

**UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

ANNEE : 2018

THESES 2018 TOU3 2081

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

par

Maxime Collin

Aspects culturels et communautaires des médecines traditionnelles en Afrique
de l'Ouest et en Asie du Sud-Est

Vendredi 14 décembre 2018

Directeur de thèse : Mme Françoise Nepveu

JURY

Président : Mme Françoise Nepveu (Professeur)
1er assesseur : M. Jean Paul Caubère (Docteur)
2ème assesseur : Mme Geneviève Bourdy (Docteur)

PERSONNEL ENSEIGNANT
de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques de l'Université Paul Sabatier
au 08 janvier 2018

Professeurs Emérites

M. BENOIST H.	Immunologie
M. BERNADOU J.	Chimie Thérapeutique
M. CAMPISTRON G.	Physiologie
M. CHAVANT L.	Mycologie
M. MOULIS C.	Pharmacognosie
M. ROUGE P.	Biologie Cellulaire
M. SIE P.	Hématologie

Professeurs des Universités

Hospitalo-Universitaires

Mme AYYOUB M.	Immunologie
M. CHATELUT E.	Pharmacologie
M. FAVRE G.	Biochimie
Mme GANDIA P.	Pharmacologie
M. PARINI A.	Physiologie
M. PASQUIER C. (Doyen)	Bactériologie - Virologie
Mme ROQUES C.	Bactériologie - Virologie
Mme ROUSSIN A.	Pharmacologie
Mme SALLERIN B.	Pharmacie Clinique
M. VALENTIN A.	Parasitologie

Universitaires

Mme BARRE A.	Biologie
Mme BAZIARD G.	Chimie pharmaceutique
Mme BENDERBOUS S.	Mathématiques – Biostat.
Mme BERNARDES-GÉNISSON V.	Chimie thérapeutique
Mme COUDERC B.	Biochimie
M. CUSSAC D. (Vice-Doyen)	Physiologie
Mme SIXOU S.	Biochimie
M. FABRE N.	Pharmacognosie
M. GAIRIN J-E.	Pharmacologie
Mme GIROD-FULLANA S.	Pharmacie Galénique
Mme MULLER-STAU MONT C.	Toxicologie - Sémiologie
Mme NEPVEU F.	Chimie analytique
M. SALLES B.	Toxicologie
M. SEGUI B.	Biologie Cellulaire
M. SOUCHARD J-P.	Chimie analytique
Mme TABOULET F.	Droit Pharmaceutique
M. VERHAEGHE P.	Chimie Thérapeutique

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires

M. CESTAC P.	Pharmacie Clinique
Mme DE MAS MANSAT V. (*)	Hématologie
Mme JUILLARD-CONDAT B.	Droit Pharmaceutique
M. PUISSET F.	Pharmacie Clinique
Mme ROUZAUD-LABORDE C.	Pharmacie Clinique
Mme SERONIE-VIVIEN S.	Biochimie
Mme THOMAS F. (*)	Pharmacologie

Universitaires

Mme ARELLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme AUTHIER H.	Parasitologie
M. BERGE M. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme BON C.	Biophysique
M. BOUJILA J. (*)	Chimie analytique
Mme BOUTET E. (*)	Toxicologie - Sémiologie
M. BROUILLET F.	Pharmacie Galénique
Mme CABOU C.	Physiologie
Mme CAZALBOU S. (*)	Pharmacie Galénique
Mme CHAPUY-REGAUD S.	Bactériologie - Virologie
Mme COLACIOS-VIATGE C.	Immunologie
Mme COSTE A. (*)	Parasitologie
M. DELCOURT N.	Biochimie
Mme DERA EVE C.	Chimie Thérapeutique
Mme ECHINARD-DOUIN V.	Physiologie
Mme EL GARAH F.	Chimie Pharmaceutique
Mme EL HAGE S.	Chimie Pharmaceutique
Mme FALLONE F.	Toxicologie
Mme FERNANDEZ-VIDAL A.	Toxicologie
Mme HALOVA-LAJOIE B.	Chimie Pharmaceutique
Mme JOUANJUS E.	Pharmacologie
Mme LAJOIE-MAZENC I.	Biochimie
Mme LEFEVRE L.	Physiologie
Mme LE LAMER A-C.	Pharmacognosie
M. LEMARIE A.	Biochimie
M. MARTI G.	Pharmacognosie
Mme MIREY G. (*)	Toxicologie
Mme MONFERRAN S.	Biochimie
M. OLICHON A.	Biochimie
Mme REYBIER-VUATToux K. (*)	Chimie Analytique
M. SAINTE-MARIE Y.	Physiologie
M. STIGLIANI J-L.	Chimie Pharmaceutique
M. SUDOR J. (*)	Chimie Analytique
Mme TERRISSE A-D.	Hématologie
Mme TOURRETTE-DIALO A.	Pharmacie Galénique
Mme VANSTEELANDT M.	Pharmacognosie
Mme WHITE-KONING M. (*)	Mathématiques

(*) Titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires

Mme COOL C.	Physiologie
M. MOUMENI A.	Biochimie
M. METSU D.	Pharmacologie
Mme PALUDETTO M.N.	Chimie thérapeutique
M. PAGES A.	Pharmacie Clinique
M. PERES M.	Immunologie
Mme SALABERT A.S	Biophysique

« Rien n'est solitaire, tout est solidaire. L'homme est solidaire avec la planète, la planète est solidaire avec le soleil, le soleil est solidaire avec l'étoile, l'étoile est solidaire avec la nébuleuse, la nébuleuse, groupe stellaire, est solidaire avec l'infini. Ôtez un terme de cette formule, le polynome se désorganise, l'équation chancelle, la création n'a plus de sens dans le cosmos et la démocratie n'a plus de sens sur la terre. » - Victor Hugo

Remerciements

A la Fondation Pierre Fabre, qui œuvre depuis plus de 20 ans pour l'accès aux soins des populations les plus démunies. J'ai trouvé au cœur de cette fondation dès mon premier stage en 2016, humanisme, probité et désintéressement, l'essence ou l'essentiel de ce qui peut animer le parcours d'un pharmacien. Qu'elle reçoive tous mes remerciements.

Au professeur Françoise Nepveu, qui a à la fois accepté de diriger ce travail et de présider mon jury de thèse. Votre ouverture d'esprit et votre soutien inconditionnel ont été d'une aide précieuse, votre rigueur et nos captivants échanges ont permis à ce manuscrit d'aboutir et vos qualités humaines ont rendu ce travail très plaisant. Merci encore.

Au docteur Jean Paul Caubère pour être à l'origine du sujet de ce mémoire, m'avoir soutenu dans ce travail et accepté de faire partie de mon jury. Merci pour vos précieux conseils, votre accompagnement et les opportunités données aux rencontres et aux échanges lors de colloques, de formations et d'enquêtes sur le terrain.

Au docteur Geneviève Bourdy. Ton aide dans la mise en place et la construction de l'enquête de terrain a été cruciale. Au-delà de ça, tu as toujours été disponible pour discuter, partager, critiquer et encourager mes réflexions. Merci encore pour la richesse de ces échanges et également pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

A Béatrice Garrette, directrice de la Fondation Pierre Fabre, pour nos échanges toujours passionnants et le soutien dans la réalisation de cette étude ; à Véronique Teyssié pour avoir facilité la prise de contact et la réalisation de l'enquête terrain au Burkina Faso, à Nathan pour son aide opérationnelle et logistique à Ouagadougou et à Florence et Géraldine pour leurs précieux retours sur la situation au Laos et Cambodge. Merci enfin au reste de l'équipe (Delphine, Elodie, Emilie, Guillaume, Jacqueline, Karine, Léa, Louise, Marine, Fabien, Jean-Claude, Jean-Pierre, Roxanne) pour leur accueil et pour m'avoir permis de réaliser ce travail dans des conditions idéales.

Au professeur Eleonore Kafando. Ta disponibilité, ton soutien et ta réactivité ont permis la réalisation du travail de terrain dans un délai court. Merci également pour ton accueil et ton engagement passionné (et contagieux) pour une meilleure prise en charge de la drépanocytose au Burkina Faso.

Au Père Paul Ouédraogo pour avoir accepté de m'accueillir pendant trois semaines au sein de l'HOSCO. Votre humanisme et votre soutien m'ont permis de recueillir des informations capitales dans la réalisation de ce travail.

Au docteur Catherine Coulibaly et à Marie-Michelle. Votre accueil, votre soutien et votre aide ont été d'un grand secours pour mieux comprendre les itinéraires thérapeutiques des patients drépanocytaires à Ouagadougou. Votre sympathie a rendu ces trois semaines très agréables. Un grand merci !

Au docteur Brice Zoungara et à Noé Zangré pour votre accueil chaleureux et votre aide précieuse dans la compréhension des pratiques de médecines traditionnelles au Burkina Faso, « Pays des Hommes intègres », qui porte décidément bien son nom !

Au docteur Kofi Kbusia. Les informations que vous m'avez transmises m'ont permis de mieux comprendre le positionnement de l'OOAS en matière de médecines traditionnelles.

Au docteur Catherine Arnaud pour votre aide statistiquement significative dans l'interprétation des données récoltées lors du travail de terrain. Merci de votre soutien et de votre disponibilité.

Au professeur Jean Cros, pour vos lumières et vos orientations à plusieurs niveaux de ce mémoire.

A Amandine Delort, Najah Al Bazzou et Guilhem Coulon. Vous avez été mes « mentors » pendant des années, me transmettant votre vision de l'humanitaire, du monde et votre militance associative. Travailler à vos côtés fut un délice intellectuel et un régal personnel. Merci infiniment.

A toutes les personnes avec qui j'ai pu échanger de manière plus ou moins formelle dans le cadre de ce travail : au professeur Rokia Sanogo, au professeur Batomayena Bakoma, à Yannick Jaffré, au docteur Bruno David, au professeur Pierre Champy, à Florence et Géraldine, à Chiobouaphong Phakeovilay et à toutes celles et ceux que j'oublie...

A ma famille pour son soutien inconditionnel au cours de ces longues années d'études. Merci d'avoir accepté et soutenu mes choix et mes combats tout en m'encourageant à sortir des sentiers battus.

A ma grand'ma Hélène, pour m'avoir donné le goût du voyage dès mon plus jeune âge et éveillé ma curiosité pour de lointaines contrées.

A mes frères et compagnons d'études Jean, Jean et Yoann. Sans vous, ces longues années d'études n'auraient pas été les mêmes et n'auraient peut-être pas été du tout. Merci pour vos conseils avisés, votre soutien, vos relectures ponctuelles et tous les bons moments partagés ces huit dernières années.

Et enfin, merci à toi Marion. Au-delà de ton pragmatisme d'une grande aide lorsque l'on flirte avec des univers magico-religieux, ton soutien infaillible a énormément compté dans la réalisation de ce travail. La construction de ce mémoire a été un plaisir en grande partie par ta présence à mes côtés.

Table des matières

Remerciements	7
Table des matières	9
Liste des figures.....	11
Liste des tableaux.....	13
Liste des abréviations.....	15
Introduction générale.....	17
PARTIE 1 : DES DEFINITIONS ET QUELQUES GENERALITES	19
1.1 Santé communautaire : éléments de définition.....	20
1.1.1 Historique	20
1.1.2 Définitions	21
1.1.3 Synthèse et exemples.....	25
1.2 Médecines traditionnelles, tradipraticiens et produits de santé traditionnels	27
1.2.1 Médecines traditionnelles : définition	27
1.2.2 Tradipraticiens.....	29
1.2.3 Produits de santé traditionnels et pharmacopées	32
1.2.4 Médicaments traditionnels améliorés	34
1.2.5 Synthèse	35
1.3 Médecines traditionnelles : quelques généralités	36
1.3.1 Āyurveda.....	36
1.3.2 Médecine traditionnelle chinoise.....	40
1.3.3 Autres systèmes nosologiques	45
1.3.4 Un aperçu des pratiques au Laos et au Cambodge	46
1.3.5 Un aperçu des pratiques en Afrique de l'Ouest	47
1.4 Bilan intermédiaire	49
PARTIE 2 : DE LA REGULATION DES MEDECINES TRADITIONNELLES AUX PHARMACOPEES	51
2.1 Du positionnement des instances internationales à la régulation.....	52
2.1.1 Positionnement général de l'OMS	52
2.1.2 Positionnement de l'OOAS.....	55
2.1.3 Positionnement de l'ASEAN	58
2.1.4 Synthèse et contrepoints	61
2.2 Positionnement des états.....	62
2.2.1 Togo	63
2.2.2 Burkina Faso	68

2.2.3	Mali.....	73
2.2.4	Cambodge.....	77
2.2.5	Laos.....	81
2.3	Pharmacovigilance, phytovigilance et place des plantes « toxiques » dans les pharmacopées traditionnelles	85
2.3.1	Toxicité liée aux propriétés intrinsèques des préparations : « effets indésirables »....	86
2.3.2	Toxicité liée à des contaminations	90
2.3.3	Intoxications volontaires	95
2.4	Bilan intermédiaire	98
PARTIE 3 : DES PATIENTS ET DES ITINERAIRES THERAPEUTIQUES... ..		103
3.1	Itinéraires thérapeutiques et pluralisme médical	104
3.1.1	L'automédication.....	106
3.1.2	A propos du recours aux structures sanitaires.....	112
3.1.3	Itinéraires thérapeutiques et médecines traditionnelles.....	116
3.1.4	Discussion autour des itinéraires thérapeutiques.....	122
3.2	Itinéraires thérapeutiques et représentation de la maladie	123
3.2.1	Des représentations collectives aux entités nosologiques populaires.....	123
3.2.2	Entités nosologiques populaires : quelques généralités	126
3.3	Bilan intermédiaire	131
PARTIE 4 : ENQUETE DE TERRAIN AU BURKINA FASO.....		133
4.1	Introduction.....	134
4.1.1	Quelques généralités sur la drépanocytose	134
4.1.2	Contexte locorégional : la drépanocytose en Afrique de l'Ouest	136
4.1.3	Offre de soin et prise en charge de la drépanocytose à Ouagadougou.....	137
4.1.4	Représentations de la maladie, de la santé et du corps dans la culture mossi.....	140
4.2	Matériel et méthodes.....	142
4.3	Résultats	143
4.3.1	Caractéristiques socio-démographiques des patients interrogés.....	143
4.3.2	A propos des représentations de la drépanocytose.....	144
4.3.3	Médecines traditionnelles et itinéraires thérapeutiques.....	147
4.4	Discussion	152
Discussion générale et perspectives		155
Bibliographie.....		159
Annexe : Autorisation locale et protocole d'enquête terrain		187
Questionnaire : thématiques abordées et questionnaire type.....		191

Liste des figures

Figure 1. Déterminants de la santé – modèle américain.

Figure 2. Déterminants de la santé – modèle canadien.

Figure 3. Santé publique et santé communautaire : comparaison des démarches.

Figure 4. Modélisation des interpénétrations entre santé communautaire et santé publique.

Figure 5. Modèle biomédical et modèle biopsychosocial schématisés.

Figure 6. Éléments généraux de caractérisation des pratiques traditionnelles.

Figure 7. Nombre d'espèces aviaires vendues pour des pratiques relatives aux médecines traditionnelles.

Figure 8. Etiquette-notice apposée sur les sachets d'Hépatisane®.

Figure 9. Les cinq éléments (*Pañca mahābhūta*) et les trois forces (*doṣa*).

Figure 10. La digestion et l'élaboration des tissus (*dhātu*) en médecine ayurvédique.

Figure 11. La philosophie yin/yang appliquée à la médecine traditionnelle chinoise.

Figure 12. Théorie des cinq éléments en MTC – Schématisation.

Figure 13. Manuscrits de feuilles de palmiers, supports de la transmission des savoirs traditionnels khmers.

Figure 14. Les 16 combinaisons de maisons (de M1 en haut à gauche, à M16 en bas à droite) en géomancie.

Figure 15. Une représentation des frontières parfois troubles entre les différents secteurs.

Figure 16. Part des pays incluant une politique publique concernant les médecines traditionnelles et ayant un support légal encadrant les pratiques.

Figure 17. Part des pays disposant d'une réglementation applicable aux produits de santé à base de plantes et aux tradipraticiens.

Figure 18. La pyramide sanitaire du système de santé togolais.

Figure 19. La pyramide sanitaire du système de santé burkinabè.

Figure 20. La pyramide sanitaire du système de santé malien.

Figure 21. La pyramide sanitaire du système de santé cambodgien.

Figure 22. La pyramide sanitaire du système de santé lao

Figure 23. Nombre de notifications d'effets indésirables reçues par les centres de pharmacovigilance ouest-africains sur la période 2009-2014.

Figure 24. Formules chimiques de quelques mycotoxines.

Figure 25. Part des populations ayant recours aux structures sanitaires « de base » (en %) depuis 2000 (d'après les données de la banque mondiale).

Figure 26. Part de la population urbaine/rurale ayant recours aux structures sanitaires de base (en %) en 2015 (d'après les données de la banque mondiale).

Figure 27. Part des maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, respiratoires chroniques et cancers) et transmissibles (incluant la malnutrition et la santé materno-infantile) dans les causes de décès au Cambodge (à gauche) et au Burkina Faso (à droite) entre 2000 et 2015 (d'après les données de la banque mondiale).

Figure 28. Part du coût des soins prise en charge par le gouvernement (en ordonnée) et payée par les ménages (en abscisse) (d'après l'OMS, 2014).

Figure 29. Vue synthétique de la pluralité de l'offre de soins dans les cinq pays étudiés.

Figure 30. Un effet miroir de l'offre en matière d'automédication dans les cinq pays d'intérêts de ce mémoire.

Figure 31. Représentations sociales : le modèle d'Abric.

Figure 32. La pluralité des facteurs influençant les itinéraires thérapeutiques des patients.

Figure 33. Cosmogonie mossi simplifiée.

Figure 34. Modalités du recours aux soins des patients interrogés.

Figure 35. Raisons motivant le recours (ou l'absence de recours) aux médecines traditionnelles dans la prise en charge de la drépanocytose : analyse en sous-groupes.

Figure 36. Perception de la médecine traditionnelle dans la prise en charge de la drépanocytose.

Figure 37. Raisons justifiant l'utilité (ou la non-utilité) perçue des médecines traditionnelles dans la prise en charge de pathologies « hors-drépanocytose ».

Liste des tableaux

Tableau 1. Quelques préparations traditionnelles nigérianes utilisant des matières premières issues des trois règnes.

Tableau 2. Les « qualités » des différentes forces (doşa).

Tableau 3. Théories des cinq éléments en Médecine Traditionnelle Chinoise – correspondances.

Tableau 4. Objectifs et résultats attendus de la formation des tradipraticiens dans la région ouest-africaine.

Tableau 5. Eléments retrouvés dans les monographies ouest-africaines.

Tableau 6. Extrait de la liste de plantes toxiques à exclure des pratiques de médecines traditionnelles en Asie du Sud-Est.

Tableau 7. Classification des produits de santé traditionnels suivant le niveau de preuve en Asie du Sud-Est.

Tableau 8. Togo – Informations générales.

Tableau 9. Burkina Faso – Informations générales.

Tableau 10. Mali – Informations générales.

Tableau 11. Cambodge – Informations générales.

Tableau 12. Laos – Informations générales.

Tableau 13. Activité inhibitrice du cytochrome P450 3A4 de l'extrait éthanolique de quelques plantes utilisées au Togo, comparée au kétoconazole.

Tableau 14. Quelques plantes toxiques utilisées en Afrique de l'Ouest, plus particulièrement au Togo, au Mali et au Burkina Faso.

Tableau 15. Concentration de quelques métaux lourds retrouvés dans un bassin minier et une décharge togolaise.

Tableau 16. Toxicité de quelques métaux lourds.

Tableau 17. Toxicité des principales mycotoxines retrouvées en Afrique sub-saharienne.

Tableau 18. Quelques plantes enthéogènes utilisées en Afrique de l'ouest.

Tableau 19. Principaux médicaments et classes thérapeutiques utilisés en automédication au Togo en 2003.

Tableau 20. Quelques spécialités retrouvées sur les marchés maliens.

Tableau 21. Le recours au soin au Burkina Faso au début des années 90.

Tableau 22. Facteurs sous-tendant le recours aux structures de santé selon la gravité perçue de la pathologie au Burkina Faso (en pourcentage de la population interrogée).

Tableau 23. Type d'établissement de soins choisi par la population du quartier nord de Ouagadougou en 2011.

Tableau 24. Utilisation des services de santé par les cambodgiens : résultats de l'étude gouvernementale démographique et de santé de 2014.

Tableau 25. Recours aux soins des patients atteints d'accès palustres en région rurale au Mali.

Tableau 26. Choix du type de traitement en cas d'événements morbides en région rurale au Burkina Faso (province de Nobéré).

Tableau 27. Place des pratiques de santé « traditionnelles » dans les itinéraires des patients déclarant y avoir recours au Laos.

Tableau 28. Des logiques récurrentes dans les représentations de la maladie en Afrique de l'Ouest.

Tableau 29. Principales complications chroniques de la drépanocytose.

Tableau 30. Complications aiguës de la drépanocytose : caractéristiques et prise en charge.

Tableau 31. Epidémiologie des mutations drépanocytaires au Burkina Faso, au Mali et au Togo.

Tableau 32. Quelques MTA indiqués dans la prise en charge de la drépanocytose en Afrique de l'Ouest.

Tableau 33. Catégories étiologiques mossi.

Tableau 34. Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon étudié.

Tableau 35. Circonstances de dépistage de la drépanocytose : données générales.

Tableau 36. Âges moyens de diagnostic à la suite d'un dépistage dans notre échantillon et deux sous-groupes.

Tableau 37. La drépanocytose en langues mooré, dioula, gourounsi, fulfulde et ewe.

Tableau 38. Utilisation des médecines traditionnelles au cours des parcours de soins des patients drépanocytaires.

Liste des abréviations

ADDFMS : Aliments Diététiques Destinés à des Fins Médicales Spéciales.

AFNOR : Association Française de Normalisation.

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché.

AMO : Assurance Maladie Obligatoire.

AMC : Assurance Maladie Complémentaire.

ANET : Association Nationale des Ethno-médecins Togolais.

AQMI : Al-Qaïda au Maghreb islamique.

ASEAN : Association des nations de l'Asie du Sud-Est.

AVC : Accident Vasculaire Cérébral.

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

CHU : Centre(s) Hospitalo-Universitaire(s).

CHR : Centre(s) Hospitalier(s) Régional(aux).

CMA : Centre Médical avec Antenne chirurgical (Burkina Faso).

CMTSI : Centre de Médecine Traditionnelle et de Soins Intégrés.

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins.

CID : Comité d'Initiative contre la Drépanocytose.

CSCom : Centre(s) de Santé Communautaire (Mali).

CSP : Code de la Santé Publique.

CYP 3A4 : Cytochrome P450 3A4.

DCI : Dénomination Commune Internationale.

DL₅₀ : Dose Létale 50, quantité de matière tuant la moitié (50%) d'un groupe d'animaux d'essai.

DMT : Département de Médecine Traditionnel (Mali).

FDA : Département médicament et alimentation (littéralement « *Food and Drug Administration* »).

Hb : Hémoglobine.

HOSCO : Hôpital Saint Camille de Ouagadougou.

HTA : Hypertension Artérielle.

IARC : Centre International de Recherche sur le Cancer (littéralement « International Agency for Research on Cancer »).

IMRA : Institut Malgache de Recherches Appliquées.

IRD : Institut de Recherche pour le Développement.

IARC : Agence Internationale de la Recherche sur le Cancer.

IDH : Indice de Développement Humain.

MC : Médecine(s) Complémentaire(s).

MCA : Médecine(s) Complémentaire(s) et Alternative(s).

MGF/E : Mutilations Génitales Féminines/Excision.

MT : Médecine(s) Traditionnelle(s).

MT/MC : Médecine(s) traditionnelle(s) et complémentaire(s).

MTA : Médicament(s) Traditionnel(s) Amélioré(s).

MTC : Médecine Traditionnelle Chinoise.

ONG : Organisation(s) Non Gouvernementale(s).

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

OMS-AFRO : Bureau régional pour l’Afrique de l’OMS.

OMS-WPRO : Bureau régional pour la région du pacifique-ouest de l’OMS.

OOAS : Organisation Ouest-Africaine de la Santé.

OOP : Part restant à charge pour les ménages (Littéralement « *Out Of Pocket* »).

OTC : Médicaments disponibles en libre-service (Littéralement « *Over The Counter* »).

PCK : Parti Communiste du Kampuchéa.

PIB : Produit Intérieur Brut.

PVVIH : Personne(s) Vivant(s) avec le Virus de l’Immunodéficience Humaine.

SEPSAC : Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaire.

SRAS : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (lié au coronavirus).

STA : Syndrome Thoracique Aigu.

VIH : Virus de l’Immunodéficience Humaine.

Introduction générale

Au milieu des années 70, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) commence à s'intéresser aux médecines traditionnelles sous l'angle de l'accès aux soins. En 1978 avec la déclaration d'Alma Ata, puis en 1986, avec la charte d'Ottawa, la prise en compte des besoins, pratiques et savoirs des populations dans la mise en place des politiques de santé est internationalement reconnue. A Alma Ata, les médecines traditionnelles sont perçues comme l'un des vecteurs permettant d'améliorer l'accès aux soins. A Ottawa, l'implication des communautés dans la mise en place d'actions de promotion de la santé est consacrée.

Aujourd'hui plus d'une personne sur deux utiliserait des produits à base de plante pour se soigner et 80% de la population des pays en voie de développement dépendraient en quasi-totalité de ces produits pour les soins de santé primaires (Kasilo et al., 2010). C'est dans ce contexte que l'OMS continue d'appeler à intégrer et valoriser les médecines traditionnelles dans les systèmes nationaux de santé.

En plus des politiques de valorisation, les pays du Sud riches en connaissances traditionnelles et en biodiversité ont progressivement pris conscience de la potentielle valeur économique de ces ressources. Après plus de trente ans d'incertitudes juridiques et de suspicion de biopiraterie entre des acteurs (fournisseurs et utilisateurs) aux intérêts contradictoires, un nouvel équilibre commence à s'installer, notamment via l'implémentation du protocole de Nagoya en 2010 et sa déclinaison en lois nationales.

Biodiversité et savoirs traditionnels régressent rapidement, en grande partie du fait de pressions climatiques et anthropiques. Les médecines traditionnelles se retrouvent donc à la croisée d'enjeux multiples : politiques et sociaux, sanitaires et économiques, écologiques et culturels.

C'est autour de la problématique de l'accès aux soins que nous proposons de traiter le sujet des médecines dites « traditionnelles » dans ce mémoire. Il s'agira de s'intéresser aux patients, à l'usage qu'ils font de ces pratiques traditionnelles, à leur place dans leurs itinéraires thérapeutiques et plus largement dans l'offre de soins de cinq pays d'intérêt : le Togo, le Mali, le Burkina Faso pour l'Afrique de l'ouest et le Laos et le Cambodge pour l'Asie du sud-est. Il ne s'agit pas dans ce travail de se positionner sur l'efficacité ni de juger ces pratiques, mais simplement de décrire des phénomènes sociaux, opérant souvent à l'échelle communautaire, dans des contextes culturels variés.

L'aire géographique a été choisie autour de deux objectifs : apporter des pistes de réflexion pour le développement de programmes d'accès aux soins et établir des points de comparaison entre des régions éloignées, tant géographiquement que culturellement. Pour ce second point, il apparaissait intéressant de sélectionner des pays relativement proches en termes de développement dans chacune des régions (Asie du sud-est et Afrique de l'ouest).

Nous commencerons ce mémoire par questionner les termes « santé communautaire » et « médecine traditionnelle », en apportant notamment quelques éléments généraux sur les grands systèmes médicaux souvent mis en avant : ayurvéda et médecine traditionnelle chinoise. Puis nous nous intéresserons aux cadres politiques et réglementaires globaux, régionaux et nationaux entourant ces pratiques avant d'analyser les itinéraires thérapeutiques des patients, et la place des médecines traditionnelles dans l'offre de soins des cinq pays d'intérêt de ce mémoire. Une enquête réalisée au Burkina Faso sur le parcours de soin des patients drépanocytaires viendra compléter ce travail, illustrant, questionnant la bibliographie en dégagant des pistes de discussion et de réflexion.

PARTIE 1 : DES DEFINITIONS ET QUELQUES GENERALITES

« En Afrique, quand un vieillard meurt, c'est une bibliothèque qui brûle » - Amadou Hampâté Bâ (1900-1991).

L'analyse des aspects culturels et communautaires des médecines traditionnelles suppose quelques prérequis et en premier lieu de bien définir les termes du sujet. Si la « santé communautaire » s'insère dans un cadre délimité et est une démarche globalement codifiée, les « médecines traditionnelles » recouvrent, elles, un ensemble de pratiques variées dont il est nécessaire de préciser les limites.

C'est ce que nous nous attacherons à faire dans cette partie. Après avoir résumé les caractéristiques d'une action de santé communautaire, nous plongerons dans la pluralité des traditions médicales africaines et asiatiques. Loin de vouloir se lancer dans une modélisation et une définition exacte du terme, il s'agira d'en soulever les ambiguïtés, les différentes interprétations et la diversité des pratiques sous-tendue. Ce travail s'intéressera aussi bien aux pratiques qu'à leurs dépositaires (les « tradipraticiens » de l'OMS) et aux pharmacopées locales.

En conclusion, les grands « courants », « écoles », systèmes nosologiques de médecine traditionnelle (*Āyurveda*, médecine chinoise, médecine *unani*), souvent pris en exemple par l'OMS seront présentés, et nous verrons en quoi les pratiques médicales populaires des cinq pays d'intérêt de ce mémoire (Togo, Mali, Burkina Faso, Cambodge et Laos) s'en approchent ou s'en éloignent.

1.1 Santé communautaire : éléments de définition

1.1.1 Historique

Pour définir le terme de santé communautaire, il est nécessaire de regarder comment ce concept s'est intégré aux politiques de santé publique. Si ces éléments historiques rappellent les politiques publiques françaises, ils restent transposables à l'international, profondément touché par la déclaration d'Alma Ata et la charte d'Ottawa.

Au 19^e siècle, les politiques de santé menées par l'état français sont initialement « autoritaires » (mise en quarantaine des malades, isolement notamment des patients atteints de troubles mentaux) puis évoluent avec l'amélioration du niveau de vie. Le développement de mesures plus sociales dure jusqu'aux années 1970, période durant laquelle la médecine fait parallèlement d'importants progrès. A partir de 1970, le coût des soins augmente du fait des progrès technologiques. Dans le même temps, chocs monétaires et pétroliers entraînent une crise sociale, amenant un déséquilibre entre cotisations et dépenses, induisant un désinvestissement de « l'Etat providence » dans la prise en charge des soins (Morel, 1997). Dans ce climat de moindre recours aux soins, des approches différentes, basées sur la promotion de la santé et une implication plus importante des bénéficiaires dans les politiques de santé commencent à voir le jour en France, mais également dans d'autres pays (SEPSAC, 2009).

L'accélération de cette dynamique globale a lieu en 1978. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) organise une conférence internationale sur les soins de santé primaires à Alma Ata et souligne la nécessité de développer de nouvelles approches en santé en intégrant les bénéficiaires. Selon l'article 4 de la déclaration d'Alma Ata : « *Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés.* » (OMS, 1978). La déclaration pose également les bases de l'approche en santé globale par un système de santé intégré, mettant en avant les conditions économiques et sociales comme des déterminants de la santé.

En 1986, la Charte d'Ottawa, ratifiée par les pays membres, reconnaît et promeut l'approche en santé communautaire (OMS, 1986) ajoutant notamment les facteurs politiques et environnementaux comme des déterminants de la santé. Enfin, en 1989, le Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaire (SEPSAC) est créé afin d'analyser les pratiques et de cadrer les actions déployées dans ce domaine. En France, il est représenté par l'institut Théophraste Renaudot, impliqué dans la promotion de la santé communautaire depuis 1981.

1.1.2 Définitions

La santé communautaire s'intègre donc dans un contexte où il ne s'agit plus de « faire pour », mais de « faire avec » les populations bénéficiaires des programmes (Chobeaux, 2004). Ce concept novateur voit la santé comme dépendante d'un ensemble de facteurs nommés déterminants de la santé (biologiques, écologiques, culturels, sanitaires, sociaux, politiques) qui agissent de manière complexe et en synergie avec pour objectif le bien être des personnes, et non simplement l'absence de maladie (approche dite « positive » de la santé) (SEPSAC, 2009).

Définir la « communauté » n'est pas simple. Trois définitions sont proposées par Richard Goodman, faisant la synthèse de divers éléments (Goodman et al., 2014) :

1. Groupe de personnes aux caractéristiques diverses, liées par des liens sociaux, partageant des perspectives communes et engagées dans une action concertée en termes de localisation géographique ou de paramètres.
2. Lieux identifiés par des activités particulières (ex : lieux de résidences, de travail, de loisirs).
3. Lieux identifiés par leurs paramètres physiques, géographiques, culturels, administratifs ou géopolitiques.

Le rapport du SEPSAC identifie sept points, caractérisant l'action en santé communautaire, développées ci-dessous (SEPSAC, 2009).

• **Concerner une communauté**

Pour concerner une communauté, il faut commencer par la caractériser et la décrire (ex : les femmes enceintes de la commune 6 de Bamako), mais il faut également définir les acteurs et identifier les personnes « ressources » au sein de la communauté (ou usagers experts) (SEPSAC, 2009).

Ce cadre permet d'effectuer un diagnostic initial (état des lieux des besoins et des problématiques) qui sera partagé par tous les acteurs et partenaires qui seront amenés à l'utiliser (Morel, 1997).

• **Impliquer tous les acteurs concernés par l'action dans une démarche de co-construction**

L'action en santé communautaire implique la participation, à chaque étape du développement, de trois types d'acteurs (Morel, 1997) :

- les habitants, usagers, citoyens ;
- les professionnels ;
- les responsables politiques et institutionnels.

Cela implique de partir de la définition de la santé de la population, de prendre en compte leur parole et de les intégrer aussi bien dans la réflexion, la mise en place et l'évaluation de l'action (SEPSAC, 2009).

• **Favoriser le partage des pouvoirs et des savoirs**

Nous ne sommes donc plus dans une logique séparant le savoir expert, ou scientifique et le savoir profane, mais dans la reconnaissance d'une certaine « expertise d'usage » qui se base sur le fait que la collectivité peut produire des savoirs non exclusivement locaux ou idiosyncratiques (Médal, 2010). Ce partage suppose (SEPSAC, 2009) :

- la création d'un cadre de définitions (ou lexique) partagé par tous ;
- un fonctionnement démocratique au sein des équipes ;
- un contexte de non jugement et d'écoute de l'autre ;

- pour les professionnels, de renoncer à leur « toute puissance », à cette relation « paternaliste » qui peut exister entre un accueilli et un accueillant.

• **Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté**

Développer le pouvoir d’agir (ou « empowerment ») des personnes, en se focalisant plus sur les ressources disponibles au sein de la communauté que sur les manques et difficultés des publics, constitue aussi bien une stratégie de mobilisation qu’un objectif en soi (SEPSAC, 2009). Cette approche singulière mérite d’être développée.

L’empowerment peut être défini comme un procédé par lequel des personnes (de l’individu à la communauté) arrivent à acquérir et à conserver une maîtrise et un contrôle sur les facteurs et décisions pouvant influencer leur vie et leur environnement (social et politique) (Wallerstein, 1992). Transposés à la santé, les objectifs sont alors (OMS, 2009, p191-192) :

- la compréhension par les patients de leur rôle ;
- l’acquisition d’un savoir permettant aux patients de s’orienter dans un parcours de soin parfois complexe, mais également de mieux appréhender leur condition médicale ;
- la mise en place d’un environnement permettant la reconnaissance du savoir d’usage (ou profane), autorisant une meilleure implication des patients dans une logique de démocratie sanitaire et sociale.

Glenn Levarack identifie six facteurs pouvant influencer (de manière positive ou négative) le renforcement du pouvoir d’agir (Levarack, 2006) :

1. L’implication de la communauté. Elle passe par l’organisation de groupes de travail autour d’une thématique donnée et permet de construire une relation de confiance entre patients.
2. L’organisation de la communauté. La création de groupes, clubs, associations signe une capacité à pouvoir se fédérer autour d’objectifs communs en plus de développer certaines compétences (coopération, management, recherche de fonds) nécessaires à la réalisation de programmes de santé.
3. L’existence d’une hiérarchie locale. Le fait de se baser sur des interlocuteurs multiples tout en respectant la hiérarchie existante permet d’éviter l’appropriation du pouvoir par une personne, au détriment de la communauté.
4. La capacité à pouvoir mobiliser des ressources.
5. Le développement d’un esprit critique. Le fait d’être ouvert à la discussion, la réflexion et l’action autour des causes et conséquences de problématiques de santé touchant la communauté est un facteur positif.
6. La présence de professionnels « extérieurs », respectant la parole et les décisions de la communauté.

• **Se doter d’une évaluation permanente, partagée et souple**

Bien que la présence d’un cadre structurant soit nécessaire à la réalisation d’actions en santé communautaire, il doit être suffisamment souple pour permettre une éventuelle réorientation de l’action en fonction des résultats. L’évaluation des programmes doit donc être constante afin d’être utilisée plus comme un outil de pilotage des actions que comme un objectif final (SESPAC, 2009).

• **Avoir une approche globale et positive en agissant sur les déterminants de la santé**

En 1978 à Alma Ata, l'OMS propose de redéfinir la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». Puis, en 1986, l'OMS établit une liste de « facteurs » dans la charte d'Ottawa (renommés par la suite « déterminants de la santé ») (OMS 1978 et 1986).

Ces facteurs sont toujours d'actualité, et actuellement en partie utilisés dans le plan gouvernemental américain pour améliorer la santé de ses citoyens à l'horizon 2020 qui regroupe ces déterminants en cinq catégories schématisées dans la Figure 1 (Office of Disease Prevention and Health Promotion (ODPHP), 2018).

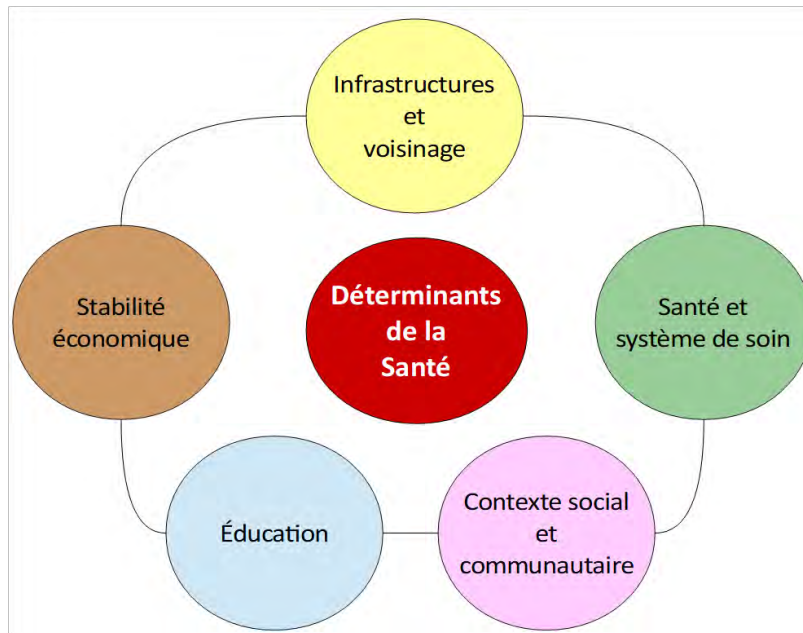


Figure 1. Déterminants de la santé – modèle américain (d'après l'ODPHP, 2018).

