistiquement significatif ($p=0,000$).

Tableau XXVI: Avis sur l'efficacité comparée des deux médecines selon les patients.

Pathologies neurologiques	Evaluation de l'efficacité de la médecine traditionnelle par rapport à la médecine moderne selon les patients				
	MT plus efficace que MC	Efficacité équivalente	Complémentaires	MC plus efficace que MT	p-value
AVC	1(4,76)	0(0,00)	18(85,71)	2(9,52)	0,055
Lombalgie/Lomboradiculopathies	0(0,00)	1(5,88)	13(76,47)	3(17,65)	0,429
Epilepsies/Convulsions	0(0,00)	0(0,00)	6(46,15)	7(53,85)	0,039

Les patients atteints d'épilepsies jugeaient la médecine conventionnelle plus efficace que la médecine traditionnelle avec une différence statistiquement significative ($p=0,039$).

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Cette étude sur les médecines complémentaires et alternatives est la première et la seule réalisée à ce jour au Mali. Compte tenu de la fréquence de cette pratique dans notre pays une enquête de pratique s'imposait. Le choix du CHU Gabriel TOURE pour mener cette étude a été dicté par des considérations sociodémographiques et culturelles, car cette structure reste le premier niveau de contact des populations vu sa position géographique en plein centre-ville de Bamako.

Cette approche nous a permis de faire l'état des lieux sur la médecine traditionnelle et les pathologies neurologiques dans le CHU Gabriel Touré. Elle a surtout permis d'ouvrir en perspective à d'autres études :

- Etude de corrélation les types de médecines traditionnelles ayant montré effet thérapeutique positif et les pathologies neurologiques.
- Essai clinique randomisé double aveugle comparant un type de médecine traditionnelle versus placebo ou un traitement référence conventionnel pour une pathologie neurologique donnée.

Ainsi dans notre étude nous avons interrogé 106 patients tous en consultation externe et en hospitalisation au CHU Gabriel TOURE.

6.1. Critique de l'étude

6.1.1. Sur les modalités de l'enquête

□ Le mode idéal pour déterminer une prévalence demeure l'enquête exhaustive. Celle-ci est difficilement réalisable en termes de coût et de temps, d'autant plus dans le cadre de cette étude. Après concertation, une enquête par sondage fut retenue associant deux types de recueil.

-Le recueil des questionnaires fut réalisé par un seul enquêteur afin de limiter le biais de mesure.

La majorité de nos patients ont été reçut en consultation externe soit 81,1% ceci pourrait s'expliqué par le fait que le service de neurologie était en rénovation au moment de la période d'étude.

6.2. Données sociodémographique :

Le sexe masculin était prédominant avec 50,9%. Cette prédominance n'est pas significative. Ceci pourrait être lié au fait que les pathologies neurologiques en général peuvent atteindre les deux sexes dans la même proportion.

La majorité de nos patients était marié soit 66%. Ce résultat est similaire à celui de Goita [9] en 2019 qui a retrouvé un taux de mariage à 75,3%. Pourrait s'expliqué par le fait que le mariage est un plié de la tradition malienne.

Dans notre étude, les femmes au foyer étaient majoritaires suivi des retraités avec respectivement 30,2% et 14,2%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de nos patients était des personnes âgées

Les patients non scolarisés représentaient 38,7%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de nos patients étaient des personnes âgées et à leur époque la plupart de la population ne partait pas à l'école.

Les patients ayant un niveau socio-économique de 1 à 2 fois le SMIG étaient majoritaires avec 43,4%. Ce résultat est nettement inférieur à celui de Goita [9] qui a retrouvé 65,9%. Cet état de fait pourrait s'expliquer par la différence de l'approche méthodologique.

L'ethnie Bambara était prédominante soit 22,6% suivi de l'ethnie Soninké avec 18,9%. Ce constat pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de la population malienne est constituée de Bambara.

La population Malienne étant composée essentiellement des musulmans, soit 94,2%, la majorité de nos patients étaient de la religion musulmane soit 99,1%.

6.3. Pathologies neurologiques :

L'AVC était la pathologie neurologique la plus fréquente qui amenait nos patients en consultation ou motivant l'hospitalisation au service de neurologie soit 36,8% suivi de lomboradiculopathie avec 17,9%. Dans le service de neurologie, plusieurs études de séries ont montré que les maladies cérébrovasculaires sont plus prévalentes, pouvant expliquer cet état de fait.

