



## **Rapport final sur la première phase du Projet "Pratiques traditionnelles et soins de santé primaire"**

### Contexte

Une proportion importante de la population mondiale n'a pas accès à des soins de santé primaires lorsque c'est nécessaire, mais recourt aux soins traditionnels. Dans bien des régions, ces soins traditionnels sont en train de disparaître ou de se dégrader rapidement, faute de relève, laissant ainsi les franges les plus pauvres de la population de plus en plus démunies.

Ce projet a été reconnu comme novateur par des institutions spécialisées. Il s'agissait tout d'abord d'établir une méthodologie facilitant l'intégration de pratiques traditionnelles dans les soins de santé primaires. Ultérieurement, cette méthodologie a été appliquée à des cas particuliers, afin d'en prouver l'efficacité. Cette démarche correspond étroitement aux besoins des politiques de santé proposées actuellement par l'Organisation Mondiale de la Santé ; elle respecte également les récentes Conventions sur la Biodiversité. En outre, ce projet s'inscrit dans une volonté ouverte de divulgation des connaissances, à l'opposé de certaines prospections sans véritable bénéfices pour les populations locales.

### Objectif

L'objectif général est de renforcer durablement les capacités locales en matière de soins de santé primaire.

### Activités et résultats

Elaboration, application et évaluation de recommandations pratiques pour faciliter la collaboration entre médecines traditionnelles et soins de santé primaires classiques.

Nous avons commencé par élaborer des approches acceptables par les divers praticiens et appropriées aux situations locales. Ces approches ont abouti à des applications pratiques, notamment *le suivi clinique rigoureux de l'évolution des personnes soignées* et la synthèse des informations disponibles localement et internationalement. Des collaborations ont été instituées entre les praticiens des soins de santé primaire et ceux des soins traditionnels locaux.

Tant les *méthodes de suivis cliniques rigoureux* que les conclusions apportées par les analyses de ces suivis ont été restituées sur place dans les villages et sont diffusées largement (articles, présentations dans des colloques et des congrès).

Des jeunes médecins et pharmaciens maliens, de l'Université de Bamako, ont participé aux travaux de terrains, qui leur ont fourni des sujets de thèses. Trois stagiaires européennes (ayant terminé leurs études de médecine) ont participé aux collectes de données cliniques au Mali.

Les résultats de ce travail pourront être utilisés ultérieurement pour l'enseignement des méthodes d'étude des pratiques de soins locales et l'application des résultats, et ceci aussi à des personnes sans formation spécifique longue.

En Mauritanie, l'étude d'une clinique de médecine traditionnelle a permis d'instaurer une meilleure connaissance et un climat de confiance entre tradipraticiens et professionnels des soins de santé primaire; une consultation conjointe a été instaurée, où les malades avec un problème de santé difficile sont présentés aux collègues de l'autre système de soins. De cette façon, les soins de santé primaires peuvent se concentrer sur les domaines où ils sont le plus performant (maladies infectieuses, urgences chirurgicales), tandis que la clinique de médecine traditionnelle prendra en charge certaines maladies chroniques, troubles fonctionnels et mentaux, situations de fins de vie et soins palliatifs, réhabilitation et soutien aux handicapés.

Au Mali, les résultats de ce projet amènent, dans le cadre de la politique malienne des « Médicaments traditionnels améliorés » à des développements sur certains traitements locaux au potentiel important du point de vue de la santé publique (malaria, hépatites).

## 1. Introduction.

Le projet "Pratiques traditionnelles et soins de santé primaires" de l'ONG Antenna Technologies et du Département Médecine Traditionnelle (DMT) a été initié en Septembre 2001 à Lausanne lors d'une rencontre des D<sup>rs</sup> Drissa Diallo, Bertrand Graz et Jacques Falquet. Cette rencontre a été suivie en mars 2002 d'une première mission au Mali qui a permis à Jacques Falquet, biochimiste, et à Bertrand Graz, médecin, d'approfondir les idées de la faisabilité d'un projet d'étude de l'efficacité et de l'acceptabilité des traitements traditionnels et d'effectuer une prise de contact avec des partenaires locaux, notamment le Département Médecine Traditionnelle (DMT) à Bamako et le Centre Régional de Médecine Traditionnelle (CRMT) de Bandiagara.