Les Canadiens se sont également intéressés à cette question en allant plus loin. Ils voient les déterminants de la santé comme évolutifs dans le temps et l'espace. De plus, leur modèle hiérarchise ces facteurs en quatre catégories, selon une échelle allant de l'individu au modèle sociétal (Émond, 2010) :

1. Déterminants relatifs au contexte global : ils correspondent aux aspects les plus macroscopiques de l'environnement, caractérisant l'organisation d'une société et sont en ce sens plus qualitatifs que quantitatifs. On retrouve notamment dans cette catégorie les facteurs politiques et législatifs (modèle de gouvernance), économiques, démographiques.
2. Déterminants relatifs aux différents systèmes : ce sont les dispositifs résultant de l'expression des cadres politiques. On retrouve par exemple ici les services éducatifs, de santé, de solidarité.
3. Déterminants relatifs aux milieux de vie, c'est-à-dire où les gens vivent, apprennent et travaillent (milieu familial, scolaire, d'hébergement).
4. Déterminants relatifs aux caractéristiques individuelles. Ils correspondent aux facteurs biologiques et génétiques, aux habitudes de vie et comportements.

Ce modèle plus complet s'intéresse à l'interaction des facteurs locaux, nationaux, voire internationaux. Il intègre également trois composantes de l'état de santé (globale, physique, mentale) et est seulement

limité par le fait qu'il n'explore pas la relation de causalité pouvant exister entre ces différents déterminants. Il est détaillé dans la Figure 2.

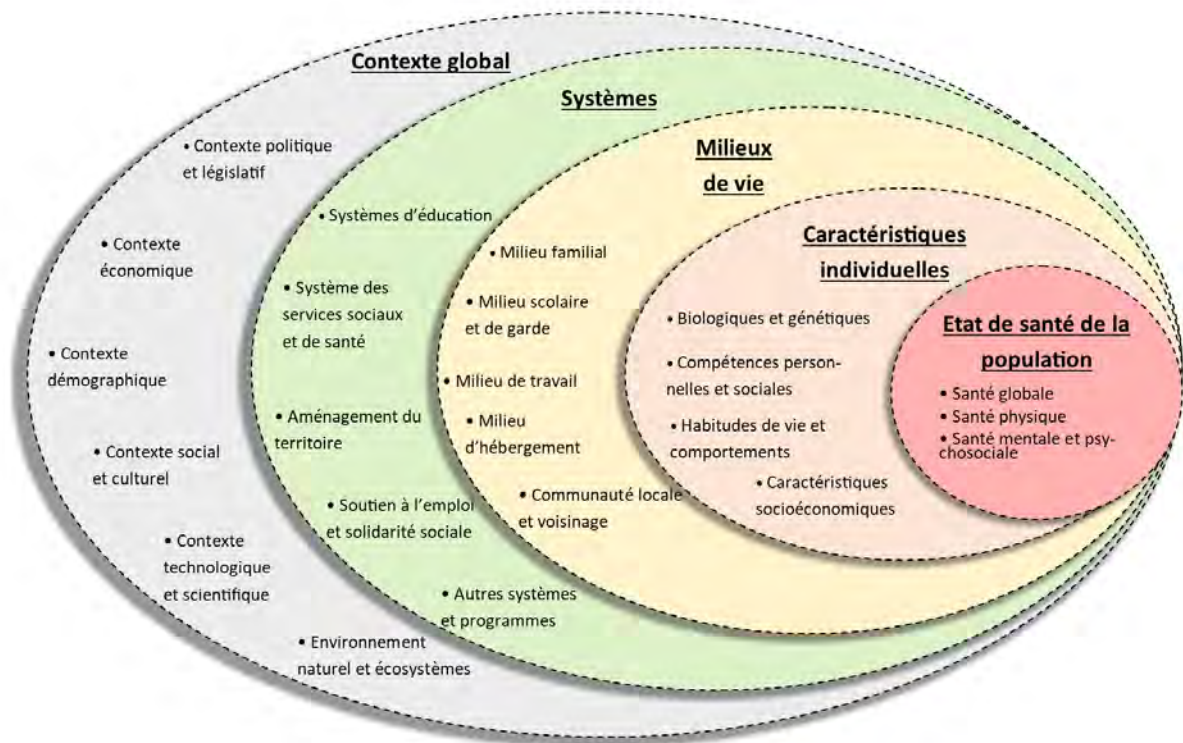


Figure 2. Déterminants de la santé – modèle canadien (d'après Émond et al., 2010).

Cette approche holistique, replaçant l'homme dans son environnement, explique l'interpénétration de la santé dans l'ensemble du système social que nous observons ces dernières décennies (Chambaud, 1986).

En étudiant ces déterminants, il semble évident que la base d'une action en santé communautaire repose sur une équipe pluridisciplinaire qui va chercher à favoriser les décloisonnements institutionnels pour une prise en charge globale des personnes (SEPSAC, 2009).

1.1.3 Synthèse et exemples

La santé publique et la santé communautaire peuvent au premier regard sembler différentes, voire opposées. En effet, d'un côté nous avons une approche collective, définie par des administrations compétentes, avec une démarche descendante visant la protection de la santé de la collectivité. De l'autre, une approche locale, partant des besoins de la population cible (et donc ascendante), qui est impliquée dans l'évaluation et la construction de l'action. Les deux démarches sont synthétisées dans la Figure 3 (Goudet, 2009).

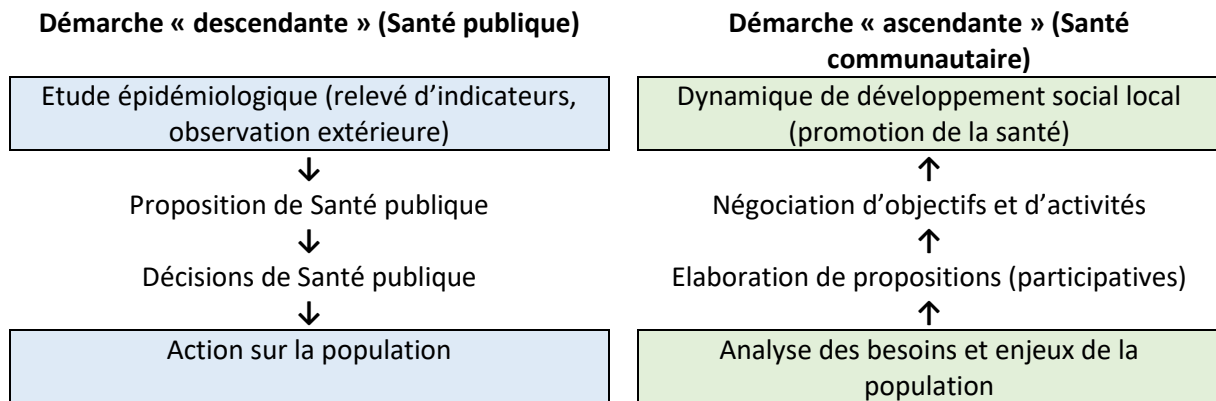


Figure 3. Santé publique et santé communautaire : comparaison des démarches (d'après Goudet B., 2009).

Néanmoins, on relève un certain nombre de facteurs communs. D. Jourdan propose une modélisation des relations entre santé communautaire et santé publique représentée dans la Figure 4.

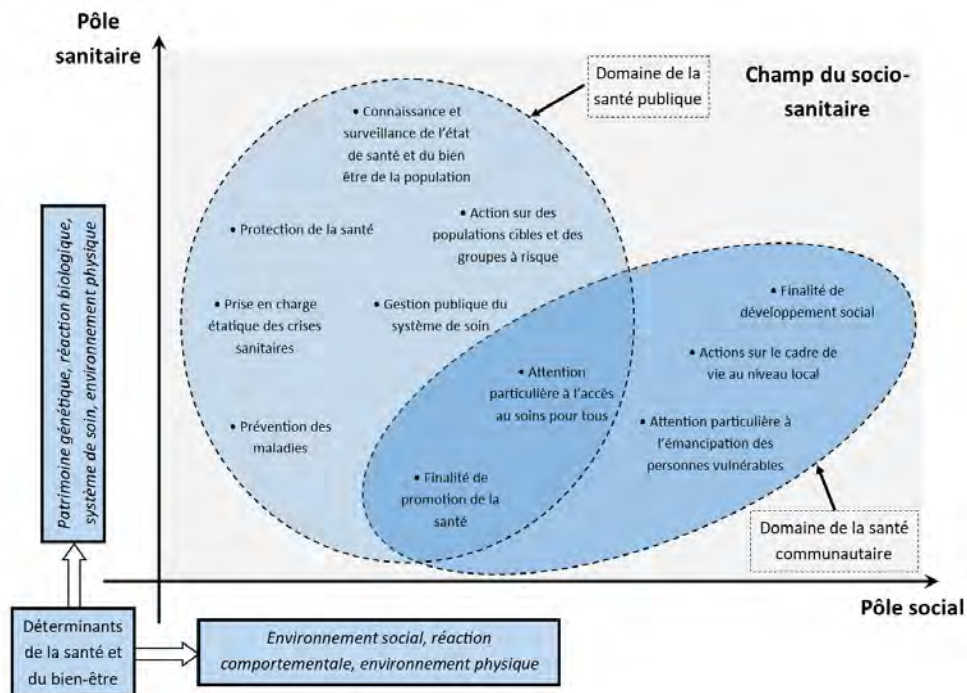


Figure 4. Modélisation des interpénétrations entre santé communautaire et santé publique (d'après Jourdan et al., 2012).

On note ainsi que l'action sur les déterminants de la santé, l'attention portée à une égalité dans l'accès aux soins ainsi que la promotion de la santé sont des caractéristiques propres à ces deux approches. En allant plus loin et en comparant les approches en santé publique et communautaire des différents états, on observe que parfois (comme c'est le cas au Québec), la santé communautaire est totalement incluse dans la politique générale de santé publique (Jourdan, 2012).

Finalement, la santé communautaire évolue. L'une des dernières innovations est le « task-shifting », terme que l'on pourrait traduire par la « délégation des tâches ». Si ce phénomène concernait initialement le secteur des professionnels de santé (habilitation de certaines infirmières à la prescription de médicament dans des régions dépourvues de médecins), il commence à toucher de plus en plus les bénéficiaires eux même, notamment via le biais des agents de santé communautaires. Il ne représente pas la panacée, et doit être supervisé tout en faisant partie d'un ensemble de mesures visant à améliorer le nombre et la répartition de professionnels de santé (Philips, 2008). Mais bien que le « task-shifting » ne doit pas se substituer à la densification de structures de soins spécialisées, dotées de professionnels, il reste une solution efficace pour améliorer l'accès aux soins de populations reculées dans certains domaines comme l'accès aux antirétroviraux (Callaghan, 2010) (Lehmann, 2008).

1.2 Médecines traditionnelles, tradipraticiens et produits de santé traditionnels

1.2.1 Médecines traditionnelles : définition

Au début des années 80, alors que l'ethnomédecine occupe une large part de l'anthropologie médicale, le terme « médecine traditionnelle » est appliqué à tout ce qui ne correspond pas au modèle « biomédical » (ou « occidental ») (Hours, 1999).

Le modèle biomédical, définit la maladie comme la déviation de paramètres biologiques par rapport à une norme. Fondé sur la biologie moléculaire et séparant le corps de « l'esprit », ce modèle mécanistique a accompagné la médecine jusqu'à la fin du 20^e siècle. Bien qu'ayant permis de nombreux progrès, cette approche reste réductionniste (Engel, 77). Les avancées notamment dans le domaine de la santé mentale, a de ce fait conduit les professionnels de santé à adopter un autre modèle, biopsychosocial, plaçant la maladie à l'interface de facteurs biomédicaux, socio-environnementaux et psycho-relacionnels (Engel, 1982). Néanmoins, il reste aujourd'hui essentiellement appliqué à la prise en charge de pathologies chroniques où une approche biomédicale seule ne permet pas d'atteindre un état de « bonne santé » (Alonso, 2004). Ces deux modèles sont résumés dans la Figure 5.

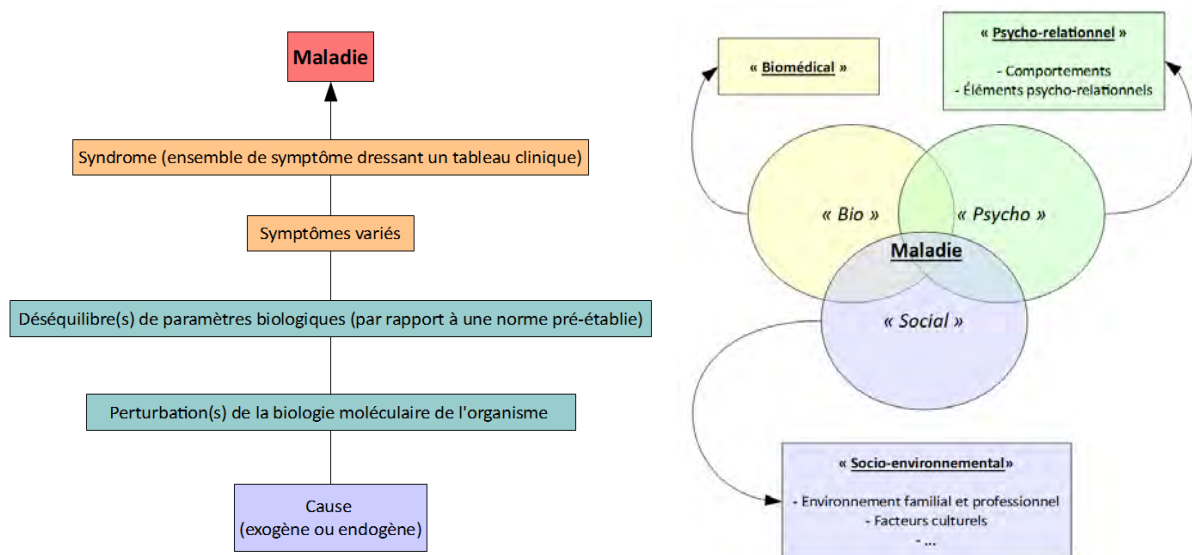


Figure 5. Modèle biomédical (à gauche) et modèle biopsychosocial (à droite) schématisés (d'après Engel, 1977 ; Engel, 1982 et Fabrega, 1978).

Les années 80 correspondent également à une période charnière où l'OMS s'intéresse de plus en plus aux médecines traditionnelles (MT), ce qui l'amène à proposer les définitions suivantes (OMS, 2013) :

1. Médecine traditionnelle : « 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 et mentales ».
2. Médecine complémentaire (MC) : « 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 ». Ce terme est similaire à « médecine alternative » et peut être utilisé de manière interchangeable avec « médecine traditionnelle » dans certains pays.

Dans son éternel souci d'avoir une vision globale, l'OMS utilise donc principalement le terme « médecine traditionnelle et complémentaire » (MT/MC) pour englober toutes ces pratiques.

La collaboration Cochrane propose d'utiliser le terme « médecine complémentaire et alternative » (MCA ou CAM en anglais) pour désigner ces pratiques, incluant de ce fait des thérapies de premier plan « alternatives » à la médecine conventionnelle, et de second plan « complémentaires » (Sarsina et al., 2011).

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 alternatives » 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 qualifiaient les sociétés africaines de l'époque précoloniale de « *sociétés traditionnelles* » (Didier, 2016) (Gale, 2014). 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 (Fassin, 1988).

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 (Ayers et al., 2015) 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 (Dozon et al., 1986) :

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.

Ce qui frappe en observant ces éléments, c'est leur similitude avec le modèle biopsychosocial, proposé par Georges Engel en 1977. En partant d'une définition par l'opposition, on retrouve finalement des recouvrements, voire une superposition. Médecine(s) « occidentale » et « traditionnelles » pourraient finalement être modélisées comme deux « sous-systèmes » médicaux au sein d'un système de santé national. Ce modèle, développé par Charles Leslie, porte le nom de « pluralisme médical ». Il nous permet dès à présent de constater que la dichotomie redondante pour caractériser les médecines « traditionnelles » par antinomie à une médecine « moderne » n'est pas la seule vision possible (Hauer, 2011).

1.2.2 Tradipraticiens

• Généralités

Le terme de « tradipraticien » est généralement utilisé pour définir un professionnel de la médecine traditionnelle. Là encore, des problèmes de définition semblables à ceux que nous venons de rencontrer peuvent exister. Néanmoins, un bon point de départ reste la définition proposée par l’OMS, reprise par la juriste Victorine Kamgoui Kuitche. Elle définit le guérisseur traditionnel (ou tradipraticien) comme une « *personne reconnue par la collectivité dans laquelle elle vit comme compétente pour dispenser des 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 liés au bien-être physique, mental et social ainsi qu’à l’étiologie des maladies et invalidités prévalant dans la collectivité* » (Kuitche, 2017).

Cette définition, permet d’ébaucher une caractérisation de l’activité du tradipraticien :

- son exercice est conditionné par la « reconnaissance de la communauté » et non d’un diplôme quelconque ;
- il utilise des préparations issues des règnes végétaux, animaux, et minéraux en complément d’autres techniques basées sur les croyances locales ;
- il associe à ces techniques des règles hygiéno-diététiques.

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* » (Lorre, 2006), « *ritualistes* », « *devins* », « *spiritistes* », « *voyants* », « *occultistes* », « *féticheurs* », « *prêtres* », « *marabouts* » (Konan, 2012).
2. Pratiques basées sur l’utilisation de la phytothérapie. On peut citer les « *herboristes* » (Lorre, 2006), les « *phytothérapeutes* » (Kuitche, 2017).
3. Pratiques basées sur la prescription de règles hygiéno-diététiques. C’est dans cette catégorie que l’on peut classer entre autres les « *naturothérapeutes* » (Konan, 2006).
4. Pratiques basées sur la manipulation du corps. On inclue ici les « *masseurs* » (Lorre, 2006) et autres « *spécialistes des thérapies manuelles* » (Konan, 2012).
5. Pratiques basées sur le surnaturel, utilisant des incantations, talismans et rituels. Cette dernière catégorie regroupe les « *medium-prophètes* », « *sorciers-guérisseurs* » (Lorre, 2006). Notons que les « sorciers » n’ont pas toujours bonne réputation et seraient connus pour utiliser parfois leurs « dons » à mauvais escient (Kuitche, 2017).

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 (Kedzierska, 2006) (Sanogo, 2016). 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.

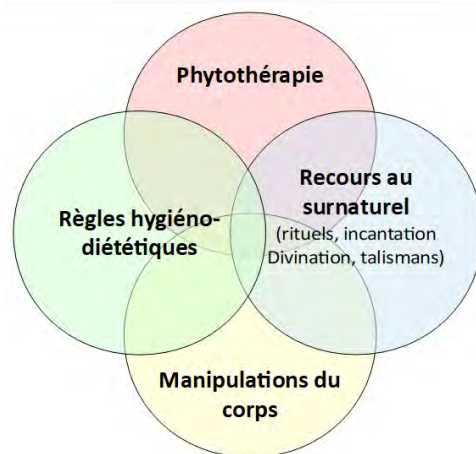


Figure 6. Éléments généraux de caractérisation des pratiques traditionnelles.

Pour illustrer cette idée, nous pouvons prendre la classification proposée par Isabelle Lorre dans son travail de thèse sur les guérisseurs traditionnels à Madagascar pour caractériser les *ombiasy* (littéralement « *hommes ayant une entité sacrée* », ce terme est utilisé pour désigner une grande « famille » de tradipraticiens malgaches). Les *ombiasy* utilisent plusieurs méthodes (divination, phytothérapie notamment) et sont divisés en neuf catégories dans lesquelles on retrouve les *mpanotra*, qui vont baser leurs thérapies sur le massage, ou encore les *mpimasy*, sorciers utilisant plantes et morceaux de bois. On voit bien avec ce cas l'absence de frontières entre ces différentes pratiques, avec des praticiens qui tirent leurs savoirs de plusieurs domaines (Lorre, 2006).

• **Les accoucheuses traditionnelles**

Les accoucheuses traditionnelles entrent également dans la grande catégorie des tradipraticiens. Ces femmes, souvent sans formation particulière, voient bien leur exercice conditionné par la reconnaissance de la communauté au sein de laquelle elle exerce. Les appellations peuvent varier : anciennement « coupeuses de cordon », on retrouve aujourd'hui des appellations vernaculaires variées que nous regrouperons sous le terme d'accoucheuses traditionnelles (De Sardan, 1999) (Cosminsky, 1983).

Leur pratique ne se limite pas seulement à une assistance lors de l'accouchement. Elles assurent souvent une (voire des) consultation(s) prénatale(s) et peuvent être consultées pour des questions relatives à la contraception et à la planification familiale. Dans ce cadre, elles peuvent être amenées à réaliser des massages, rituels, sacrifices et prières mais également à réaliser des préparations de phytothérapie (Cosminsky, 1983). Elles présentent donc toutes les caractéristiques des tradipraticiens.

• **Synchrétismes dans les pratiques : le champ du « néo-traditionnel » et du « néo-biomédical »**

En s'intéressant à l'évolution des pratiques des médecines traditionnelles, on observe deux types de synchrétismes. Le premier concerne l'assimilation de concepts « bio-médicaux » par les tradipraticiens, amenant à définir deux nouvelles classes de guérisseurs :

- des guérisseurs « néo-traditionnels » : ils se rapprochent et collaborent avec le secteur de la médecine « conventionnelle » (acquise par la formation) sans renier l'approche « traditionnelle » (innée et/ou acquise par l'expérience) (Lorre, 2006) (Simon, 2012) ;

- des guérisseurs « néo-biomédicaux » : bien que disant accorder une grande importance à la tradition, ces praticiens se rapprochent fortement du « biomédical » dans leur pratique et leur approche. Ils n'ont que très peu recours au domaine du surnaturel (Lorre, 2006).

On observe un second type de syncrétisme vis-à-vis des religions monothéistes. Plus ancien, ce mélange de pratiques concerne aussi bien le Christianisme que l'Islam (Kedzierska, 2006) :

- l'association de techniques traditionnelles et de prières chrétiennes est notamment pratiquée dans la prise en charge de pathologies comme les psychoses, l'épilepsie, l'infertilité et l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) en Afrique subsaharienne (Winkler, 2010) ;
- lors de l'accouchement en pays hausa (Niger), on fait boire à la femme le « nom de Dieu » (*sunan Alla* ou *rubutu*) : de l'eau avec laquelle on a lavé une tablette sur laquelle était écrit des versets coraniques. D'autres techniques de massage, associées à des préparations de phytothérapie peuvent être utilisées conjointement (De Sardan, 1999).

• **Pratiques traditionnelles et Mutilations Génitales Féminines/Excision (MGF/E)**

Les mutilations génitales féminines et l'excision (MGF/E) peuvent être définis comme l'ensemble des procédés visant à inciser et/ou retirer une partie des organes génitaux féminins dans un objectif « non thérapeutique » (OMS, 1998 ; OMS, 2006).

Le recours à ces pratiques reste concentré dans une région comprise entre l'ouest du Sahara (Mauritanie et Sénégal) et la corne de l'Afrique (Somalie) en passant par l'Egypte. On observe au sein de cette zone une forte disparité entre les pays, voire au sein d'un même pays (variabilité inter-ethnique). Pour la sous-région ouest-africaine, le pourcentage de femmes de 15 à 49 ans porteuses de MGF/E varie de 2 à 4% pour le Niger et le Togo (respectivement) à 76% pour le Burkina-Faso ou 89% pour le Mali. Dans la majorité des cas, ces excisions sont réalisées sur des jeunes filles, avant l'âge de 5 ans (UNICEF, 2013).

La proportion de femmes soutenant ces pratiques reste constante dans certains pays (Sénégal ou Guinée par exemple) et ce malgré :

- des risques de complications aiguës (chocs septiques, hémorragies) (Utz, 2009) ;
- des risques de complications obstétriques à l'adolescence / à l'âge adulte (OMS, 2006) ;
- un positionnement de l'ONU et de l'OMS condamnant ces pratiques, les considérant comme des violences faites aux femmes et comme une violation des droits de l'Homme (ONU, 1993) (OMS, 1998).

Les raisons entraînant le recours aux MGF/E sont variées, allant du rite d'initiation au gage d'une sexualité « préservée » jusqu'au mariage (Utz, 2009).

D'objectif non thérapeutique et associée à une forte problématique du consentement en plus des complications médicales, les MGF/E subsistent dans des sociétés patriarcales, où les hommes continuent d'exercer un contrôle de manière directe ou indirecte sur le corps des femmes (Monagan, 2010). Pour toutes ces raisons, nous ne nous intéresserons pas à ces pratiques dans la suite de ce travail.

1.2.3 Produits de santé traditionnels et pharmacopées

Il n'existe pas de consensus international proposant une définition générale des produits de santé traditionnels. Nous nous baserons sur les définitions générales données par le code de la santé publique (CSP) et considérerons que l'adjectif « traditionnel » renvoie à un usage relatif aux médecines traditionnelles telles que définies dans la partie 1.2.1. Seront ainsi inclus dans cette catégorie les produits ayant un objectif thérapeutique (cosmétiques et produits de tatouages seront donc exclus) et référencés dans la cinquième partie du CSP, à savoir :

- les médicaments ;
- les contraceptifs ;
- les substances et préparations vénéneuses ;
- les produits aptes à provoquer une interruption volontaire de grossesse ;
- les aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales (ADDFMS) ;
- les matières premières à usage pharmaceutique ;
- les micro-organismes et toxines ;
- les médicaments à usage vétérinaire et substances pouvant entrer dans leur fabrication ;
- les dispositifs médicaux.

La plupart des guérisseurs traditionnels délivrent ou prescrivent des produits de santé « naturels », c'est-à-dire issus du monde végétal, animal et/ou minéral. De nombreux auteurs s'accordent à dire que le règne végétal est le plus présent au sein des pratiques de médecines traditionnelles africaines (Kokwaro, 1983). Il est vrai que la flore locale est particulièrement riche, avec environ 4000 espèces reconnues comme ayant des propriétés médicinales sur l'ensemble du continent (Muweh, 2011). Néanmoins, il serait réducteur de considérer ces préparations uniquement sur une approche phyto-thérapeutique. A titre d'exemple, le Tableau 1 décrit quatre préparations (parmi 47 répertoriées par les auteurs) consommées au Nigéria, utilisant les pangolins, mammifères tropicaux de la famille des Manidés (Soewu, 2011) :

Tableau 1. Quelques préparations traditionnelles nigérianes utilisant des matières premières issues des trois règnes (d'après Soewu, 2011).

Partie du pangolin utilisé	Indication	Ingrédients complémentaires	Préparation et administration
Organes reproducteurs	Ejection du placenta	Graines de <i>A. melegueta</i> et feuilles variées	A consommer par voie orale, avec du « pap ¹ »
Ecailles	Rhumatismes	Feuilles d'origines variées et beurre de karité	Feuilles et écailles broyées puis mélangées au beurre. Voie locale.
Ecailles	Antibiotique	Carcasse de lièvre, poudre noire, <i>iyere</i> , <i>kafura pelebe</i>	Ingrédients broyés et consommés avec du « pap ¹ » par voie orale
Animal entier	Rituels de renforcement	Huile de palme, sel, « <i>iyere</i> », feuilles de « <i>Olugelegele</i> »	Sang éliminé dans une assiette creuse. Voie orale

1. Le « pap » est un plat nigérian semblable à une pâte ou un porridge de maïs

L'utilisation de parties animales entre donc également dans la préparation de ces « remèdes traditionnels ». Le phénomène serait moins fréquent, mais également moins étudié (Alves, 2011) par les chercheurs qui abordent cet aspect essentiellement sous l'aspect de la protection de la faune sauvage, insistant sur les espèces protégées utilisées comme le lion (Williams, 2017). La zoothérapie est pourtant une partie intégrante des pratiques médicales, et ce partout dans le monde (Alves, 2011).

On note néanmoins une certaine disparité dans leur usage. A titre d'exemple, le nombre d'espèces aviaires concernées par ces pratiques (et retrouvées sur les étals des marchés de tradipraticiens) varie de moins de 5 (Mali) à plus de 200 (Nigéria) sur le continent africain (Williams, 2014) comme indiqué dans la Figure 7.

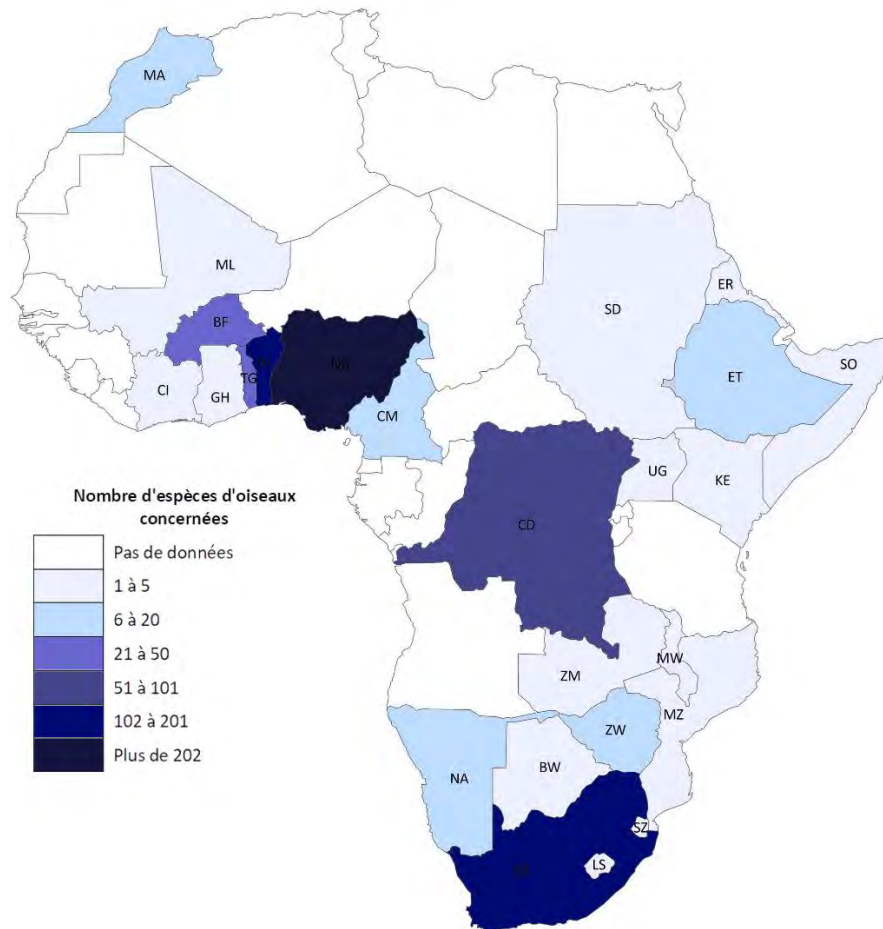


Figure 7. Nombre d'espèces aviaires vendues pour des pratiques relatives aux médecines traditionnelles (d'après Williams, 2014).

Le règne minéral reste également peu décrit. Quelques exemples ponctuels sont retrouvés dans la littérature concernant l'usage de carbonate de calcium ou de « sels », en association avec d'autres composés pour la préparation de médicaments traditionnels à usage humain ou vétérinaire (Nwude, 1980) (Levingston, 1983). Il semble néanmoins que la matière minérale soit globalement moins utilisée. Dans la médecine traditionnelle chinoise, les matières premières permettant la fabrication des préparations thérapeutiques dites « *daodi* » répondent à un cahier des charges précis permettant de les classer comme « supérieures » (récoltées dans des régions aux conditions écologiques particulières). Cette liste comprenait à la fin du siècle dernier 131 plantes, 20 espèces animales et 8 substances minérales (Zhao, 2012). En médecine ayurvédique et des Siddha, l'utilisation de mercure détoxifié dans les préparations thérapeutiques reste fréquent (voir Partie 1.3).

1.2.4 Médicaments traditionnels améliorés

Là encore, il n'existe pas de cadre international proposant une définition consensuelle du terme de « médicaments traditionnels améliorés » (MTA). Le département de médecine traditionnelle malien (DMT) définit ces MTA comme des « médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle locale, à limites de toxicité déterminées, à activité pharmacologique confirmée par la recherche scientifique, à dosage quantifié et à qualité contrôlée lors de leur mise sur le marché ». D'après une enquête réalisée dans 43 pharmacies maliennes datant de 2001, les MTA seraient présents dans 97,25% des officines et globalement bien évalué de la part des patients qui s'estiment satisfait de leur efficacité dans 96% des cas (n=295) (Konaté, 2005). Bien que le Mali soit impliqué de longue date dans cette dynamique visant à assurer la qualité, la sécurité et l'accessibilité de médicaments dont une preuve d'efficacité a été apportée, ce phénomène est global, avec des délivrances d'AMM pour des MTA en Guinée, au Sénégal, au Burkina... Le tout sur la base de travaux réalisés au niveau des instituts gouvernementaux ou par des laboratoires privés (souvent locaux) (Sanogo, 2010).

Ces « phytomédicaments traditionnels » reprennent les codes du modèle « biomédical ». Les notices détaillent les indications, contre-indications, posologie et ils sont classés par familles thérapeutique, s'éloignant des références aux entités nosologiques populaires (voire partie 3.2) décrites en langues locales et difficilement traduisibles. Même les noms des spécialités font parfois penser au marketing des industriels occidentaux : « Hépatisane® » pour une tisane de *Combretum micranthum* (cholérétique et cholagogue), « Laxa cassia® » pour une poudre de *Senna italica* (laxative).

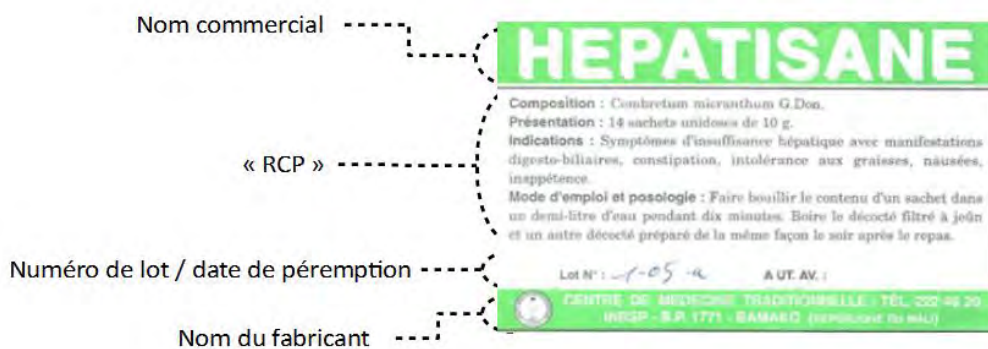


Figure 8. Etiquette-notice apposée sur les sachets d'Hépatisane®.

Les MTA font ainsi penser à des traitements « néo-traditionnels », qui mobiliseraient « des références cumulées à la tradition, à la nature et aux sciences biomédicales » (Simon, 2012). Néanmoins, ce syncrétisme apparent est en réalité plus complexe et il existe des zones grises entre la dichotomie « médicament traditionnel » (utilisé par le tradipraticien) et « MTA » (bénéficiant d'une AMM, donc d'une évaluation et d'un statut encadré par le ministère de la santé). En effet, dans les mêmes rayonnages des pharmacies béninoises, on retrouve des MTA agréés par divers ministères mélangés à des produits de phytothérapie importés et à des compléments alimentaires. La « référence à la tradition » n'a alors pas le même sens, et ne peut être finalement qu'un simple argument marketing d'un industriel occidental souhaitant investir le marché africain en parant son produit des atours de la médecine traditionnelle locale (Simon, 2012).

1.2.5 Synthèse

Nous venons de le souligner, donner une définition exhaustive du terme de « médecine traditionnelle » sans tomber dans un excès de généralisation reste complexe. On peut néanmoins relever une pluralité des pratiques qui s'appuient, dans la grande majorité des cas, sur des savoirs empiriques. Un autre trait commun reste le recours à des pharmacopées locales variées, associant des éléments végétaux (généralement plutôt documentés), animaux et minéraux (sur lesquels la littérature reste plus imprécise). Les composantes sociales et « surnaturelles », rattachées à des univers magico-religieux, semblent également être des facteurs communs, malgré des divergences de point de vue sur ce second point, comme nous le verrons dans la suite de ce travail.

Non seulement l'analyse des pratiques en divers points du globe interroge et questionne les définitions *a priori* consensuelles que l'on pourrait donner de l'appellation « médecine traditionnelle », mais elle amène à réfléchir à ce que l'on appelle « médecine ». On peut considérer une « médecine » comme un système médical (ou « nosologique ») visant à fournir une explication à un état comme s'écartant d'un état de bonne santé et fournissant des réponses thérapeutiques. Ces systèmes sont caractérisés par cinq facteurs :

1. Le fondement théorique : il correspond à un système d'explication du fonctionnement du corps (e.g. la physiologie dans le modèle biomédical).
2. L'étiologie : elle correspond aux modes d'explication des causes de la pathologie.
3. La nosographie : c'est la caractérisation des différentes maladies, et par extension leur classification. On peut également parler de pathogénie, définie par le « mode d'atteinte de l'individu ».
4. Le raisonnement diagnostic.
5. La réponse thérapeutique : le traitement qui peut être pharmacologique ou non. On parlera donc plutôt d'actes thérapeutiques pour désigner une succession de gestes de soins.

Si l'on s'intéresse aux pratiques sur le continent africain, plusieurs auteurs préfèrent parler de « pratiques populaires » de santé, ou autres termes similaires. On désigne par ce biais des cas où la totalité du « tableau », l'ensemble du système nosologique n'est pas pris en compte par les praticiens, mais des brides, des fragments en sont mobilisés pour répondre à des états pathologiques. Ces pratiques existent que les médecines soient savantes (codifiées par écrits) ou non (transmission orale), et le terme semble particulièrement adapté à l'exemple africain où l'existence même d'un « tableau » unifié sous-tendant les pratiques est questionnable.

L'ensemble de ces éléments amène donc à se questionner sur les grands systèmes nosologiques dits « traditionnels » (médecine ayurvédique, chinoise, unani) et à observer d'éventuelles influences de ces systèmes sur les pratiques, populaires ou non, dans les cinq pays d'intérêt de ce travail. C'est ce que nous proposons d'analyser dans la partie qui suit.

1.3 Médecines traditionnelles : quelques généralités

1.3.1 Āyurveda

En sanskrit, *Āyurveda* signifie la connaissance (*veda*) pour la longévité (*āyus*), où la longévité est entendue comme la succession la plus longue possible de « bons jours », mettant l'accent sur la qualité de vie plutôt que la quantité (Svoboda, 1998).

Ces pratiques auraient plusieurs milliers d'années d'existence, puisant leurs origines dans les premiers guérisseurs de la civilisation de Harappa, apparue autour de 3000 av. J.C., mais les premiers textes codifiant les pratiques dateraient du quatrième siècle av. J.C. : le *Caraka Saṃhitā* et le *Suśruta Saṃhitā* (le terme *Saṃhitā* se traduit par « compendium », Caraka et Suśruta étant les noms de leurs auteurs). Les deux ouvrages contiennent une immense quantité d'informations, notamment en termes de *materia medica*, et se différencient par l'approche plus philosophique de Caraka et celle plus technique de Suśruta (qui détaille par exemple de nombreuses procédures chirurgicales) (Wujastyk, 1998).

Bien que ces deux ouvrages s'autoqualifient « d'incarnations intemporelles de la connaissance écrite », ils ont été étoffés au cours des siècles suivants. Loin d'être figées dans le temps, les pratiques de médecine ayurvédique se sont transformées, les textes originaux étant adaptés, « interprétés en fonction de la conjoncture de l'époque ». La transmission de maîtres à élèves mélange des éléments objectifs (les textes) et subjectifs (les interprétations) basées sur la pratique des premiers (Svoboda, 1998). Influencée et influençant le modèle biomédical imposé par l'Angleterre, des syncrétismes se sont produits jusqu'à une période récente (Leslie, 1992), mais les textes fondateurs restent d'actualité, proposant une vision de l'Homme et du monde toujours utilisée dans les pratiques actuelles. Nous en proposons une vue (très) synthétique ici.