6.4. Recours à la médecine traditionnelle :

Les patients ayant eu recours à la médecine traditionnelle avec la pathologie récente représentaient 57,5%. Ce résultat est inférieur à celui de Goita [9] qui a retrouvée 74,2%. Ceci pourrait s'expliquer par le mode de recrutement entre nos deux séries (qui était uniquement en consultation externe contrairement à la nôtre qui était fait en hospitalisation et en consultation externe). La majorité de nos patients ont eu recours à la médecine traditionnelle avant l'hôpital soit 49,2%. L'ancrage de la croyance à la médecine traditionnelle depuis les temps anciens pourrait expliquer ce constat. La majorité des patients attribuaient leur maladie à la punition divine soit 83,6%. Les données de la littérature confirment notre résultat. En effet la phytothérapie était le type de soins le plus reçu par nos patients soit 55,7% suivi du massage avec 27,9%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans notre échantillon les patients douloureux étaient majoritaires soit l'AVC et les lomboradiculopathies.

Les Marabouts étaient le type de tradithérapeute le plus consulté soit 47,5%. Ce résultat est similaire à celui de Goita [9] qui a retrouvé 46,6%.

La majorité de nos patients jugeaient de complémentaire la médecine traditionnelle et la médecine moderne.

CONCLUSION :

A l'instar des études antérieures réalisées au Mali notre étude a également démontrée que la pratique de la médecine non conventionnelle reste très fréquente au Mali.

Dans notre étude le taux de recours à la médecine traditionnelle représentait 56,7.

La croyance à la médecine traditionnelle était le facteur le plus influençant l'orientation envers la médecine traditionnelle.

La phytothérapie était le type de soins le plus représenté.

L'AVC était la pathologie neurologique la plus fréquente qui amenait nos patients en consultation ou motivant l'hospitalisation au service de neurologie suivi de lomboradiculopathie .

La moitié de la population y trouve une arme thérapeutique complémentaire à la médecine conventionnelle.

RECOMMANDATIONS :

AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTE DE LA MEDECINE

CONVENTIONNELLE ET DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE :

Renforcer la collaboration pour apporter des solutions aux problèmes de santé

Respecter l'éthique et la déontologie.

Renforcer la communication : Soignant –patient

A L'ENDROIT DE LA POPULATION :

Faire recours aux vrais TPS et au DMT

A L'ENDROIT DU MINISTERE DE LA SANTE :

Organiser le système de Médecine Traditionnelle pour assurer sa complémentarité avec la médecine conventionnelle ;

Fabriquer des médicaments efficaces ayant un coût relativement bas et dont l'innocuité est assurée ;

Valoriser en vulgarisant les médicaments traditionnels authentifiés ;

Rendre disponible la liste des médicaments traditionnels authentifiés par spécialité au niveau de la DMT.