Cette visite de terrain à Bamako, à Bandiagara et à Sikasso a permis d'identifier les pathologies prioritaires sur lesquelles focaliser les activités d'évaluation, soit les hépatites et le paludisme. En concertation avec les responsables maliens, ce choix a été guidé d'une part du fait de la fréquence de ces pathologies et, d'autre part, du fait d'un recours fréquent aux médecines traditionnelles dans ces cas. En particulier, pour les hépatites, du fait de l'inexistence d'un traitement adéquat, efficace et accessible en médecine conventionnelle, ainsi que de la réputation d'efficacité de certains traitements traditionnels.

L'idée était principalement de collecter des données qualitatives et quantitatives permettant d'évaluer l'impact des traitements traditionnels sur ces pathologies et d'envisager la possibilité d'améliorer les synergies et de diminuer la méfiance entre les systèmes traditionnel et moderne de soins. Il est à souligner l'importance de la coordination envisagée avec les autres projets financés par la Coopération Suisse dans le domaine de la santé communautaire, notamment en ce qui concerne la définition d'une stratégie efficace et reproductible d'articulation entre la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle pour la prise en charge des pathologies prévalentes.

## 2. Le volet "Paludisme" : l'enquête "Ménages".

Une série de réunions du comité scientifique du projet, auquel participait le responsable du Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme a permis la mise en forme du protocole définitif de la recherche-action, qui a été présenté en mai 2002 au Comité d'éthique du Mali pour son approbation. Il s'agit d'une étude "cas témoins" qui a permis d'identifier le comportement des ménages face aux cas de paludisme simple et d'accès pernicieux et d'évaluer l'impact des différents choix effectués.

Les localités choisies pour mener l'enquête étaient l'aire de santé de Kendié (Bandiagara), qui comprend 24 villages, en zone sahélienne et l'aire de santé de Finkolo (Sikasso), qui comprend 15 villages, en zone soudano-guinéenne. Les enquêtes se sont déroulées d'octobre 2002 à février 2003, avec la participation de trois stagiaires suisses, du personnel technique du CRMT à Bandiagara et des enquêteurs du projet "Mali - Genève" à Sikasso. L'enquête a concerné 483 ménages à Bandiagara et 469 ménages à Sikasso.

## 2.1. Les résultats.

L'analyse des résultats a permis de se rendre compte que dans la plupart des cas les malades sont soignés à la maison, sans aide extérieure. Ce type de prise en charge (qu'on peut nommer "automédication"), ne se limite pas à un seul type de médecine : plantes médicinales et médicaments de synthèse y sont pris avec une égale fréquence. Une surprise de taille : par comparaison avec un traitement chez le tradipraticien ou au centre de santé, l'automédication ne paraît pas affecter significativement l'évolution des malades; si elle l'influence, ce serait plutôt favorablement (!). Le bénéfice des médicaments modernes apparaît inconstant, à la fois d'une région à l'autre et par comparaison avec les résultats des traitements traditionnels. Enfin, les données permettent de faire ressortir des corrélations intéressantes entre certains traitements traditionnels et une bonne évolution de la maladie.

Remarquons d'emblée que si cette enquête permet de comparer les résultats obtenus après différents parcours thérapeutiques, elle ne permet pas forcément d'affirmer la supériorité d'un type de soins sur un autre. Par exemple, pour le paludisme grave, on peut dire que la guérison des enfants traités à la maison au seul moyen de plantes n'est pas inférieure au taux de guérison des enfants soignés dans les centres de santé modernes. Il n'est pourtant pas possible, à ce stade, de déterminer *pourquoi* il en est ainsi : en effet, les parcours thérapeutiques en cause sont très différents et apportent de multiples facteurs de variation qui sont indépendants de l'efficacité thérapeutique d'une médication ou d'une autre (par exemple, le traitement au centre de santé implique presque toujours un déplacement qui engendre un délai dans la prise en charge : ce seul facteur pourrait s'avérer critique de la contexte du paludisme grave).