• **Fondements théoriques**

Sat-cit-ānanda : « la réalité absolue existe et est consciente de sa matière ». Cette simple phrase résume la vision ayurvédique de notre existence : la matière, les corps sont l'expression de « l'âme du monde » (le *puruṣa*). Microcosmes et macrocosmes sont en équilibre, formant un tout (Svoboda, 1998).

De là découlent les fondements théoriques du fonctionnement du corps qui serait composé d'un corps physique, constitué par les cinq éléments (*pañca mahābhūta*) : l'eau, l'air, le feu, la terre et l'espace. Le corps physique est habité par une conscience subjective, un « soi » immatériel, expression personnifiée du *puruṣa*. Ainsi, pour Caraka, « dans l'homme, la terre est représentée par la dureté, l'eau par l'humidité, le feu par la chaleur, l'air par le souffle vital (le *prāṇa*), l'espace par les interstices et le soi par l'esprit résidant » (Svoboda, 1998).

Tout être vivant est traversé par trois forces, les *doṣa*, qui travaillent de concert pour permettre à l'individu d'appréhender, de transformer tout ce à quoi il peut être exposé (nourriture, air, émotions, vues, sons par exemple), nourrissant l'individu au sens propre comme au sens figuré. Ces trois *doṣa* sont (Svoboda, 1998) :

- le *vāta*. C'est le *doṣa* du mouvement, sorte « d'énergie cinétique ». Il provient de l'air et de l'espace. Il produit le « vent » de l'énergie nerveuse et le gaz contenu dans le corps. Lorsqu'il est trop prononcé, les individus ont peu de capacité à « garder » l'énergie ;
- le *pitta*. C'est le *doṣa* de la transformation, sorte « d'énergie potentielle ». Il provient du feu et de l'eau. Lorsque le *pitta* est en surproduction, il entraîne des maladies dites « chaudes » par excès de bile et inversement (maladies « froides ») en cas de déficit ;

- le *kapha*. C'est le *doṣa* de la stabilisation, sorte « d'énergie régulatrice ». Il provient de la terre et de l'eau. Il est véhiculé par les diverses substances lubrifiantes de l'organisme. Lorsqu'il est en excès, on observera une surproduction / accumulation de mucus et autres sécrétions du même type.

Si au premier abord, ces bases théoriques semblent renvoyer à la théorie hippocratique des humeurs, représentées dans la médecine ayurvédique par les *doṣa*, il subsiste une différence importante : les humeurs d'Hippocrate correspondent ici aux véhicules de forces, d'énergies invisibles dont l'équilibre assure la santé. Cet équilibre idéal n'est que rarement atteint, et on observe une variété des « types ayurvédiques » (différents *prakṛti*) individuels, avec dans la plupart des cas, deux *doṣa* qui prédominent (Svoboda, 1998). La Figure 9 présentée ci-dessous synthétise ces premiers fondements théoriques de l'ayurvéda.

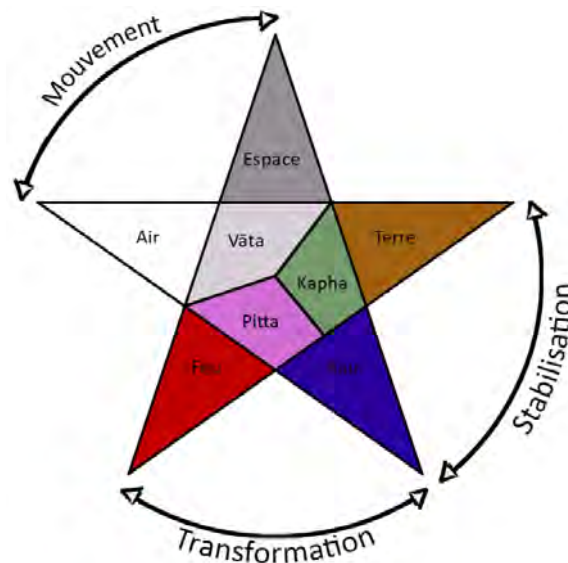


Figure 9. Les cinq éléments (*Pañca mahābhūta*) et les trois forces (*doṣa*) (d'après Svoboda, 1998).

L'équilibre de ces trois *doṣa* permet notamment au « feu digestif » (*l'agni*) d'être fort et bien équilibré. Cet équilibre permet une bonne digestion, à l'origine de la fabrication des tissus de l'organisme (les *dhātu*). En médecine ayurvédique, les tissus les plus « grossiers » servent de matériaux de base à la synthèse des tissus les plus subtils, suivant un phénomène en cascade illustré à la page suivante. Le produit le plus fin est l'*ojas*, produit ultime du processus de digestion qui participe à la fois à la fonction immunitaire, à la fabrication de « l'aura » individuelle et à l'entretien du « feu digestif ». La digestion produit des déchets : les urines, fécès, la sueur (Svoboda, 1998).

La digestion (au sens propre comme figuré) est très importante en ayurvéda. Il est admis que lorsque l'individu se « nourrit » de son environnement, il va agir sur les *dosa* en fonction des « qualités » des éléments ingérées et de celles des *dosa*. Des éléments de qualités semblables vont renforcer le *dosa*, et des éléments de qualités dissemblables l'affaiblir. Les qualités des *dosa* sont résumées dans le Tableau 2 ci-dessous (Svoboda, 1998).

Tableau 2 : Les « qualités » des différentes forces (*doṣa*) (d'après Svoboda, 1998).

3 Forces	Qualités
1. Vāta	Sec, léger (en poids), froid, rêche, subtil et mobile.
2. Pitta	Onctueux (légèrement), intense, chaud, léger (en poids), malodorant, libre et liquide.
3. Kapha	Onctueux, froid, lourd, terne, lisse (et mou), visqueux et statique.

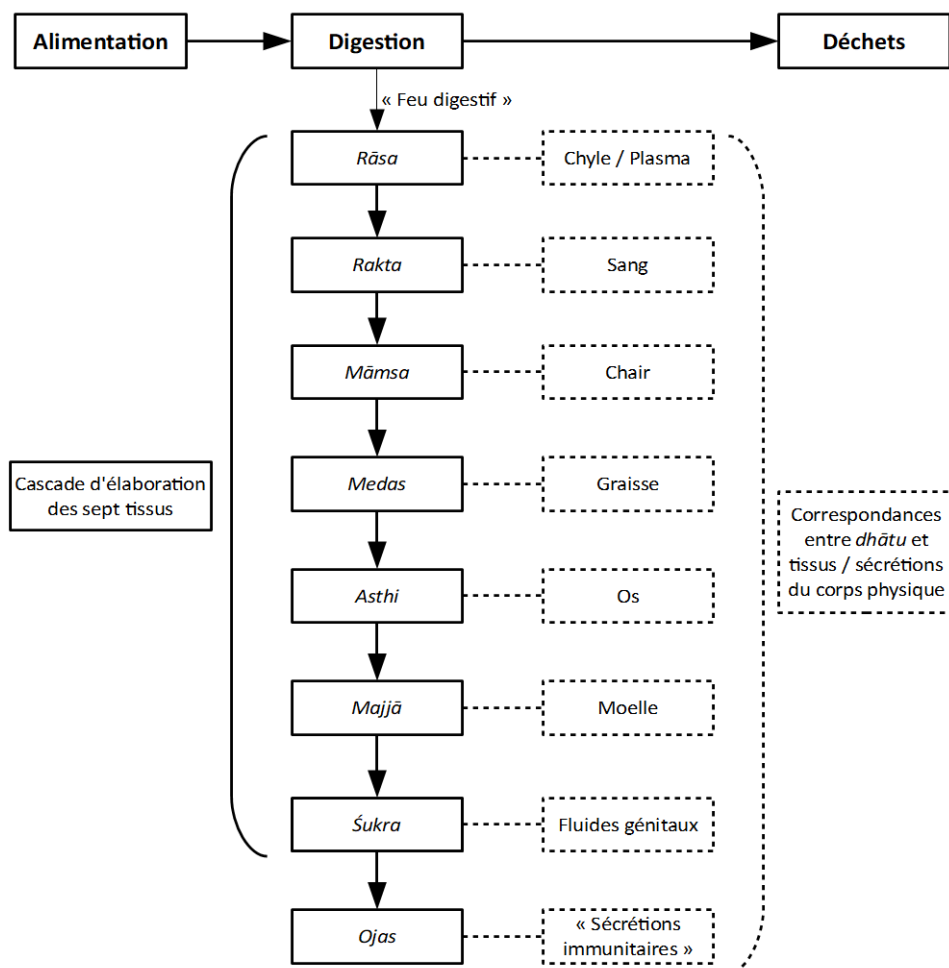


Figure 10. La digestion et l'élaboration des tissus (*dhātu*) en médecine ayurvédique (d'après Svoboda, 1998).

• **Etiologie**

Dans la médecine ayurvédique, le processus habituel de développement d'une maladie commence par une faiblesse du « feu digestif » (*agnimāndya*) due à une altération des *doṣa* qui peut être consécutive à une conduite inappropriée (*prajñaparadha*) pour la personne. Cette faiblesse entraîne la fabrication d'*āma*, matériau mal digéré, inutilisable par l'organisme. L'*āma* agit comme un « milieu de culture » pour les microbes et viens boucher les canaux (*mārgāvarodha*) permettant le passage des *doṣa*. Ils s'accumulent donc dans certains lieux (et notamment le tractus digestif), font pression sur les organes qu'ils finissent par déborder : à ce stade, leur circulation devient chaotique passant au travers des tissus et déchets et créant des « points de faiblesse » où peut se développer la maladie (Svoboda, 1998).

• **Nosographie**

Il existe sept types de maladies en médecine ayurvédique, regroupées en deux grandes catégories : exogènes (les symptômes sont antérieurs au déséquilibre des *doṣa*) et endogènes (où c'est l'inverse). La classification se fait selon l'étiologie de la pathologie : génétique, congénitale, métabolique, traumatique, temporaire, divine et naturelle. Chaque maladie est décrite par un

ensemble de facteurs : symptômes, sévérité, curabilité, type (« chaud » ou « froid » essentiellement), et temporalité (moment de manifestation notamment) (Svoboda, 1998).

• **Diagnostic**

Le but général du diagnostic en médecine ayurvédique va être d'analyser l'état du patient au moment de la consultation et la « direction » dans laquelle son état se dirige (analyse de la dynamique de la maladie). L'examen clinique va permettre au praticien de découvrir les forces et faiblesses du patient. Il peut être découpé en trois étapes (Svoboda, 1998) :

1. Le *darśana* : c'est l'examen des parties visibles du patient (ce qui inclus son « aura ») et des « portes » de l'organisme : les yeux, les oreilles, les narines, la bouche, la gorge, l'anus, les organes génitaux et leurs sécrétions.
2. Le *sparśana* : c'est l'examen physique, la palpation. Le praticien prend les pouls (essentiellement), la température relative du corps, mesure la peau (sa dureté, sa mollesse, sa rugosité).
3. Le *praśna* : c'est l'interrogatoire. Le praticien écoute le patient et les manifestations de son organisme (battements cardiaques, respiration, ...).

• **Réponse(s) thérapeutique(s)**

Après avoir sondé forces et faiblesses, le praticien ayurvédique va essayer d'utiliser les premières pour corriger les secondes, auquel il ajoutera des traitements particuliers. Le traitement idéal reste préventif, mais en cas de maladie, le praticien ayurvédique prescrira un traitement en s'appuyant sur quatre piliers : le régime alimentaire (probablement le facteur le plus important), l'activité (règles d'hygiène, exercices de yoga, interdits par exemple), la purification et une éventuelle préparation issue de la *materia medica* locale (Svoboda, 1998). Notons sur ce dernier point que l'ouvrage fondateur de Caraka documentait déjà à l'époque l'utilisation de 177 substances d'origine végétale, de 341 d'origine animale et de 64 d'origine minérale (où l'on note un fort usage du mercure détoxifié) (Wujastyk, 1998).

Les méthodes purificatrices (*pañcakarma*) sont parfois précédées par des techniques (sudation, onctions grasses) visant à « rendre les *doṣa* plus fluides ». Elles utilisent des techniques variées (Svoboda, 1998) :

- lavements : pour les troubles causés par un déséquilibre du *vāta* (l'un des trois *doṣa*). Le terme lavement est ici employé au sens littéral, concernant à la fois des cavités internes (organes génitaux par exemple) ou des régions externes du corps ;
- purgation avec emploi de laxatifs : pour les troubles causés par un déséquilibre du *pitta* ;
- vomissements thérapeutiques : pour les troubles causés par un déséquilibre du *kapha*.

De manière générale, le retour à l'équilibre des *doṣa* est l'objectif d'une prise en charge « ayurvédique », l'administration de médicaments servant à préserver les tissus de l'agression possible des *doṣa*. Notons enfin que la médecine ayurvédique prône plutôt une approche allopathique (Svoboda, 1998).

1.3.2 Médecine traditionnelle chinoise

Considérée à tort comme un système médical complet et unifié, millénaire et amovible, la médecine traditionnelle chinoise (MTC) est en réalité cosmopolite, avec des variations importantes d'une tradition à l'autre. Les pratiques actuelles résultent de changements, d'adaptations fortes au fil du temps, utilisant notamment les avancées scientifiques du système biomédical pour parfaire les pratiques (Vercammen, 1998).

En médecine traditionnelle chinoise, la maladie est perçue comme un déséquilibre du lien entre un individu et son environnement. S'intéressant plus aux changements dynamiques qu'à un état physiopathologique à un instant t, les traitements combinent des facteurs physiques, psychologiques, émotionnels voire cosmiques (Vercammen, 1998).

Les sources fondant ces pratiques sont diverses. Initialement chamaniques, les pratiques médicales (*yi*) ont été modelées par les différents courants religieux (taoïsme et bouddhisme notamment), enrichies de nombreuses recherches et ouvrages sur plus de 2000 ans. Le texte considéré par beaucoup comme fondateur de la médecine traditionnelle chinoise est le *Huang di Neijing* (« Canon interne de l'Empereur Jaune ») qui combine des éléments théoriques (les cinq éléments ou *wuxing*, l'opposition *yin/yang*) et pratiques (techniques d'acupuncture et de moxibustion notamment). Cet ouvrage est suivi de nombreux textes étoffant ces principes et techniques au fil des siècles (Vercammen, 1998).

• **Fondements théoriques**

La médecine traditionnelle chinoise est influencée par une vision taoïste du corps, perçu comme un « petit monde », dirigé par un souverain aidé d'assistants et disposant d'un réseau de transports à 12 canaux dans lesquels circule le *qi*, la substance interne. Lorsque le tout fonctionne correctement, on parle d'état *zheng* (« droit »), ou de « *zheng qi* » (fonctionnement correct du corps). Les déséquilibres restent fréquents faisant passer le corps à un autre état : *xie* (« en pente »). Cet état est provoqué par des forces externes (la chaleur, le vent, le froid, ...) dont l'action à l'extérieur et à l'intérieur du corps est semblable. Enfin, notons que la religion taoïste perçoit le corps comme étant habité d'esprits (les *shen*) qui assurent l'intégrité des différentes fonctions de l'organisme (Vercammen, 1998).

Bien que certains de ces fondements semblent avoir plutôt un intérêt historique, ils restent utiles au praticien de médecine traditionnelle chinoise. On retiendra donc que le corps peut être vu comme un monde, dirigé par le cœur-esprit (le *xin*), contrôlant des « assistants » pouvant être vus comme des lieux de stockage : les *zang* et les *fu*. Les premiers stockent les matériaux vitaux pour le fonctionnement de l'organisme, les seconds étant des lieux de stockage temporaire, où viennent par exemple s'emmagasiner les déchets de l'organisme en attendant leur évacuation (Vercammen, 1998).

Notons pour finir avec ces généralités, et avant de dire un mot à propos des grandes théories sous-tendant les pratiques des médecines traditionnelles chinoises, que les canaux (ou *jing* pour « cours d'eau, ou encore « méridiens ») dans lesquels circulent le *qi* ne doivent pas être perçus comme des structures anatomiques. Le mouvement permanent du *qi* dans le corps n'est pas un phénomène propre à l'Homme mais à l'ensemble de l'univers. Il est influencé par des « trous », ou « ouvertures » (*xue*), et une bonne circulation du *qi* reste une condition *sine qua non* pour être en bonne santé : un blocage sera cause de maladie (voir ci-après) (Vercammen, 1998).

Deux fondements théoriques sont particulièrement importants en médecine traditionnelle chinoise : le *yin / yang*, et les cinq éléments. Selon le premier de ces fondements, tout changement est

produit par l'interaction de deux forces : le *yin* et le *yang*. Tout problème complexe peut ainsi être décomposé et simplifié en un système binaire d'éléments unifiant deux aspects opposés sous une même entité. Notons bien que rien n'est jamais « *ni yin, ni yang absolu* » (Bauchillet, 2010), mais va tendre vers l'une ou l'autre de ces forces (Vercammen, 1998). L'équilibre entre le *yin* et le *yang* est nécessaire à l'harmonie, et une rupture de cet équilibre pourra être cause de maladie par excès (*shi*) ou déficit (*xu*) de l'un ou de l'autre. La Figure 11 ci-dessous illustre l'application de cette théorie en médecine traditionnelle chinoise, où elle peut être appliquée à des « qualités » (chaud/froid, mou/dur, ...) et des régions anatomiques (Bauchillet, 2010) (Vercammen, 1998).

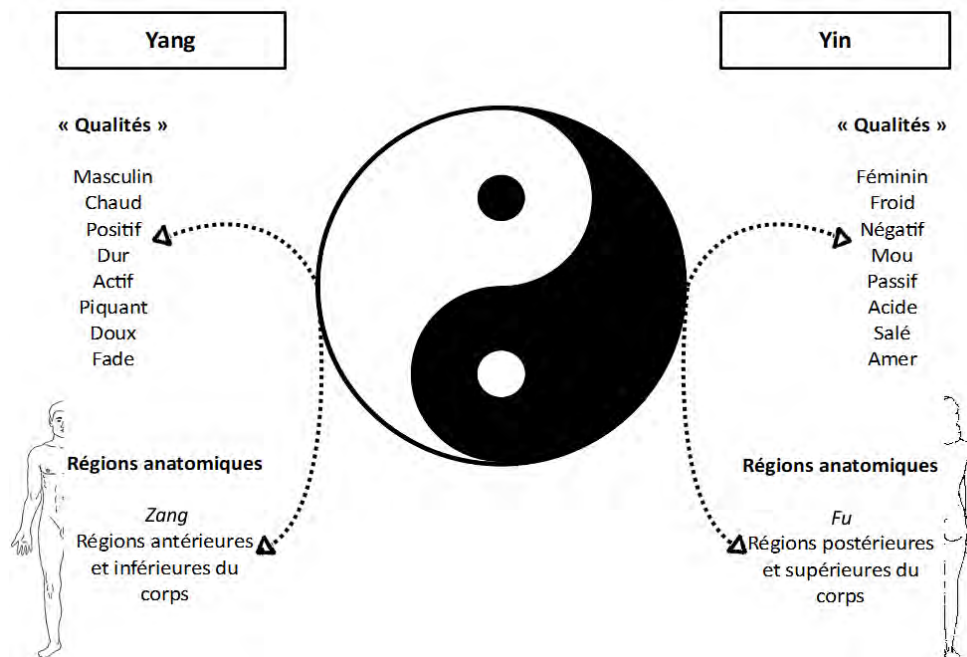


Figure 11. La philosophie yin/yang appliquée à la médecine traditionnelle chinoise (d'après Buchillet, 2010 et Vercammen, 1998).

Le second grand pilier est la théorie des cinq *wuxing* (cinq agents ou éléments) qui découle de la philosophie yin/yang. Les cinq *wuxing* (eau, feu, bois, métal, terre) constituent les essences d'un complexe de correspondances explicitant le fonctionnement de l'univers. Appliquée à la médecine et au fonctionnement du corps humain, on retrouve des associations entre les *wuxing*, les organes (*zang* et *fu*), les sens, les types de qi, etc... Ces correspondances sont résumées le Tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3 : Théories des cinq éléments en Médecine Traditionnelle Chinoise – correspondances (d'après Vercammen, 1998).

Wuxing	Qi	Périodes	Zang	Fu	Sens¹	Goûts	Substances²
Bois (<i>mu</i>)	Vent	Printemps	Foie (<i>Gan</i>)	Vésicule biliaire (<i>Dan</i>)	Yeux	Aigre	Tendons
Feu (<i>huo</i>)	Chaleur	Été	Cœur- esprit (<i>Xin</i>)	Intestin grêle (<i>Xiaochang</i>)	Langue	Amer	Vaisseaux
Terre (<i>tu</i>)	Moiteur	« Été indien »	Rate (<i>Pi</i>)	Estomac (<i>Wei</i>)	Bouche	Doux	Muscles
Métal (<i>jin</i>)	Sécheresse	Automne	Poumons (<i>Fei</i>)	Colon (<i>Dachang</i>)	Nez	Epicé	Poils
Eau (<i>shui</i>)	Froid	Hiver	Reins (<i>Shen</i>)	Vessie (<i>Pangguang</i>)	Oreilles	Salé	Os

1. Organes des sens ou « officiels » ; 2. Substances essentielles constituant le corps humain

Les cinq *wuxing* sont mus par deux types d'interactions : stimulation/production et inhibition/contrainte. Différents *qi* déterminent les relations entre eux. (Métailié, 1979) (Buchillet, 2010). Loin d'être rigide, la théorie des *wuxing* est une logique classificatoire, visant à mieux comprendre le monde phénoménal qui nous entoure (Buchillet, 2010) (Vercammen, 1998). Une représentation schématique de cette théorie est présentée en Figure 12.

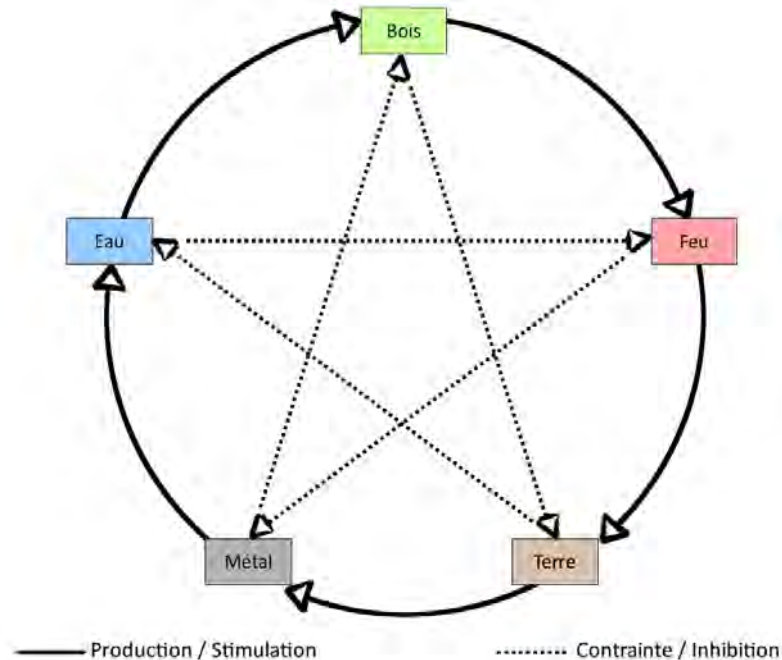


Figure 12. Théorie des cinq éléments en MTC – Schématisation (d'après Vercammen, 1998).

Pour finir avec les fondements théoriques, il convient de dire quelques mots à propos du *qi*. Le *qi* est fabriqué à partir du *jing* (qui correspond ainsi à « l'essence » du *qi*) qui peut être héréditaire (c'est le *Xian Tian* ou « Essence du ciel antérieur ») ou extrait des apports alimentaires (c'est le *Hou Tian* ou « Essence du ciel postérieur »). Comme dit précédemment, le *qi* est « l'énergie vitale » du corps. Il existe plusieurs types de *qi* ayant chacun une fonction propre (le *weiqi* permet la défense de l'organisme par exemple) (Buchillet, 2010) (Vercammen, 1998). Le *qi* peut être transformé en esprit (*shen*) (l'ensemble des manifestations de l'esprit est associé au terme « *shen* » : conscience, pensée, mémoire notamment) (Buchillet, 2010).

Le *qi*, le sang (*xue*) et les autres liquides organiques (*jinye*) sont considérées comme des substances de base. Le *xue* est le liquide nutritif de l'organisme. Le terme *jinye* regroupe les liquides fluides, à écoulement aisé (*jinye*) et ceux denses et visqueux (*ye*) (Buchillet, 2010).

• **Etiologie**

En médecine traditionnelle chinoise, la maladie est le signe d'un déséquilibre. On distingue trois grandes catégories étiologiques (Buchillet, 2010) (Vercammen, 1998) :

1. Les causes externes. Le lien entre l'individu et l'environnement/le climat est primordial. Les causes externes sont ainsi fortement liées aux facteurs climatiques, et on peut distinguer six *liuyin* (excès) environnementaux : *feng* (vent), *shu* (chaleur), *huo* (feu), *zao* (sécheresse), *han* (froid) et *shi* (humidité). C'est l'excès qui est cause de pathologie, l'équilibre étant nécessaire au bon fonctionnement du monde (et du corps).
2. Les causes internes, ou causes émotionnelles. Elles correspondent à des réactions émotionnelles excessives, à l'origine de pathologies. On distingue ainsi sept émotions ou

sentiments (les *qiqing*), liées à la fois au *xin* (le cœur-esprit) et aux *zang-fu* (les organes) : *xi* (joie), *nu* (colère), *you* (intérêt), *si* (mesure), *bei* (tristesse), *kong* (crainte) et *jing* (peur). Ici encore, l'équilibre est nécessaire. Selon les taoïstes, le repos, la quiétude d'esprit est ainsi vue comme la « *voie vers la longévité* » (Vercammen, 1998).

3. Les causes « ni internes ni externes », regroupant des facteurs variés (du traumatisme au déséquilibre alimentaire). Ici encore, l'équilibre constant est recherché.

• **Nosographie**

La médecine traditionnelle chinoise distingue huit facteurs permettant de décrire/catégoriser les symptômes (fonctionnant en opposition) : superficiel (*biao*) / interne (*li*), chaud (*re*) / froid (*han*), vide (*xu*) / plein (*shi*) et finalement *yin* / *yang*, qui sous-tendent de manière plus générale l'ensemble de ce système classificatoire (Vercammen, 1998).

• **Diagnostic**

L'émission d'un diagnostic par le praticien se fait suite à une démarche en deux temps. Le premier temps est un examen clinique combinant (Vercammen, 1998) (Buchillet, 2010) :

- observation (*wangzhen*) du corps dans sa globalité. Le praticien va ainsi attacher de l'importance aussi bien aux signes cliniques qu'à l'attitude du patient, son comportement, son regard. Les praticiens de médecine traditionnelle chinoise prêtent souvent un intérêt particulier à la tête et à la langue, qui serait le « *reflet du corps* » (Vercammen, 1998) ;
- audition / olfaction (*wengzhen*) de la voix, la respiration, la toux ;
- interrogation (*wengzhen*) du patient, en s'intéressant à la fois aux phénomènes décrits comme « pathologiques » mais également aux habitudes de vie et aux comportements (alimentation, excréments, cycles menstruels, ...) ;
- palpation. La prise du pouls radial revêt une importance historique et diagnostique pour le praticien, qui touchera également les méridiens et les « trous » (*xue*).

Dans un second temps, le praticien met en lien les éléments recueillis avec le système classificatoire et les fondements théoriques vus plus haut. Notons que d'autres techniques d'examen semblent toujours persister malgré des politiques officielles opposées à leur utilisation, comme la « *visualisation interne* » (Vercammen, 1998).

• **Traitement**

En médecine traditionnelle chinoise, l'accent est mis sur la prévention (via la pratique d'exercices thérapeutiques types *qigong* ou *taijiquan* et la consommation de préparations magistrales). Que les thérapies soient préventives ou curatives (via une approche allopathique ou non), le but sera de retrouver l'harmonie en rééquilibrant le *qi*. Le praticien doit pour se faire être attentif au changement (approche dynamique) de la personne (approche personnalisée), à la temporalité et à la symptomatologie. La prise en compte de l'ensemble de ces facteurs peut avoir pour conséquences une divergence des thérapeutiques proposées à deux personnes qui présentent pourtant le même tableau clinique (Vercammen, 1998) !

Qu'elles soient manuelles (massages, acupuncture), pharmacologiques (pharmacopée locale), hybrides (moxibustion) ou autres (*qigong* et *taijiquan*), huit facteurs, combinés dans quatre groupes de techniques majeures sont à la base de la réponse des réponses thérapeutiques en médecine traditionnelle chinoise (Vercammen, 1998) :

- *Han* : la sudation ;

- *Tu* : le vomissement ;
- *Xia* : « l'abaissement de la matière dans le corps » ;
- *He* : l'harmonisation des fonctions de l'organisme ;
- *Wen* : l'augmentation localisée de la température corporelle ;
- *Qing* : l'évacuation de la chaleur de l'organisme ;
- *Xiao* : la dispersion des obstacles sur les voies du qi, causes potentielles ou avérés de maladie ;
- *Bu* : le renforcement du corps (notamment le qi et le sang) par des apports.

Les quatre groupes de techniques thérapeutiques majeures sont (Vercammen, 1998) :

1. L'acupuncture. Réintroduite au vingtième siècle après plus de cent ans d'interdiction, l'acupuncture consiste à introduire des aiguilles de tailles variables (2,5 à 30 centimètres) dans différents « trous » (xue), à un angle de 15 à 45 degrés le plus souvent. La vitesse d'introduction, la profondeur et les mouvements effectués (l'aiguille peut être tournée, secouée, chauffée, reliée à un courant électrique) est variable selon les patients et les pathologies diagnostiquées.
2. La moxibustion. Elle consiste à utiliser des cônes contenant de *l'Artemisia vulgaris* mélangée à d'autres plantes que l'on brûle en les déplaçant près de la peau, le long des méridiens. Elle peut être associée à l'acupuncture en enchâssant les cônes sur des aiguilles.
3. Les massages et exercices thérapeutiques (*qigong, taijiquan*). Il s'agit ici « d'utiliser le corps pour soigner », que ce soit par des méthodes physiques (massages externes/internes) ou non (thérapie *qigong*). Le *qigong* est « l'art de diriger et de contrôler le qi » par des exercices thérapeutiques pouvant être pratiqués aussi bien par le patient (rééducation, prévention) que par le praticien (manipulation du qi pour le « transmettre » au patient).
4. L'utilisation de la pharmacopée. La *materia medica* chinoise est extrêmement riche, puisant des espèces dans les trois règnes en les classifiant selon leur « qi médical » (froid/chaud/tiède/frais), leurs goûts et odeurs (correspondant aux cinq *wuxing* décrits précédemment). Initialement très individualisées, les préparations se sont standardisées ces dernières années.

D'autres techniques sont également utilisées, comme la chirurgie (en dernier recours, sauf cas particuliers) et des pratiques populaires (saignée, excoriation) ou marginales (utilisation de ventouses) (Vercammen, 1998).

A l'heure actuelle, la médecine traditionnelle chinoise dispose d'une assise importante, à la fois sur le sol chinois, « exemple à suivre » pour l'OMS du fait de l'unification totale du champ traditionnel et biomédical, mais également dans le monde entier.

1.3.3 Autres systèmes nosologiques

En dehors des deux grands systèmes (ayurvédique et chinois), d'autres types de médecines dites traditionnelles existent. Nous pouvons notamment citer la médecine *unani* et la médecine des Siddha.

• **Le système unani**

Ce système a été emprunté aux Grecs par les musulmans. Entre les premiers écrits hippocratiques du cinquième siècle av. J.C. au dix-neuvième siècle, de nombreux auteurs se sont attachés à développer ces théories et pratiques, le plus connu étant probablement Avicenne avec la rédaction de son *Canon de la médecine (Kitab al Qanun fi l tibb)* (Liebeskind, 1998).

Le système *unani* reprend donc la théorie des quatre humeurs, chacune étant caractérisée par des qualités (chaud, froid, sec, humide) et des éléments (Liebeskind, 1998) :

- le sang (*damn* ou *khun*) ;
- le phlegme (*bulgham*) ;
- la bile noire (*al mirra al sawda*) ;
- la bile jaune (*al mirra al safra*).

Les pathologies surviennent lors du déséquilibre de ces humeurs et/ou lors d'un déséquilibre entre la personne et son environnement. Pour réaliser le diagnostic, le praticien interroge son patient en portant une attention particulière à ses activités, son alimentation, ses excréments (urines et selles) et au climat. Le traitement repose essentiellement sur des mesures hygiéno-diététiques et des préparations à base de plantes, d'animaux et de végétaux qui visent à rétablir l'harmonie physique et spirituelle chez le patient (Liebeskind, 1998) (Said, 1983).

La médecine unani est essentiellement pratiquée par des professionnels dans la région Indo-pakistanaise. Elle semble néanmoins toujours influencer les pratiques populaires de santé dans l'ensemble du monde musulman, de l'Iran à la Mauritanie (Graz et al., 2015).

• **La médecine des Siddha**

Ce système a été développé par les Tamouls du sud de l'Inde. Proche de l'ayurvéda, on peut le décrire comme une hybridation entre d'anciens textes tamouls et des pratiques populaires qui combinent médecine et magie, religion, yoga et éléments tantriques (Wujastyk, 1998). Il met particulièrement l'accent sur la prise du pouls (des travaux suggèrent d'ailleurs que cette pratique aurait été « empruntée » par les médecins ayurvédiques) et l'utilisation de métaux (notamment le mercure qui a subi, comme dans la médecine ayurvédique, un long processus de détoxification) dans les préparations thérapeutiques (Sofowara, 2010) (Wujastyk, 1998).

Ces pratiques étaient retrouvées en Inde au début des années 80, au Sri Lanka, en Malaisie et à Singapour (Kurup, 1983). Leur prévalence reste importante en Inde actuellement. En 2005, l'OMS enregistrait 17 392 praticiens de médecine des Siddha (contre 43 330 pour la médecine unani et 430 263 pour l'ayurvéda) (Bodecker et al., 2005). Notons que l'importation du yoga Siddha en Europe et aux Etats-Unis s'est accompagnée de dérives sectaires importantes, où différents gurus ont été accusés d'agressions sexuelles, d'exploitation, de menaces et de violences tant physiques que morales par d'anciens disciples.

1.3.4 Un aperçu des pratiques au Laos et au Cambodge

Au Cambodge, il existe également une tradition médicale ancienne, institutionnalisée dès le douzième siècle par le roi Jayavarman VII. Ces pratiques ont perduré, et jusqu'à récemment, les médecines traditionnelles cambodgiennes étaient exercées par des moines bouddhistes theravada (Au, 2014).

Aujourd'hui, les dépositaires des savoirs médicaux traditionnels sont les *kru khmer* dont les pratiques syncrétiques puisent dans des savoirs passés et actuels de diverses civilisations auxquelles s'ajoutent les connaissances locales. On retrouve ainsi des éléments empruntés à l'ayurvéda, au bouddhisme theravada, à la médecine islamique (*unani*), à la médecine traditionnelle chinoise et à l'animisme local (Au, 2014).

La transmission des « recettes » des préparations utilisant la pharmacopée locale reste écrite, sur des feuilles de palmiers, comme illustré dans la Figure 13. Les *kru khmer* empruntent, parfois dans la totalité, souvent en partie, les référentiels des systèmes nosologiques précédemment détaillés, dans le cadre de pratiques de santé qui semblent rester le plus souvent populaires, malgré l'ouverture, en 2009, de la première école officielle de médecine traditionnelle khmer à Phnom Penh (Au, 2014).



Figure 13. Manuscrits de feuilles de palmiers, supports de la transmission des savoirs traditionnels khmers (d'après Valy et al., 2017).

Les tentatives de modélisation d'un système nosologique khmer unifié sont rares. Dans ses travaux sur les doctrines médicales khmères, le docteur Rethy K. Chhem décrit un système basé sur quatre éléments, trois humeurs et dix-neuf « âmes » pour expliquer la constitution et le fonctionnement du corps humain. D'un point de vue étiologique, on retrouverait un mélange de causes naturelles et surnaturelles à l'origine des diverses pathologies. La démarche diagnostique associerait à l'examen clinique des techniques de divination et/ou de possession (Chhem, 2001). Le recours à la dermabrasion comme technique thérapeutique est également fréquent (Chassagne, 2017).

De manière plus général, on peut dire que l'on retrouve au Cambodge, comme au Laos, des pratiques largement influencées par les grandes « doctrines » médicales orientales. La théorie des humeurs, l'opposition chaud/froid, le recours à la moxibustion et à la théorie des signatures, aux médicaments du « vent », à des préparations locales, à des massages (notamment en utilisant une pièce) et rituels constituent des éléments fréquemment retrouvés dans cette région (Au, 2014).

1.3.5 Un aperçu des pratiques en Afrique de l'Ouest

Le continent africain est régulièrement victime de généralisation qui dépasse largement le cadre des pratiques thérapeutiques. Berceau de l'humanité faisant trois fois la superficie de l'Europe, découpée en 54 états peuplés de plusieurs milliers d'ethnies (Smith et al., 2005), l'Afrique est vaste et plurielle. Parler de « Médecine Traditionnelle Africaine » ou même de médecine traditionnelle ouest-africaine soulève donc quelques questions.

Pour Didier Fassin, « *l'expression même de médecine traditionnelle est doublement trompeuse* ». D'abord parce que la médecine n'est souvent pas l'activité principale des guérisseurs, et que le savoir thérapeutique s'inscrit dans un savoir plus général. Ensuite parce que, comme dit précédemment, les pratiques évoluent et se sont transformées de manière importante au fil du temps. Il conclue donc, à partir de ses observations en territoire sénégalais, à une pluralité des pratiques, construites autour de syncrétismes importants (Fassin, 1992).

En essayant de théoriser un modèle relativement unifié des différentes pratiques, il se heurte à des incohérences, des contresens, observant et entendant une chose, puis son contraire (Fassin, 1992). Dans ce contexte, nous ne donnerons pas ici de « modèle-type » des pratiques. Néanmoins, nous présenterons quelques éléments redondants, quelques pratiques récurrentes qui, s'ils sont loin d'être suffisants pour constituer un système nosologique unifié, ont le mérite de donner un aperçu des pratiques de santé populaires ouest-africaines.

Yannick Jaffré et Jean Pierre Olivier de Sardan se sont intéressés dans leurs travaux aux représentations de la maladie en Afrique de l'Ouest. Ils concluent que les guérisseurs travaillent à partir des mêmes représentations que « tout le monde », sources de légitimité thérapeutique (de Sardan, 1999). Ce phénomène est détaillé dans la partie 3.2 de ce travail, nous ne la développerons donc pas ici.

Au niveau étiologique, on retrouve une diversité importante. La part du surnaturel est fréquemment citée dans la littérature, ce qui contraste avec l'analyse de Y. Jaffré et de JPO. De Sardan, qui notent une prépondérance des maladies dites prosaïques, n'ayant pas de lien avec d'éventuels univers magico-religieux (de Sardan, 1999). La transgression de certains interdits (alimentaires, comportementaux) peut être perçue comme une cause de pathologie. L'étiologie peut également rejoindre le modèle biomédical pour certaines maladies (Sofowara, 2010).