RÉFÉRENCES

1. OMS. Traditional, Complementary and Integrative Medicine. Disponible en ligne: https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1. Consulté le 16 /11/2021.
2. OMS. Bureau Régional de la Méditerranée Orientale. The WHO strategy for traditional medicine: review of the global situation and strategy implementation in the eastern mediterranean region. Disponible en ligne: <https://applications.emro.who> .Consulté le 16/11/2021.
3. Iris R. Bell et al. « Médecine intégrative et recherche systémique sur les objectifs [et non pas les «effets» ou «résultats»] thérapeutiques : Enjeux de l'émergence d'un nouveau modèle pour les soins primaires », Arch. Intern. Med, American Med Association, 2002, p. 133-140
4. Faty G. Médecine traditionnelle du Sénégal exemples de quelques plantes médicinales de la pharmacopée sénégalaise traditionnelle. Thèse phar, Faculté de pharmacie Aix Marseille Université, Mbacké,2019,174p
5. OMS. Bureau Régional de l'Afrique. Promoting the role of traditional medicine in health systems: a strategy for the african region. Disponible en ligne: <https://www.afro.who.int> .Consulté le 16 /11/2021.
6. Technical briefing on traditional medicine. Report to the Forty-ninth Session of the Regional Committee for the Western Pacific, Manila, September 1998. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific. Disponible en ligne : <https://www.Proquest.com> .Consulté le 20/11/2021.
7. Danesi M A, Adetunji J. B. Use of alternative medicine by patients with epilepsy: a survey of 265 epileptic patients in a developing country Epilepsia. Pubmed 1994; 35(2):344-51.
8. Mallé A. Représentation socio-culturelle de la douleur au Mali : Pratiques sur la prise en charge de la lombalgie et de la céphalée en Médecine traditionnelle. Thèse méd, Faculté de médecine et d'Odonto stomatologie, Bamako, 2017, 194 ; 218p
9. Goïta S. Influence des pratiques traditionnelles sur la prise en charge des pathologies neurologiques dans le service de neurologie du CHU Gabriel Touré de Bamako (mali). Mémoire Neurologie, Faculté de médecine et d'Odonto stomatologie, Bamako, 2019, 104p.
10. Tahani A, Maryam A, Omnyah A, Huda Z, Wejdan B, Hessah A et al. Complementary and alternative medicine use among ischemic stroke survivors in Jeddah, Saudi Arabia. Neurosciences 2020; 25 : 362 – 368.
11. Gloria Y. Y, Ted J. K, Robert H. S. Prescribing Tai Chi for Fibromyalgia — Are We There Yet?. The new England journal of medicine 2010; 363 : 783-784.

12. Fuzhong L, Harmer P, Fitzgerald K, Eckstrom E, Stock R, Maddalozzo J et al. Tai Chi and Postural Stability in Patients with Parkinson's Disease. *The new England journal of medicine* 2012;366:Pages 511-519.
13. Tianlong Liu, Yi Ding, Aidong Wen. Traditional Chinese medicine for ischaemic stroke. *Lancet Neurol* 2018;17(9):745. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30290-4.
14. James PB, Wardle J, Steel A, Adams J. Traditional, complementary and alternative medicine use in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMJ Glob Health* 2018;3. doi:10.1136/bmjgh-2018-000895.
15. Grand Larousse illustré 2021. Disponible sur : www.Larousse.fr/dictionnaire/français/m%C3%A9decine/50082. Consulté le 20/11/2021.
16. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour médecine traditionnelle pour 2014-2023. 2013 cité le 28/08/2020. Disponible sur : 9789242506099 PDF. Consulté le 20/11/2022.
17. (MS/INRSP/DMT) politique nationale de médecine traditionnelle. 2005 cité le 05/07/2020. Disponible sur : <https://www.bibliosanté.ml>. Consulté le 18/11/2022.
18. Didier P. Médecine traditionnelle et "médecine intégrative" à Madagascar : entre décisions internationales et applications locales. Mémoire spécialité anthropologie sociale – ethnologie, Université de Bordeaux, Bordeaux, 2016, 597p
19. Gale N. The sociology of traditional, complementary and alternative medicine. *Sociology Compass*. 2014 ; **8**(6) : 805–822.
20. Fassin E, Fassin D. De la quête de légitimation à la question de la légitimité : les thérapeutiques « traditionnelles » au Sénégal. *Cahiers d'études africaines* 1988 ; **28**(110) : 207-231.
21. Ayers SL, Kronenfeld JJ. Using factor analysis to create complementary and alternative medicine domains : an examination of patterns of use. *Health* 2010 ; **14**(3) : 234–252.
22. Dozon JP et Sindzingre N. Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle en Afrique contemporaine. *Prévenir* 1986 ; **12** : 43-52.
23. Yangni AA. La revalorisation de la médecine traditionnelle africaine en Côte d'Ivoire. Abidjan : CEDA ,2004 ; 182p.
24. Kroa E. Evaluation de l'efficacité du traitement traditionnel de l'accès simple du paludisme à *Plasmodium falciparum* à Agnanfoutou, département d'Agnibilékrou. Thèse Med, UFR des sciences médicales, Abidjan , 2000, 257p
25. Ministère de la santé/INRSP/DMT. politique nationale de Médecine Traditionnelle du Mali ; octobre 2005. <https://www.bibliosanté.ml>. Disponible sur : 9789242506099 PDF. Consulté le 18/11/2021