### 2.1.1. Les nosologies.

Les corrélations entre noms locaux du paludisme et syndrome clinique rapporté sont excellentes.

#### Les itinéraires thérapeutiques

L'itinéraire typique en cas de paludisme simple consiste à prendre, en auto-médication, un traitement moderne, souvent associé à un traitement traditionnel : 70,6% des malades reçoivent un traitement moderne en première intention à Sikasso, 65,8% à Bandiagara ; 71,2% des malades reçoivent des plantes en première intention à Sikasso, 50,4% à Bandiagara. Un traitement traditionnel est utilisé plus fréquemment en cas de paludisme grave qu'en cas de paludisme simple : à Sikasso, 46,2% ne reçoivent pas de traitement moderne en première intention en cas de paludisme grave, contre seulement 24% qui n'en reçoivent pas en cas de paludisme simple. A Bandiagara, 52,6% ne reçoivent pas de traitement moderne en cas de paludisme grave, contre 28,3% en cas de paludisme simple. Les taux de recours aux différents types de soins en cas de paludisme relevés montrent en première place l'automédication (moderne et/ou traditionnelle) : 84,7% à Sikasso et 81% à Bandiagara, suivie par le recours aux tradipraticiens : 3% à Sikasso et 13 % à Bandiagara et par la médecine conventionnelle : 12,2% à Sikasso et 6% à Bandiagara. Cependant, en cas de paludisme grave, on recourt assez souvent à un tradipraticien : environ 30% dans les deux régions.

### 2.1.2. L'évolution de la maladie.

Les rapports entre type de traitement utilisé et évolution de la maladie démontrent qu'il y a très peu de différences dans l'évolution des malades selon le type de traitement, que nous prenions comme point de comparaison l'évènement le plus dramatique : le décès, ou les guérisons.

#### a) Les décès.

A Sikasso, on déplore 20 décès parmi les enfants qui ont été traités par un médicament moderne, contre 4 décès parmi les enfants qui n'ont reçu aucun médicament moderne (ni en premier, ni en deuxième traitement).

Toutefois, la différence est statistiquement non-significative, car le nombre d'enfants ayant reçu un médicament moderne est plus important. A Bandiagara, on déplore 7 décès en tout parmi ceux qui ont reçu un traitement moderne, contre 8 parmi ceux qui n'ont reçu aucun traitement moderne. La différence est statistiquement non-significative pour le premier traitement, mais significative pour le deuxième, à cause de la différence au dénominateur : 4 décès sur 130 patients traités avec médicament moderne, contre 5 décès sur 24 patients traités sans aucun médicament moderne.

#### b) Les guérisons.

A Sikasso, le taux de guérison est de 272 guéris sur 329 malades (soit le 82,6%) quand au moins un traitement moderne a été utilisé lors du premier traitement, contre 99 guéris sur 136 patients (soit 72,8%) sans aucun traitement moderne. A Bandiagara, le taux de guérison après le premier traitement est de 139 guéris sur 309 malades (soit le 45%) avec traitement moderne, contre 67 guéris sur 155 malades (soit 43,2%) sans aucun traitement moderne. La différence n'est pas statistiquement significative. Il est bien sûr impossible de savoir quelle est la part de guérisons spontanées, car le nombre de patients qui n'ont reçu aucun traitement du tout est trop bas : 6 enfants à Bandiagara et 2 à Sikasso.

#### c) Les traitements.

Selon qui a donné le premier traitement (auto-médication, tradipraticien ou centre de santé), on ne voit pas de différence pour l'évolution de la maladie à Bandiagara. En cas de paludisme grave, on se tourne moins rarement vers les tradipraticiens (environ 30 %) ou le centre de santé moderne (entre 10 et 20%). A Sikasso, les meilleurs résultats, tant pour éviter un décès que pour obtenir une guérison complète, sont obtenus avec l'automédication. Là encore, nos travaux ne peuvent que constater cet état de fait ; ils sont insuffisants pour déterminer *pourquoi* il en est ainsi.