La démarche diagnostique peut associer (Sofowara, 2010) :

- un interrogatoire, autour d'éléments présents et passé, prenant en compte la plainte du patient mais également le contexte social (interrogations sur la famille, l'entourage, ...) ;
- une phase d'observation, d'auscultation et d'écoute du corps du patient en utilisant les cinq sens ;
- une éventuelle séance de divination. Le nombre de publications rapportant ce type de pratique reste inégal entre l'Afrique de l'ouest (où de nombreux travaux sur cette thématique ont été réalisés) et l'Asie du sud-est (où ces pratiques sont peu décrites).

Notons que la plupart des tradipraticiens sont spécialisés dans le traitement de quelques maladies précises, et possède donc un savoir thérapeutique relativement spécifique et restreint (Sofowara, 2010).

Comme vu dans la partie précédente, une grande pluralité est également retrouvée du côté des pratiques ouest-africaines, qui peuvent associer (Sofowara, 2010) :

- des rituels de natures variables : danses, sacrifices, offrandes qui permettent de fixer un « cadre », nécessaire à la prise en charge ;
- des incantations, prononcées ou écrites, utilisées seules ou conjointes à l'administration de préparations médicinales ;
- des pratiques divinatoires (voir ci-dessous) ;

Là encore, ces trois premières catégories sont plus fréquemment retrouvées dans des travaux réalisés dans la région ouest-africaine, sans que l'on puisse pour autant établir une comparaison stricte avec le sud-est asiatique. On retrouve néanmoins des pratiques également décrites dans les deux régions :

- des préparations médicinales, basées sur une pharmacopée locale de transmission orale utilisant des éléments végétaux, animaux et minéraux (voire Partie 1.2.3). Les recettes auraient initialement été élaborées par l'observation de la nature et la communication avec les anciens, dans une démarche empirique ;
- des massages et thérapies manuelles, particulièrement utilisées en cas de traumatismes (réducteurs de fractures et autres) ;
- des règles hygiéno-diététiques (jeûne, interdits alimentaires, régimes particuliers).

On retrouve dans la région ouest-africaine deux grands types de pratiques divinatoires : le jet de cauri et la géomancie. Le recours à ces pratiques peut être associé à des rituels pour « éveiller » les génies, ancêtres, divinités locales. Le jet de cauri consiste à lancer ces petits coquillages (qui sont parfois remplacés par d'autres objets possédant deux faces distinctes) et d'interpréter leur position et/ou leur « état » (« pile » ou « face ») pour répondre aux interrogations du guérisseur ou du patient (Fournier, 2018) (Sanogo, 2016). La géomancie est une technique divinatoire faisant appel à l'interprétation de figures dessinées sur le sable (ou sur une feuille de papiers) appelées « maisons ». Constituées de quatre successions d'un ou deux traits ou points, il existe 16 combinaisons de « maisons » possibles qui seront interprétés par le devin pour obtenir des réponses (Bertreaux et al., 1981) (Sanogo, 2016).

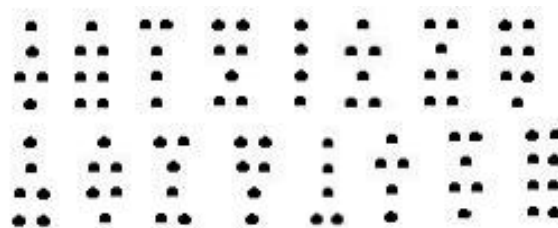


Figure 14. Les 16 combinaisons de maisons (de M1 en haut à gauche, à M16 en bas à droite) en géomancie (d'après Kassibo, 1992).

A noter que les devins ne sont pas nécessairement consultés en cas de maladie, et inversement, certaines consultations peuvent avoir lieu en l'absence de signes cliniques, simplement car des personnes souhaitent être orientés dans leurs décisions (Colleyn, 2005).

1.4 Bilan intermédiaire

La première partie de ce travail, montre que la santé communautaire est une démarche relativement récente mobilisée par une nécessité de développer des actions en partant des besoins des populations qui se retrouvent de ce fait associées à la construction des programmes. La santé communautaire favorise les échanges, les mélanges et finalement le partage des différents savoirs (experts et profanes) et pouvoirs. Cette démarche favorise les ressources mobilisées par les populations et garde pour objectif une prise en charge globale des personnes prenant en compte les paramètres médico-psycho-socio-économiques. C'est finalement une approche « ascendante », complémentaire de la démarche « descendante », émanant des institutions et habituellement appliquée en santé publique.

Nous avons ensuite été confrontés aux difficultés associées à une définition exhaustive du terme de « médecine traditionnelle ». Si elle reste discutable, celle proposée par l'OMS semble un point de départ intéressant pour ébaucher le sujet. En cherchant à regrouper, unifier des pratiques qui restent fortement diversifiées, on retrouve souvent une approche globale de la personne, prenant en compte les facteurs sociaux, et où la place du surnaturelle, prépondérante selon certains, mérite d'être discutée. Souvent définies et caractérisées par opposition à un système « biomédical », les médecines traditionnelles et les pratiques médicales populaires en partagent pourtant plusieurs aspects. Dans tous les cas, ces dispositifs de soins forment un ensemble pluriel qu'il nous faut explorer pour mieux comprendre le choix du recours à tel ou tel praticien. Les frontières parfois poreuses entre les différents secteurs peuvent être représentées sous la forme d'un diagramme de Wenn, comme dans la Figure 15 ci-dessous.

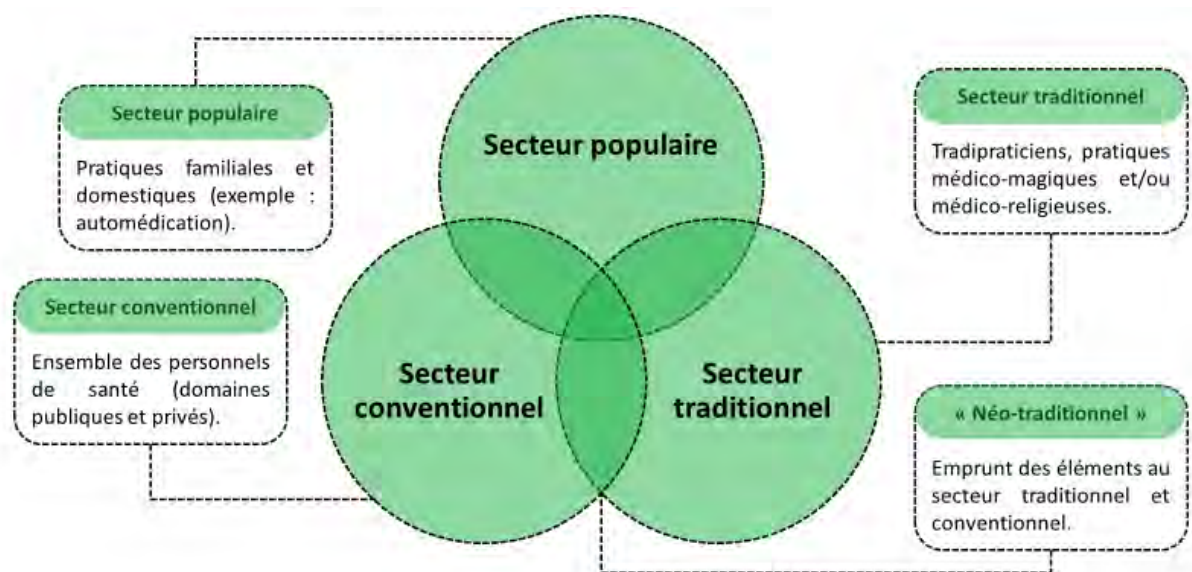


Figure 15. Une représentation des frontières parfois troubles entre les différents secteurs.

Les tradipraticiens sont souvent considérés comme les dépositaires des savoirs « traditionnels ». Leur exercice associe de multiples techniques, empruntées ou non à certains systèmes nosologiques. Leur légitimité thérapeutique se base plus sur une reconnaissance par la communauté que sur leur formation ou agrégation par un organisme quelconque. Que les médecines soient savantes ou non, qu'elles s'inscrivent dans un système nosologique codifié ou pas, les pratiques qui leurs sont associées, tout comme les pharmacopées, ne sont pas figées. Elles évoluent au gré d'une recherche souvent empirique et de l'évolution des sociétés dans lesquelles elles s'insèrent.

Notons que bien qu'étant imparfaite, nous conserverons l'utilisation des termes proposés par l'OMS dans la suite de ce mémoire, à la fois car il s'agit d'une terminologie retrouvée dans la littérature mais également dans les discours des patients.

L'*āyurvēda*, la médecine traditionnelle chinoise et la médecine *unani* ont influencé, et elles continuent de le faire, les pratiques thérapeutiques. Si l'on retrouve une influence importante de ces grands systèmes nosologiques en Asie et peu en Afrique (qui a plutôt emprunté des éléments au système « biomédical » et aux divers courants religieux), la dynamique globale de coopération entre la Chine et les états ouest-africains risque possiblement de transformer l'exercice des guérisseurs au cours des prochaines années. Notons par ailleurs que l'opposition entre médecines traditionnelles asiatiques et africaines, ponctuellement retrouvée dans certains textes, reste discutable. Les systèmes nosologiques indiens et chinois n'ont rien à voir avec les pratiques ouest-africaines et, contrairement aux idées reçues, les situations au Cambodge et au Laos semblent similaires. Malgré une tradition écrite de transmission des recettes de préparations thérapeutiques, les guérisseurs locaux empruntent des éléments à divers systèmes, bricolant autour de logiques syncrétiques comparables des pratiques de soins qui restent populaires.

Enfin, on observe ces dernières années une volonté globale de standardisation des pratiques : développement de médicaments traditionnels améliorés, passage de savoirs oraux à l'écrit, tentatives (plus ou moins fructueuses) de codification des actes thérapeutiques. Nous verrons dans la prochaine partie que cette volonté n'est que l'une des facettes d'une dynamique mondiale de valorisation des « médecines traditionnelles ».

PARTIE 2 : DE LA REGULATION DES MEDECINES TRADITIONNELLES AUX PHARMACOPEES ...

« Ainsi on trouve, parmi les illusions qui ont investi notre civilisation, la conviction absolue que la solution à nos problèmes réside dans l'application hardie d'un savoir-faire organisé rationnellement. Alors qu'en réalité nos problèmes résultent en grande partie de cette application même. » - John Saul, 1992.

Alma Ata a marqué le départ d'une dynamique mondiale d'intérêt pour les médecines traditionnelles, à la croisée d'enjeux de santé publique, d'enjeux politiques et d'enjeux économiques. Portée régionalement par l'organisation ouest-africaine de la santé (OOAS) et l'association des nations de l'Asie du Sud-Est (ASEAN), la valorisation des médecines traditionnelles a donc bénéficié d'un intérêt précoce mais également d'une relative inertie dans certaines régions.

Dans le même temps, les états ouest-africains ont opéré des changements structurels importants de leurs systèmes de santé, transformant partiellement la variabilité de l'offre de soins. Avant d'étudier les modalités du recours aux soins et la place des médecines traditionnelles dans les itinéraires thérapeutiques des patients (Partie 3), il convient donc de recontextualiser la place de ces pratiques dans la pluralité de l'offre de soin.

Quel est donc cette fameuse « stratégie de valorisation » de l'OMS ? Comment cette stratégie est-elle relayée par les organisations régionales ? Quelles en sont ses limites ? Et finalement, comment les médecines traditionnelles s'insèrent-elles dans les politiques publiques et le système de santé des cinq pays d'intérêt de ce mémoire ?

C'est à l'ensemble de ces questions que nous tenterons de répondre dans cette partie, en finissant par souligner l'absence de systèmes de pharmacovigilance fonctionnels dans des pays où l'utilisation de plantes et préparations toxiques reste courante.

Cette partie serait restée bien incomplète sans les informations communiquées par le docteur Kofi Kbusia (OOAS), le professeur Batoyema Bakoma (Togo), le professeur Rokia Sanogo (Mali), le docteur Brice Evance Zoungrana (Burkina Faso), les docteurs Florence Delcher et Géraldine Fischer (Cambodge) et Chiobouaphong Phakeovilay (Cambodge). Qu'ils en soient tous ici une nouvelle fois remerciés.

2.1 Du positionnement des instances internationales à la régulation

2.1.1 Positionnement général de l'OMS

L'intérêt de l'OMS pour les médecines traditionnelles n'est pas nouveau. Dans sa résolution WHA 28.88 relative à la promotion et au développement des services de santé primaires de 1975, l'OMS insiste sur la nécessité de disposer de personnels de santé proches des populations et de leurs habitudes de vie, pouvant ainsi comprendre des représentations de la maladie différentes du modèle biomédical. L'accent est également mis sur la formation et l'organisation de ces professionnels, sans établir de recommandations plus précises (OMS, 1975).

Cet événement marque le point de départ d'un mouvement d'initiatives loco-régionales de promotion des médecines traditionnelles, qui sera accéléré par la déclaration d'Alma Ata en 1978. Cette même année, un rapport d'expertise sur la promotion et le développement de ces pratiques est réalisé. La définition proposée à cette occasion laisse une large part à la composante spirituelle (tout en précisant qu'elle peut être un obstacle à la mise en place d'un système intégrant biomédecine et médecines traditionnelles) qui sera fortement réduite par la suite. Le document insiste sur la nécessité d'évaluer l'impact et l'efficacité des savoirs traditionnelles tout en formant les tradipraticiens pour les intégrer aux politiques de santé des états comme des professionnels de la santé primaire, premiers interlocuteurs de nombreux patients dans leurs parcours de soin (OMS, 1978).

En 1979, le bureau régional pour l'Asie du Sud-Est propose des pistes concrètes pour encadrer et développer les médecines traditionnelles, insistant sur trois points essentiels (OMS, 1979) :

- La formation des tradipraticiens et des accoucheuses traditionnelles (notamment sur les thèmes de la promotion de la santé, de la prévention, et de certains aspects de la médecine « moderne »).
- L'identification, la recherche, l'amélioration et la préservation des pharmacopées utilisées localement.
- L'utilisation des pratiques de médecines traditionnelles dans de multiples services du système de santé (protection materno-infantile, planification familiale, prise en charge de pathologies aiguës et chroniques et programmes de santé publique).

On pourrait penser que ce développement allait s'intensifier dans la décennie suivante, porté notamment par un dynamisme important autour de la charte d'Ottawa. Bien que l'on retrouve dans certains rapports un positionnement encourageant la recherche anthropologique autour de ces questions (Fülöp et al., 1987), les actions intégrant une composante « traditionnelle » réalisées sur la période 1980-1999 sont essentiellement sectorielles et/ou populationnelles. Notons néanmoins que les bureaux régionaux mettent en place des actions visant à renforcer les états engagés dans une démarche de valorisation des pratiques traditionnelles (OMS-AFRO, 1989) (OMS-AFRO, 2001). L'organisation de forums d'échanges entre les gouvernements pro-actifs en la matière permet de créer des dynamismes régionaux mais le cadre et l'établissement de recommandations générales tardent à se mettre en place malgré la rédaction de diverses résolutions (Abdussalam, 1997) (Manciaux, 1997).

Sur la période 1980-1989, l'accent est essentiellement mis sur deux volets : l'accès aux médicaments essentiels et l'étude du rôle des tradipraticiens. A propos des traitements, l'OMS insiste sur la nécessité de développer un travail de recherche autour des médicaments traditionnels dans une optique d'améliorer l'accès aux soins tout en encourageant la mise en place de dispositifs de pharmacovigilance (OMS, 1988). De plus, une liste de 22 médicaments jugés essentiels aux soins de santé primaires issus de la recherche biomédicale est établie en 1982 (OMS, 1982). Ces principes actifs (allant de l'aspirine à l'atropine) sont jugés essentiels et faciles à utiliser. L'objectif initial de cette liste

était de permettre à des agents de santé communautaire ou des tradipraticiens formés d'avoir un arsenal thérapeutique minimal à leur disposition afin de subvenir aux besoins des populations reculées. Après avoir augmenté le nombre de spécialité à 23 en 1985 (OMS, 1985), cette liste disparaît, laissant le soin aux états d'établir leurs propres listes en fonction des politiques nationales et des pratiques locales. Cette politique sera maintenue jusqu'à la fin des années 90 (OMS, 1998) puis disparaîtra dans les derniers documents à ce sujet (OMS, 2000). A propos du travail avec les tradipraticiens, il concerne essentiellement les accoucheuses traditionnelles sur cette période, dans une optique de supervision et de formation. Quelques travaux commencent à être réalisés sur les aspects réglementaires, notamment émanant du bureau régional pour l'Afrique (OMS, 1984), mais aucun document stratégique n'est jusqu'alors rédigé.

Cette dynamique se poursuit sur la période 1990-1999. Malgré l'établissement d'une nomenclature internationale sur l'acupuncture, peu d'initiatives générales visant à faciliter la mise en place de cadres sont mises en œuvre (OMS, 1991). Quelques travaux mentionnent un éventuel appui sur les tradipraticiens dans la mise en place de programmes de prise en charge de la dépendance, se cantonnant au champ de la prévention/sensibilisation de publics à risques (OMS 1998). Dans un contexte de mondialisation et de prise de conscience écologique (réchauffement climatique), un accent est mis sur la protection/conservation de la flore médicinale locale (OMS, 1993).

Ces manques conduisent les bureaux régionaux pour l'Afrique et l'Asie du Sud-Est à lancer un appel à la charnière du vingtième siècle afin d'accélérer la mise en place de recommandations pour l'intégration des médecines traditionnelles aux systèmes de santé nationaux (OMS, 2002)

En 2002, l'OMS met donc en place une stratégie globale en quatre points vis-à-vis des médecines traditionnelles :

1. **Politique** : l'objectif est d'améliorer la reconnaissance des pratiques, de les intégrer aux systèmes de santé nationaux et de protéger les savoirs relatifs aux médecines traditionnelles.
2. **Sécurité** : le but est d'améliorer l'innocuité, la qualité et l'efficacité des pratiques.
3. **Accès** : cet axe traite aussi bien de la disponibilité et de l'abordabilité des dispositifs de médecines traditionnelles que de la reconnaissance des tradipraticiens et de la protection de la flore médicinale locale.
4. **Rationalité** : l'objectif est de tendre vers des pratiques scientifiquement éprouvées, et d'améliorer les communications entre praticiens allopathes et guérisseurs.

Les axes 3 et 4 dépendent de la mise en place du socle d'évaluation de l'innocuité-qualité-efficacité des pratiques.

Ces thématiques sont détaillées et accompagnées de recommandations précises. Un réseau de structures loco-régionales et d'organisations internationales est constitué. L'approche est thématique, globale et se dote d'une réelle volonté pratique à destination des états membres ayant des difficultés d'encadrement sur leurs territoires. L'objectif est de tendre vers des médecines traditionnelles fondées sur les preuves tout en sécurisant les pratiques (sensibilisation aux interactions médicamenteuses, aux concentrations variables en principes actifs notamment) (OMS, 2002).

La mise en place de cette politique a permis des avancées significatives. A titre d'exemple en 2012, 40 pays avaient adopté une politique nationale vis-à-vis des médecines traditionnelles contre 8 en 2000. Néanmoins, la persistance de difficultés conduit à l'adoption d'une nouvelle stratégie pour la période 2014-2023, actualisant les recommandations précédentes, conservant la logique intégrative mais insistant sur deux points supplémentaires (OMS, 2013) :

- Renforcer les connaissances des états sur les pratiques au sein de leurs pays.
- Promouvoir la couverture sociale universelle en y intégrant les dispositifs de médecines traditionnelles.

Cette stratégie globale est toujours appliquée aujourd'hui, relayée par les bureaux régionaux, et s'intéresse majoritairement aux pratiques de phytothérapie.

• ***Le 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 (OMS trad 292). 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 (OMS, 2002).

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 (OMS trad 292-293).

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 (OMS, 2002).

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 (OMS, 2002).

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 (OMS, 2002).

2.1.2 Positionnement de l'OOAS

Suivant les recommandations de l'OMS, l'OOAS lance un programme relatif aux médecines « traditionnelles » en 2007. Son objectif : aider les états membres de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) à institutionaliser les médecines traditionnelles dans leurs pays (Kbusia et al., 2010). L'OOAS établit ainsi une liste de quatre priorités opérationnelles :

1. Création d'associations nationales regroupant les tradipraticiens.
2. Mise en place de standards régionaux et de recommandations pour prendre en compte ces pratiques dans les politiques nationales de santé.
3. Promotion et développement de programmes de santé « intégrés », visant, mobilisant à la fois les tradipraticiens et les professionnels de santé.
4. Mise en place de normes et de lois visant à protéger, sauvegarder les savoirs et assurant la propriété intellectuelle.

Dans les pays où les professionnels de santé sont en sous-effectifs, l'OOAS estime que l'intégration des tradipraticiens aux programmes de santé nationaux constitue un levier intéressant pour atteindre les fameux « objectifs millénaires pour le développement » (Kbusia et al., 2010) (OOAS, 2015).

La mise en place de cette politique ne se fait pas sans relever de nombreux défis. En effet, l'OOAS note que la sous-région ne disposait pas, à l'époque, de cadre légal pour les pratiques. Aucun mécanisme ne permet, à l'heure actuelle, d'assurer le contrôle de l'efficacité, de la sécurité et de la qualité des préparations issues des pharmacopées locales. Par ailleurs, l'OOAS note un soutien insuffisant aux programmes de recherche et développement et de formation des tradipraticiens, Enfin, le manque de politiques opérationnelles permettant la protection de la biodiversité d'une part, (qui reste menacée par les pressions climatiques, économiques et activités anthropiques) et des savoirs de l'autre (Kbusia et al., 2010).

Finalement, pour répondre à ces problématiques et créer un socle commun harmonisé permettant l'encadrement des pratiques, l'OOAS propose de relayer la stratégie de l'OMS en l'adaptant aux spécificités régionales (Kbusia et al., 2010). L'organisation a donc mis en place 4 types d'actions concrètes ces dix dernières années :

1. La création de supports de formation des tradipraticiens.
2. La réalisation d'une pharmacopée ouest-africaine.
3. L'élaboration de recommandations, d'outils décisionnels concrets et de textes législatifs facilitant l'intégration de la médecine « traditionnelle » aux politiques de santé des états membres.
4. L'organisation de congrès et colloques permettant aux différents pays d'échanger et d'harmoniser les politiques à l'échelle de la sous-région (OOAS, 2015).

Nous détaillerons ici les trois premiers points afin de mieux comprendre comment les recommandations de l'OMS sont adaptées dans la région ouest-africaine.

• **La formation des tradipraticiens**

La rédaction d'un manuel de formation des tradipraticiens vise à faciliter l'intégration de la médecine traditionnelle dans les politiques de santé en créant un socle commun de connaissances et de compétences partagé par les deux secteurs (« biomédical » et « traditionnel »). L'OOAS a défini six maladies prioritaires (VIH, tuberculose, paludisme, diabète, hypertension, drépanocytose) pour lesquelles sont disponibles des supports de cours et des outils pédagogiques. Les objectifs et résultats attendus à l'issue d'éventuelles sessions de formation sont regroupés dans le Tableau 4 (OOAS, 2013).

Tableau 4. Objectifs et résultats attendus de la formation des tradipraticiens dans la région ouest-africaine (d'après l'OOAS, 2013).

Pathologie	Objectifs	Résultats attendus
Diabète	Identifier le diabète et connaître les différents types. Connaître les signes, symptômes, complications et les méthodes de prévention.	Les tradipraticiens savent identifier et soulager les signes et symptômes du diabète. Ils sont capables d'assurer le maintien d'une glycémie normale et de prévenir les complications.
Drépanocytose	Connaître l'étiologie, les symptômes, les modes de transmission et les traitements disponibles suivant les recommandations nationales.	Les tradipraticiens connaissent la pathologie et sont capables de proposer des mesures de prévention des crises et complications.
Hypertension artérielle (HTA)	Connaître les différents types d'HTA, les signes, symptômes et mesures de prévention.	Les tradipraticiens savent identifier la pathologie, sont capables de mesurer la tension artérielle et de réduire les complications en la maintenant en dessous de 140/90 mm Hg (130/80 pour les diabétiques).
Paludisme	Connaître l'étiologie, les symptômes, le mode de transmission et les traitements de l'accès palustre.	Les tradipraticiens sont capables de proposer des mesures de préventions et de participer aux programmes nationaux de lutte contre le paludisme.
Tuberculose	Renforcer les connaissances des tradipraticiens sur la tuberculose, notamment sur les signes cliniques.	Les tradipraticiens sont capables d'orienter efficacement les cas suspects et d'accompagner les personnes malades dans leur prise en charge
VIH	Intégrer les pratiques de médecine « traditionnelle » dans la prise en charge des PVVIH ¹ . Renforcer les connaissances des tradipraticiens et améliorer leur collaboration avec les structures de santé.	Les tradipraticiens connaissent les manifestations cliniques et les méthodes de prévention, leur permettant d'être associés aux structures de soin pour améliorer l'accès des populations à la sensibilisation et prévention.

1. PVVIH signifie Personne Vivant avec le VIH, terme largement préféré à « séropositif »

• **La pharmacopée ouest-africaine**

Mue par une double volonté de standardiser et de sauvegarder les savoirs, l'OOAS a rédigé en 2013 une pharmacopée ouest-africaine. Détaillant 54 plantes dont l'utilisation et les propriétés ont fait l'objet de plusieurs publications scientifiques, les monographies sont très complètes, regroupant différents éléments que l'on peut regrouper en catégories détaillées dans le Tableau 5 (OOAS, 2013).

Tableau 5. Eléments retrouvés dans les monographies ouest-africaines (d'après l'OOAS, 2013).

Catégories	Eléments présents dans les monographies
Nomination et référencement	Noms botaniques, communs, vernaculaires et synonymes. Numéros de référencement dans les herbiers nationaux.
Informations générales sur l'espèce	Description de la plante. Habitat et répartition géographique
Utilisation thérapeutique	Parties utilisées et indications thérapeutiques. Données cliniques.
Pharmacognosie	Constituants chimiques. Activités biologiques et pharmacologiques.
Tests, qualités, standards	Tests d'identification et de pureté. Analyse chromatographique. Description des parties nécessaires à l'identification de l'espèce (notamment des parties microscopiques)
Sécurité d'utilisation.	Toxicité. Précaution d'emploi, contre-indications et effets indésirables. Dosage et formes galéniques. Conservation.

Par ailleurs, l'OOAS a rédigé en 2014 un guide pratique sur les maladies courantes en Afrique de l'Ouest. Le manuel recense, pour 42 pathologies allant de la drépanocytose à l'alcoolisme, de l'otite au cancer du foie, des informations sur la physiopathologie, la prise en charge, les traitements « modernes » et « traditionnels » (pour reprendre les mots de l'ouvrage). Il s'adresse aussi bien aux professionnels de santé qu'aux tradipraticiens, participant à la création du socle commun de connaissances et compétences décrit précédemment (OOAS, 2014).

• **Outils pour la mise en place de réglementations**

Concernant les défis liés à la réglementation, l'OOAS propose des outils décisionnels et juridiques pour faciliter la mise en place d'éléments législatifs et de processus d'accréditation concernant aussi bien les tradipraticiens que les « médicaments traditionnels » (pour reprendre encore une fois les mots du rapport). Un code d'éthique des pratiques a également été rédigé, proposant un cadre d'exercice au travers de 51 articles couvrant des thématiques variées (de l'interdiction, pour les tradipraticiens, d'utiliser les médicaments dits « conventionnels » à l'absence de discriminations dans la prise en charge des patients).

Enfin, l'OOAS propose des bonnes pratiques de fabrication pour les préparations, des procédures de désinfection des outils et lieux d'exercice des procédures, des processus de délivrance d'AMM et de surveillance post-marketing / de « phytovigilance » (OOAS, 2010) (OOAS, 2013).

2.1.3 Positionnement de l'ASEAN

• *Quelques généralités*

L'ASEAN a été créé en 1967, à l'initiative de l'Indonésie, la Malaisie, les Philippines, Singapour et la Thaïlande. Les objectifs de cette association étaient initialement politiques (diplomatie et maintien de la paix) et économiques à la suite de conflits armés entre l'Indonésie, la Malaisie et Singapour (la *Konfrontasi* du début des années 60). Durant la période de la guerre froide, l'ASEAN reste cantonnée à son rôle diplomatique, avec plus ou moins de succès (lors de l'invasion du Cambodge par le Vietnam par exemple). Après la chute de l'Union Soviétique, elle développe ses activités économiques, instaurant une coopération entre les états de la région Asie-Pacifique (en 1989) et en créant une zone de libre-échange entre les états membres (AFTA, en 1992). L'ASEAN s'étend également géographiquement parlant intégrant d'abord le Vietnam (1995) puis le Laos et Myanmar (1997) suivis par le Cambodge en 1999 (Narine, 1999).

Au début du vingt et unième siècle, plusieurs épidémies touchent la région. D'abord le syndrome respiratoire aigu sévère lié au coronavirus (SRAS) en 2003, puis les gripes (Influenza A) H5N1 et H1N1, respectivement en 2004 et 2009. Dans ce contexte, des initiatives régionales de santé publique commencent à voir le jour. A la fois issues de collaborations directes entre gouvernements, elles sont parfois à l'initiative de l'ASEAN qui effectue un pilotage nécessaire dans une région partagée entre deux bureaux régionaux de l'OMS, rendant plus difficile la coordination des actions et la collecte de données (Chongsuvivatwong, 2011) (Pitsuwan, 2011).

Avec l'intérêt grandissant pour les problèmes de santé publique, l'ASEAN commence à s'intéresser à la place des médecines traditionnelles dès 2004 en créant un groupe de travail visant à établir des recommandations pour améliorer l'efficacité, la sécurité et la qualité des produits de santé traditionnels (FDA, 2015). Le positionnement est à l'interface entre des problématiques économiques (dans le contexte de libre circulation des biens, la standardisation des normes est nécessaire) et de santé publique.

En 2009, les états membres signent la déclaration de Bangkok, s'engageant sur 4 points (ASEAN, 2009) :

- améliorer la documentation scientifique autour des pratiques traditionnelles, dans une logique de médecine fondée sur les preuves,
- harmoniser les réglementations, en travaillant avec des standards communs de qualité, sécurité et efficacité,
- intégrer les médecines traditionnelles dans les systèmes de santé nationaux,
- développer des activités spécifiques pour renforcer la collaboration entre personnels de santé « biomédicaux » et acteurs « traditionnels ».

Malgré la signature de cette charte, les recommandations établies par l'ASEAN jusqu'à ce jour concernent essentiellement le second point de ces engagements. La déclaration de Bangkok marque cependant le point de départ d'un dynamisme ayant permis la création d'un réseau régional pour favoriser la recherche et le développement sur les produits de santé traditionnels (Montoya et al., 2014). De plus, la mise en place d'une surveillance post-marketing de ces produits et l'harmonisation législative autour de ces pratiques sont en cours de travail.

• **Recommandations de l'ASEAN**

L'accord de l'ASEAN à propos des produits de santé traditionnels signé en 2014 a donc un objectif double (ASEAN, 2014) :

- renforcer la coopération pour améliorer la qualité, l'efficacité et la sécurité de ces produits (amélioration du rapport bénéfice risque, relevant d'une logique de santé publique),
- favoriser le commerce de ces produits entre les états membres en harmonisant les standards (relevant plutôt d'une logique économique).

Ces recommandations sont regroupées dans dix documents annexes articulés autour de sept thématiques.

1. **Toxicité des substances naturelles.** L'ASEAN a établi dans ce cadre deux listes de substances toxiques. Basées sur des données scientifiques, la première comporte 65 plantes et champignons à exclure des pratiques de médecines traditionnelles et la seconde environ 120 produits jugés nocifs dans le cadre d'une utilisation comme compléments alimentaires (ASEAN, 2014, Annexe 1). Le Tableau 6 reprend un extrait de la liste des plantes à exclure.

Tableau 6. Extrait de la liste de plantes toxiques à exclure des pratiques de médecines traditionnelles en Asie du Sud-Est (d'après l'ASEAN, 2014, Annexe 1).

Dénomination	Nom commun	Parties concernées	Substance(s) toxique(s)	Statut
<i>Cannabis sativa</i> (et subsp <i>indica</i> (Lam.))	Marijuana	Plante entière	Cannabinoïdes	Exclu
<i>Catharanthus roseus</i> (L.)	Pervenche de Madagascar	Plante entière	Vinca-alcaloïdes	Exclu
<i>Chondrodendron tomentosum</i> (R&P)	Curare	Tiges	Tubocurarine	Exclu

2. **Additifs et excipients.** Des bonnes pratiques sur leur utilisation pour améliorer/préserver la qualité et/ou la stabilité et/ou la fabrication, le conditionnement, le transport et le stockage ont été rédigées (ASEAN, 2012, Annexe 2).
3. **Contaminants.** Qu'ils soient d'origine micro-organique (bactéries, mycotoxines) ou non (métaux lourds, pesticides), des recommandations accompagnées de seuils limites de contamination ont été mis en place (ASEAN, 2014, Annexe 3). Un autre document a également été rédigé dans le but de donner des pistes pour minimiser le risque de présence de prions dans les produits de santé traditionnels contenant des parties animales via le contrôle des filières d'approvisionnement, des parties à ne pas utiliser (comme le crâne ou la colonne vertébrale) (ASEAN, 2014, Annexe 4).
4. **Stabilité et conseils liés à l'utilisation des produits de santé traditionnels.** Cette thématique inclue des recommandations sur l'utilisation des produits (indications, posologie), les conditions de stockage (lumière, humidité), leur traçabilité (numéro de lot, date de fabrication) et l'étiquetage (langues utilisées, présentation du produit) (ASEAN, 2013, Annexe 5) (ASEAN, 2014, Annexe 9).
5. **Sécurité d'utilisation.** L'ASEAN propose une classification en trois catégories pour les produits de santé traditionnels, récapitulés dans le Tableau 7. Un accent est mis sur le fait de documenter systématiquement de nouveaux usages (nouvelle indication, nouvelle population cible...) (ASEAN, 2014, Annexes 6 et 7).

Tableau 7. Classification des produits de santé traditionnels suivant le niveau de preuve en Asie du Sud-Est (d'après l'ASEAN, 2014, Annexe 7).

Classification	Niveau de preuve	Cadre d'utilisation	Exemples
Usage traditionnel	Documents renvoyant à un usage traditionnel (général)	Utilisé pour « améliorer » la santé	« Utilisé traditionnellement pour renforcer l'organisme »
Usage thérapeutique traditionnel	Documents renvoyant à un usage traditionnel précis (vis-à-vis d'une pathologie et/ou d'un symptôme)	Utilisé traditionnellement pour traiter/ralentir/soulager une pathologie et/ou un symptôme	« Utilisé pour traiter la constipation passagère »
Usage traditionnel établi, confirmé par la science	Données scientifiques (essais cliniques, ...) et documents renvoyant à un usage traditionnel	Utilisé traditionnellement pour traiter/ralentir/soulager une pathologie et/ou un symptôme	« Indiqué dans la prise en charge de l'hypertension artérielle »

6. **Bonnes pratiques de fabrication** (ASEAN, 2014, Annexe 8).
7. **Recommandations sur des seuils de vitamines et minéraux** à ne pas dépasser dans les compléments alimentaires (ASEAN, 2013, Annexe 10).

2.1.4 Synthèse et contrepoints

La politique intégrative de l'OMS, relayée par les bureaux régionaux, l'ASEAN et l'OOAS ne semble retenir qu'une partie des pratiques traditionnelles : celles partageant un certain apparentement avec la biomédecine. Bien que l'utilisation de plantes médicinales soit un élément constant dans de nombreux pays, cet aspect est insuffisant pour caractériser les médecines traditionnelles. Comme vu précédemment (Partie 1.2), le recours à une pharmacopée locale « *ne représente qu'un moment du processus thérapeutique* » pour les guérisseurs comme pour les patients (Dozon, 1987). Pourtant, on maintient que la valorisation des médecines traditionnelles doit passer par leur « *mise en lumière de la science* », c'est-à-dire en mettant de côté les pratiques magico-religieuses (embarrassantes pour la rationalité scientifique), ce qui reviendrait à les amputer de leur « *valeur identitaire* » (Benoist, 2004) (Gruénais 1991). Finalement, ce positionnement qui chercherait à « *séparer le bon grain de l'ivraie* » serait plus une réduction, voire une dévalorisation des traditions médicales, négligeant notamment leur aspect social (Dozon, 1987).

Eric et Didier Fassin partagent ce point de vue, notant que le glissement fait de « *l'action thérapeutique* » vers la « *connaissance pure* » en effaçant du domaine d'étude la dimension magico-religieuse risque finalement d'estomper la « *légitimité traditionnelle* » des thérapeutes (Fassin, 1988).

Pour Marc-Éric Gruénais, ce phénomène de lissage des pratiques traditionnelles néglige et simplifie le pluralisme médical, comme si pour le malade le choix était dichotomique entre le recours à l'hôpital d'une part et à un tradipraticien d'autre part (Gruénais, 1991). Nous verrons dans la troisième partie de ce travail que la réalité est effectivement plus complexe en s'intéressant aux parcours de soins. De plus, cet auteur rapporte une expérience assez parlante sur la mise en place d'une politique intégrative vis-à-vis des médecines traditionnelles au Congo. Lorsque de la création d'une « Union Nationale des Tradipraticiens Congolais », le gouvernement a souhaité restreindre les pratiques traditionnelles aux simples usages de plantes. La réaction des guérisseurs fut simple. Ils ont adressé une lettre au ministère interrogeant : « *vous pensez que sans la prière, sans la danse, les potions peuvent être efficaces ?* » (Gruénais, 1991).

On peut également se poser la question : à qui profite cette « valorisation » des médecines traditionnelles ? Au cours de leurs travaux au Sénégal, Éric et Didier Fassin s'interrogent sur cette question, et concluent que ce sont essentiellement les guérisseurs en mal de « reconnaissance traditionnelle » (autrement dit les moins reconnus au sein de leurs communauté) qui risquent de s'inscrire dans des programmes de « valorisation » visant à leur faire gagner un peu de cette légitimité qui leur manque. En effet, que va rechercher le « grand marabout », qui dispose déjà d'une grande file active et gagne généralement très bien sa vie à partager ses recettes, son savoir ? Le risque d'une politique de valorisation des pratiques traditionnelles risque donc d'amener à la reconnaissance officielle de charlatans... et d'avoir à ce titre des effets paradoxaux (Fassin, 1988).

Enfin, la mise en place d'actions de pilotage et d'harmonisation des pratiques par des organismes à but plutôt économique piloté par l'ASEAN pose question. Le risque de dérives en mélangeant santé publique et libéralisme économique est en effet bien réel (Chongsuvivatwong, 2011).

2.2 Positionnement des états

Au niveau étatique, le prolongement de la politique intégrative encouragée par l'OMS se poursuit. Il se traduit notamment par une inclusion des médecines traditionnelles dans les politiques publiques et par un encadrement (légal) des pratiques. Malgré des progrès effectifs depuis le début des années 2000, une certaine hétérogénéité subsiste

Ainsi, d'après une enquête mondiale de l'OMS sur la médecine traditionnelle, en 2005, 45 pays (sur 141) avaient mis en place une politique nationale vis-à-vis des médecines traditionnelles, alors que seulement 38 disposaient d'un socle légal encadrant les pratiques (Figure 16) (OMS, 2005).