- 26.** Lorre I. Un regard sur l'évolution de la médecine traditionnelle malgache. Thèse pharm, Université Henri-Poincaré , Nancy , 2006,2479,162p
- 27.** Konan A. Place de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires à Abidjan, Côte d'Ivoire. Thèse méd, Université Toulouse, Toulouse, 2012,
- 28.** Kuitche VK. Médecine traditionnelle et droit de la santé : Pour une intégration du droit dans le système traditionnel. Cameroun : Editions l'Harmattan, 2017 ; 26p
- 29.** Kedzierska A, Jouvelet B. Guérisseurs et féticheurs : la médecine traditionnelle en Afrique de l'Ouest. Paris : Editions Alternatives, 2006 ;142p
- 30.** Sanogo R. Rôle de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires au Mali. In :souleymane D,Salia M,Bakary T,eds. Médecine traditionnelle et arts divinatoires : le Cas Du Mandé Au Mali. Paris : Editions Harmattan,2016: 104p
- 31.** OMS-AFRO Mali: Factsheets of health statistics 2016. Rapport disponible sur aho.afro.who.int (page consultée le 18/11/2022).
- 32.** OMS. Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002–2005. Rapport disponible sur apps.who.int (page consultée le 22/11/2021).
- 33.** Konaté N. Etude de la consommation des médicaments traditionnels améliorés dans le cercle de Kadiolo. Thèse pharm, Faculté de médecine de pharmacie et d'odonto stomatologie, Bamako, 2004, 178p.
- 34.** Willcox M, Sanogo R, Diakite C, Giani S, Paulsen BS, Diallo D. Improved traditional medicines in Mali. *J. Altern. Complement. Med*; 2012 ; 18(3) : 212-220.
- 35.** OMS. Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine : a worldwide review. 2001. Rapport disponible sur apps.who.int (page consultée le 22/11/2021).
- 36.** Ministère de la santé malien. Décision n°09-602 portant création, organisation et fonctionnement du comité de suivi de PNMT. 2009. Texte disponible sur mali.cnom.sante.gov.ml (page consultée le 22/11/2022).
- 37.** Kespi JM. L'homme et ses symboles en médecine traditionnelle chinoise. Paris : Albin Michel, 2002 ;
- 38.** Annie F, Olivier D, Marie K, Noël T et le GEAMT. Etude de la prise en charge par acupuncture des troubles mus-culo-squelettiques chroniques en milieu professionnel. *Acupuncture et Moxibustion* 2012 ; 11 (3) : 83 – 88.
- 39.** E. Erns , Myeong S L, Tae-Young Choi. Acupuncture: Does it alleviate pain and are there serious risks? *A review of reviews PAIN* 2011;755–764.
- 40.** Helge F, Jan-David F, Gary F. Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2014; 15:286p

- 41.** Cheryl Hawk, Raheleh Khorsan, Anthony J. Lisi, Randy J. Ferrance, Marion Willard Evans. Chiropractic Care for Nonmusculoskeletal Conditions: A Systematic Review with Implications for Whole Systems Research. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2007; 5 (3). Doi: <https://doi.org/10.1089/acm.2007.7088>.
- 42.** Jean-Lionel B. Pain in Oncology, Reality and Paradox of Homeopathic Care. *OBM Integrative and Complementary Medicine* 2018; 3(3). Doi:10.21926/obm.icm.1803019.
- 43.** Mark K, Elly K, Robert A S, Marco A C, Edward D, Anthony F, and al. Global medical education partnerships to expand specialty expertise: a case report on building neurology clinical and research capacity. *BMC Neurology* 2016; 16:227 P DOI 10.1186/s12883-016-0732-y
- 44.** GBD 2015 Neurological Disorders Collaborator Group* Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Neurol* 2017; 16: 877–97
- 45.** Alain Mpanya, Marleen Boelaert, Sylvain Baloji, Junior Matangila, Symphorien Lubanza, Emmanuel Bottieau, and Al. Diagnostic Work-Up of Neurological Syndromes in a Rural African Setting: Knowledge, Attitudes and Practices of Health Care Providers. *PLoS One* 2014; 9(10): 110-167.
- 46.** Winkler AS, Mosser P, Schmutzhard E. Neurological disorders in rural Africa: a systematic approach. *Trop Doct* 2009; 39: 102–104.
- 47.** Birbeck GL. Neurologic disease in a rural Zambian hospital. *Trop Doct* 2001; 31: 82–85.
- 48.** Deby M, Jean-Roger L K, Alain M, Luigi M, Tharcisse K, Pascal L, and al. Clinical Spectrum, Etiology, and Outcome of Neurological Disorders in the Rural Hospital of Mosango, the Democratic Republic of Congo. *Am. J. Trop. Med. Hyg* 2017; 97(5): 1454–1460
- 49.** Jane Nakibuuka, Martha Sajatovic, Joaniter Nankabirwa, Anthony J Furlan, James Kayima, Edward Ddumba, and al. Stroke-Risk Factors Differ Between Rural and Urban Communities: Population Survey in Central Uganda. *Neuroepidemiology* 2015; 44:156-165.
- 50.** Murray CJL, Theo V, Rafael L, Mohsen N, Abraham D F, Catherine M, and al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet* 2010; 380: 2197–2223.
- 51.** World Health Organization, 2006. *Neurological Disorders: Public Health Challenges*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. <https://www.who.int> : disponible en ligne. Consulté le 22/11/2021.