### 2.1.3. Les plantes médicinales.

Les plantes médicinales utilisées pour le traitement du paludisme sont nombreuses. Il a été relevé une grande dispersion à Bandiagara, tandis que les résultats sont plus concentrés à Sikasso. Certains traitements locaux ressortent du lot. Il en est ainsi, par exemple, de la plante nommée *Soni-jeni* (*Argemone mexicana* L.) dans la région de Sikasso, donnée pour traiter les cas de paludisme simple, qui est suivie d'une guérison complète des malades dans 25 cas, et jamais d'une aggravation ou d'un décès.

### 3. L'enquête "Thérapeutes Traditionnels".

Une enquête supplémentaire a été conduite auprès des thérapeutes traditionnels des mêmes zones choisies pour l'enquête "Ménages", soit les aires de santé de Kendié (Bandiagara) et de Finkolo (Sikasso). L'objectif était d'évaluer les connaissances, perceptions et pratiques des détenteurs de l'art traditionnel de guérir par rapport au paludisme simple et au paludisme grave (accès perniciox).

Cette enquête a été menée par Drissa Sangaré, thésard de la FMPOS, avec l'appui de M. Famara Berthé, enquêteur du projet "Mali - Genève". Après un pré-test des questionnaires effectué en novembre 2002 à Sanankoroba, l'enquête s'est déroulée en janvier 2003 à Kendié et en février 2003 à Finkolo. L'enquête a concerné 49 thérapeutes traditionnels (dont une femme) à Bandiagara et 30 thérapeutes traditionnels (dont 8 femmes) à Sikasso.

Dans une deuxième phase, il a été réalisé l'étude phytochimique et de l'activité antipaludique *in vitro* d'un certain nombre de plantes identifiées pendant l'enquête. La thèse, intitulée "*Etude de la prise en charge du paludisme par les thérapeutes traditionnels dans les aires de santé de Kendié (Bandiagara) et de Finkolo (Sikasso)*" a été présentée et soutenue en décembre 2003<sup>1</sup> ; le travail a obtenu les congratulations du jury et la proposition pour un prix de thèse.

#### 3.1. Les résultats.

L'analyse des résultats a permis de constater que les thérapeutes traditionnels des zones concernées connaissent très bien le paludisme simple et le paludisme grave. Les critères de diagnostic des thérapeutes traditionnels, étant basés sur les symptômes, ne diffèrent pas substantiellement de ceux des acteurs de la médecine moderne, en absence de confirmation biologique. Certainement les étiologies traditionnelles ne coïncident pas toujours avec celles de la médecine moderne, mais les moustiques commencent à être cités comme cause du paludisme. Il est par ailleurs à signaler que les thérapeutes traditionnels de Finkolo semblent mieux connaître les origines du paludisme et les évolutions possibles. Les traitements sont dans la quasi-totalité des cas à base de plantes médicinales pour le paludisme simple et dans environ 50% des cas pour les accès perniciox. Il est à signaler que toutes les plantes citées ont été trouvées actives, à différents degrés, sur le *Plasmodium falciparum*.

##### 3.1.1. L'étiologie.

Les thérapeutes traditionnels de Kendié citent entre les causes du paludisme simple en première place le manque d'hygiène corporelle (31%), suivie par les piqûres des moustiques (22,5%) et l'hygiène alimentaire (16%). A Finkolo, nous trouvons en première place l'alimentation (67%), suivie par le vent (23%) et les piqûres des moustiques (10%). Pour l'accès perniciox, nous trouvons à Kendié presque exclusivement l'oiseau (96%), tandis qu'à Finkolo le paludisme simple est cité en

---

<sup>1</sup> Le texte de cette thèse est disponible auprès de J. Falquet

première place (30%), suivi par l'oiseau (17%). Il est à souligner que l'oiseau de Kendié a une description tout à fait différente de celui de Finkolo.