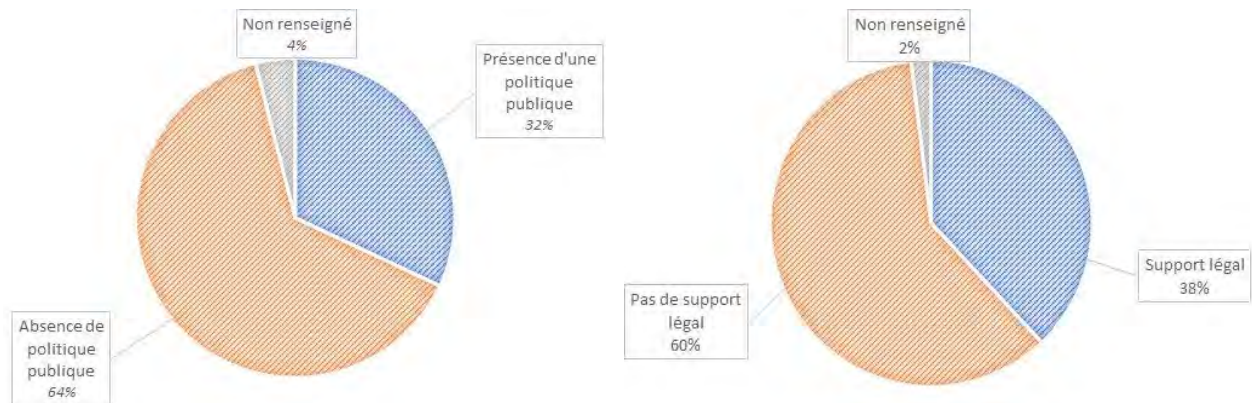


Figure 16. Part des pays incluant une politique publique concernant les médecines traditionnelles (à gauche) et ayant un support légal encadrant les pratiques (à droite) (d'après l'OMS, 2005).

Ce socle légal est souvent incomplet. Cette même étude révèle qu'en 2005, 92 pays (sur 141), soit 65% disposaient d'une réglementation appliquée aux produits de santé à base de plantes (OMS, 2005) alors qu'une seconde étude démarrée à partir de 2012 révèle que seulement 56 pays sur 129 interrogés (43.5%) disposent d'une réglementation concernant les tradipraticiens (Figure 17) (OMS, 2013).




Figure 17. Part des pays disposant d'une réglementation applicable aux produits de santé à base de plantes (à gauche) et aux tradipraticiens (à droite) (d'après l'OMS, 2005 et 2013).

Cette hétérogénéité mérite d'être explorée plus en détail, ce que nous allons faire dans cette partie avec trois exemples de pays d'Afrique de l'ouest (Togo, Mali et Burkina Faso) et deux exemples de pays d'Asie du sud-est (Laos et Cambodge). Nous étudierons le positionnement de ces états et l'encadrement des pratiques au travers du prisme de leur appareil législatif et de leur système de santé.

2.2.1 Togo

Tableau 8. Togo – Informations générales

TOGO		
	Population	7,3 millions d'habitants (OMS-AFRO, 2016)
	Part de la population urbaine	60% (Banque mondiale, 2016)
	Part de la population rurale	40% (Banque mondiale, 2016)
	Régime politique	République (dirigée par la même famille depuis 1967)
	Espérance de vie	60 ans (OMS-AFRO, 2016)
	IDH	0,487 (166 ^e) (PNUD, 2016)
	Système d'assurance maladie	Oui, partiel (Wright et al., 2016)
	Part des dépenses de santé assurée par les ménages	39,47% (OMS, 2014)
	Densité médicale (Nombre de médecins / 100.000 hab)	5,3 (OMS/AFRO, 2016)
	Densité pharmaceutique (Nombre de pharmaciens / 100.000 habitants)	3,3 (CIOPF/2015)
	Politique publique de valorisation des MT	Oui (ministère de la santé togolais, 2001 et 2011)
	Législation sur les pratiques de MT	Oui (Gouvernement togolais, 2009)
	Centre/ institut national de MT	Oui, plusieurs (Ahyi, 1995)
	Pharmacopée nationale	Non (Gouvernement togolais, 2009)
	Associations de tradipraticiens	Oui, 3 (Ahyi, 1995)

• Généralités

Le Togo est un petit pays de 56 600 km² étiré sur 700 km et situé dans le golfe du Bénin. Ancienne colonie allemande (de 1884 à 1914), sa gouvernance est séparée entre la France et l'Angleterre après la première guerre mondiale. Le Togo francophone (correspondant au Togo actuel) reste annexé de 1919 à 1946 avant d'être placé sous tutelle de la France, puis d'acquiescer son indépendance en 1960 (Cordonnier, 1982).

Sylvanus Olympio est élu président cette année-là, et met en place une politique autoritaire qui entrainera son assassinat lors du coup d'état de 1963. Il sera remplacé d'abord par Nicolas Grunitzky, puis par le « Général Etienne Gnassingbé Eyadema » en 1967. Culte de la personnalité, parti unique, violente répression, la politique de celui qui se fait appeler le « Grand Timonier » a tout d'une dictature et il faudra attendre les années 90 avant d'observer le début d'un apparent multipartisme. C'est son fils, Faure Gnassingbé, qui lui succède depuis sa mort en 2005 (Toulabor, 1986).

En pleine transition démographique, le Togo se caractérise par une population jeune (60% de la population a moins de 20 ans) en forte croissance (2,4 % par an). Néanmoins, malgré ce dynamisme, la part de la population vivant sous le seuil de pauvreté est passée de 32% dans les années 80 à 61,7% en 2006. Ce phénomène est particulièrement marqué dans les régions rurales, où vivent aujourd'hui 40% des togolais (OMS-AFRO, 2018) (Banque mondiale, 2016).

• Le système de santé togolais

Dans un pays où l'état reste le principal fournisseur de soins (67%), le système de santé togolais est en pleine réforme afin de tendre vers les objectifs suivants (Gouvernement togolais, 2015) :

- avoir une approche multi-sectorielle, mobilisant une large gamme d'acteurs et d'entités organisationnelle, gouvernées par le gouvernement togolais afin d'harmoniser les pratiques.
- améliorer la couverture géographique du réseau de structures de santé,
- améliorer l'accès au soin via la mise en place d'un système de couverture universelle du risque maladie.

Actuellement, le système de santé togolais suit une organisation classique à trois niveaux. Les soins de santé primaires sont assurés par les agents de santé communautaire, rattachés aux 800 unités de soins périphériques réparties sur l'ensemble du pays. Ces structures mettent à disposition du public un « paquet minimum d'activité » (soins curatifs, santé materno-infantile / maternité, dépôt de médicament et éventuel laboratoire d'analyses médicales). Les agents de santé communautaires constituent l'interface entre les unités de soins (qui pilotent leurs activités) et les communautés. (Gouvernement togolais, 2015). Le plateau technique des unités de soins périphériques varie selon la taille de leur file active et elles peuvent, si besoin, référer des personnes à l'un des 29 centres hospitaliers préfectoraux qui bénéficient de personnel plus qualifié (médecins et pharmaciens notamment, qui ne sont pas toujours présents dans les structures périphériques) (Ministère de la santé togolais, 2001).

Les soins de santé secondaires sont assurés par les 6 centres hospitaliers régionaux et les soins tertiaires par les 3 CHU (2 situés à Lomé et 1 à Kara, dans le nord du Togo). L'ensemble de ces dispositifs, complétés par les structures privées et confessionnelles constituent la pyramide sanitaire du système de santé togolais représentée dans la Figure 18.

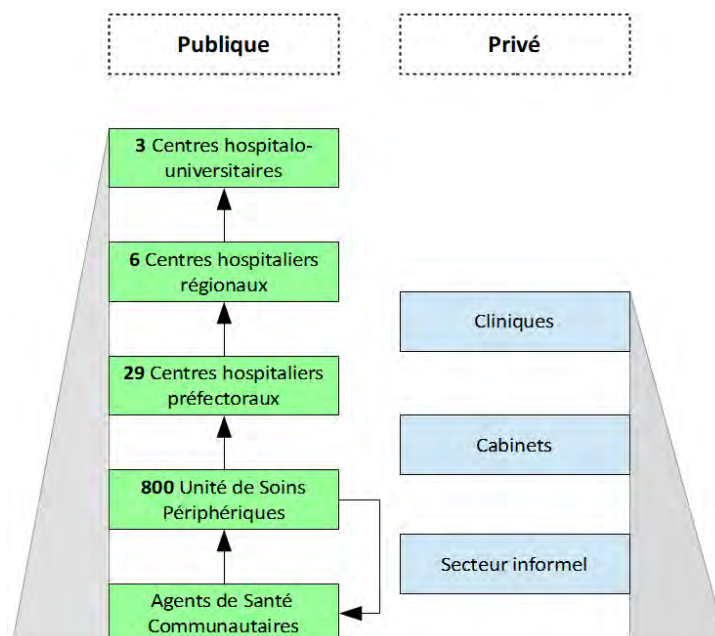


Figure 18. La pyramide sanitaire du système de santé togolais (d'après les rapports du ministère de la santé togolais de 2001, 2004 et le rapport du gouvernement togolais, 2015)

Du point de vue de la protection sociale, le gouvernement togolais a mis en place 4 systèmes permettant le recouvrement financier d'une partie des dépenses de santé des ménages (Ministère de la santé togolais, 2004) (Gouvernement togolais, 2015) (Wright et al., 2016) :

- Les fonds gouvernementaux pour les indigents, les maladies prioritaires (VIH, tuberculose, ...) et les personnes jugées vulnérables (femmes enceintes, enfants, ...). Ils permettent un recouvrement total de certains prestations (ensemble des soins pour les indigents, antirétroviraux pour les personnes vivant avec le VIH) ou partiel, laissant dans ce cas un forfait à la charge du patient (10% du prix de l'acte pour une césarienne par exemple).
- L'assurance maladie obligatoire (AMO) : instaurée par la loi n°2011-003 de 2011, elle couvre essentiellement les soins curatifs pour les fonctionnaires et assimilés. Pour le gouvernement togolais, ce dispositif représente la première étape de la mise en place de la couverture sanitaire universelle.
- L'assurance maladie communautaire (mutuelles communautaires ou AMC). Peu développées sur le territoire, elles étaient au nombre de 25 en 2008, couvrant 16 000 bénéficiaires et représentant 0,04% des dépenses de santé.
- L'assurance maladie privée. Sa pénétration reste également faible (aux alentours de 2%), principalement du fait d'une participation basée sur le volontariat, nécessitant des primes élevées et s'adressant de ce fait à une population aisée.

En plus de ces systèmes, le gouvernement subventionne une partie des activités sanitaires, laissant souvent un reste à charge (forfait ou autre) pour les ménages (Wright et al., 2016) : en 2012, l'OMS estimait que 40% des dépenses de santé restaient à la charge des ménages (OMS, 2012).

Malgré la volonté du gouvernement togolais de réformer son système de santé pour améliorer la prise en charge des populations, des dysfonctionnements et des inégalités dans l'accès aux soins persistent. L'accessibilité géographique des établissements de soin reste faible : 61% des togolais habitent à plus de 5 km de ces structures. Ce taux baisse à 34% dans la région des savanes. Cette disparité est associée à une répartition inégale des professionnels de santé sur le territoire : en 2013, 75% des médecins et 80% étaient concentrés dans la capitale (Gouvernement togolais, 2015). Notons par ailleurs que sur les 258 pharmaciens que compte le pays, 220 travaillent dans des officines, signant une pénurie importante de pharmaciens hospitaliers.

Lorsque les structures sont accessibles, ce sont les services qui font défaut. Seuls 3% des établissements ont la capacité d'offrir les soins obstétricaux néonataux d'urgence de base. Le score de disponibilité des médicaments essentiels génériques était estimé à 39% en 2012. Ces difficultés de fonctionnement sont couplées à des problèmes de qualité organisationnel et de comportement du personnel soignant. Il existe peu de données quantitatives à ce sujet, mais le ministère de la santé togolais relève des dérives concernant la vente illicite de médicaments, le manque de supervision, et une perte de la conscience professionnelle dans les établissements publics. Du côté privé, malgré un certain dynamisme, on retrouve des dérives semblables : la pratique d'actes thérapeutiques inutiles et/ou pour lequel le personnel n'est pas formé et une insuffisance de moyens diagnostiques sont relevés par le ministère (Gouvernement togolais, 2015).

Ces problématiques diverses peuvent en partie expliquer le faible taux de fréquentation des établissements publics. En 2013, ils enregistraient en moyenne 0,31 nouveaux contacts par habitant et par an. Les hôpitaux confessionnels affichaient de leur côté un taux d'occupation moyen de 79% en 2009 (Gouvernement togolais, 2015).

• *Etat togolais et médecines traditionnelles*

Au Togo, les initiatives visant à promouvoir et encadrer les pratiques médicales traditionnelles sont nombreuses et anciennes mais bénéficient de peu de publicité à l'extérieur du pays. Avant l'indépendance du pays, il existait déjà une volonté émanant des tradipraticiens de se regrouper sous une association nationale qui ne verra finalement le jour que tardivement (Ahyi, 1995).

Dans les années 60, les chefs de file de la médecine traditionnelle décident de se regrouper, d'abord timidement puis de manière plus officielle, intégrant des instances gouvernementales et/ou universitaire dont l'association togolaise de la recherche scientifique fondée par le professeur Amakoué M. Ahyi (Ahyi, 1995). Cette association concentre à l'époque l'essentiel de son activité sur la médecine traditionnelle locale (Mendras et al., 1977). Les travaux de l'ATRS amèneront à un projet gouvernemental de création d'un centre togolais de la médecine traditionnelle (CENTROMETRA). Le projet ne verra pas le jour, mais un laboratoire spécialisé, placé sous tutelle du ministère de la santé et disposant d'une section de recherche sur la médecine traditionnelle est créé en 1969 au sein de TOGOPHARMA. La structure permet un travail collaboratif entre chercheurs et tradipraticiens désormais réunis sous l'association nationale des thérapeutes traditionnels qui deviendra l'association nationale des ethno-médecins togolais (ANET) (Ahyi, 1995).

En 1979, le gouvernement crée le comité interministériel de recherche pluridisciplinaire sur les technologies appliquées (COMINTER), disposant d'une commission santé-pharmacopée qui recense les tradipraticiens et leurs pratiques à l'aube des années 80. L'élaboration d'une méthodologie pour une approche scientifique de la question entraîne la réalisation d'une mission recensant les plantes et les savoirs mobilisés par les guérisseurs. Au-delà d'une approche strictement ethnobotanique, l'objectif est également de créer du lien entre médecins et tradipraticiens. Les échanges semblent globalement positifs (Ahyi, 1995).

En mai 1991, un service chargé de la médecine traditionnelle est créé au sein de la division « santé communautaire ». Le manque de textes juridiques se fait sentir, mais un travail conjoint du ministère de la santé et de l'association de tradipraticiens (ANET) est en cours pour inclure la médecine traditionnelle dans le code de la santé publique (ONU, 1997).

Parallèlement, des organismes non gouvernementaux travaillent à la valorisation des savoirs. Nous pouvons par exemple citer :

- le laboratoire privé Laborathena, créé par le même professeur Amakoué M. Ahyi (Eyog Matig et al., 2001),
- l'association CERMETRA-RC qui met en lien des tradipraticiens sur l'ensemble du territoire, axant ses missions sur la formation des professionnels et la mise en place de bonnes pratiques visant à protéger la faune et la flore locale (Karou et al., 2011).

Le dynamisme de l'ensemble de ces acteurs amènera finalement le gouvernement togolais à légiférer, d'abord en 2001 puis en 2009. La loi n°2001-017 encadre les pratiques sur les 6 points suivants (gouvernement togolais, 2001) :

1. Conditions d'exercice : pour exercer, les guérisseurs doivent être reconnus à la fois par la communauté dont ils font partie et par une association de tradipraticiens agréée par le ministère de la santé. Ce dernier doit également délivrer une autorisation d'exercice.
2. Politique nationale : une commission nationale de la médecine traditionnelle est créée, chargée d'établir et de mettre en route une politique transversale sur cette thématique.

3. Protection individuelle : des dispositions relatives visant à protéger les savoirs des guérisseurs sont mises en place.
4. Protection des patients : on retrouve dans ce point l'instauration du secret professionnels ainsi que la réglementation des pratiques pour assurer la dignité et la sécurité des patients.
5. Ecologie (protection de la faune et de la flore locale)
6. Encadrement de la publicité (vis-à-vis des guérisseurs et des produits de santé traditionnels)

En 2009, le texte est inclus tel quel dans le code la santé publique (livre 3, titre 3) qui ajoute en complément de ces dispositions des mesures concernant les produits de santé traditionnels et qui encadre les projets de recherche sur la pharmacopée traditionnelle (livre 4, titres 1 et 6) (gouvernement togolais, 2009).

Au niveau des avancées les plus récentes dans ce domaine, nous pouvons mentionner l'ouverture du « centre omnithérapeute » africain qui a pour vocation d'offrir aux futurs tradipraticiens une formation universitaire dans le domaine. De plus, deux arrêtés à paraître en 2018 précisent le socle juridique togolais dans le domaine des pratiques de santé « traditionnelles » :


1. Le premier fixe les conditions de délivrance des AMM des médicaments issus de la « médecine traditionnelle » au Togo. Ces médicaments sont classés en 4 catégories. La première correspond aux préparations artisanales dont la sécurité et l'innocuité sont garanties par l'expérience d'usage. Non standardisés, ces produits de santé ne peuvent prétendre à l'obtention d'une AMM. Les catégories 2 à 4 correspondent aux médicaments traditionnels améliorés et produits fabriqués par des industries pharmaceutiques.
2. Le second fixe les critères et conditions d'exercice de la « médecine traditionnelle » au Togo. Le texte précise bien que pour être reconnue comme praticien, le guérisseur doit à la fois disposer de la reconnaissance de la communauté, de ses pairs (via les associations nationales de thérapeutes) et du ministère (via la commission nationale de la médecine traditionnelle). Il n'y a pas d'obligation de formation mais dans ce cas, le futur praticien devra fournir une « preuve d'évidence médicale » (c'est-à-dire attester de bons résultats dans sa pratique). Notons enfin que le domaine du « magico-religieux » est absent du texte. En revanche, celui-ci reconnaît officiellement les « phlébotomistes » (thérapeutes pratiquant essentiellement des techniques de saignée pour soigner).

Ces deux arrêtés ont été transmis par le professeur Batomayena Bakoma et n'ont pas encore, à l'heure où ces lignes sont écrites fait l'objet d'une publication au Journal Officiel de la république togolaise.

Malgré ces avancées, la plupart des tradipraticiens ne disposent actuellement d'aucune formation supérieure dans le domaine. De plus, notons l'absence de circuit de pharmacovigilance lié aux produits de santé traditionnels alors que des effets néfastes liés à leur utilisation (parfois abusive) ont été décrits isolément.

2.2.2 Burkina Faso

Tableau 9. Burkina Faso – Informations générales

BURKINA FASO																															
	<table border="1"> <tr> <td>Population</td> <td>19,2 millions (Banque mondiale, 2017)</td> </tr> <tr> <td>Part de la population urbaine</td> <td>30% (Banque mondiale, 2016)</td> </tr> <tr> <td>Part de la population rurale</td> <td>70% (Banque mondiale, 2016)</td> </tr> <tr> <td>Régime politique</td> <td>République démocratique</td> </tr> <tr> <td>Espérance de vie</td> <td>60 ans (OMS/AFRO, 2016)</td> </tr> <tr> <td>IDH</td> <td>0,402 (185^e) (PNUD, 2016)</td> </tr> <tr> <td>Système d'assurance maladie</td> <td>Oui, partiel (Wright et al., 2016)</td> </tr> <tr> <td>Part des dépenses de santé assurée par les ménages</td> <td>36,84% (OMS, 2012)</td> </tr> <tr> <td>Densité médicale (Nombre de médecin / 100 000 hab)</td> <td>4,7 (OMS/AFRO, 2016)</td> </tr> <tr> <td>Densité pharmaceutique (Nombre de pharmaciens / 100 000 habitants)</td> <td>4,2 (CIOPF, 2015)</td> </tr> <tr> <td>Politique publique de valorisation des MT</td> <td>Oui (Ministère de la santé burkinabè, 2004)</td> </tr> <tr> <td>Législation sur les pratiques de MT</td> <td>Oui (Décret n°2004-568, 2004)</td> </tr> <tr> <td>Centre/ institut national de MT</td> <td>En cours de construction</td> </tr> <tr> <td>Pharmacopée nationale</td> <td>En cours</td> </tr> <tr> <td>Associations de tradipraticiens</td> <td>Oui (nombreuses)</td> </tr> </table>	Population	19,2 millions (Banque mondiale, 2017)	Part de la population urbaine	30% (Banque mondiale, 2016)	Part de la population rurale	70% (Banque mondiale, 2016)	Régime politique	République démocratique	Espérance de vie	60 ans (OMS/AFRO, 2016)	IDH	0,402 (185 ^e) (PNUD, 2016)	Système d'assurance maladie	Oui, partiel (Wright et al., 2016)	Part des dépenses de santé assurée par les ménages	36,84% (OMS, 2012)	Densité médicale (Nombre de médecin / 100 000 hab)	4,7 (OMS/AFRO, 2016)	Densité pharmaceutique (Nombre de pharmaciens / 100 000 habitants)	4,2 (CIOPF, 2015)	Politique publique de valorisation des MT	Oui (Ministère de la santé burkinabè, 2004)	Législation sur les pratiques de MT	Oui (Décret n°2004-568, 2004)	Centre/ institut national de MT	En cours de construction	Pharmacopée nationale	En cours	Associations de tradipraticiens	Oui (nombreuses)
Population	19,2 millions (Banque mondiale, 2017)																														
Part de la population urbaine	30% (Banque mondiale, 2016)																														
Part de la population rurale	70% (Banque mondiale, 2016)																														
Régime politique	République démocratique																														
Espérance de vie	60 ans (OMS/AFRO, 2016)																														
IDH	0,402 (185 ^e) (PNUD, 2016)																														
Système d'assurance maladie	Oui, partiel (Wright et al., 2016)																														
Part des dépenses de santé assurée par les ménages	36,84% (OMS, 2012)																														
Densité médicale (Nombre de médecin / 100 000 hab)	4,7 (OMS/AFRO, 2016)																														
Densité pharmaceutique (Nombre de pharmaciens / 100 000 habitants)	4,2 (CIOPF, 2015)																														
Politique publique de valorisation des MT	Oui (Ministère de la santé burkinabè, 2004)																														
Législation sur les pratiques de MT	Oui (Décret n°2004-568, 2004)																														
Centre/ institut national de MT	En cours de construction																														
Pharmacopée nationale	En cours																														
Associations de tradipraticiens	Oui (nombreuses)																														

• Généralités

Le Burkina Faso est un pays enclavé dans la bande sahéenne, frontalier du Mali (au nord et à l'ouest), du Niger (à l'est), de la Côte d'Ivoire, du Ghana, du Togo et du Bénin (du sud-ouest au sud-est). A partir de 1896, le pays (nommé « Haute Volta » en 1919) commence à être occupé par la France. En 1932, le territoire de la Haute Volta est partagé entre le Mali, la Côte d'Ivoire et le Niger (pour des raisons principalement économiques). Il redevient un territoire autonome sous protectorat français en 1947 avant d'acquiescer son indépendance le 5 août 1960 (Marchal, 1982).

La période 1960-1983 est marquée par une instabilité politique forte. Pas moins de dix présidents se succèdent durant deux décennies ponctuées par des coups d'états répétés qui finiront par assoir au pouvoir le révolutionnaire Thomas Sankara. Il renomme la Haute Volta en Burkina Faso, le « pays des hommes intègres » le 4 août 1984 (Kibora, 2005).

En 1987, le régime révolutionnaire prend fin : Blaise Compaoré prend le pouvoir et instaure le multipartisme dès 1991. Après 27 ans à la présidence du pays, il démissionne de force en 2014 : son projet de modifier la Constitution pour rester au pouvoir entraîne une mobilisation massive des burkinabè (Chouli, 2015). Malgré une tentative pour reprendre le pouvoir via un coup d'état en 2005, Blaise Compaoré reste sur la touche. Roch Marc Christian Kaboré est élu pour lui succéder en 2016 et dirige depuis le pays dans un contexte marqué par des attentats revendiqués par des groupuscules islamistes (AQMI) (Beucher, 2011) (Gjerlufsen, 2017).

• **Le système de santé burkinabè**

Le gouvernement burkinabè a entamé dès 1993 une politique de décentralisation de son système de soin, développant une santé de district qui inclue des activités de santé communautaire. De plus, la période 2001-2010 est marquée par une série de réformes visant l'amélioration de l'efficacité, de l'utilisation et de l'organisation des structures de santé présentes sur le territoire. Des interventions spécifiques en faveur des personnes vulnérables (femmes enceintes, personnes vivant avec le VIH, personnes âgées, ...) sont également mises en place. Ces initiatives ont permis de faire passer le nombre de nouveaux contacts par habitant et par an de 0,21 (en 2001) à 0,56 (en 2009, moyenne sur l'ensemble des structures de soin). Le taux d'accouchements assistés par un professionnel de santé est lui passé de 47,1% à 75,1% entre 2006 et 2010 (Ministère de la santé burkinabè, 2011).

L'organisation de la pyramide sanitaire au Burkina Faso (présentée en Figure 19) se rapproche de l'exemple togolais. Au niveau périphérique, les soins de santé primaires sont assurés par des centres de santé et de promotion sociale ainsi que par des centres médicaux avec antenne chirurgicale. Les 1839 centres de santé sont l'équivalent burkinabè des unités de soin périphériques togolaises, les centres médicaux des « hôpitaux préfectoraux ». Là où le système burkinabè se démarque, c'est sur le principe de gestion de ces centres (Ministère de la santé burkinabè, 2017).

Ces structures de premier niveau sont gérées en partie par des comités de gestion formés essentiellement par des membres des communautés dans lesquelles elles sont implantées. Ces comités servent à la fois d'appui au personnel de santé pour les activités de gestion du centre et constituent également des intermédiaires avec la communauté, complétant le travail des agents de santé communautaires (Sombié et al., 2016). Les membres des comités de gestion sont bénévoles (Ministère de la santé burkinabè, 2017).

Aux niveaux supérieurs, se trouvent les 8 centres hospitaliers régionaux (CHR), accueillant notamment des patients orientés par les centres médicaux (Ministère de la santé burkinabè, 2015). Depuis 2009, une cinquantaine de médecins spécialistes exercent dans l'ensemble de ces structures, permettant de désengorger les 6 CHU et d'améliorer la prise en charge des patients en région (Ministère de la santé burkinabè, 2011) (Ministère de la santé burkinabè, 2017).

Ces dispositifs sont complétés par les 519 structures privées (hors officines et dépôts pharmaceutiques), concentrées à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso (Ministère de la santé burkinabè, 2017). Ces établissements appartiennent essentiellement au secteur privé à but lucratif : en 2011, 81,56% des 358 structures privées recensées entraient dans cette catégorie (Ministère de la santé burkinabè, 2011). Mentionnons néanmoins les structures confessionnelles et associatives, privées à but non lucratifs, qui constituent un ensemble de centres situés entre les CSPS et les hôpitaux régionaux dans la pyramide sanitaire, schématisée dans la Figure 19.

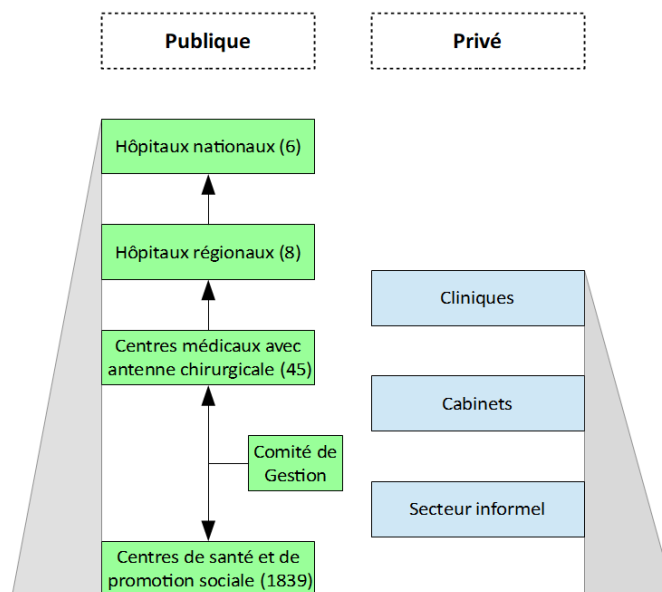


Figure 19. La pyramide sanitaire du système de santé burkinabè (d’après le rapport du ministère de la santé burkinabè, 2017)

Au niveau de l’assurance maladie, le Burkina Faso dispose actuellement de quatre types de programmes qui permettent aux populations de bénéficier d’un recouvrement d’une partie des dépenses. Le gouvernement burkinabè s’intéresse à cette question depuis plusieurs années et développe actuellement des projets pilotes de financements basé sur la performance couplés à des systèmes de prise en charge afin d’améliorer l’accès des burkinabè à des soins de qualité (Ridde, 2014).

Le premier type de programme concerne les programmes gouvernementaux dans certains domaines ciblés : une partie (planification familiale par exemple) ou la totalité (paludisme, tuberculose, lèpre, ver de guinée, ...) des coûts de prise en charge sont assumés par l’état. Parallèlement, une caisse nationale de sécurité sociale a été mise en place en 1972. Elle couvre tous les employés (secteurs publics et privés), les apprentis, les étudiants et leurs familles pour les soins familiaux (vaccination, consultations prénatales, ...) ou liés aux accidents de travail. Elle ne couvre donc pas les soins curatifs (Wright et al., 2016).

Le Burkina Faso se démarque par un réseau important et dynamique de mutuelles communautaires, appuyé depuis 1996 par plusieurs organismes. A titre d’exemple, un projet pilote en place depuis 2014 en partenariat avec la Banque Mondiale dans deux provinces a créé 17 nouvelles mutuelles couvrant 400.000 personnes pour les soins curatifs, ambulatoires, hospitaliers et chirurgicaux. La couverture est partielle, laissant à la charge des ménages un ticket modérateur s’élevant de 10 à 30% du coût de la prise en charge. La pénétration de l’assurance privée reste faible (car s’adressant aux ménages les plus aisés) mais est en pleine croissance, notamment du fait de la diversification des offres d’assurance qui commencent à cibler le secteur informel (Wright et al., 2016).

En dépit de ces dispositifs, plus de 35% des frais de santé restent assurés par les ménages (OMS, 2012). Les médicaments restent chers lorsqu’ils sont disponibles et sont donc inaccessibles pour une partie de la population qui se tourne vers le marché informel (vente illicite) ou ne se soigne pas (Ministère de la santé burkinabè, 2017).

Malgré les progrès fait depuis le début des années 90, des dysfonctionnements au sein du système de santé burkinabè subsistent. Tout d’abord, la participation communautaire dans la gestion des structures reste basée sur le bénévolat. En conséquence l’absentéisme des membres, par ailleurs

peu formés aux questions de santé peut nuire au fonctionnement des structures. Ces comités sont également marqués par les inégalités sociales retrouvés au sein des communautés : on retrouve peu de femmes et de jeunes dans ces instances, et lorsqu'ils sont présents leur avis reste peu pris en compte. De plus, les conflits ethniques peuvent interagir avec le déploiement d'initiatives à l'échelle de l'aire de santé (Sombié et al., 2016). On peut également s'interroger sur l'essence même de cette gestion « communautaire », qui s'apparente plus à une démarche descendante émanant de l'état qui « institutionnalise » une collaboration entre les structures et les bénéficiaires, qu'à une approche ascendante qui partirait des besoins et enjeux des populations locales (voire partie 1.1).

Par ailleurs, des disparités géographiques en termes de ressource humaines et d'équipements subsistent malgré la politique de décentralisation des soins. En 2015, 64% des médecins spécialistes étaient toujours concentrés dans la région centre. Cette même année, le taux de dispensaires ayant expérimenté des ruptures de stock (parfois longues) en médicaments essentiels variait entre 0 et 100% selon les districts (ministère de la santé burkinabè, 2015). Parallèlement, les prix pratiqués dans le secteur privé à but lucratif (officines et dépôts pharmaceutiques privés) empêchent leur accès à toute une partie de la population. En 2010, les prix de vente au public des médicaments princeps et de leurs équivalents génériques étaient respectivement 21,75 et 3,84 plus élevés que les prix internationaux de référence du secteur (ministère de la santé burkinabè, 2010). L'absence de politique nationale relative aux infrastructures de santé, à leur équipement et à la maintenance s'ajoute à ces facteurs. De ce fait, en 2014, 20% des établissements de santé de la région du centre sud disposaient de tous les équipements essentiels (balance, thermomètre, tensiomètre, stéthoscope, lumière) alors que ce taux était supérieur à 75% dans d'autres régions (Ministère de la santé burkinabè, 2014). Enfin, la qualité perçue des soins reste mauvaise et limite la fréquentation des structures.

• *Etat burkinabè et médecines traditionnelles*

Dès 1970, le gouvernement burkinabè commence à s'intéresser aux pratiques médicales traditionnelles et publie l'ordonnance n°70-68 bis qui tolère l'activité des tradipraticiens et légitime la recherche médicale en phytothérapie (Leborgne, 2002) (Traoré et al., 2009). Au cours des années 70, un travail collaboratif entre tradipraticiens, hôpitaux et chercheurs aboutit à la naissance en 1978 de l'institut de recherche sur les substances naturelles. La dynamique se poursuit dans les années 80 avec la première association de tradipraticiens et d'herboristes burkinabè officiellement reconnue en 1983 puis avec la création d'un centre de la pharmacopée africaine à l'hôpital de Banfora en 1984 (Leborgne, 2002).

Le gouvernement va plus loin à partir de 1994. Dans la loi n°23-94 (19 mai 1994) portant organisation du ministère de la santé, l'état burkinabè reconnaît les pratiques et les encadre à l'aide de décrets qui seront publiés dix ans plus tard (Gouvernement burkinabè, 1994). Dans le décret n°2004-568, il est ainsi précisé les conditions d'exercices de la médecine traditionnelle : des autorisations délivrées par le ministère de la santé sur des critères de notoriété et de moralité des tradipraticiens majeurs sont désormais nécessaires pour pratiquer. Aucune formation obligatoire n'est donc requise (Gouvernement burkinabè, 2004). Le texte est complété en 2009 par un décret (n°2009-104/PRES/PM/MS) créant la direction de la réglementation pharmaceutique qui organise et coordonne l'octroi des autorisations d'exercice. De plus, cette instance élabore et veille à l'application de la réglementation et a la charge de l'homologation des « médicaments traditionnels » (via l'AMM) (Gouvernement burkinabè, 2009). Enfin, un dernier décret (n°2012-1035) paru en 2012 vient encadrer les conditions d'ouverture et d'exploitation des établissements de médecine traditionnelle (Gouvernement burkinabè, 2012).

Malgré ces avancées législatives, il faut attendre 2002 et la création de la direction de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle pour observer la mise en place d'une véritable politique nationale concernant les médecines traditionnelles. Cet organisme est en charge de la promotion de la médecine traditionnelle, de son organisation et de la valorisation des médicaments traditionnels (ministère de la santé burkinabè, 2004). Le décret de 2009 (n°2009-104/PRES/PM/MS) vient compléter ses activités, lui imposant une participation aux circuits de pharmacovigilance. On a donc d'un côté la direction de la réglementation pharmaceutique qui s'occupe des aspects réglementaires et de l'autre la direction de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle, organe exécutif de la politique de valorisation de la médecine traditionnelle nationale. Ces deux instances sont sous la gouvernance de la direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires.

En pratique, les effets de cette politique concernent essentiellement des aspects relatifs à la préservation et à la validation des savoirs (recherche scientifique, élaboration d'une pharmacopée et d'un jardin botanique). A l'heure actuelle, quelques laboratoires privés fabriquent des MTA. Une soixantaine de produits circulaient sur le marché en 2006, mais seulement 4 avaient obtenus une AMM (Pousset, 2006).


Le dernier programme national de développement sanitaire (période 2011-2020) reconnaît l'existence de problèmes structurels au sein du « secteur traditionnel » et encourage une approche intersectorielle pour les résoudre. Selon le gouvernement burkinabè, les 30 000 tradipraticiens présents sur le territoire exercent avec une certaine autonomie et il n'est pas fait mention d'un travail collaboratif entre les secteurs « biomédicaux » et « traditionnels » (ministère de la santé burkinabè, 2011), alors que des initiatives intéressantes commencent à voir le jour.

Entre 1984 et 1989 l'état burkinabè avait encouragé la création de « cellules de pharmacopées traditionnelles » dans les structures sanitaires décentralisées (Ministère de la santé burkinabè, 2004). La mise en application n'avait pas été effective dans l'immédiat, mais des « unités phytothérapeutiques » ont effectivement été mises en place au sein de certaines directions générales de la santé, voire de certains hôpitaux dans le but d'initier une collaboration avec les tradipraticiens locaux (Traoré, 2009). C'est le cas par exemple de l'unité de phytothérapie de l'hôpital Sainte Camille. Spécialisée dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), elle assure le suivi des personnes traitées par phytothérapie, réalise des essais cliniques (efficacité, innocuité, interaction(s) entre médicaments et produits de santé traditionnels, ...) et constitue une porte d'entrée pour l'accès aux antirétroviraux (Nikiema, 2008).

Plus récemment, la construction d'un centre de médecine traditionnelle et de soins intégrés est en cours (CMTSI). La structure a l'ambition de devenir un pôle régional de référence, avec un secteur « thérapeutique » où collaboreraient tradipraticiens et médecins, un secteur « recherche » et un secteur « production » permettant la fabrication de médicaments traditionnels améliorés en plus d'un amphithéâtre permettant d'accueillir des colloques et autres événements réunissant la communauté scientifique. Le projet est porté par le docteur Brice Evance Zoungrana, soutenu par l'OOAS et financé par le gouvernement burkinabè.

2.2.3 Mali

Tableau 10. Mali – Informations générales

MALI		
	Population	18 millions d'habitants (Banque mondiale, 2016)
	Part de la population urbaine	39% (Banque mondiale, 2016)
	Part de la population rurale	61% (Banque mondiale, 2016)
	Régime politique	République démocratique
	Espérance de vie	58 ans (OMS-AFRO, 2016)
	IDH	0,442 (175 ^e) (PNUD, 2015)
	Assurance maladie	Oui (Wright et al., 2016)
	Densité médicale (Nombre de médecins / 100.000 hab)	8,3 (OMS-AFRO, 2016)
	Densité pharmaceutique (Nombre de pharmaciens / 100.000 habitants)	7,9 (CIOPF, 2015)
	Politique publique de valorisation des MT	Oui (OMS, 2001)
	Législation sur les pratiques de MT	Oui (OMS, 2001)
	Centre/ institut national de MT	Oui (OMS, 2001)
	Pharmacopée nationale	Oui (Konaté, 2005)
	Associations de tradipraticiens	32 (OMS, 2001)

• Généralités

Le Mali est un vaste pays de 1,2 million de km² situé dans la bande sahélienne de l'Afrique de l'Ouest. 91% de la population est concentrée dans le tiers sud-ouest du pays et le long du fleuve Niger (OMS-AFRO, 2018). 23 ethnies cohabitent sur le territoire. Les plus représentées sont issues du groupe « mandingue » (20% de la population) : Bambara, Solinké, Malinké et Bozo (Dumont, 2010).

Ancienne colonie française (de 1895 à 1960), le Mali est soumis à de fortes révoltes populaires (étudiantes puis touareg) durant la période 1960-1990, ce qui l'amène à revoir son mode de gouvernance. Le multipartisme est ainsi reconnu au début des années 90, une politique de décentralisation des pouvoirs est amorcée en 1993 et le territoire découpé en 701 communes créées sur la base de regroupements volontaires en 1999. Cette politique de gouvernance horizontale et de démocratisation vise le maintien d'un climat de paix sociale installé au début du vingtième siècle (Fay, 2006).