- 52.** GBD 2017 SDG Collaborators. Measuring progress from 1990 to 2017 and projecting attainment to 2030 of the health-related Sustainable Development Goals for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018; 392: 2091–2138
- 53.** Souleymane P Coulibaly, Souleymane Coulibaly, Hammadoun A Sango, Lassana Cissé, Fatoumata I Maïga, Boubacar Maïga, and al. Neuropsychiatric and Socio-Cultural Aspects in a Malian Family with Spinocerebellar Ataxia. *Ann Med Psychol* 2020; 178: 278-282.
- 54.** Bham Z, Ross E. Traditional and Western medicine: cultural beliefs and practices of South African Indian Muslims with regard to stroke. *Ethnicity and Disease* 2005;15(4):548–554.
- 55.** Hundt GL, Stuttaford M, Ngoma B. The social diagnostics of stroke-like symptoms: healers, doctors and prophets in agincourt, limpopo province, South Africa. *Journal of Biosocial Science* 2004;36(4):433–443.
- 56.** Emmanuel Quansah, Thomas K. Karikari, Alex Asase, Dorcas Osei-Safo, Kennedy Kwami Edem Kukuia, Isaac Kingsley Amponsah, and Alexander K. Nyarko. Medicinal Plants Used in the Treatment of Mental and Neurological Disorders in Ghana. *Evid Based Complement Alternat Med* 2018; 8590381. doi: 10.1155/2018/8590381
- 57.** WHO. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). [https://icd.who.int/dev11/Consulté le 22/11/2022.](https://icd.who.int/dev11/Consulté_le_22/11/2022)
- 58.** Philip B. A, Omar M. A, Rose M, Mandela C. M, Mugisha C. M, Shabbir M. A, and al. Out-patient neurological disorders in Tanzania: Experience from a private Institution in Dar es Salaam. *eNeurologicalSci* 2020;(20) 100-262
- 59.** F.S. Sarfo, J. Akassi, E. Badu, A. Okorozo, B. Ovbiagele, A. Akpalu. Profile of neurological disorders in an adult neurology clinic in Kumasi, Ghana. *eNeurological. Sci.* 2016;3: 69–74, <https://doi.org/10.1016/j.ensci.2016.03.003>.
- 60.** S. Laizer, K. Kilonzo, S. Urasa, V. Maro, R. Walker, W. Howlett. Neurological disorders in a consultant hospital in northern Tanzania. A cohort study, *eNeurologicalSci* 2019;14 : 101–105, <https://doi.org/10.1016/j.ensci.2018.11.013>.
- 61.** World Health Organization. WHO protocol: epidemiologic studies of neurologic disorders. *Acta Neurol Scand* 2012; 127(3):198–207.
- 62.** O.K. Siddiqi, M. Atadzhanov, G.L. Birbeck, I.J. Korálnik. The spectrum of neurological disorders in a Zambian tertiary care hospital, *J. Neurol. Sci* 2010 ; 290 : 1–5, <https://doi.org/10.1016/j.jns.2009.12.022>.
- 63.** C.K. Tegueu, S. Nguefack, J. Doumbe, Y.F. Fogang, P.C. Mbonda, E. Mbonda. The spectrum of neurological disorders presenting at a neurology clinic in Yaoundé, Cameroon. *Pan. Afr. Med. J* 2013; 14. <https://doi.org/10.11604/pamj.2013.14.148.2330>.