### 3.1.2. La collaboration entre les acteurs de la santé.

A Kendié, les agents de santé orientent rarement les malades vers les thérapeutes traditionnels. Si délégation il y a, elle se fait généralement d'un thérapeute à un autre. Les thérapeutes traditionnels délèguent rarement les cas de paludisme simple.

26,5% des thérapeutes délèguent les cas de paludisme grave. A Finkolo aussi les agents de santé orientent rarement les malades vers les thérapeutes traditionnels, mais les malades peuvent venir en consultation chez un thérapeute traditionnel après un premier traitement conventionnel.

Contrairement à ceux de Kendié, les thérapeutes traditionnels de Finkolo affirment déléguer plus souvent les cas de paludisme grave et rarement les cas de paludisme simple.

### 3.1.3. Les traitements.

Pour le paludisme simple, la grande majorité des thérapeutes traditionnels de Kendié (98%) utilise des substances d'origine végétale. Il en est de même à Finkolo (90%). Pour les accès pernicioseux, ce pourcentage descend à 51% à Kendié et à 53% à Finkolo. En deuxième position nous retrouvons à Kendié l'oiseau (18%), suivi par les gris-gris (14%); à Finkolo, les nids d'oiseau (10%) suivis par le *nassi* (eau bénite avec les versets du Coran) et le vinaigre, les deux dans 7% des cas.

Au total, ont été recensées 118 recettes, comprenant 66 plantes. Seules trois plantes n'ont pas encore pu être identifiées botaniquement. Les traitements du paludisme simple sont effectués généralement par des décoctions de feuilles, utilisées par voie orale et en bain corporel. Pour les accès pernicioseux, les racines et les écorces du tronc sont les plus utilisées, le traitement se faisant par fumigation et inhalation ou par massage.

La plupart des plantes citées sont connues dans la littérature scientifique pour leur utilisation dans le traitement du paludisme.

*Les plantes médicinales utilisées pour le paludisme simple :*

A Kendié, la plante la plus utilisée est *Securidaca longepedunculata* (14%) suivie par *Combretum micranthum* (10%), *Guiera senegalensis* (10%), *Mitragyna inermis* (8%) et *Balanites aegyptiaca* (8%). A Finkolo, les plantes les plus utilisées sont *Nauclea latifolia* (23%) et *Cochlospermum tinctorium* (23%), suivies par *Trichilia emetica* (20%), *Argemone mexicana* (16%), *Opilia celtidifolia* (16%), *Cassia sieberiana* (16%) et *Anogeissus leiocarpus* (16%).

*Les plantes médicinales utilisées pour le paludisme grave :*

A Kendié, il y a une grande dispersion quant au traitement des accès pernicioseux par les plantes : sept plantes ont été citées, chacune totalisant le 4% des thérapeutes traditionnels interrogés. Il s'agit de : *Securidaca longepedunculata*, *Khaya senegalensis*, *Balanites aegyptiaca*, *Tamarindus indica*, *Calotropis procera*, *Ximenia americana* et *Boscia angustifolia*. A Finkolo la plante la plus utilisée est *Securidaca*

*longepedunculata* (20%) suivie par *Argemone mexicana* (7%), *Nauclea latifolia* (7%), *Pteleopsis suberosa* (7%), *Cordia myxa* (7%) et *Citrus aurantifolia* (7%).

#### 4. L'étude *in vitro* des activités antipaludiques.

Des 66 plantes citées par les thérapeutes traditionnels, 8 ont été choisies pour des études plus approfondies, comportant, entr'autre, un test biologique de l'activité sur le *Plasmodium falciparum* (souche résistante à la chloroquine).

Ces plantes ont été sélectionnées en fonction de la fréquence d'utilisation ainsi que de l'absence de travaux antérieurs visant à confirmer leur activité antipaludique.