Mais à partir de 2010, l'instabilité revient. D'abord avec le coup d'état (finalement avorté) de 2012 duquel ont profité des groupuscules islamistes pour prendre dans un second temps le contrôle d'une partie du territoire dans le nord-Mali, nécessitant l'intervention d'une coalition internationale. Malgré ces bouleversements, le Mali garde une stabilité macroéconomique sur les dix dernières années, avec une croissance du PIB autour de 5% par an. Néanmoins, une grande partie des maliens demeure sous le seuil de pauvreté, notamment en milieu rural où vit 61% de la population (OMS-AFRO, 2018) (Banque mondiale, 2016).

• *Le système de santé malien*

Le gouvernement malien entame une réforme de la structure de son système de santé dans le courant des années 90 en adoptant une approche sectorielle. Cette approche consiste à travailler avec l'ensemble des partenaires opérationnels et financiers autour de thématiques cibles, pilotées par le gouvernement malien au travers des Programmes de Développement Sanitaire et Social (Samaké, 2009). Dans un pays majoritairement rural, l'objectif principal du gouvernement est d'étendre géographiquement la couverture sanitaire en accord avec l'initiative de Bamako (1987). Le territoire malien est alors découpé en districts, eux-mêmes subdivisés en « aires de santé » (environ 5000 habitants par aire). Ces zones sont délimitées par les populations qui sont invitées à se regrouper en associations de santé communautaires pour mettre en place et gérer des centres de santé communautaires (Konaté, 2005).

Ces centres constituent le premier niveau du système de santé malien. Structures privées à but non lucratif, elles sont liées à l'état par une convention (tutelle administrative) les engageant à participer au « service publique de santé », impliquant à la foi des activités sanitaires et de surveillance épidémiologique. Opérationnellement parlant, cela se traduit par la mise à disposition d'un « paquet minimum d'activité » devant être accessible (financièrement) aux populations de l'aire de santé. Les prestations concernées concernent les soins curatifs et préventifs (consultations, vaccination, ...), les accouchements (et la réalisation des consultations prénatales) et la cession de médicaments essentiels. L'état s'assure également du bon respect des pratiques démocratiques au sein de l'association, de la non lucrativité du centre de santé et de la transparence de ses comptes (Balique et al., 2001). En contrepartie, l'association peut bénéficier de subventions, nécessaires au fonctionnement de la majorité des centres car le paiement des bénéficiaires ne suffit souvent pas à atteindre l'équilibre budgétaire (Boston Consulting Group, 2010). En pratique, les bénéficiaires peuvent choisir leur centre de santé. Il n'y a pas d'obligation d'adhésion, mais elle permet d'obtenir un droit de vote (lors des assemblées générales) et des réductions sur les prestations sanitaires (Balique et al., 2010).

Chaque district est doté d'un centre de santé de référence qui correspond au second niveau du système de santé malien. Ils disposent d'un plateau technique plus complet et d'un personnel plus qualifié leur permettant de prendre en charge des patients adressés par les centres de santé communautaires. Ils remplissent donc un rôle « d'hôpital de district ». Au niveau supérieur, on retrouve les hôpitaux régionaux qui prennent notamment en charge des patients adressés par les centres de santé référents puis les hôpitaux nationaux (ou CHU) possédant des services plus ou moins spécialisés (Boston Consulting Group, 2010).

Ces dispositifs sont complétés par des cabinets de médecins privés et des cliniques. L'ensemble de ces structures constitue la « pyramide sanitaire », schématisée dans la Figure 20 (Boston Consulting Group, 2010).

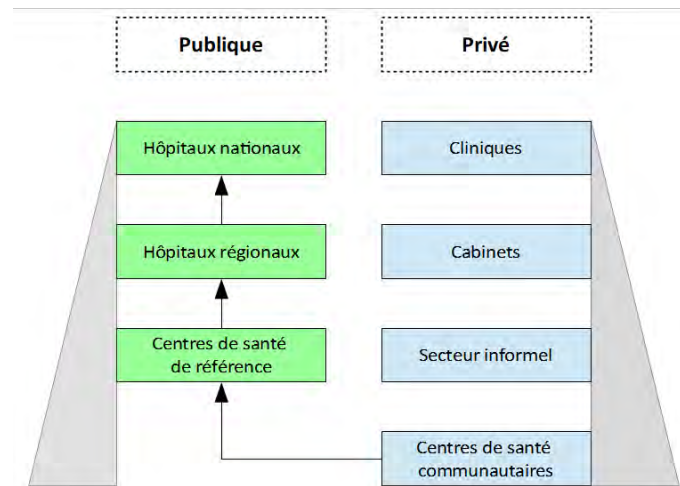


Figure 20. La pyramide sanitaire du système de santé malien (d'après Konaté, 2005 et Boston Consulting Group, 2010)

Du point de vue de la protection sociale, le gouvernement malien a mis en place trois régimes d'assurance maladie couvrant les soins non-gratuits dans les structures détaillées ci-dessus (Wright et al., 2016) :

- l'aide médicale obligatoire. Elle concerne essentiellement les fonctionnaires et leurs familles. En 2014, elle couvrait 3,4% de la population.
- le régime d'assistance médical. Il s'applique aux personnes certifiées « indigentes » (et leurs conjoint(e)s) par le maire de leur localité, mais aussi aux enfants et étudiants, aux handicapés, aux prisonniers et aux orphelins. Il est accepté dans un réseau d'établissements publics, privés et confessionnels. En 2014, ce régime couvrait 0,5% de la population.
- l'assurance maladie communautaire. Ce dispositif est géré par des mutuelles disposant parfois de subventions gouvernementales et ayant conclu des contrats avec des prestataires de soins publics et privés (principalement des CCom). Son objectif est de couvrir les ménages du secteur informel. Les prestations fournies sont moins généreuses qu'avec les régimes précédents. 186 mutuelles avaient été recensées en 2014, couvrant 4,1% de la population.

Malgré une dynamique positive visant à améliorer l'accès aux soins des maliens, de profonds dysfonctionnements subsistent. Tout d'abord, d'après Hubert Balique et al., il semble exister un décalage plus ou moins sensible entre la volonté théorique de démocratie sanitaire au sein des associations de santé communautaire et la pratique. Ces auteurs mentionnent également (entre autres) des problèmes de transparence des activités et des comptes des centres de santé communautaire et le manque de communication entre ministères pour le découpage du pays en aires de santé. En effet, la non-superposition de ces zones avec les communes (créées par le ministère de la décentralisation et ayant une vocation d'administration du territoire malien) pourrait, à l'avenir, poser des problèmes de gestion (Balique et al., 2001).

De plus, bien que l'accessibilité géographique s'améliore, des progrès restent à accomplir sur l'amélioration et l'homogénéisation de la qualité des soins dispensés dans le pays. En 2011, plus du tiers des lits d'hospitalisation étaient concentrés à Bamako où exerçait 79% des pédiatres (n=26/33), 53% des gynécologues (n=36/68) et 64% des chirurgiens du pays (n=49/77) (Ministère de la santé malien, 2012). En 2013, 17,2% (n=272/1581) des structures sanitaires n'étaient pas (ou peu) fonctionnelles. Des différences subsistaient également sur l'importance des plateaux techniques : seulement 8,3% des structures avaient au moins un service pour 50 000 habitants dédié au diagnostic et au traitement du paludisme (OMS, 2013).

Ces éléments seuls n'expliquent pas la faible fréquentation des structures sanitaires publiques, estimée aux alentours de 0,25 contact par personne et par an (une personne consulte en moyenne une fois tous les quatre ans). Des déterminants financiers (notamment vis-à-vis des médicaments), socio-culturels et relatifs à la mauvaise qualité perçue de la prise en charge entravent également l'accès aux soins des populations maliennes (Kanta, 2007).

Pour finir, la crise malienne de 2012/2013 (rébellion et mouvements islamistes) ont mis à mal le système de santé. A l'issue du conflit, 18,6% des structures sanitaires avaient été pillées et/ou détruites. 93% d'entre elles étaient situées dans le nord du pays, avec des taux de structures endommagées montant jusqu'à 45, 48 et même 70% pour (respectivement) les régions de Tombouctou, Gao et Kidal (OMS, 2013).

• **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 (Konaté, 2005). 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 (Willcox, 2012). 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 (OMS, 2001).

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 (OMS, 2001).

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

2.2.4 Cambodge

Tableau 11. Cambodge – Informations générales

CAMBODGE	
Population	15,8 millions d'habitants (Banque mondiale, 2016)
Part de la population urbaine	21% (Banque mondiale, 2016)
Part de la population rurale	79% (Banque mondiale, 2016)
Régime politique	Monarchie constitutionnelle
Espérance de vie	68 ans (Banque mondiale, 2016))
IDH	0.563 (143 ^e) (PNUD, 2015)
Système d'assurance maladie	Oui, partiel
Part des dépenses de santé assurée par les ménages	61,7% (OMS, 2012)
Densité médicale (Nombre de médecins / 100.000 hab)	16,8 (Banque mondiale, 2013)
Densité pharmaceutique (Nombre de pharmaciens / 100.000 habitants)	NR
Politique publique de valorisation des MT	Oui (OMS, 2005)
Législation sur les pratiques de MT	Oui, dès 1964
Centre/ institut national de MT	Oui (OMS, 2017)
Pharmacopée nationale	Non (OMS, 2005)
Associations de tradipraticiens	Oui, 2 (OMS, 2017)



• Généralités

Le Cambodge est un pays d'Asie du Sud-Est de 181.000 km² (Banque mondiale, 2016), frontalier du Vietnam (à l'est), du Laos (au nord-est) et de la Thaïlande (à l'ouest et au nord-ouest). Ancienne colonie française, son histoire contemporaine est violente, marquée par le génocide perpétré par les Khmers rouges et la guerre civile qui l'a précédé.

En 1863, le royaume du Cambodge est placé sous protectorat français et entre à ce titre en 1887 dans l'Union Indochinoise (« l'Indochine française ») en même temps que le Vietnam et le Laos. La seconde guerre mondiale marque le passage du pays sous un protectorat japonais de courte durée, et à partir de 1945 le gouvernement français essaie de reconquérir le territoire sans succès. La guerre d'Indochine se solde le 7 mai 1954 par la bataille de Dien Bien Phu et les accords de Genève qui octroient l'indépendance aux territoires d'Indochine (Simon, 2001).

Au cours des années 50 et 60, la monarchie constitutionnelle cambodgienne est dans une politique de non alignement, ce qui lui assure une certaine prospérité en bénéficiant de financements de l'Ouest et de l'Est, tous deux intéressés par la position stratégique du territoire (Corfield, 2009) (Chhair et al., 2013). S'engageant soudainement du côté américain sous la République Khmer des années 70, le Cambodge devient le théâtre d'affrontements avec le PCK (« Parti Communiste du Kampuchéa, parti des « Khmers rouges ») soutenu par les Vietminh. La guerre ravage le pays, déstabilisant le gouvernement qui tombe aux mains du PCK dirigé par Pol Pot en 1975 (qui bénéficie à ce moment là d'une assise populaire, lasse des bombardements américains répétés) (Chhair et al., 2013).

De 1975 à 1979 les Khmers Rouge gouvernent le pays, instaurant un régime de la terreur. Exode massive, travail forcé, nationalisation des industries, déconstruction des institutions (dont le système de santé) et génocide massif ne peuvent résumer la période mais en donnent un aperçu. Le Vietnam finit par libérer (et occuper) le pays en 1979 (jusqu'en 1989), mettant en place un fonctionnement du territoire en « vase clos », privilégiant l'agriculture et l'autosuffisance alimentaire (Chhair et al., 2013). La guérilla contre les Khmers Rouges réfugiés dans les zones frontalières se calme à partir de la signature des accords de Paris en 1991 pour prendre fin en 1999. Les années 90 marquent ainsi le retour progressif d'une certaine stabilité politique qui dure depuis. La monarchie constitutionnelle réintroduite fait alors face à un défi de taille : reconstruire un pays marqué par trois décennies de guerres.

• *Le système de santé cambodgien*

La politique des Khmers rouge a donc entraîné la destruction du système de santé cambodgien. Le génocide perpétré entre 1975 et 1979 a particulièrement touché les classes sociales élevées, dont les professionnels de santé. Ainsi, en 1979, il ne restait plus que 32 médecins au Cambodge (contre 530 en 1975), dont 20 ont fui le pays dès la réouverture des frontières. Seulement 26 pharmaciens (sur 120), 28 dentistes (sur 90) ont survécu à cette période. Tous les professeurs d'universités ont quitté le pays ou ont été exécutés par le régime de Pol Pot (Santini, 2002).

Dans ce contexte, la reconstruction a été difficile, mais le dynamisme cambodgien a permis une amélioration rapide de la situation. Pendant la période du protectorat français, quelques étudiants cambodgiens suivaient à Hanoï les cursus de la faculté de médecine et de pharmacie jusqu'à la création à Phnom Penh de l'École des officiers de santé en 1946. En 1953, année de l'indépendance, se crée l'Université Royale du Cambodge qui incluait entre autres les filières médecine et pharmacie. Entre 1975 à 1979, tous les établissements universitaires ferment et réouvrent en 1980. En 1991 la France s'engage à participer à la reconstruction du pays et des universitaires français à la reconstruction pédagogique. En 1997, se crée l'université des sciences de la santé du cambodge (USSC) réunissant les facultés de médecine, de pharmacie et d'odontologie. L'actuelle faculté de pharmacie est construite entre 2000 et 2002 (inaugurée en janvier 2003) grâce à un financement des fondations Pierre Fabre et Rodolphe Mérieux. En 1993, le ministère de la santé cambodgien est (re)créé (Santini, 2002) (OMS-WPRO, 2012). L'augmentation progressive des budgets publics alloués à la santé (multiplié par deux entre 2011 et 2016) a permis d'important progrès dans la complétion des objectifs millénaires pour le développement (OMS-WPRO, 2016) (Ministère de la santé cambodgien, 2016).

Dès le départ (en 1994), l'objectif du ministère est de décentraliser l'accès aux soins en se basant sur des structures de districts proches des populations à large majorité rurales. L'organisation mise en place est donc pyramidale, semblable aux modèles africains. Les 1141 centres de santé sont censés fournir à des bassins de 8 000 à 12 000 personnes un « paquet minimum d'activité » qui comprend des activités de prévention, de promotion de la santé, de soins curatifs de base ainsi qu'un dépôt pharmaceutique. Le lien avec les communautés est assuré par des villageois bénévoles. Les régions les plus rurales sont dotées de postes de santé, moins nombreux (77 postes en 2015) et s'adressant à des bassins de populations de taille plus réduite (2000 à 3000 personnes). Ces dispositifs constituent le premier niveau du système de santé cambodgien (Peat, 2013) (Ministère de la santé cambodgien, 2016).

Le premier niveau de référence est assuré par les 68 hôpitaux de district. En plus des services basiques, il dispense au minimum des « paquets complémentaires d'activités », classés en trois paliers suivant le niveau de service. Le premier comprend les actes médicaux de base, le second des actes de chirurgie générale et un dispositif de collecte de produits sanguins, le troisième des services spécialisés

(comme l'ophtalmologie, ...) ainsi qu'une banque de sang (Ministère de la santé cambodgien, 2006). En 2005, 28 hôpitaux de district disposaient d'un paquet de niveau deux et 16 d'un paquet de niveau trois (Peat, 2013). Notons que le gouvernement cambodgien est impliqué dans une dynamique de développement des structures périphériques, dotant de plus en plus de centres de santé de ressources permettant de mettre à disposition ces activités complémentaires, les transformant de ce fait en nouveaux pôles de référence (Ministère de la santé, 2016). Aux niveaux supérieurs, se situent les 25 hôpitaux provinciaux qui constituent le second niveau de référence (mieux dotés que la plupart des hôpitaux de district) puis les hôpitaux nationaux, concentrés à Phnom Penh et disposant des services les plus spécialisés (Ministère de la santé cambodgien, 2016).

Parallèlement à ces structures publiques, le secteur privé à but lucratif est en plein essor. De 3755 structures en 2009, on en comptait 8488 en 2015 (hors pharmacies et dispensaires), majoritairement situées dans des secteurs urbains mais avec une extension géographique progressive du secteur vers la ruralité. On retrouve dans cette catégorie des cabinets, maternités, cliniques, polycliniques, hôpitaux... Le secteur privé à but non lucratif est constitué par de nombreuses organisations non gouvernementales (ONG) opérant essentiellement au niveau communautaire. Elles sont connectées avec le ministère de la santé via l'ONG Medicam, et constituent les principaux opérateurs des programmes de développement de l'assurance maladie (communautaire ou non) (Ministère de la santé cambodgien, 2016). L'ensemble de ces structures constitue la pyramide sanitaire cambodgienne, schématisée dans la Figure 21. Leur déploiement géographique n'est pas calqué sur le découpage administratif du pays (en régions ou municipalités, districts ou *khans* et communes ou *sangkats*) mais aux bassins de population, qui ne sont pas toujours corrélés (Ministère de la santé cambodgien, 2016).

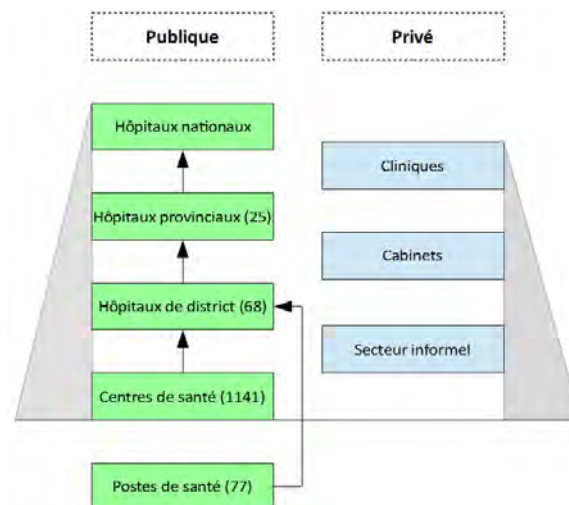


Figure 21. La pyramide sanitaire du système de santé cambodgien (d'après Peat, 2013 ; ministère de la santé cambodgien, 2006 et 2016)

Du côté de la couverture sociale, les dépenses gouvernementales visant à prendre en charge les soins des populations restent faible. En 1997, le gouvernement cambodgien s'écarte du modèle vietnamien, basé sur une assurance maladie d'état visant la gratuité des soins, pour mettre en place un « ticket modérateur » standardisé. L'objectif est d'éviter les variations de prix entre les structures et les demandes de paiements officieux de la part des professionnels de santé (qui s'apparentent à de la corruption) pour augmenter l'utilisation des services de santé par les cambodgiens. En 2005, l'approche change. Constatant l'inefficacité du système pour les plus démunis (pour qui la barrière financière demeure importante), un fond pour l'égalité aux soins est créé, sur la base de financements externes (ONG, ...), avec un relai progressif par le gouvernement cambodgien. Un système de

financement au niveau de la demande, prenant en charge une partie (voire la totalité) du coût de la prise en charge, du ticket modérateur et de la logistique (transport) est donc mis en place à destination des personnes recensées comme « indigentes » (le terme est utilisé ici en référence aux politiques togolaises et maliennes) (Peat, 2013). Ce dispositif permettrait aujourd'hui à 20% des cambodgiens de bénéficier d'une exonération de paiement (ministère de la santé cambodgien, 2016).

En dehors du fond pour l'égalité aux soins, une assurance maladie d'état existe mais ne concerne que la prise en charge des soins faisant suite à un accident du travail pour les salariés du secteur privé. Des projets pilotes de création d'assurances maladies communautaires à destination du secteur informel existent, portées par différentes ONG, mais l'adhésion reste faible, ne concernant aujourd'hui que 2% de la population de ce secteur (ministère de la santé cambodgien, 2016). Plus de 60% des dépenses de santé restent toujours à la charge des ménages cambodgiens (OMS, 2012).

• *Etat cambodgien et médecines traditionnelles*

Les savoirs médicaux populaires cambodgiens auraient largement été influencés par les médecines chinoises et ayurvédiques. Ils restent par ailleurs en mouvement : bien que l'ethnie khmer soit la plus représentée sur le territoire, on trouve également des vietnamiens (5% de la population) et des chinois (1% de la population). Les savoirs des *kru khmers* (guérisseurs khmers) continuent donc de se transformer, entre métissages et syncrétismes. (Ashwell, 2008). Dès 1964, le gouvernement cambodgien s'intéresse aux *kru* et publie une loi qui vise à organiser et réglementer leurs pratiques. Pour exercer, les *kru* doivent avoir plus de 25 ans et disposer d'une licence délivrée par le ministère de la santé après trois ans d'apprentissage (auprès d'un guérisseur expérimenté). De plus, la loi exclue des pratiques ce qui relève de la chirurgie et/ou de l'obstétrique (OMS, 2005).

Au mois de mai 1996, la loi sur la gestion des médicaments est promulguée. Au travers d'un décret qui la suit de près, le gouvernement cambodgien encadre la fabrication, l'achat, la vente et la distribution des produits de santé traditionnels, considérés au Cambodge comme des médicaments en vente libre (pas de prescription nécessaire). A la même époque, une politique nationale est mise en place (actuellement mise en œuvre par un centre national pour les médecines traditionnelles). En 2005, et malgré une certaine volonté de valoriser les savoirs populaires, le Cambodge ne possédait pas de pharmacopée nationale. Sur les 48 plantes enregistrées au ministère à cette époque, aucune ne disposait de caractéristiques permettant son inscription sur la liste des médicaments essentiels. Finalement, les travaux du centre national concernaient essentiellement la recherche en pharmacognosie sur quelques espèces locales, sans impacter la politique pharmaceutique nationale. La plupart des données sur l'utilisation de la flore locale émanait de recherches réalisées dans les pays voisins. Enfin, on trouve dans les boutiques cambodgiennes spécialisées des « produits de santé traditionnels » venant du monde entier (OMS, 2005).

En 2002, la loi forestière s'intéresse à la protection de la biodiversité en interdisant la collecte de plantes et d'animaux rares et/ou en voie de disparition. Elle reste néanmoins vague, en autorisant « tout le reste » tant que l'impact sur la biodiversité reste « minimal » (Walstom, 2008). Actuellement, le respect de ces lois est assuré par le département de l'alimentation et des médicaments (« Food and Drug Administration »), qui contrôle également les procédés de fabrication et la qualité des produits de santé. Les *kru* sont regroupés en deux associations mais bénéficient toujours d'une mauvaise image auprès des institutions biomédicales. L'absence de données cliniques sur les pratiques et d'un système de formation « officiel » explique peut-être une partie de ces réactions hostiles. Les objectifs actuels du gouvernement cambodgien visent à combler une partie de ces manques, en insistant sur l'application de la réglementation, la formation, et l'inclusion de ces pratiques dans le « paquet minimum d'activité » des structures de soins périphériques (OMS, 2017).

2.2.5 Laos

Tableau 12. Laos – Informations générales

LAOS	
Population	6,8 millions d'habitants (Banque mondiale, 2016)
Part de la population urbaine	38% (Banque mondiale, 2016)
Part de la population rurale	62% (Banque mondiale, 2016)
Régime politique	Parti unique
Espérance de vie	66 ans (Banque mondiale, 2016)
IDH	0.586 (138 ^e) (PNUD, 2015)
Système d'assurance maladie	Oui, partiel (OMS, 2014)
Part des dépenses de santé assurée par les ménages	38,84% (OMS, 2012)
Densité médicale (Nombre de médecins / 100.000 hab)	27,2 (Banque mondiale, 2010)
Densité pharmaceutique (Nombre de pharmaciens / 100.000 habitants)	13,0 (Ministère de la santé cambodgien, 2013)
Politique publique de valorisation des MT	Oui
Législation sur les pratiques de MT	Partielle
Centre/ institut national de MT	Oui
Pharmacopée nationale	En cours
Associations de tradipraticiens	NR



• Généralités

Le Laos est un pays enclavé dans les terres, entre le Vietnam (à l'ouest), le Cambodge (au sud), la Thaïlande (à l'est), le Myanmar et la Chine (au nord). 49 groupes ethniques peuplent ce territoire de 237 000 km², l'ethnie Lao restant dominante sur le plan politique (Pholsena, 2009).

Tout comme le Cambodge, le pays est occupé par la France dès 1887. Le gouvernement français de l'époque encourage les vietnamiens à venir s'installer sur le territoire lao, moins peuplé. La fin de l'Union Indochinoise à la charnière 1953-1954 marque l'indépendance du pays, et le retour la monarchie constitutionnelle. Les accords de Genève séparent la gouvernance du pays en deux : le sud du pays est dirigé par le gouvernement royal et le nord par les communistes du Pathet Lao. Le pays jouit néanmoins d'une certaine unité nationale, symbolisé par la formation d'une coalition politique en 1957 (Stuart-Fox, 1993).

Cette unité politique est mise à mal par la guerre froide. Sous la pression des américains, le Laos, du fait de la proximité géographique avec le Vietnam, ne peut adopter une politique de neutralité malgré la volonté de certains partis politiques. La coalition éclate en même temps qu'une guerre civile. Le pays est divisé entre (Stuart-Fox, 1993) :

- le Pathet Lao, communiste et proche des forces nord-vietnamiennes,
- le gouvernement royal, soutenant les américains,
- des forces neutralistes, notamment menées par Souvanna Phouma.

Les zones de conflit sont majoritairement situées dans l'est du pays, l'objectif des Etats Unis étant d'empêcher les nord-vietnamiens de « s'infiltrer » dans le sud en passant par le Laos (Kaufmann,

1996). C'est dans ce cadre que les américains engagent des combattants Hmongs, ethnie vivant dans les montagnes de l'est du pays (Cerhan, 1990).

Malgré une tentative de rétablir une coalition entre les différentes forces politiques en 1973, le Pathet Lao prend le pouvoir en 1975, faisant du territoire la « République Démocratique du Peuple Lao » (Stuart-Fox, 1993). La période 1975-1979 est moins violente que le génocide Khmer au Cambodge, mais elle reste marquée par des emprisonnements de masse ainsi que de fortes répressions et persécutions, notamment vis-à-vis des Hmongs, accusés d'avoir collaborés avec les américains. Ils fuient donc le pays, se réfugiant par milliers en Thaïlande ou aux Etats-Unis (Cerhan, 1990).

A partir de 1979, le régime d'ouvre progressivement, et s'assouplit. Les relations diplomatiques avec la Chine et la Thaïlande restent tendues jusqu'à la fin des années 80, où les frontières commencent à s'ouvrir afin de profiter du boom économique et touristique qui touche la région (Jönsson et al., 2015). La persécution des Hmongs continue jusqu'au 21^{ème} siècle, largement oubliée par la communauté internationale bien que certaines ONG (comme Amnesty Internationale) dénoncent régulièrement la situation.

Malgré un dynamisme important en matière de politique de santé, l'accès aux soins de santé de qualité reste difficile dans ce pays montagneux où 62% de la population vit dans des régions rurales, difficiles d'accès (Banque mondiale, 2016) (Jönsson et al., 2015).

• **Le système de santé lao**

Avec une histoire contemporaine marqué par des conflits internationaux, le gouvernement lao a consacré une part importante de ses budgets (et de l'aide internationale) dans le domaine militaire. Ce n'est que dans le milieu des années 80, avec l'assouplissement de la situation que la santé devient une priorité. Jusqu'en 1995, la politique mise en place vise la gratuité des soins, mais la mauvaise qualité de la prise en charge entraîne une très faible fréquentation des structures publiques. Sur cette période, on observe également une multiplication des « vendeurs de médicaments » (délivrant fréquemment des contrefaçons ou malfaçons) qui passent de 32 en 1986 à 1850 en 1995. Tous ces éléments amènent le gouvernement à mettre en place une politique nationale de santé d'envergure (qui est donc relativement récente) (Jönsson et al., 2015).

Tout comme dans les pays précédents, l'organisation des soins au Laos suit le modèle de la pyramide sanitaire. La gouvernance est décentralisée, avec des directions de la santé qui vont jusqu'à l'échelle du district. Les centres de santé correspondent au premier niveau : ils assurent les soins de santé primaires. De manière assez similaire au Cambodge, les centres de santé pilotent les activités de villageois volontaires. Ayant reçu une formation en santé de 3 mois, disposant de « kits médicaux » et capables de ce fait d'actes de soins « basiques », ils assurent le lien avec les communautés. Fin 2010, on dénombrait 860 centres de santé dans 143 districts, touchant 6.2 millions de bénéficiaires potentiels. La plupart des districts (130 sur 143) sont équipés d'un hôpital qui constitue le premier niveau de référence. On distingue les hôpitaux de district de type A (25 en 2013) des types B (105 en 2013), les types A étant sensiblement mieux équipés (notamment un niveau de la chirurgie et de la gynécologie-obstétrique) (Akkhavong et al., 2014).

Aux niveaux supérieurs, on retrouve comme précédemment les hôpitaux provinciaux, puis centraux situés à Vientiane qui dispose de 4 hôpitaux généraux et 3 hôpitaux spécialisés (Akkhavong et al., 2014).

Parallèlement, le secteur privé se développe de plus en plus depuis les années 2000, essentiellement en zone urbaine. Le personnel est généralement issu des structures publiques qui font des heures supplémentaires en clinique. En 2014, on dénombrait 222 cliniques privées, majoritairement implantées à Vientiane. En zone rurale, ce secteur est essentiellement constitué par des prestataires de premier niveau, peu expérimentés et/ou qualifiés (Akkhavong et al., 2014). La Figure 22 reprend ces éléments, constitutifs de la pyramide sanitaire lao.

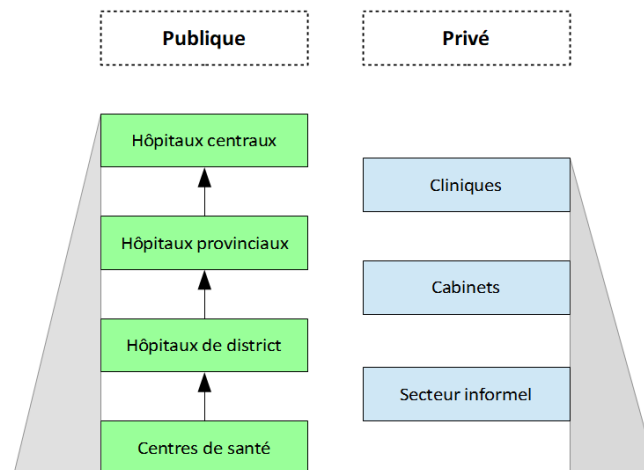


Figure 22. La pyramide sanitaire du système de santé lao (d'après Jönsson et al., 2015 et Akkhavong et al., 2014)

Sortant d'une politique où le gouvernement finançait la totalité des soins, le Laos a adopté 4 systèmes d'assurance maladie dès 2001 (Akkhavong et al., 2014) :

- un système de sécurité sociale pour les salariés du secteur privé et leurs familles,
- un système de sécurité sociale « d'état » pour les fonctionnaires et leurs familles,
- un système d'assurance maladie communautaire, qui cible les entrepreneurs et le secteur informel,
- un « fond pour l'égalité d'accès aux soins », prenant en charge les soins des personnes reconnues comme « indigentes » par un organisme tiers (là encore, le terme « indigent » est utilisé par analogie aux politiques de santé africaines).

Ces systèmes couvrent uniquement les soins réalisés dans des établissements publics agréés par le ministère de la santé. En 2012, l'ensemble de ces dispositifs couvraient 19,6% de la population. Les taux de couverture les plus faibles correspondent aux salariés du secteur privé et du secteur informel. Le fond pour l'égalité d'accès aux soins couvrait 40,7% des « indigents ». Les causes avancées pour expliquer cette faible couverture sont multiples : la compétition avec le secteur privé en plein essor, la perception d'une faible qualité des soins dans le secteur public et le tourisme médical (notamment au Vietnam et en Thaïlande) semblent en être les principales (Akkhavong et al., 2014) (Jönsson et al., 2015).

Malgré une volonté politique d'améliorer l'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire, le nombre de lit d'hospitalisation a diminué au cours des années 2000, passant de 1,8 lits à 0,8 lits pour 1000 habitants. De plus, l'équipement médical est inégalement distribué selon les structures. Bien que 94% des hôpitaux provinciaux et 91% des hôpitaux de district de type A possèdent l'ensemble des « équipements médicaux basiques », ces taux chutent à 71% pour les hôpitaux de district de type B et à 58% pour les centres de santé. Pour les équipements spécialisés, le constat va dans le même sens. A titre d'exemple, sur les 7 scanners permettant de réaliser des

tomodensitométries dont le Laos dispose, 4 sont à Vientiane. Par ailleurs, aucune structure psychiatrique n'était recensée en 2014. Du côté des ressources humaines la double pratique public/privé des professionnels de santé entraîne un risque important de « fuite des cerveaux » vers le secteur privé (Akkhavong et al., 2014).

A tous ces éléments s'ajoute la concentration des professionnels de santé, notamment les plus qualifiés, dans les zones urbaines. En résulte une sur-fréquentations des hôpitaux qui s'engorgent, alors que les structures les plus périphériques restent sous-utilisées (Jönsson et al., 2015).

• *Etat lao et médecines traditionnelles*

L'origine des pratiques médicales traditionnelles lao est peu connue, mais il semblerait qu'elles aient été « modelées » par la médecine chinoise et ayurvédique. Elles sont valorisées par le gouvernement lao dès 1976, avec la création d'un « institut national de médecine traditionnelle » dont l'objectif principal reste l'étude scientifique des « remèdes populaires ». La publication de ces résultats aux professionnels de santé, aux tradipraticiens et au grand public permettrait dans ce cadre d'améliorer les pratiques. A la fin des années 90, l'institut suit la politique de déconcentration en mettant en place un réseau de « stations de médecines traditionnelles » en région. 12 stations seraient opérationnelles aujourd'hui, affiliées à un hôpital de médecine traditionnelle et travaillant en contact avec les tradipraticiens (Sydara, 2014).

Malgré cette dynamique, il faudra attendre la charnière des années 2000 pour que les premières politiques nationales de santé incluant les pratiques de médecine traditionnelle voient le jour. C'est également à cette époque que se construit les premiers textes de loi, principalement axés sur le statut des produits de santé traditionnels (considérés comme de l'OTC au Laos), leur importation et exportation, époque où le Laos rejoint à son tour l'ASEAN (OMS, 2005). L'objectif premier de cette réglementation partielle semble donc être commercial bien que les textes fassent la promotion d'une approche « intégrée » de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé (Ministère de la santé lao, 2012). Enfin, notons que la loi relative à l'enregistrement des médicaments de 2003 dispense de procédure d'évaluation les « produits de santé traditionnels bruts » (correspondant à des plantes ou parties de plantes « en vrac ») (ministère de la santé lao, 2003).

Si aucun texte ne régleme l'exercice des tradipraticiens, des textes sur la préservation de la biodiversité encadrent partiellement les pratiques. Une pharmacopée nationale est en cours de réalisation avec 20 monographies réalisées jusqu'à présent. Les travaux universitaires sont orientés sur la rationalisation des pratiques, avec la réalisation d'extraits standardisés ouvrant la voie à la fabrication de MTA dans deux usines : l'une publique et l'autre issue de partenariats publiques-privés. Enfin, la création d'une formation spécifique est en cours au sein d'un institut national.

Les travaux réalisés au Laos ont permis de recenser environ 3000 espèces végétales entrant dans la préparation de ces « remèdes populaires ». L'étude des pratiques a entraîné la publication d'un décret visant à protéger la diversité : le décret n°155 (de 2003) interdit ainsi l'utilisation de 96 espèces végétales menacées à plus ou moins long terme. Parmi les initiatives concrètes sur ce terrain, nous pouvons citer :

- le jardin botanique de Phu Tad Ke (privé), qui correspond à un important travail d'inventaire de la flore sauvage. La collection avoisine les 2000 à 3000 espèces végétales différentes,
- l'unité de préservation des plantes médicinales (publique) qui a pour rôle la culture des espèces menacées. Une partie de ses activités sont déléguées aux stations régionales.

2.3 Pharmacovigilance, phytovigilance et place des plantes « toxiques » dans les pharmacopées traditionnelles

Créée dans les années soixante, la pharmacovigilance est une discipline consistant à détecter, évaluer, comprendre et prévenir les effets indésirables ainsi que tout problème lié au médicament. Après la tragédie du Thalidomide, un réseau international de pharmacovigilance soutenu par l'OMS est créé. Initialement composé de dix pays, le réseau grandit au fil des années mais il faut néanmoins attendre 2006 pour qu'il intègre la majorité des pays africains (Squalli Houssaini, 2014).

Les systèmes de pharmacovigilances ouest-africains existent donc sur la scène internationale, mais ils restent peu développés. A titre indicatif, en 2012, le taux de notification de l'ensemble des pays africains représentait 1,6% du total des notifications du réseau. Sur la période 2009-2014, le Burkina a enregistré 193 notifications d'effets indésirables, le Togo 32 et le Mali 20. Sur la même période, l'Afrique du Sud enregistrerait plus de 15 000 notifications (cf. schéma ci-dessous) (Squalli Houssaini, 2014). Ces faiblesses sont encore plus importantes lorsque l'on s'intéresse à la « phytovigilance », pharmacovigilance appliquée aux produits de phytothérapie qui constituent pourtant la pierre angulaire des remèdes populaires. Notons également que les effets indésirables liés aux phytomédicaments restent sous évalués et sous déclarés lors des essais cliniques (Kamagaté et al., 2008). La Figure 23 apporte quelques données sur le nombre de notifications d'effets indésirables reçues par les centres de pharmacovigilance sur la période 2009-2014 en Afrique de l'ouest.

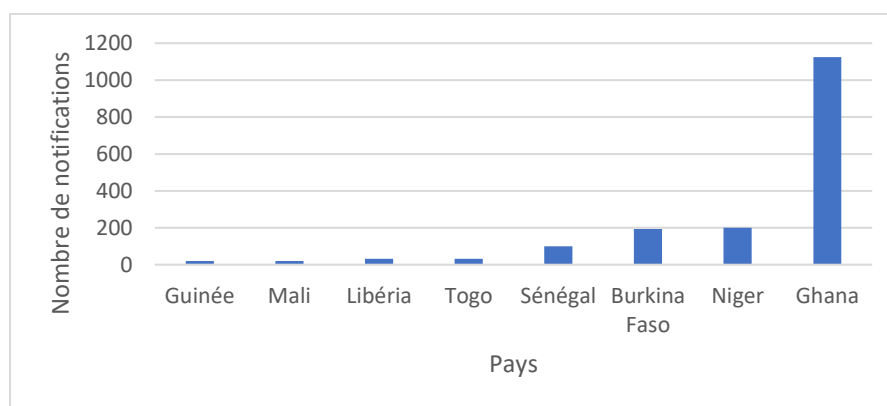


Figure 23. Nombre de notifications d'effets indésirables reçues par les centres de pharmacovigilance ouest-africains sur la période 2009-2014 (d'après Squalli Houssaini, 2014).

La consommation de ces « produits de santé traditionnels » n'est pas dénuée d'effets indésirables. Souvent mises en avant comme « naturelles » et « sans dangers » car utilisées depuis des temps anciens, de nombreuses préparations utilisent des plantes toxiques (Adewunmi et al., 2004). Elles seraient actuellement à l'origine de plus du tiers (35%) des hospitalisations pour insuffisance rénale aigüe dans les pays du Sud (Luyckx et al., 2008).

C'est ainsi que nous nous intéresserons dans cette partie aux effets indésirables associées aux pratiques médicales populaires. Nous focaliserons notre attention sur la flore utilisée (car elle est bien mieux documentée que le reste des pratiques) au Mali, Togo et Burkina Faso en distinguant :

1. Les cas où la toxicité est une propriété intrinsèque de la plante, utilisée malgré ses propriétés toxiques.
2. Les cas où la toxicité est une propriété extrinsèque à la plante.
3. Les cas où la plante est utilisée pour ses effets « toxiques ».