64. B.O. Osuntokun. The pattern of neurological illness in tropical Africa. Experience at Ibadan, Nigeria, *J. Neurol. Sci* 1971; 12; 417–442, [https://doi.org/10.1016/0022-510X\(71\)90110-9](https://doi.org/10.1016/0022-510X(71)90110-9).

FICHE D'ENQUETE

Numéro de la fiche d'enquête :...../_____/_____/_____/_____/

Numéro du dossier du malade :...../_____/_____/_____/_____/

Date de consultation :..... /_____/_____/_____/_____/

1. Données sociodémographiques

Sexe: /.... / 1. Masculin 2. Féminin

Age: /...../

Tranche d'âge : /...../ 1 : < 14ans 2 : 15-24 ans 3 : 25-34 ans 4 : 35- 44 ans 5 : 45-54 ans
6 : 55- 64 ans 7 : 65 - 74 ans 8 : > 75 ans

Statut matrimoniale: /.... / 1: marié(e) 2: célibataire 3: divorcé(e) 4: veuf (ve)

Profession: /.... / 1: élève/ étudiant 2: fonctionnaire 3: cultivateur 4: pêcheur 5: commerçant(e)
6: Paysan 7: femme au foyer 8 :Porteur d'uniforme 9 :Travailleur informel 10 : Ouvrier 11: sans
emploi 12 : retraité 13 : Autres:.....

Niveau d'instruction : /.../ 1 : Alphabétisé en langue locale 2 : Collège 3 : Non scolarisée
4 : Primaire 5 : Secondaire 6 : Supérieur

Niveau de vie socio-économique : /.../ 1 : Inférieur (< au SMIG : 40.000 fcfa/mois) 2 : moyen (1
à 2 fois le SMIG : 40.000 fcfa/mois) 3 : supérieur (> à 3 fois le SMIG: 40.000 fcfa/mois)

Ethnie: /.... / 1: Bambara 2: Peulh 3: Sonrai 4: Dogon 5: Sénoufo 6: Mianka 7: Bwa 8: Bozo
9: Tamachek 10: Malinké 11: Soninké(Sarakolé) 13 : Autres :.....

Résidence: /.... / 1 : Urbain 2 : Semi urbain 3 : Rural

Religion : /..../ 1 : Musulmane 2 : Chrétienne 3 : Animisme 4 : Autre :.....

2. Pathologies neurologiques et Médecine traditionnelle

2.1. Connaissez-vous la médecine traditionnelle / .../ 1 : Oui 2 : Non

2.2. Avez-vous déjà eu recours à la médecine traditionnelle /...../ 1 : Oui 2 : Non

2.3. Avez-vous eu des évènements indésirable lié à l'usage de la médecine traditionnelle /...../
1 : Oui 2 : Non, si Oui lequel ou lesquels :.....

3. Pathologies neurologiques

**3.1. Pathologie neurologique qui vous amène en consultation /...../ 1 : pathologies du
mouvement 2 : pathologies en rapport avec la déficience neurocognitive 3 : pathologies
inflammatoires du Système Nerveux Central (SNC) à savoir la sclérose en plaque (SEP), maladies
du spectre NMO et autres maladies inflammatoires 4 : épilepsie/convulsions 5 : céphalées et algies
cranio-faciales 6 : Accidents Vasculaires Cérébraux 7 : pathologies médullaires non traumatiques
9 : maladies du motoneurones et troubles apparentés 10 : pathologies périphériques en rapport
avec une atteinte de la racine nerveuse, du plexus et du nerfs périphériques 11 : Myopathie et
maladies de la jonction neuromusculaire 12 : paralysie cérébrale 13 : pathologies du SN en rapport**

avec des troubles nutritionnels et ou toxiques 14 : pathologie en rapport avec la dynamique du Liquide Céphalo-Rachidien 15 : troubles du système nerveux autonome 16 : encéphalite/ encéphalopathies 17 : méningite/ méningo-encéphalite 18 : maladies humaines à prions 19 : troubles de la conscience 20 : douleur Neuropathique 21 : lombalgie/lombo-radiculopathie 22 : troubles post-opératoires du système nerveux 23 : pathologies du sommeil et 24 : pathologies non neurologiques
 25 : autres :.....
 Commentaires :.....