58 extraits obtenus avec différents solvants à partir de différents organes de ces plantes ont été préparés au Département Médecine Traditionnelle. Ces extraits ont été testés sur des souches standard de *Plasmodium falciparum* K<sub>1</sub>, résistantes à la chloroquine. Les tests antipaludiques ont été menés auprès du Swiss Tropical Institute de Bâle, sous la responsabilité du Prof. Reto Brun.

Un seul extrait, notamment l'extrait méthanolique des racines de *Securinega virosa* a donné une Concentration Inhibitrice 50% supérieure à 20 µg/ml, étant ainsi considéré non actif. 30 extraits ont donné une Concentration Inhibitrice 50% comprise entre 10 et 20 µg/ml. 21 extraits ont donné une Concentration Inhibitrice 50% comprise entre 5 et 10 µg/ml. 5 extraits, les plus actifs, ont eu une Concentration Inhibitrice 50% comprise entre 0.5 et 5 µg/ml.

Il faut souligner que la plante la plus active a été mise en évidence aussi lors de l'enquête "Ménages" dans la région de Sikasso, donnant, dans le traitement des cas de paludisme simple, une guérison complète des malades dans 25 cas, et jamais une aggravation ou un décès.

#### 5. Le volet "Hépatites".

Le projet consiste en un suivi spécifique des donneurs de sang dépistés positifs pour l'Hépatite-B par le Centre National de Transfusion Sanguine de Bamako.

Actuellement, ces patients sont systématiquement référés au Département de Médecine Traditionnelle pour un traitement à base de plantes, aucun traitement moderne de l'hépatite n'étant possible sur place. Ces patients sont suivis en utilisant uniquement les tests déjà disponibles à Bamako.

La mise en route de ce volet du projet a été retardée car nous souhaitons étudier plus en détail la validité scientifique de la méthodologie prévue. A cette fin, des contacts ont été établis avec un hépatologue renommé et familier avec les questions d'hépatologie tropicale, le Dr. Pierre Périac (Paris), afin de mieux cerner les paramètres essentiels des suivis prévus. Entre temps, un dépistage de l'Hépatite-C a été introduit au centre de transfusion sanguine, ce qui permet de l'intégrer dans le projet.

Pour ce volet, un Comité Scientifique ad hoc a été mis en place, composé par le Professeur Anantole Tounkara, Directeur du Centre National de la Transfusion Sanguine, le D<sup>r</sup> Drissa Diallo, Chef du Département Médecine Traditionnelle, le Dr Sékou Traoré, Chef du Service de Sérologie de l'Institut National de Recherche en Santé Publique et le Dr Ibrahima Douaré, Médecin Généraliste auprès du service des sciences médicales du Département Médecine Traditionnelle. Deux thésards de la FMPOS ont été identifiés pour suivre les essais, notamment M. Oumar Sangaré, Pharmacie, et M. Modibo Doumbia, Médecine.

Les plantes qui seront testées en vue de la mise au point d'un Médicament Traditionnel Amélioré pour la prise en charge des hépatites sont *Combretum micranthum*, *Entada africana* et *Cochlospermum tinctorium*. Ces plantes ont été choisies sur la base de l'évidence ethnobotanique et des nombreuses années d'expérience du Département Médecine Traditionnelle dans ce domaine.

Pour les raisons précisées plus haut, ce volet hépatite est encore en cours : afin d'en assurer le terme dans les meilleures conditions, le reste des activités nécessaires a été transféré sur la phase II du projet.

## 6. Activités en Mauritanie

### 6.1. Préambule

Grâce à l'aide de l'association « Médecins du Monde – Suisse », une étude de faisabilité concernant la méthodologie proposée par Antenna en matière de relation « médecine traditionnelle – médecine moderne » a pu être menée à bien en Mauritanie. Le projet "Pratiques traditionnelles et soins de santé primaire" a, quant à lui, permis de publier ces résultats<sup>2</sup> et a bénéficié des outils méthodologiques ainsi validés. Bien que financé très majoritairement par MDM-Suisse, ces travaux seront décrits ici, à titre informatif et parce qu'ils ont largement contribué à la conception du projet malien.