2.3.1 Toxicité liée aux propriétés intrinsèques des préparations : « effets indésirables »

Il n'est pas rare que les plantes médicinales ayant des propriétés toxiques soient connues par les guérisseurs : elles sont alors souvent utilisées comme poisons pour la chasse et la pêche. Néanmoins, les effets « indésirables » de ces plantes et les signes cliniques de leur toxicité sont peu connus, souvent résumés par les guérisseurs à une triade « nausées/vomissements – diarrhées – asthénie », alors que de nombreux travaux décrivent la diversité des intoxications liées à la consommation de la flore sub-saharienne (Maiga et al., 2005).

Les interactions entre plantes et médicaments sont également peu connues des guérisseurs. Elles sont d'autant plus importantes à prendre en compte que la prévalence du VIH est importante dans la région, que de nombreux antirétroviraux ont un métabolisme hépatique et qu'une modification de ce métabolisme entraîne une majoration de leurs effets indésirables ou une baisse de leur efficacité (Bah, 2002) (Agbonon et al., 2010). Inversement, le ritonavir est un inhibiteur puissant du cytochrome P450 3A4 (CYP 3A4). Mélangé avec des plantes dont les composés toxiques seraient métabolisés par cette enzyme, il pourrait augmenter de manière importante leur toxicité. A titre d'exemple, le Tableau 13 recense quelques espèces de plantes dont le pourcentage d'inhibition du CYP 3A4 a été mesuré in vitro.

Tableau 13. Activité inhibitrice du cytochrome P450 3A4 de l'extrait éthanolique de quelques plantes utilisées au Togo, comparée au kétoconazole (d'après Agbonon et al., 2010)

Nom	Utilisation thérapeutique	Pourcentage d'inhibition du CYP3A4
<i>Kétoconazole</i>	Antifongique	73.68 ± 1.0
<i>Harrisonia abyssinica</i>	Antidiabétique, antihelminthique	97.59 ± 0.4
<i>Jatropha curcas</i>	Antipyrétique, antipaludéen	75.16 ± 0.6
<i>Persea americana</i>	Antihypertenseur	73.64 ± 0.8
<i>Phyllanthus amarus</i>	Antipyrétique, antipaludéen, antidiabétique	96.75 ± 0.6
<i>Piper guineense</i>	Antimicrobien, « booster »	98.27 ± 0.3

Le Tableau 14 présenté dans les pages suivantes documente la toxicité de quelques espèces largement utilisées en Afrique subsaharienne. Face à l'absence de données de pharmacovigilance, la démarche adoptée a été de sélectionner une dizaine de plantes toxiques utilisées dans des affections variées au Togo, Mali, Burkina Faso et d'autres pays de la région ouest-africaines. Pour chaque espèce, les éléments suivants ont été recensés :

- noms latins, complétés par quelques noms vernaculaires,
- utilisations. Il est bon de noter qu'une même plante est utilisée pour diverses indications, avec une variabilité inter-ethnique relativement importante pour certaines espèces,
- informations relatives à la toxicité. Notons ici que la plupart des études toxicologiques utilisent des modèles animaux (rats, souris, ...) et/ou cellulaires (test d'Ames, test du micronoyau, ...) avec les biais que cela comporte en termes de transposition chez l'homme. Lorsque des propriétés toxiques ont été identifiées chez l'homme, elles ont également été reportées.

Il convient également de mentionner que la toxicité est variable selon la partie de la plante utilisée (racines, tiges, feuilles, fruits, ...) et le mode de préparation (extrait aqueux, alcoolique, chauffage, dessication...). De plus, les plantes sont rarement consommées seules. Les mélanges réalisés pourraient atténuer certains effets ou au contraire les potentialiser (Bruschi et al., 2011).

Tableau 14. Quelques plantes toxiques utilisées en Afrique de l’Ouest, plus particulièrement au Togo, au Mali et au Burkina Faso.

Noms (latin et quelques noms vernaculaires)	Utilisation (thérapeutique et/ou autre)	Informations relatives à la toxicité de la plante	Notes
<p>Nauclea latifolia Sm.</p> <p>Syn. : Sarcocephalus latifolius (Sm.) E.A.Bruce ; Sarcocephalus esculentus Sabine.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Togo (ethnie Tem) : <i>N. latifolia</i> entre dans la composition de préparations utilisées dans les crises hémorroïdaires, les accès palustres et les troubles gastro-intestinaux¹. • Cameroun : l’écorce des racines est utilisée en décoction pour traiter les accès fébriles, la fièvre jaune et certaines pathologies psychiatriques (cette dernière utilisation est également recensée au Togo)^{2,14}. • Mali : <i>N latifolia</i> est l’une des plantes les plus utilisées en cas de suspicion de paludisme³. • Nigéria : en Guinée, au Burkina et en Côte d’Ivoire elle est utilisée comme poison pour les flèches (chasse)⁹. 	<ul style="list-style-type: none"> • Selon des tradipraticiens togolais (ethnie Tem), la consommation des racines de <i>N. latifolia</i> peut entraîner asthénie et troubles digestifs¹. • <i>N. latifolia</i> semble posséder une activité cytostatique, bloquant les monocytes en phase G2-M. De plus, elle serait mutagène (test d’Ames) et génotoxique³. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>N. latifolia</i> possède une activité œstrogène-like in vitro¹. • <i>N. latifolia</i> semble posséder une activité antimicrobienne (bactéries, helminthes amibes) et spasmolytique². • Des essais semblent révéler une activité sédatrice et anticonvulsivante de <i>N. latifolia</i> (chez la souris)². • <i>N latifolia</i> semble posséder une activité antiplasmodique (tests in vitro)³.
<p>Kigelia africana (Lam.) Benth <i>Bignoniaceae</i></p> <p>Syn. : Kigelia aethiopica Decne. (1845), Kigelia pinnata (Jacq.) DC. (1845).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>K. africana</i> est utilisée comme vermifuge, dans la prise en charge des crises hémorroïdaires et rhumatismales ainsi que pour traiter diverses affections dermatologiques en Afrique de l’ouest^{1,4,6}. • Les tiges et les feuilles de la plantes sont utilisées au Bénin pour traiter les symptômes des hépatites B et C⁵. • Dans l’ouest du Nigéria et du Cameroun, <i>K. africana</i> entre dans la composition de préparations visant à traiter les accès palustres⁶. • En Côte d’Ivoire, elle est parfois utilisée en cas de stérilité ou d’inflammation mammaire⁸. 	<ul style="list-style-type: none"> • La cytotoxicité de <i>K. africana</i> a été démontrée in vitro⁴. • <i>K. africana</i> serait génotoxique (établie par le test du micronoyau sur des leucocytes humains)⁷. 	<ul style="list-style-type: none"> • Des tests réalisés in vitro montrent une activité antibactérienne et antifongique⁴. • Certaines molécules contenues dans <i>K. africana</i> (lapachol, γ-sitostérol) possèdent une activité anti-néoplasique⁴. • Quatre naphtoquinones ont montré une activité contre <i>P. falciparum</i> in vitro⁴. • Elle semble également posséder des propriétés stimulantes et anti-diarrhéiques⁴.
<p>Cassia sieberiana D.C. <i>Caesalpinaceae</i></p> <p>Syn. : Cassia kotschyana Oliv.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>C. sieberiana</i> entre dans la composition des poisons de chasse au Niger et de pêche au Nigéria et en Côte d’Ivoire⁹. • Les racines sont utilisées comme antiulcéreux, et aphrodisiaque au Ghana^{13,15}. Elle est utilisée au Togo pour traiter certaines pathologies psychiatriques (épilepsie) ou hépatiques¹⁴. Feuilles et racines sont utilisées dans la prise en charge du diabète dans le nord-ouest du Nigéria¹⁶. 	<ul style="list-style-type: none"> • Des études chez le rat évoquent une hépatotoxicité et une néphrotoxicité de <i>C. sieberiana</i> lors d’une consommation prolongée^{10,11}. • Pas de toxicité aiguë chez l’animal¹¹. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>C. sieberiana</i> semble posséder une activité antioxydante médiée par l’epiafzelechine¹². • Les propriétés antiulcéreuses de cette plante ont été démontrées chez le rat. Son efficacité semble être égale à celle de la ranitidine, mais à des doses considérées comme toxique par d’autres auteurs^{11,13}.

Sources et références

1. Tchacondo et al., 2011 ; 2. Ngo Bum et al., 2009 ; 3. Traoré et al., 2000 ; 4. Saini et al., 2009 ; 5. Guinnin et al., 2015 ; 6. Zofou et al., 2011 ; 7. Tamokou et al., 2014 ; 8. Malan et al., 2015 ; 9. Maiga et al., 2005 ; 10. Kpodar et al., 2016 ; 11. Toma et al., 2009 ; 12. Kpegba et al., 2011 ; 13. Nartey et al., 2012 ; 14. Kantati et al., 2016 ; 15. Asase et al., 2005 ; 16. Salihi Shinkafi et al., 2015

Tableau 14. Quelques plantes toxiques utilisées en Afrique de l'ouest, plus particulièrement au Togo, au Mali et au Burkina Faso (suite).

Noms (latin et quelques noms vernaculaires)	Utilisation (thérapeutique et/ou autre)	Informations disponibles relatives à la toxicité de la plante	Notes
<p>Blighia sapida K.D. Koenig <i>Sapindaceae</i></p> <p>Syn. : Cupania sapida (Voigt)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Au Togo (ethnie Moba), plusieurs parties de <i>B. sapida</i> sont utilisées pour traiter des affections de l'appareil reproducteur féminin (infertilité, fibromes utérins, IST ...) ¹⁷. • <i>B. sapida</i> est utilisé au Bénin pour traiter un nombre varié de maladies. Les fruits ne semblent pas être utilisés ¹⁹. • Elle est également utilisée en Côte d'Ivoire pour soulager les douleurs intercostales (en topique) et la conjonctivite (en collyre) ²². 	<ul style="list-style-type: none"> • Le fruit de <i>B. sapida</i> est fortement toxique lorsqu'il n'est pas mur. L'arille et les graines contiennent de l'hypoglycine A et B responsable d'une hypoglycémie, de vomissement, d'un coma pouvant mener au décès. Les enfants sont plus à risque. Plus d'une vingtaine de décès ont été imputés à <i>B. sapida</i> au Burkina sur la période 1990-2000. Plus de 100 cas ont été recensés à Haïti en 2000 ^{20,21}. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les racines de <i>B. sapida</i> semblent posséder une activité antidiarrhéique ¹⁸. • Au Nigéria, <i>B. sapida</i> et <i>Xylopiya aethiopica</i> constituent la base de préparations abortives ²². <i>B. sapida</i> est suspectée d'être tératogène ²³.
<p>Cnestis ferruginea Vahl ex DC. <i>Connaraceae</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les racines de <i>C. ferruginea</i> sont utilisées au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire comme aphrodisiaque (voie orale), pour traiter les affections gynécologiques et la dysenterie (lavements) ²⁷. • Les racines sont également utilisées au Nigéria pour leur activité antalgique, purgative et sédative ²⁷. • <i>C. ferruginea</i> entre dans la composition de préparations antalgiques ²⁸. 	<ul style="list-style-type: none"> • La toxicité aigüe de <i>C. ferruginea</i> semble être faible (DL₅₀ estimée à 5,2g/kg chez la souris) ²⁸. • Administrée sur une plus longue période et à dose importante (« supra-thérapeutique »), <i>C. ferruginea</i> entraîne des dommages au niveau de l'appareil génital (testicules et ovaires) ²⁹. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'administration d'un extrait aqueux de <i>C. ferruginea</i> semble efficace pour traiter les troubles sexuels liés à la prise de paroxetine (testé chez le rat) ²⁴. • L'administration d'un extrait méthanolique chez des rats a entraîné des dommages au niveau des testicules, une stéatose hépatique et une néphrite intersticielle ²⁵. • L'amentoflavone semble porter l'activité antidépresseur et anxiolytique ³⁹.
<p>Thevetia nerifolia Juss. ex Steud. <i>Apocynaceae</i></p> <p>Syn. : Thevetia neriifolia Juss. ex Steud., Cascabela Thevetia (L.), Thevetia peruviana (Pers.) K.Schum.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Au Togo, <i>T. nerifolia</i> est utilisé pour traiter certains troubles cardiaques (tachycardie) et certaines affections rhumatismales. Elle serait également aphrodisiaque ²⁹. • Dans le sud-ouest du Nigéria, <i>T. nerifolia</i> est utilisé pour traiter les troubles cardiaques, les poussées de fièvre, les piqûres d'insectes, les vers intestinaux et la rougeole ³⁰. • L'écorce des tiges est parfois utilisée (après macération) par voie orale en cas d'aménorrhée en Côte d'Ivoire ³¹. • Elle serait également utilisée comme laxatif, insecticide émétique et poison de chasse ³². 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>T. nerifolia</i> est hautement toxique. L'ingestion de 8 à 10 graines (voire moins) peut être fatale chez l'adulte ³³. • La consommation de <i>T. nerifolia</i> entraîne nausées, vomissements et troubles cardiaques (arythmie) pouvant entraîner la mort ³³. Sa toxicité est comparable à <i>N. oleander</i> (laurier rose). 	<ul style="list-style-type: none"> • La thévétine A et B, la thévétoxine et d'autres hétérosides cardiotoxiques sont présentes dans toutes les parties de la plante ³². • Ces hétérosides bloquent les pompes Na⁺/K⁺ des cardiomyocytes, entraînant une augmentation intracellulaire des ions Ca²⁺ provoquant une dépolarisation des cellules qui peut conduire à l'arrêt cardiaque ³³.

Sources et références

17. Assouma Akim et al., 2018 ; 18. Antwi et al., 2009 ; 19. Ekué et al., 2010 ; 20. Joskow et al., 2006 ; 21. Meda et al., 1999 ; 22. Odesanmi et al., 2013 ; 23. Knight et al., 2004 ; 24. Toyin et al., 2014 ; 25. Adeneye, 2014 ; 26. Mbaveng et al., 2014 ; 27. Ishola et al., 2012 ; 28. Ishola et al., 2011 ; 29. Radji et al., 2013 ; 30. Ayoola et al., 2008 ; 31. N'guessan et al., 2009 ; 32. Akinmoladun et al., 2012 ; 33. Bandara et al., 2010 ; 39. Ishola et al., 2012.

Tableau 14. Quelques plantes toxiques utilisées en Afrique de l'ouest, plus particulièrement au Togo, au Mali et au Burkina Faso (suite).

Noms (latin et quelques noms vernaculaires)	Utilisation (thérapeutique et/ou autre)	Informations disponibles relatives à la toxicité de la plante	Notes
<p>Waltheria indica L. <i>Sterculiaceae</i></p> <p>Syn. : <i>Waltheria americana</i> L.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Au Burkina Faso, <i>W. indica</i> est utilisé dans le traitement de l'asthme, des troubles de la vision, des affections bucco-dentaires et du paludisme³⁴. Elle serait également utilisée en Pays San pour traiter les diarrhées et la toux³⁸. • Au Mali, elle est utilisée par les Dogons pour soigner les plaies, notamment dues aux morsures de serpents^{34,35}. • Au Togo, les feuilles de <i>W. indica</i> seraient utilisées en décoction pour traiter l'anémie³⁷. 	<ul style="list-style-type: none"> • Des études de toxicité aigüe de <i>W. indica</i> montrent que des précautions d'emploi de cette plante s'imposent. La DL₅₀ est de 500 mg/kg, baissant à 69 mg/kg pour l'extrait aqueux de racines (études chez la souris, administration intra péritonéale)³⁴. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>W. indica</i> possède une forte activité inhibitrice de la hyaluronidase, de la phospholipase A2 et de la protéolyse provoquée par les venins de serpents³⁵. • <i>W. indica</i> contient trois flavonoïdes anti-inflammatoires (inhibition de la production de NO, de cytokines, de lipopolysaccharides et d'interféron γ³⁶. • Les résultats d'études s'intéressant à son potentiel rôle comme anti-infectieux sont peu concluants³⁴.
<p>Euphorbia kamerunica Pax <i>Euphorbiaceae</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>E. kamerunica</i> semble être utilisée dans la prise en charge de la crise d'appendicite à Kinshasa (RDC)⁴¹. • Au Bénin, l'écorce de la plante est utilisée en décoction pour traiter l'ulcère de Buruli⁴². • Un usage dans le traitement de l'otite a été rapporté au Burkina, mais son utilisation semble être peu fréquente⁴³. • Elle entre dans la composition des poisons de pêche au Cameroun, au Nigéria et au Mali⁴⁴. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>E kamerunica</i> contient un latex irritant et des principes actifs co-carcinogène³⁹. Le contact oculaire avec le latex entraîne une inflammation de la cornée et de la conjonctive pouvant entraîner la cécité⁴⁰. • Les propriétés irritantes du latex sont communes à une grande partie des espèces du genre <i>Euphorbia</i>⁴⁰. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les propriétés toxiques sont principalement dues à la présence de lectines, d'esters de diterpènes. Notons la présence de dérivés du phorbol ainsi d'esters de tigliane, de daphnane et d'ingenane³⁹. • De nombreuses autres espèces du genre <i>Euphorbia</i> sont utilisées dans l'ensemble de la région ouest-africaine.
<p>Bobgunnia madagascariensis (Desv.) <i>Caesalpiniaceae</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>B. madagascariensis</i> est utilisée au Burkina Faso dans la prise en charge du paludisme et des accès fébriles accompagnés de jaunisse et de vomissements⁴⁵. • Au Mali, elle est utilisée pour soigner les plaies dues aux morsures de serpents³⁵. • Elle est fortement utilisée par les Malinké de Guinée (Conakry) pour traiter un certain nombre d'infections⁴⁶. • Elle entre dans la composition des poisons de pêche dans de nombreux pays⁴⁴. 	<ul style="list-style-type: none"> • Selon des guérisseurs maliens, la consommation de <i>B. madagascariensis</i> entrainerait des diarrhées et des vomissements⁹. • Cette plante serait hémolytique. Cette activité serait portée par des saponines et de la medicarpine, Cette hémotoxicité serait maximale avec la consommation de graines⁹. Les racines contiendraient des cytotoxiques⁹. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>B. madagascariensis</i> semble posséder une activité molluscicide et antipaludéenne (testé in vitro sur des souches de <i>P. falciparum</i> résistants à la chloroquine)^{9,45}. • L'extrait éthanolique des feuilles de <i>S. madagascariensis</i> possède une forte activité inhibitrice de la hyaluronidase contenue dans le venin de <i>Bitis arietans</i> et de <i>Naja nigricollis</i>³⁵. Différents extraits de feuilles ont une activité antibactérienne in vitro⁴⁷.

Sources et références

7. Tamokou et al., 2014 ; 9. Maiga et al., 2005 ; 34. Zongo et al., 2013 ; 35. Molander et al., 2014 ; 36. Rao et al., 2005 ; 37. Gnondoli et al., 2015 ; 38. Zerbo et al., 2007 ; 40. Basak et al., 2009 ; 41. Mandango et al., 2016 ; 42. Yemoa et al., 2008 ; 43. Nadembega et al., 2011 ; 44. Neuwinger, 2004 ; 45. Ouattara et al., 2006 ; 46. Magassouba et al., 2007 ; 47. Hassan Sani et al., 2016.

2.3.2 Toxicité liée à des contaminations

• Métaux lourds

La recherche et les travaux s'intéressant à la toxicité des espèces végétales utilisées dans les pratiques médicales populaires focalisent essentiellement leur attention sur les propriétés intrinsèques des plantes. Les préparations testées sont parfois réalisées par des scientifiques formés aux bonnes pratiques, dans des conditions de laboratoire et pas toujours à partir de *Materia Medica* fournies par les guérisseurs (De Souza et al., 2010). Nous nous intéresserons donc dans cette partie aux contaminants anthropogéniques retrouvés dans les plantes médicinales issues de la cueillette des plantes médicinales « sauvages », en insistant notamment sur les métaux lourds.

Le minage industriel, l'agriculture (via l'utilisation de certains engrais et pesticides), l'enfouissement des déchets et la pollution atmosphérique sont autant d'activités qui peuvent entraîner un enrichissement des sols en métaux lourds (Gnandi et al., 2008 ; Bodjona et al., 2012). Toutes ces activités sont présentes en Afrique de l'ouest. Près de 30% du PIB burkinabè est issu de l'agriculture. Ce taux monte à 41% pour le Togo et 42% pour le Mali (Banque mondiale, 2016). En 2011, l'industrie minière participait pour 2,8% au PIB du Togo, classé dix-neuvième à l'échelle mondiale pour sa production de phosphates (Bermúdez-Lugo, 2011). Au Burkina Faso, c'est essentiellement l'or qui est miné, contribuant pour 11,4% au PIB du pays (Chambre des mines du Burkina Faso, 2017). La situation est similaire au Mali avec une production d'or importante, localisée autour de Kayes et Sikasso mais également de calcaire, de gypse, de marbre et de pierres précieuses. L'ensemble de ces activités représentent 5,8% du PIB en 2014 (Gouvernement malien, 2015).

Certaines régions de ces pays sont particulièrement touchées. Des travaux mesurant la concentration en métaux lourds des sols d'une décharge (décharge d'Agoé à Lomé) et d'un ancien bassin minier togolais (37 prélèvements sur une zone de 40 km², allant de Kpogamé à Hahotoé) montrent une concentration importante, notamment en chrome (Cr), cadmium (Cd) et nickel (Ni) (Gnandi et al., 2002 ; Bodjona et al., 2012). Ces données sont présentées dans le Tableau 15. La problématique semble similaire au Burkina Faso et au Mali, même si les éléments incriminés et leurs concentrations varient évidemment d'un site à l'autre (Pare et al., 2012)

Tableau 15. Concentration de quelques métaux lourds retrouvés dans un bassin minier et une décharge togolaise. Les valeurs de la norme AFNOR U 44-041 sont données à titre indicatif et correspondent à des seuils d'alerte pour l'épandage de déchets (d'après Bodjona et al., 2012 et Gnandi et al., 2002)

Eléments	Bassin minier* : (Kpogamé – Hahotoé)	Décharge d'Agoé (Lomé)	Valeurs AFNOR (Norme U 44-041)
Chrome	483,7 ppm	Non mesuré	150 ppm
Cadmium	12,8 ppm	2,51 ppm	2 ppm
Nickel	137,5 ppm	6,1 ppm	50 ppm

* Valeurs moyennes de l'ensemble des prélèvements réalisés, les mesures allant de 182 à 1029 ppm pour le chrome, de 0,18 à 43 ppm pour le cadmium et de 15 à 432 ppm pour le nickel

Lorsque la composition des sols y est propice, ces éléments peuvent être captés par les espèces végétales qui y poussent. A titre d'exemple, l'analyse des végétaux cultivés en périphérie de Lomé (Togo) montre une concentration en différents métaux lourds largement supérieure aux seuils de l'OMS (d'un facteur 10 à 1000). La consommation de ces espèces entraîne une exposition des populations aux métaux lourds qui n'est pas sans conséquence pour la santé (Gnandi et al., 2008).

Certaines espèces végétales tolèrent particulièrement bien les sols riches en métaux lourds : on parle de plantes métallophytes, voire de plantes hyperaccumulatrices lorsqu'elles sont capables de stocker des quantités très élevées de certains éléments. Les concentrations en métaux lourds dans les différentes parties de ces plantes varient en fonction des caractéristiques du sol (température, pH, composition...) mais augmente avec l'augmentation de la concentration des éléments dans le milieu. Ces plantes bénéficient d'un intérêt particulier ces dernières années, où l'on cherche de plus en plus à les utiliser pour dépolluer les sols (phytorémediation). Certaines d'entre elles sont utilisées dans les pratiques médicales populaires (Street, 2012).

Par exemple, *Lantana camara* est une plante hyperaccumulatrice de plomb (Jusselme, 2013). Elle est utilisée au Togo dans de nombreuses pathologies (Radji, 2013) ainsi que comme antihypertenseur en Côte d'Ivoire (N'guessan, 2011). *Vetiveria nigriflora* accumulerait le cadmium, le zinc, le plomb et le cuivre (Senou, 2012). Elle est utilisée au Mali pour parfumer l'eau de boisson (rôle « d'excipient ») (Diallo, 1999). Enfin, il convient de mentionner *Senecio coronatus*, une des neuf plantes hyperaccumulatrices de nickel (qui peut atteindre des concentrations supérieures à 12 mg.g⁻¹ de plante, soit 12.000 ppm) poussant en Afrique (Boyd, 2002). Cette espèce est néanmoins plutôt utilisée dans la partie sud du continent (Afrique du Sud, Lesotho, ...) (Dold, 2002) (Seleteng Kose, 2015). Dans tous ces cas, l'absorption de métaux lourds par l'organisme (du fait d'une utilisation thérapeutique de ces espèces) peut entraîner une toxicité résumée dans le Tableau 16. Il est bon de noter que ces intoxications ne sont pas anecdotiques. Sur les 206 intoxications fatales référencées et imputables à la consommation de préparation(s) « traditionnelle(s) » à Johannesburg sur la période 1995-1999, 10% des cas étaient dus à un empoisonnement aux métaux lourds (Street, 2012) ...

Tableau 16. Toxicité de quelques métaux lourds (d'après Fasinu et al., 2013 ; Jaishankar et al., 2014 ; Denkhau et al., 2002)

Métaux lourds	Toxicité	Notes
Plomb (Pb)	<ul style="list-style-type: none"> • Toxicité aiguë : hypertension, insuffisance rénale, symptômes neurologiques peuvent être associés... Tableau clinique variable. • Toxicité chronique : l'exposition chronique peut entraîner un retard mental, des fausses couches, divers pathologies psychiatriques, une insuffisance rénale, voire le décès. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les enfants sont particulièrement sensible à une exposition chronique au plomb (risque de saturnisme) • Le plomb est classé comme « possiblement cancérigène » (Classe 2B) par l'agence internationale de la recherche sur le cancer (IARC).
Cadmium (Cd)	<ul style="list-style-type: none"> • Toxicité aiguë : altération des tubules rénaux, entraînant une excrétion de calcium et de protéines de faibles masses moléculaires • Toxicité chronique : atteinte pulmonaire, rénale (cancers) et osseuse (ostéomalacie, ostéoporose) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune donnée n'indique que l'apport de cadmium possède un quelconque bénéfice pour l'Homme. • Le cadmium est classé comme « agent cancérigène » (classe 1) par l'IARC
Mercure (Hg)	<ul style="list-style-type: none"> • L'exposition au mercure peut entraîner des dommages cérébraux, nerveux, rénaux et musculaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Le mercure est classé comme cancérigène de classe 3 (« non classifiable ») par l'IARC. Les principaux risques
Nickel (Ni)	<ul style="list-style-type: none"> • Toxicité aiguë : les cas d'intoxications aiguës sont peu fréquents et font la plupart du temps intervenir le complexe Ni(CO)₄ • Toxicité chronique : l'exposition prolongée peut entraîner des troubles respiratoires, rénaux, cardiovasculaires et cutanés. • Le nickel aurait un potentiel tératogène et cancérigène. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bien que le nickel soit utilisé dans nombre de réactions enzymatique, son ubiquité dans l'alimentation n'expose pas l'homme à un risque de carence. • Le nickel est classé comme « possiblement cancérigène » (classe 2B) et les composés à base de nickel comme « agents cancérigènes » (classe 1) par l'IARC

Enfin, les métaux lourds peuvent entraîner une altération du métabolisme de certaines espèces végétales. Cette propriété peut être intéressante pour « enrichir » certaines plantes en principes actifs. Par exemple, chez *Phyllanthus amarus*, espèce utilisée notamment dans la prise en charge du diabète en Afrique de l'ouest (Patel et al., 2011), la production de phyllanthine et d'hypophyllanthine est augmentée lorsque le milieu de culture contient du cadmium à des concentrations comprises entre 0,1 et 1 mM (Nasim et al., 2010). Cette propriété peut cependant être délétère dans certains cas : en présence de nickel, *Hypericum perforatum* perd sa capacité à produire de l'hyperforine, substance portant (au moins en partie) l'activité antidépressive du millepertuis (Street, 2012). Dans tous les cas, ces variations en métabolites posent des questions en termes de standardisation des préparations.

• Microorganismes

Les contaminations des plantes et préparations utilisées dans les pratiques « traditionnelles » peuvent également être dues à des microorganismes. Il convient donc de parler dans cette partie des contaminations fongiques (entraînant la présence de mycotoxines dans les produits) et bactériennes.

Les mycotoxines sont réputées pour être l'une des principales causes de contamination des espèces végétales alimentaires. Bien que la fréquence de leur distribution dans les produits de phytothérapie ouest-africains n'ait été que peu étudiée, des travaux réalisés au Nigéria révèlent la présence d'aflatoxine B₁ dans 18,6% des 210 préparations collectées auprès de guérisseurs sur l'ensemble du territoire, avec des concentrations largement supérieures aux standards internationaux (Ezekwesili-Ofili et al., 2014).

La présence de mycotoxines dans les espèces végétales est essentiellement due au parasitisme de champignons ascomycètes des genres *Aspergillus*, *Penicillium* et *Fusarium*. Plusieurs centaines de toxines différentes ont été identifiées, les plus courantes sur le continent africain étant les aflatoxines, ochratoxines et fumonisines (Udomkun et al., 2017) représentées dans la Figure 24.

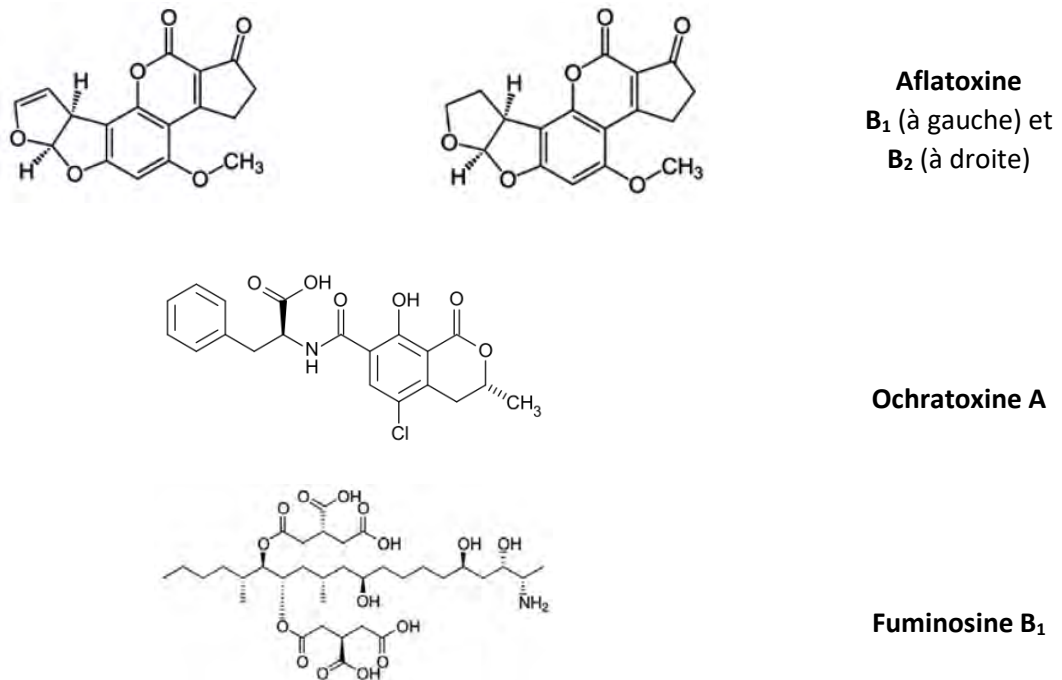


Figure 24. Formules chimiques de quelques mycotoxines.

Plusieurs facteurs peuvent influencer la formation de ces composés :

1. Pendant la culture : des apports hydriques insuffisants, une composition particulière des sols, la présence de certains insectes et la sensibilité de certaines espèces (propriétés génétiques) (Udomkun et al., 2017).
2. Pendant la récolte : la non-disponibilité de certains outils agricoles et des moyens non adaptés pour le transport des espèces végétales (Udomkun et al., 2017)
3. Après la récolte : le stockage des produits en milieu humide (Bankole et al., 2003) (Udomkun et al., 2017).
4. Autres : un manque de politique gouvernemental vis-à-vis des bonnes pratiques agricoles et des lois encadrant l'achat et vente de produits contaminés par des mycotoxines (Udomkun et al., 2017).

La concordance de plusieurs de ces facteurs en Afrique sub-saharienne entraîne des taux pouvant être élevés en mycotoxines dans un certain nombre d'espèces cultivées. Si les produits de santé à base de plantes ont peu été étudiés dans cette région, de nombreuses données sont disponibles concernant un certain nombre de denrées alimentaires. La concentration en aflatoxines varie ainsi entre 12,5 et 528,3 $\mu\text{g.kg}^{-1}$ dans les noix (fraîches) au Togo et au Bénin. Dans les amandes séchées béninoises, elle oscille entre 22 et 190 $\mu\text{g.kg}^{-1}$ (Udomkun et al., 2017) (Probst et al., 2014). Les normes internationales autorisent des taux allant de 4 à 20 $\mu\text{g.kg}^{-1}$. L'agence européenne du médicament (EMA) autorise des concentrations en aflatoxines totales jusqu'à 4 $\mu\text{g.kg}^{-1}$, avec une restriction à 2 $\mu\text{g.kg}^{-1}$ pour l'aflatoxine B₁. Il est à noter que tous les produits ne sont pas concernés.

Les conséquences d'une exposition aiguë et/ou chronique à ces mycotoxines est résumée dans le Tableau 17.

Tableau 17. Toxicité des principales mycotoxines retrouvées en Afrique sub-saharienne (d'après Udomkun et al., 2017) et l'IARC (Centre international de recherche sur le cancer).

Famille	Principaux champignons à l'origine de la production	Toxicité
Aflatoxines (AF)	<i>Aspergillus flavus</i> <i>Aspergillus parasiticus</i> <i>Aspergillus parvisclerotegenus</i> <i>Aspergillus minisclerotigenes</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Les aflatoxines sont hépatotoxiques. L'aflatoxine B₁ est la plus toxique • <u>Aigüe</u> : risque d'hépatite accompagnées de vomissements et de fortes douleurs abdominales. • <u>Chronique</u> : risque de cancer hépatique. Les types B₁, B₂, G₁ et G₂ sont toutes classés comme mutagènes de classe I par l'IARC (« agent cancérigène »).
Ochratoxines	<i>Aspergillus ochraceus</i> <i>Penicillium verrucosum</i> <i>Aspergillus niger (parfois)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Les ochratoxines sont néphrotoxiques. L'ochratoxine A serait la plus toxique : des atteintes rénales ont été relevées en cas d'exposition. • L'ochratoxine A serait la cause de la néphrite endémique des Balkans, pathologie souvent associée à des tumeurs et est donc classée 2B par l'IARC.
Fumonisines	<i>Fusarium verticillioides</i> <i>Fusarium proliferatum</i> <i>Aspergillus niger (parfois)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La fumonisine B₁ est la plus toxique. Son exposition entraîne de nombreux cancers (pulmonaires, hépatique, leucémies) et une atteinte rénale documentée chez l'animal. Il existe une association entre exposition à la fumonisine B₁, le développement de cancers œsophagiens. • Elles sont classées 2B par l'IARC.

En plus de ces problématiques, notons que les mycotoxines ont un impact économique important pour les habitants des pays du Sud. Ils doivent à la fois prendre en charge les hospitalisations liées à la consommation de produits contaminés, mais se voient également refuser l'exportation de certains produits ne correspondant pas aux normes des importateurs. Les chiffres sont loin d'être anecdotiques. Le coût lié aux seules contaminations des cultures par l'aflatoxine est estimé à 750 millions de dollars par an pour le continent africain et à 1 milliard de dollar par an pour le trio Indonésie-Thaïlande-Philippines (Udomkun et al., 2017) (Probst et al., 2014). Bien que des décisions visant à instaurer des bonnes pratiques agricoles semblent avoir été actées, leur application reste difficile, notamment en raison de considérations économiques de la part des agriculteurs (Bankole et al., 2003).

Les contaminations bactériennes peuvent être dues à des mauvaises conditions de stockage ou un non-respect de bonnes pratiques de préparation. Ici encore, la qualité du marché « informel » des produits de santé populaire a été très peu étudié. Une étude réalisée à Lomé apporte néanmoins quelques données. Les 209 préparations achetées sur un marché local, seules les préparations à base d'alcool étaient conformes aux normes AFNOR. Des tests d'identification partiels ont été réalisés. Ils montrent une prédominance de bacilles gram positif, catalase et oxydase positifs et des coliformes (De Souza et al., 2010).

Pour terminer, précisons que les contaminations (anthropogéniques ou non) peuvent être délétère aussi bien pour les personnes consommant les préparations « populaires » que pour les équipes de chercheurs s'intéressant à leurs effets ! En effet, la mesure de l'activité d'une préparation *in vitro* peut parfois être dues à des contaminants ! C'est ainsi qu'en 2013, une équipe de recherche est parvenue à isoler des quantités importantes de tramadol dans les racines de *Nauclea latifolia* au Cameroun... Il s'est finalement avéré que la présence du tramadol était dû à une contamination anthropogénique (Kusari, 2014). Il convient donc de préciser l'environnement de culture lors de la recherche sur ces phytomédicaments (Street, 2012)

Notons que ces éléments ont été essentiellement illustrés en utilisant des exemples ouest-africains, mais qu'une situation similaire existe en Asie du sud-est. Une étude mesurant les taux de métaux lourds dans des préparations à base de plantes issues d'Asie du sud-est achetées aux Etats-Unis, au Vietnam et en Chine montre ainsi que (Street, 2012) :

- la majorité des produits contiennent des métaux lourds ;
- dans près de 74% de ces produits, les taux mesurés sont supérieurs aux recommandations de santé publique.

2.3.3 Intoxications volontaires

Il existe parfois des cas où l'intoxication est volontaire. C'est notamment le fait des consommations de plantes psychotropes utilisées lors de rituels. De nombreux termes ont été utilisés pour les caractériser sans qu'aucun n'arrive à définir l'ensemble des espèces qui constitue cette classe particulière (Hofmann et Schultes, 2000) (Souza, 2008). Nous utiliserons dans la suite de cette partie les termes « enthéogènes » et « hallucinogènes » car :

- on attribue souvent à ces espèces des propriétés magiques, surnaturelles, voire religieuses. Elles sont parfois vénérées par les populations qui les consomment (c'est par exemple le cas de *Tabernanthe iboga* au Gabon) ;
- elles provoquent souvent des hallucinations au sens large, c'est-à-dire une altération des sens (Hofmann et Schultes, 2000).

Il est bon de noter que nous différencions ici ces espèces d'autres plantes psychoactives pour lesquelles l'intoxication (ou « l'ivresse » narcotique) n'est pas recherchée. C'est par exemple le cas de *Catha edulis*, utilisée sur le continent Africain pour ses propriétés stimulantes, ou de *Papaver somniferum*, largement utilisée en Asie du sud-est essentiellement pour son action antalgique et relaxante (Rätsch, 1998).

Si l'on en croit la littérature scientifique, les plantes enthéogènes semblent peu nombreuses (ou en tout cas peu consommées) en Afrique de l'ouest. Il est ainsi communément admis que la large majorité des espèces enthéogènes sont utilisées dans les cultures sud-américaines : sur 97 plantes dont les propriétés hallucinogènes avaient été établies en 2001, 8 étaient d'origine africaine (Schultes, 1976) (Stafford, 2009). Plusieurs explications peuvent être avancées :

1. Les espèces végétales psychotropes retrouvées en Afrique ont été peu étudiées et de manière superficielle (Stafford, 2009). L'essentiel des activités de recherche s'est jusqu'à présent focalisé sur l'Europe et l'Amérique (De Smet, 1996).
2. La mondialisation, l'urbanisation et la modernisation rapide (dans des pays où la transmission des connaissances reste majoritairement orale) ont entraîné une certaine érosion des savoirs (Stafford, 2009).
3. La conversion progressive d'une grande partie de la population (notamment ouest-africaine) aux religions monothéistes s'est soldée par un certain détachement des pratiques animistes dans certains pays (Stafford, 2009).