3.2. Pour cette pathologie qui vous amène avez-vous utilisez la médecine traditionnelle /...../

1 : Oui 2 : Non si Oui :

1 : Avant l'hôpital 2 : Alternatif 3 : Concomitamment 4 : Après l'hôpital 5 : Autres

3.3. Qu'est-ce qui vous a orienté vers la médecine traditionnelle/...../ 1 : Efficacité 2 : Croire à

la médecine traditionnelle 3 : médecine traditionnelle est dans notre culture 4 : Maladie surnaturelle 5 : Coût des soins traditionnelles abordable 6 : Disponibilité des tradipraticiens 7 : Manque de couverture sanitaire 8 : Manque de personnels qualifiés à la médecine moderne 9 : coût élevé des médicaments de la médecine moderne 10 : Autres

3.4. Selon vous quels les causes de votre maladie /...../ 1 : Puntion divine ou ancestrale

2 : Sorcellerie 3 : Démons 4 : Transgression d'un tabou 5 : Autres

3.5. Pour cette maladie actuelle quel est le coût que vous avez mis /...../

1 : Inf à 25000 2 : 25000 à 50000 3 : 50000 à 100000 4 : 100000 à 200000 5 : Sup à 200000

3.5. Quel type de soins avez-vous reçu en médecine traditionnelle /...../

1 : Phytothérapie 2 : Scarification 3 : Incantation 4 : Verset de coran 5 : Gris-gris 6 : Prière ou Rites 7 : Massage 8 : Sacrifice 9 : Autres

3.6. Types de tradithérapeutes /...../ 1 : Marabout 2 : Guérisseur 3 : Féticheur 4 : Pasteur

5 : Magicien 6 : Autre.....

3.5. Durée de l'évolution de la maladie /...../ 1 : Moins de 3 mois 2 : 4 mois - 6 mois

3 : 7 mois - 12 mois 4 : 13 mois - 18 mois 5 : 19 mois - 24 mois 6 : 25 mois - 36 mois 7 : 37 mois - 72 mois 8 : 73 mois - 120 mois 9 : > 120 mois

3.7. Depuis combien de temps êtes-vous suivi en médecine traditionnelle /...../ 1 : Moins de

3 mois 2 : 4 mois - 6 mois 3 : 7 mois - 12 mois 4 : 13 mois - 24 mois 5 : 25 mois - 36 mois 6 : > 36 mois

3.8. Temps écoulé avant la première consultation en neurologie /...../ 1 : Moins de 3 mois

2 : 4 mois - 6 mois 3 : 7 mois - 12 mois 4 : 13 mois - 24 mois 5 : 25 mois - 36 mois 6 : > 36 mois

3.9. Selon vous quel est votre évaluation de l'efficacité de la médecine traditionnelle par rapport à la médecine moderne /...../ 1 : Plus efficace que la médecine moderne 2 : Efficacité équivalente 3 : Complémentaire 4 : Autre

Fiche signalétique :

Nom : TOGO

Prénom : Maïmouna

Adresse : cell : 69 53 34 67/ 74 68 19 17, e-mail : togomch@gmail.com

TITRE DE MEMOIRE : Impact de la médecine traditionnelle dans la prise en charge des pathologies neurologiques au Mali.

Année Universitaire : 2021-2022

Ville de soutenance : Bamako

Pays : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS.

Secteur d'intérêt : Neurologie

Résumé :

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

Au cours de cette étude 186 patients dans le CHU Gabriel Touré du service de Neurologie ont été interrogés.

Dans notre étude le taux de recours à la médecine traditionnelle représentait 56,7.

La croyance à la médecine traditionnelle était le facteur le plus influençant l'orientation envers la médecine traditionnelle.

La phytothérapie était le type de soins le plus représenté.

L'AVC était la pathologie neurologique la plus fréquente qui amenait nos patients en consultation ou motivant l'hospitalisation au service de neurologie suivi de lomboradiculopathie .

La moitié de la population y trouve une arme thérapeutique complémentaire à la médecine conventionnelle.

Mots Clés : Impact ; Médecine traditionnelle ; Pathologie neurologique ; Mali.