### 6.2. Activités

Il s'agissait de préciser à quelles demandes et avec quelle pertinence répondent les soins dispensés par une clinique de médecine traditionnelle dans la région de Nouakchott. Une famille de tradipraticiens, extrêmement reconnue au niveau national, a accepté de se prêter à l'exercice, en recevant pendant plusieurs mois des visites quotidiennes de médecins de formation académique qui assistaient à leurs consultations. Il s'agissait d'étudier à quels types de problèmes de santé les tradipraticiens apportent une réponse et avec quels résultats. De cette façon, on pouvait espérer améliorer la collaboration entre praticiens des deux médecines, la traditionnelle et la moderne : d'une part du fait du simple contact, s'étendant sur plus d'un an, entre représentants des deux systèmes de soins, d'autre part du fait de la médiation procurée par une étude aux modalités acceptées de part et d'autre et intéressant vivement toutes les parties. Il était clair pour tous qu'une meilleure connaissance des points forts et faibles de chaque système permettrait une meilleure référence des cas relevant prioritairement d'un système ou de l'autre.

Il était nécessaire d'utiliser une méthode particulière, parce que les méthodes habituelles pour estimer la qualité des soins ne sont pas directement applicables aux soins de santé traditionnels. En effet, ici nous ne disposons pas de normes toutes prêtes (qui décriraient les exigences minimales en termes de matériel disponible, de compétence et capacités du personnel, de types de traitements utilisés, de résultats attendus, etc...).

Comme nous n'avons pas de telles normes, nous avons choisi une méthode qui *produit* ces normes en cours de route. Nous avons utilisé trois points de compatibilité, déterminés pour chaque patient par le tradipraticien et, *séparément et indépendamment*, par des médecins modernes qui assistent aux consultations.

---

<sup>2</sup> Voir anexe 2, publication dans « Journal of Alternative and Complementary Medicine »

Ces trois points sont :

1. le problème principal du patient (comme le patient le décrit)
2. le pronostic après traitement (l'évolution prévisible)
3. l'évolution observée après traitement.

### **6.3. Résultats :**

Population de l'étude : 170 consultations initiales et consécutives dans une clinique de médecine arabe traditionnelle en banlieue de Nouakchott (quartier de Toujounine). Dans un premier groupe de 80 patients, 83% présentaient un problème de santé qui durait depuis plus de 40 jours et 74% avaient déjà consulté un médecin de formation académique moderne. Dans le collectif entier (N=170), les âges allaient de 3 semaines à 80 ans (médiane 38 ans), avec 74 patients masculins et 96 féminins.

Les pathologies étaient très diverses, de la séquelle d'anoxie périnatale au cancer en phase terminale, avec une fréquence élevée de problèmes intestinaux et hépatiques chroniques.

Avec un taux de suivi de 66%, les prises en charge observées apparaissent relativement sûres : les références jugées nécessaires ont été suivies sauf en cas de refus du patient. Selon les médecins observateurs, aucun des 5 décès rapportés pendant l'étude n'a été attribuable au traitement arabe (ou au manque de traitement moderne). L'évolution des patients est apparue comme similaire à ce qui était attendu ( $p=0.38$  selon le test de signe et de rang de Willcoxon).

Des réunions hebdomadaires ont été instituées spontanément par les soignants de la clinique traditionnelle et ceux du centre de santé primaire voisin, afin de se présenter mutuellement les cas difficiles.

### **6.4. Discussion :**

La méthode d'évaluation utilisée, par comparaison des pronostics et des résultats, s'avère utilisable là où des études cliniques classiques ne sont pas praticables. Avec des moyens similaires à ceux d'un simple rapport de cas, cette méthode informe sur la capacité du praticien à correctement trier ses patients, c'est-à-dire à soigner ceux à qui il peut offrir des chances thérapeutiques au moins comparables à celles de la médecine moderne, et à proposer une référence aux autres.

Plus spécifiquement, en Mauritanie, la médecine classique arabe pourrait représenter un complément adéquat aux services de santé modernes (notamment pour certaines pathologies chroniques, pour des soins palliatifs et de réhabilitation) et mérite une attention constructive (encourager les réunions entre soignants « traditionnels » et « modernes », vérifier l'inocuité des traitements et rechercher des efficacités spécifiques pour certaines pathologies).

## 7. Conclusions générales

Sur la base des analyses des enquêtes réalisées, nous sommes enthousiastes quant aux informations qu'il a été possible d'extraire de ces données.

Parmi les questions clés auxquelles ces travaux ont apporté des éléments de réponses, on peut citer l'évaluation d'impact global du recours aux pratiques traditionnelles et modernes en cas de paludisme et l'identification des pratiques traditionnelles qui apparaissent comme significativement influentes sur son évolution.

Les premiers résultats des tests biologiques confirment avec force la pertinence de certains traitements traditionnels.

D'autre part, pour le volet "Paludisme", la complexité des deux questionnaires utilisés, ainsi que la comparaison entre deux régions géographiquement et culturellement éloignées du pays et le recoupage des informations entre les enquêtes "Ménages" et "Thérapeutes Traditionnels" nécessitent d'approfondir ultérieurement ces analyses. Cet approfondissement dégagera une quantité d'informations parfaitement nouvelles sur le sujet.

Les résultats ainsi produits pourront être rapidement utilisés au niveau national, du fait de l'implication directe du Ministère de la Santé dans ce projet.

Ajoutons aussi que la publication internationale des conclusions de ces travaux est en cours. L'aspect pédagogique reste essentiel dans ce projet : l'apport et l'amélioration de matériel éducatif, les échanges aussi bien au niveau pré-gradué que post-grade, sur place et par correspondance, représentent les moyens mis en œuvre pour permettre le développement continu des connaissances et compétences des partenaires. La rédaction des rapports d'études et des thèses permet de juger que les objectifs principaux sont en train d'être atteints.

Ces objectifs étaient de renforcer les capacités locales en matière de soins de santé, plus particulièrement pour ce qui est de la malaria et des hépatites. Tant par les résultats directs des travaux décrits ici que par le soutien apporté aux capacités locale à effectuer un travail scientifique de stature internationale, ce projet répond aux objectifs prévus. Rappelons que la valorisation la plus directe des résultats accumulés sera leur contribution au développement et à la diffusion de nouveau MTA (Médicaments Traditionnels Améliorés) concernant les deux pathologies visées. Plus largement, ce projet a renforcé notablement l'esprit de collaboration entre systèmes de soins modernes et traditionnels ; de nombreux liens de confiance ont ainsi été tissés entre chercheurs scientifiques, tradipraticiens et populations locales : les encouragements recueillis lors des scéances de restitutions villageoises nous ont permis de mesurer l'intérêt porté à ces travaux par ceux-là même qui devront en être les principaux bénéficiaires.

## 8. Perspectives

Au vu des résultats, tant directs qu'indirects, des travaux exposés ici, nous estimons qu'il est indispensable de poursuivre et d'étendre la collaboration entre Antenna Technologies et ses partenaires maliens. A cette fin, Antenna Technologies a soumis à la Coopération Suisse un projet de phase II dont les points principaux sont les suivants :

- Mise au point et production d'un nouveau MTA pour le paludisme

- Proposition d'une « Démarche – Qualité » pour la prise en charge intégrée du paludisme
- Recherche-action sur l'approvisionnement, l'accessibilité et la qualité des médicaments cruciaux pour le traitement du paludisme
- Suivis et analyses
- Diffusion des résultats, des informations et des recommandations issus de l'ensemble du projet
- Conclusion et analyse de la recherche-action sur les hépatites (initiés en phase I)

Fait à Genève, le 30 mai 2004

Pour Antenna Technologies :



**Dr Jacques Falquet**

**Antenna Technologies**

**29 r Neuchâtel, CH-1201 Genève**

**Tel 0041 22 731 10 34, Fx 0041 22 731 97 86**

**e-mail [jfalquet@antenna.ch](mailto:jfalquet@antenna.ch)**