Cette situation se retrouve en Asie du sud-est. Quasiment aucun usage de plantes « enthéogène » n'a été documenté au Laos et au Cambodge, alors que certaines espèces retrouvées dans cette zone contiennent des substances hallucinogènes (comme *Argyreia nervosa*) (Hofmann et Schultes, 1979). En revanche, on retrouve ces pratiques dans d'autres pays de la région (Népal, Indonésie, Bali, ...). Par ailleurs, un usage « enthéogène » de l'opium a été documenté dans le nord de la Thaïlande. Il est ailleurs principalement consommé pour ses propriétés antalgiques et relaxantes (usage thérapeutique et récréatif) (Rätsch, 1998).

Quelques informations retrouvées dans la littérature sont réunies dans le Tableau 18 pour illustrer ces pratiques qui semblent toujours présentes, bien que probablement marginales. Si l'usage de ces espèces « enthéogènes » peut à première vue sembler éloigné d'une pratique « médicale », notons que ces plantes sont souvent utilisées pour obtenir des « réponses » en consultant des entités immatérielles, que ce soit lors de sessions de divination, de rites de passage ou de processus thérapeutiques. Le sujet des empoisonnements sera traité ultérieurement dans ce travail.

Tableau 18. Quelques plantes enthéogènes utilisées en Afrique de l'ouest.

Noms latins	Généralités	Usages	Pharmacologie
Datura spp. <i>Solanacées</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La consommation de <i>Datura spp.</i> entraîne un délire pouvant durer de quelques heures à plusieurs jours, une amnésie, des hallucinations, un état de confusion, de dissociation, d'euphorie voire des comportements d'automutilation et de suicide¹. On note aussi des effets périphériques caractéristiques des atropiniques (sécheresse des muqueuses, rétention urinaire, mydriase...). 	<ul style="list-style-type: none"> • En Afrique de l'ouest, plusieurs espèces de <i>Datura</i> sont utilisées pour potentialiser l'effet de la bière ou du vin local¹. • Dans certains groupes peuls, une préparation réalisée à partir de graines de <i>D. metel</i> est donnée aux jeunes hommes au cours de la cérémonie du « <i>Sharo</i> »¹. • <i>D. metel</i>, mélangée à <i>Cannabis sativa / indica</i> serait (ou tout du moins l'aurait été) fumée dans plusieurs régions d'Asie et d'Afrique². 	<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs espèces appartenant au genre <i>Datura</i> sont utilisées sur le continent, notamment <i>Datura stramonium</i>, <i>Datura metel</i> et <i>Datura innoxia</i>¹. • La scopolamine, l'atropine et la hyoscyamine sont les principaux alcaloïdes parasympholytiques à l'origine des effets de ces espèces¹. Ils inhibent les transmissions cholinergiques, notamment en antagonisant les récepteurs muscariniques.
Boophone disticha (L.f.) Herb. <i>Amaryllidacées</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Le bulbe de la plante est utilisée dans les pratiques rituels, comme remède populaire et comme poison⁴. • Les symptômes associés à la consommation de <i>B. disticha</i> sont variés : perte de conscience, états psychotiques, troubles de la vision, état ébrieux sont associés à une augmentation de la température corporelle et de la tension⁵. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans la partie sud du continent africain, <i>B. disticha</i> est utilisée comme enthéogène pour communiquer avec les esprits des ancêtres (Zimbabwe) ou dans certaines cérémonies (Afrique du Sud)³. • En Afrique de l'ouest, elle est utilisée notamment mélangée à <i>Securidaca longepedunculata</i> pour ses propriétés psychoactives⁴. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les principaux alcaloïdes portant l'activité hallucinogène de <i>B. disticha</i> seraient la galantamine (inhibe de l'acétylcholinestérase et potentialise l'action de l'acétylcholine sur les récepteurs nicotiniques) et la buphanidrine (activité proche de celle de la hyoscyamine). D'autres alcaloïdes agiraient plutôt sur les voies sérotoninergiques⁵...
Monodora myristica (Gaertn.) Dunal <i>Annonacées</i> et Myristica fragrans Houtt. <i>Myristicacées</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La consommation des noix de ces deux espèces (« Noix de muscade » pour <i>M. fragrans</i> et assimilé pour <i>M. myristica</i>) entraîne une désorientation, des hallucinations, des vertiges, une certaine euphorie mais également des crises d'angoisse, des nausées et vomissements et de possibles céphalées⁶. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les noix de <i>M. myristica</i> sont utilisées dans une partie de l'Afrique de l'ouest pour entrer en contact avec les esprits aquatiques (« <i>mamiwata</i> »). <i>M. fragrans</i> est plutôt utilisé en Inde, dans des rituels et comme aphrodisiaque⁴. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les deux plantes ont des profils pharmacognosiques semblables. La myristicine, l'élémicine, and le safole semblent porter l'activité psychoactive. Le mécanisme d'action n'est pas complètement élucidé. Il est possible que cela passe par des réactions d'amination qui transformeraient ces produits en dérivés amphétaminiques (MDMA, MMDA et TMA)^{4,6}.

Tableau 18. Quelques plantes enthéogènes utilisées en Afrique de l'ouest.

Noms latins	Généralités	Usages	Pharmacologie
<p>Tabernanthe iboga Baill. Apocynacées</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>T. iboga</i> est essentiellement utilisée en Afrique centrale. Néanmoins, bien qu'aucune publication ne fasse état d'un usage au Togo, au Mali ou au Burkina, elle figure dans ce tableau en raison de sa renommée importante et sa diffusion grandissante : le culte <i>Bwiti</i> s'étend dans les pays adjacents au Gabon et on retrouve un usage de cette plante en Europe et aux Etats unis⁴... 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour plusieurs ethnies ouest-africaines, <i>T. iboga</i> est un « pont vers les ancêtres ». Cette espèce est utilisée dans plusieurs rituels et dans le culte du fétiche depuis des temps anciens⁴. • Elle est particulièrement utilisée dans les rituels des cultes <i>Bwiti</i> et <i>Mbiri</i> originaires du Gabon, et comme aphrodisiaque au Congo⁴. • <i>T. iboga</i> est fortement hallucinogène avec une petite composante stimulante⁴. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>T. iboga</i> contient plusieurs alcaloïdes à noyaux indoles pouvant être classés selon 3 catégories⁴ : <ol style="list-style-type: none"> 1. Dérivés de l'ibogaïne (alcaloïde majoritaire) 2. Dérivés de la voacangine 3. Voaphylline • Nombre de ces molécules présentent une activité sur le système nerveux central (liaison aux récepteurs NMDA, 5HT3, D1 et D2, muscariniques et opiacés entre autres) pouvant expliquer l'effet hallucinogène¹. • De nombreuses autres espèces du genre <i>Tabernaemontana</i> contiennent un profil d'alcaloïde similaires⁷.
<p>Voacanga spp. Apocynacées</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'usage des différentes espèces du genre <i>Voacanga</i> est peu documenté. Les secrets de son utilisation restent bien gardés par les sorciers et guérisseurs africains⁴... • D'après les récits de personnes ayant consommé <i>V. africana</i> (<i>syn. angolensis</i>), des effets stimulants sont atteints avec de faibles doses. A plus fortes doses, des hallucinations « introspectives » couplées à une perte de connaissance et des rêves particulièrement réalistes peuvent se produire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs espèces appartenant au genre <i>Voacanga</i> sont utilisées pour leurs effets psychoactifs⁴. • <i>V. africana</i> est utilisé par des guérisseurs et sorciers pour obtenir des « visions ». Cette espèce est également utilisée pour la chasse et comme stimulant⁴. • <i>V. bracteata</i> serait utilisé au Gabon comme substitut au Cannabis sativa / indica⁴. • Les graines de <i>V. dregei</i> seraient également utilisées par des guérisseurs et sorciers ouest-africains lors de pratiques divinatoires⁴. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'ensemble de ces espèces contient des alcaloïdes à noyau indole (jusqu'à 10% pour <i>V. africana</i>) : voacamine (alcaloïde principal), dérivés de la voacorine, voacangine⁴. De l'ibogaïne a également été isolée dans <i>V. africana</i>⁹. La composition est donc proche de <i>T. iboga</i>. • L'activité des alcaloïdes de <i>V. africana</i> (autres que l'ibogaïne et ses dérivés) sur le système nerveux central a été établie, mais ses propriétés pharmacodynamiques ont peu été étudiées^{7,8}...

2.4 Bilan intermédiaire

La valorisation des médecines traditionnelles est bien une dynamique mondiale. L'OMS voit ces pratiques comme un vecteur d'accès aux soins à condition qu'elles soient rationnelles, sûres, et articulées avec le secteur « biomédical ». La mise en place de recommandations visant à inclure les médecines traditionnelles dans les politiques de santé régionales et nationales a pris un certain temps malgré le dynamisme de certains états, mais a néanmoins permis d'accélérer la création de cadres législatifs et la reconnaissance des médecines traditionnelles par de nombreux états.

Notons que ces thématiques sont toujours d'actualité : la déclaration d'Astana du 25 et 26 octobre 2018 rappelle que le développement de l'accès aux soins de santé primaires doit prendre en compte les savoirs traditionnels et que les pratiques de médecine traditionnelle sûres, efficaces et de qualité doivent être intégrées à l'offre de soin.

La promotion de médecines traditionnelles « intégrées » aux systèmes de santé est intéressante mais présente néanmoins quelques limites :

1. La « phagocytose » des seules pratiques de médecine traditionnelle partageant un apparemment certain avec le secteur biomédical, ce qui laisserait le volet social de côté, alors justement que notre modèle cherche à mieux prendre en compte les déterminants de la santé dans la prise en charge des patients...
L'incorporation de pratiques de médecine traditionnelle chinoise dans nos pratiques cliniques occidentales en est une belle illustration : nous conservons les aspects mécaniques en laissant de côté toute une partie des enseignements théoriques (*yin/yang*, circulation du *qi*, approche dynamique de la personne et relation à l'environnement...).
2. « L'excès de valorisation » n'est pas sans danger. Chercher à tout prix à renforcer le rôle des tradipraticiens peut être fait au détriment du renforcement des systèmes de santé (en termes de ressources matérielles et humaines), ce qui accentuerait les inégalités d'accès aux soins. Par ailleurs, des effets paradoxaux peuvent être observés (accréditation de « charlatans » qui vont ensuite exercer dans d'autres pays, ...).

Une question, dans cette politique d'évaluation, de standardisation et de rationalisation des médecines traditionnelles reste centrale : nos modèles d'évaluation sont-ils adaptés ? Comment évaluer sur la base de critères biomédicaux des pratiques qui justement se distinguent par des référentiels différents ? En médecine traditionnelle chinoise, comme nous l'avons vu précédemment (partie 1.3), deux patients présentant une symptomatologie identique, codifiée de la même façon suivant une nosographie « biomédicale » peuvent se voir prescrire deux traitements différents. Comment dans ce cadre réaliser des essais cliniques sur la base de critères d'inclusion « biomédicaux » ?

Il convient enfin de dire un mot des droits associés aux connaissances traditionnelles. Si l'OMS n'a pas statué sur ce point, l'Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle (OMPI) travaille depuis les années 50 sur cette thématique. Après quelques accords internationaux, la convention de Rio de 1992 reconnaît officiellement les connaissances traditionnelles et propose la mise en place d'accords de consentement et de partage des avantages. En 2010, le protocole de Nagoya est mis en place par l'ONU. Bien que non ratifié par l'ensemble des états membres, et pouvant complexifier les rapports entre des acteurs aux intérêts contradictoires, il réaffirme la reconnaissance et les droits associés aux connaissances traditionnelles.

• **Au niveau des états**

Dans les cinq pays étudiés ici, on retrouve des points communs structurels mais également des disparités. Les systèmes de santé sont construits sur un modèle similaire pyramidal, dont la base reste « communautaire », entre « aller vers » et « faire avec » les populations les plus exclus du soin. Si cette politique a permis des progrès ces 25 dernières années (Figure 25), augmentant l'accès aux structures sanitaires de base, des disparités importantes subsistent à la fois entre les pays mais également entre les milieux urbains et ruraux d'un même territoire (Figure 26). De plus, l'approche dite « communautaire » est à relativiser. Si au Mali, les communautés participent activement à la gestion des structures (malgré l'implication de l'Etat qui continue d'être un bailleur des centres de santé communautaire), dans d'autres pays (comme au Burkina Faso) l'adjectif « communautaire » est appliqué à une démarche étatique qui reste descendante et s'éloigne quelque part du fondement de l'action en santé communautaire telle que définie dans la première partie de ce travail.

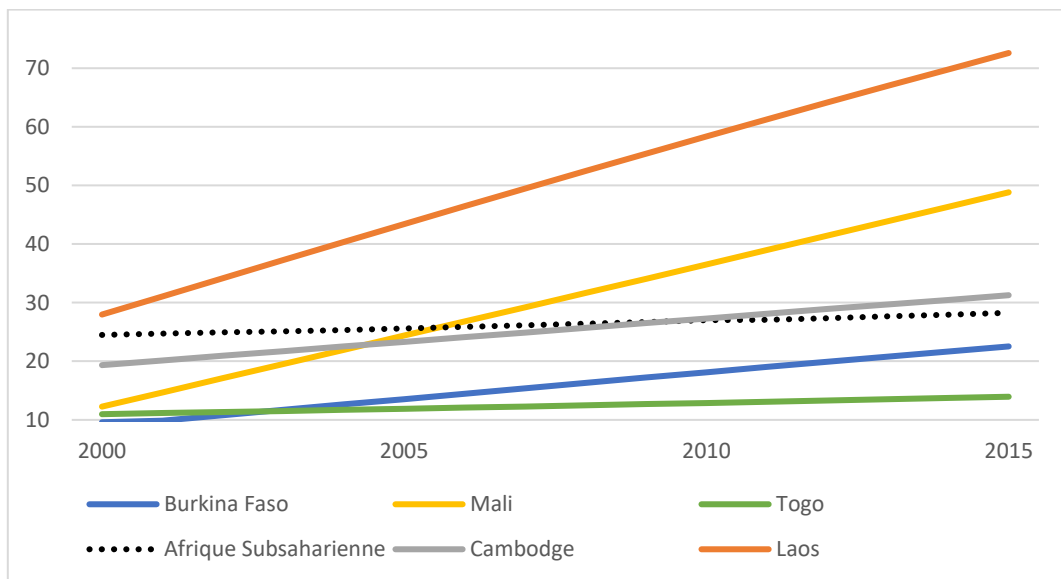


Figure 25. Part des populations ayant recours aux structures sanitaires « de base » (en %) depuis 2000 (d'après les données de la banque mondiale).

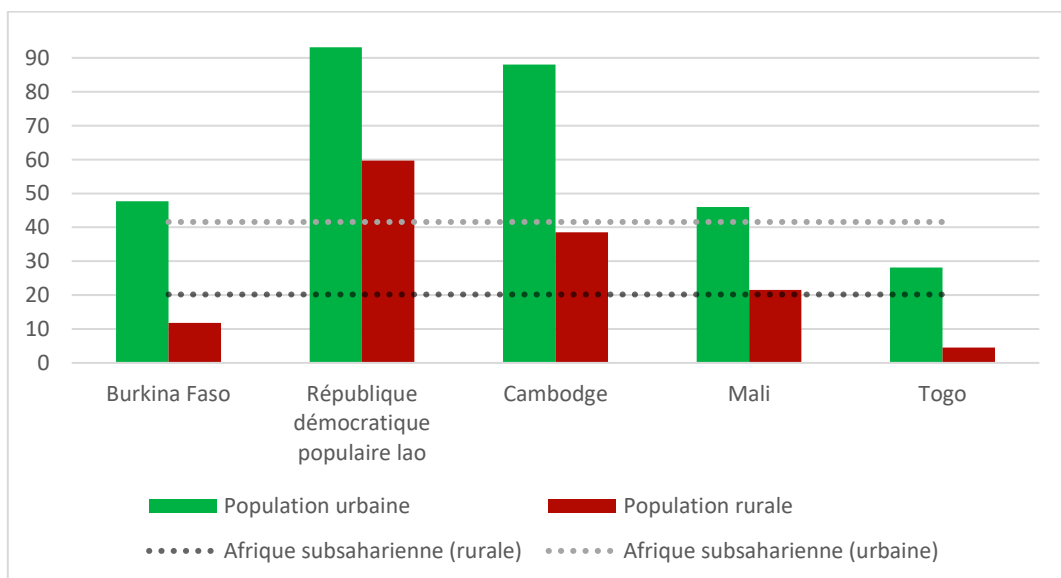


Figure 26. Part de la population urbaine/rurale ayant recours aux structures sanitaires de base (en %) en 2015 (d'après les données de la banque mondiale).

Parallèlement, l'ensemble de ces pays subissent une transition épidémiologique. L'accent mis depuis une trentaine d'année sur la lutte contre les maladies transmissibles, la malnutrition et l'amélioration de la santé materno-infantile a permis de diminuer la mortalité liée à ces différents facteurs. L'augmentation de l'espérance de vie, couplée à des changements de mode de vie (exode rurale notamment) a entraîné une augmentation de la mortalité imputable aux maladies cardiovasculaires, aux pathologies respiratoires chroniques et aux cancers (figure 27).

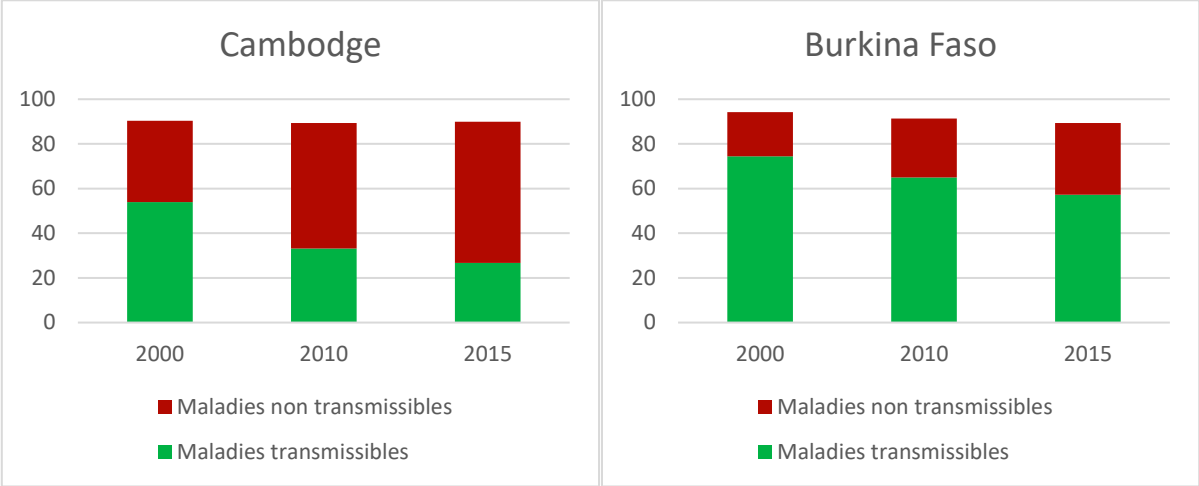


Figure 27. Part des maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, respiratoires chroniques et cancers) et transmissibles (incluant la malnutrition et la santé materno-infantile) dans les causes de décès au Cambodge (à gauche) et au Burkina Faso (à droite) entre 2000 et 2015 (d'après les données de la banque mondiale).

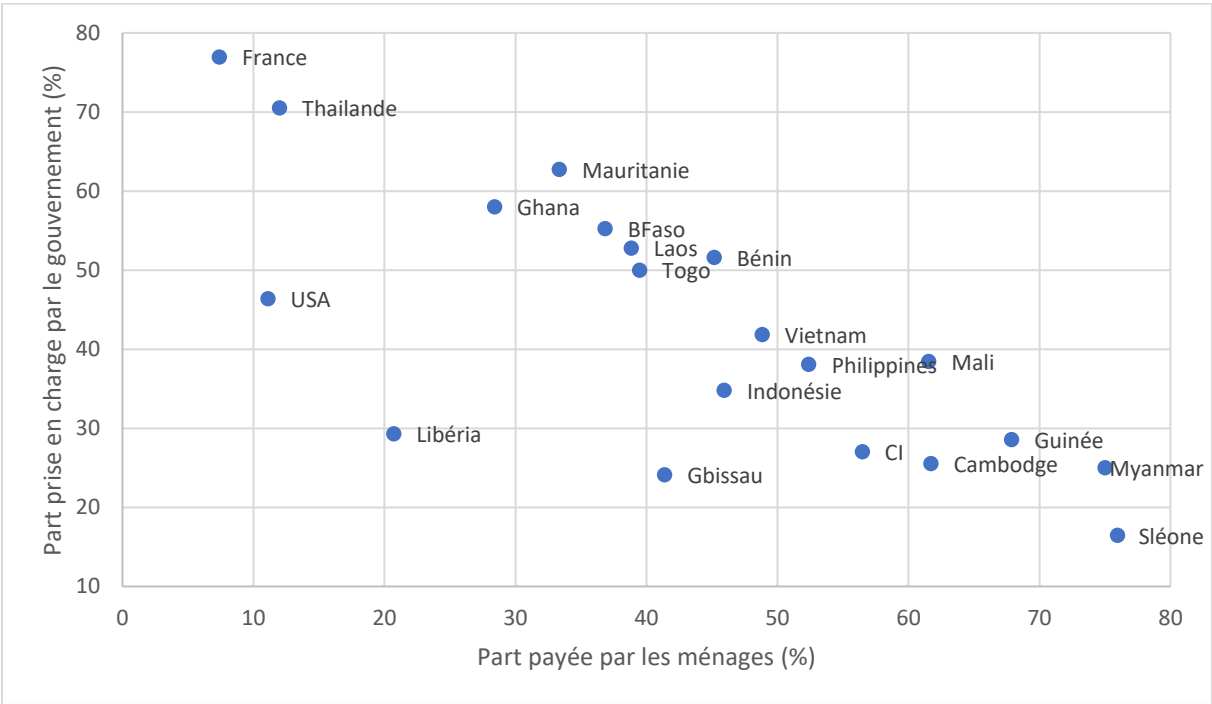


Figure 28. Part du coût des soins prise en charge par le gouvernement (en ordonnée) et payée par les ménages (en abscisse) (d'après l'OMS, 2014).

Cette transition épidémiologique met à rude épreuve les systèmes de santé des pays étudiés qui sont majoritairement basés sur des modèles où les patients, ne disposant pour la plupart pas d'assurance maladie, paient les soins (Figure 28). Les restes à charge peuvent être importants et faire basculer les foyers dans la pauvreté. Ce modèle dit « OOP » (« Out Of Pocket ») ne peut répondre à une transition épidémiologique où le coût des soins peut être élevé et régulier dans le temps...

• **A propos des médecines traditionnelles**

Tous les pays étudiés dans cette partie ont au moins amorcé une réflexion sur l'exercice des médecines traditionnelles et leur inclusion dans les politiques de santé. De nombreux états ont par ailleurs légiféré sur cette question. Néanmoins, à l'heure actuelle, ces pratiques restent largement informelles et le cadre légal insuffisant.

De plus, s'intéresser aux médecines traditionnelles sous l'angle politique soulève la question : la valorisation de ces pratiques ne serait-elle pas perçue, par les politiques, comme un simple outil de « *soft power* », un moyen d'influence non coercitif ? L'histoire récente de l'ayurvéda est intéressante à étudier de ce point de vue. Pour Lucie Dejouhanet, son revitalisme depuis la fin du dix-neuvième siècle tiendrait plus d'un sentiment patriotique associé à un « *désir de lutter contre l'impérialisme médical de la biomédecine* » que d'une véritable solution pour améliorer l'accès aux soins (Dejouhanet, 2009).

Avec la mondialisation, le « modèle ayurvédique » s'exporte, tiraillé entre une volonté gouvernementale et une volonté industrielle. Il a dû s'adapter, se transformer pour être à la fois validé scientifiquement et conforme aux « *évolutions du marché de la santé* » (Dejouhanet, 2009). Pour Lucie Dejouhanet, l'ayurvéda actuel est ainsi un « produit culturel de la mondialisation », qui se développe en partie en surfant sur des préjugés parfois hasardeux de « *médecines douces* » opposées aux « *mauvaises pratiques occidentales* » (Dejouhanet, 2009).

Cette analyse soulève des questionnements intéressants, qui viennent renforcer nos observations précédentes. Il apparaît nécessaire d'étudier, de recenser et de rationaliser une partie des pratiques qui continuent de présenter des risques pour les patients, notamment en utilisant des espèces toxiques. Néanmoins, une valorisation outrancière des médecines traditionnelles à des fins plutôt politiques risque de présenter des effets paradoxaux et de finalement freiner l'accès des populations à des soins de qualité...

PARTIE 3 : DES PATIENTS ET DES ITINERAIRES THERAPEUTIQUES...

« L'art de la médecine consiste à distraire le malade pendant que la nature le guérit » - Voltaire (1694-1778).

Au cours des deux premières parties de ce travail, nous avons adopté une approche « macro » se focalisant sur les grands systèmes nosologiques et les aspects politiques, législatifs et économiques gravitant autour de la « valorisation des médecines traditionnelles ».

Cette première approche du sujet a permis de souligner la pluralité des pratiques et la diversité de l'offre de soins dans les cinq pays d'intérêt de ce mémoire, entre le secteur public et le privé, le secteur traditionnel et biomédical, entre médecines dites « savantes » et pratiques de soins populaires. Nous avons par ailleurs montré la porosité et parfois l'absence de frontières de ces différents « champs » et les nuances que l'on peut apporter à ces qualificatifs

Le cadre ainsi posé, nous permet désormais de changer d'approche, en s'intéressant aux patients et de à la place qu'occupent les médecines traditionnelles dans les « itinéraires thérapeutiques ». La réponse (ou l'ébauche d'une réponse) à cette question suppose d'abord une analyse plus fine du pluralisme médical précédemment décrit, ainsi que des facteurs qui sous-tendent et influencent les recherches de réponses thérapeutiques. Dans un second temps, nous adopterons un point de vue plus « anthropologique » en s'intéressant aux représentations de la maladie au travers de l'exemple de l'Afrique de l'Ouest.

3.1 Itinéraires thérapeutiques et pluralisme médical

• A propos des itinéraires thérapeutiques

On peut définir un itinéraire thérapeutique comme la « *succession des recours aux soins depuis le début jusqu'à la fin de la maladie (guérison, stabilisation ou décès)* » (Mahaman, 2012). L'itinéraire est ainsi formé par les « *chemins parcourus* » par un patient qui va chercher des réponses thérapeutiques à un épisode morbide (Mahaman, 2012). Le terme de « *cheminement thérapeutique* » est ainsi utilisé par Raymond Massé (Massé, 1997).

Les itinéraires thérapeutiques sont souvent séquencés, rarement réduits à un recours unique et visent à mettre un terme à un épisode jugé comme anormal. Les recours aux soins sont des demandes auprès de personnes ou d'institutions qui ne se définissent pas toujours comme des soignants, mais vont participer d'une certaine façon à la réponse thérapeutique (Lallemant et al., 1985).

Ces itinéraires s'inscrivent dans un parcours plus large, accompagné par des transformations sociales (familial et professionnel notamment) ; les conduites de soins sont ainsi incorporées dans l'univers social du patient, et l'analyse des itinéraires thérapeutiques ne doit pas négliger ce point (Benoist, 1996) (Mahaman, 2012).

• A propos du pluralisme médical

Le concept de pluralisme médical a été brièvement évoqué dans la première partie de ce travail. Issu des réflexions de Charles Leslie dans les années 70, il a été repris par de nombreux auteurs et a constitué une pierre angulaire des travaux en anthropologie de la santé. On peut voir ce concept sous trois aspects (Horbst, 2018) :

1. Scientifique, avec l'objectif de décrire la diversité des itinéraires thérapeutiques, des logiques et des pratiques qui sous-tendent la diversité de l'offre de soin.
2. Politique, avec l'objectif de défendre l'existence de pratiques et de systèmes n'appartenant pas au champ biomédical.
3. Théorique, comme outil analytique de la variabilité et de la spécificité contextuelle des recours et pratiques de soins.

L'étude du pluralisme médical, selon l'angle choisi, oscille donc entre la compréhension des pratiques de soins sortant du champ biomédical et l'exploration de phénomènes socio-culturels.

Au cours des deux premières parties de ce mémoire, nous avons souligné une offre de soin plurielle ; une schématisation en est proposée page suivante (Figure 29). Cette représentation est tout à fait imparfaite puisqu'elle ne tient pas compte des interpénétrations entre les différents secteurs, de leur porosité. Néanmoins, elle présente le mérite de synthétiser les éléments vus précédemment tout en les classant. Nous nous attacherons dans la suite de ce travail à décrire ces différents types de recours aux soins, en essayant de mettre en lumière les facteurs influençant les trajectoires des itinéraires thérapeutiques associés à cette pluralité de l'offre de soin où « *de multiples logiques déterminent de multiples formes de rationalité qui cohabitent* » (Massé, 1997).

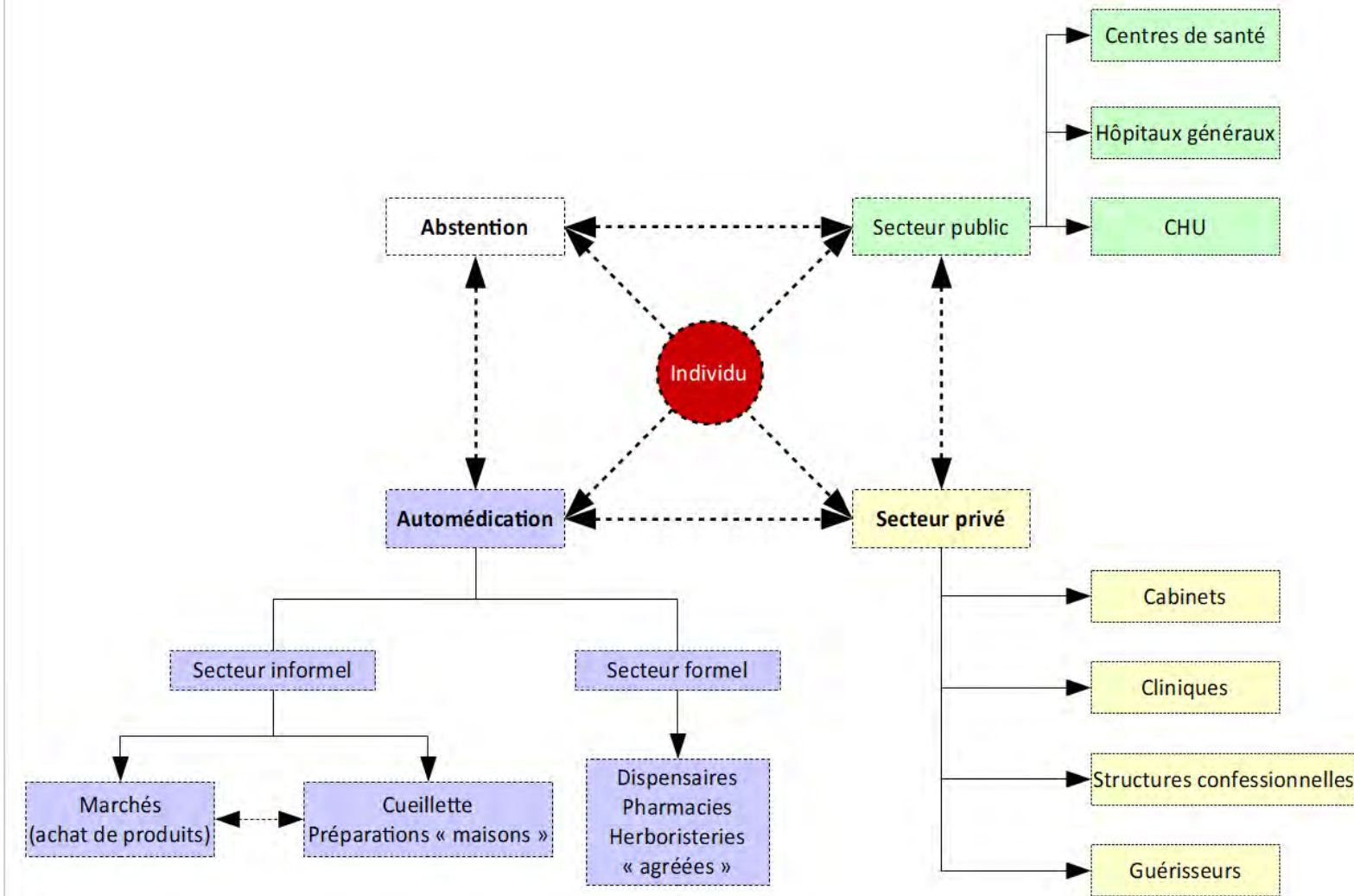


Figure 29. Vue synthétique de la pluralité de l'offre de soins dans les cinq pays étudiés.

3.1.1 L'automédication

Littéralement, l'automédication signifie « l'emploi d'un remède pour soi-même » (du grec *autos*, et du latin *medicatio*). De nombreuses définitions existent, souvent partielles ou discutables, traitant l'automédication comme un comportement associé à la consommation de médicaments à prescription facultative, ou tout du moins sans prescription médicale, mais pouvant être associée à des conseils émanant de l'entourage ou de « professionnels » (Pignorel, 2014) (Fainzang, 2010).

La définition proposée par Sylvie Fainzang reste probablement la plus complète. Elle définit l'automédication comme « l'acte, pour le sujet, de consommer de sa propre initiative un médicament sans consulter un médecin pour le cas concerné, que le médicament soit déjà en sa possession ou qu'il se le procure à cet effet dans une pharmacie ou auprès d'une autre personne » (Fainzang, 2010). On exclut donc ici la demande par une personne à un prescripteur d'un médicament précis. C'est cette définition que nous conserverons dans la suite de ce travail, en gardant en tête qu'un produit de santé n'ayant pas de statut juridique peut être un médicament aux yeux des personnes le consommant ou le vendant (médicament « par présentation » au sens de l'article L.5111-1 du code de la santé publique français).

En Afrique subsaharienne, la prévalence de la pratique de l'automédication est estimée entre 12 et 76% (Ouédraogo et al., 2015). Cette forte variation est également mentionnée pour les pays d'Asie du Sud-Est (Wijesinghe et al., 2012).

La place de l'automédication dans les politiques de santé nationales est variable, oscillant entre une valorisation (qui diminuerait les dépenses de santé pour les médicaments pris en charge par les systèmes d'assurance maladie) et dépréciation (à cause, notamment, des risques iatrogènes).

Pour les cinq pays auxquels nous nous intéressons ici, l'offre en matière d'automédication est assez similaire. On retrouve dans chaque cas un marché formel, représenté par les pharmacies, dispensaires, herboristes « officiels » ou « agréés ». Il est complété par un marché informel, constitué de « pharmacies par terre » (Jaffré, 1999) ou « pharmacies-trottoirs » (Marcel, 2016) le long des rues, des marchés ainsi que de vendeurs « non officiels » de produits de santé aux statuts juridiques parfois flous... Notons que le recours à la trousse de médicaments « familiale » a un pendant « traditionnel » représenté par la cueillette ou l'utilisation de préparations « maison ». On observe donc un « effet miroir » entre secteurs formels, informels et familiaux, entre champs du « biomédical » et du « traditionnel », qu'illustre la Figure 30.

	Secteur formel	Secteur informel	Secteur « familial »
Champ du « biomédical »	Pharmacies Dispensaires	« Pharmacies par terre »	Trousse à pharmacie familiale
Champ du « traditionnel »	Herboristes « agréés »	Vendeurs de produits de santé, de plantes en vrac...	Cueillette, préparations « maisons »

Figure 30. Un effet miroir de l'offre en matière d'automédication dans les cinq pays d'intérêts de ce mémoire.

• **Quelques données générales**

Au Togo, l'étude de Ayi Gilles Afotoukpé Arnaud D'Almeida réalisée en 2003 sur 306 personnes non soignantes habitant dans des quartiers populaires de Lomé a permis de mettre en évidence une proportion élevée de personnes pratiquant l'automédication (93% des répondants l'ont pratiquée dans les 30 derniers jours). Ce taux était significativement supérieur chez les personnes ayant une activité professionnelle (96% contre 82%, $p=0.01$). Les personnes avaient recours à l'automédication pour des affections variées, essentiellement aiguës (céphalées, suspicion d'accès palustre, fièvre...) mais également chronique (hypertension artérielle, asthme notamment, mentionnés par 13 et 21% des pratiquants). Les médicaments étaient le plus souvent achetés en pharmacie (43,9% des cas), mais également chez des « vendeurs de médicaments génériques » (23% des cas) et sur les « marchés parallèles » (17,4% des cas). Une part non négligeable des répondants déclaraient avoir obtenu le médicament dans la « boîte à pharmacie » (11,5%) et auprès de parents et amis (3,8%) (D'Almeida, 2003).

Les principaux médicaments utilisés par les personnes ayant déclaré s'automédiquer dans les 30 derniers jours lors de cette étude sont recensés dans le Tableau 19. Une différenciation étant faite par l'auteur entre « paracétamol » et « antalgiques », on en déduira qu'il s'agit d'antalgiques hors paracétamol. De même pour la différenciation faite entre « antipaludiques » et « chloroquine ». On note une large prépondérance de traitements symptomatiques (antalgiques, antitussifs...) ou indiqués dans la prise en charge d'affections aiguës, ayant une efficacité perçue comme « rapide » sur les symptômes (antibiotiques, antipaludiques, ...).

Tableau 19. Principaux médicaments et classes thérapeutiques utilisés en automédication au Togo en 2003 (d'après d'Almeida, 2003).

Médicaments (ou classes thérapeutiques)	Nombre de personne déclarant avoir utilisé ce médicament (ou cette classe) sur les 30 derniers jours	Fréquence d'utilisation
Paracétamol	283	98%
Autres antalgiques	153	53,4%
Antibiotiques	153	53,4%
Vermifuges	143	50%
Antitussifs et expectorants	132	46%
Antipaludiques (hors chloroquine)	122	42%
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	112	39%
Chloroquine	102	35%
Antimycosiques (antifongiques)	92	32%
Vitamines	92	32%
Antidiarrhéiques	82	28,6%
Laxatifs	41	14,3%
Antiémétiques	36	12,5%
« Tranquillisants »	31	10,8%
Pansements gastriques	30	10,4%
Antiasthmiques	30	10,4%
Antihypertenseurs	25	8,7%
Autres	35	12,2%
Total des répondants	286	

On observe des données similaires à Ouagadougou à la même époque. Dans un travail réalisé auprès de plusieurs officines, 790 patients ont été interrogés. 53% se présentaient pour une demande précise, 44,5% pour une délivrance à la suite d'une prescription et 2,5% cherchaient un conseil pharmaceutique. Les principaux symptômes associés à la pratique de l'automédication étaient similaires (suspicion d'accès palustre, céphalées, fièvre, douleurs) avec néanmoins un recours aux antipaludéens plus important qu'au Togo (Sanfo, 1999). D'autres travaux réalisés par l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) rapportent des proportions similaires. Sur les 2163 personnes interrogées dans la capitale burkinabè (IRD, 2006) :

- 60,7% ont eu recours à l'automédication
- 25,9% ont eu recours au système de santé
- 13,4% n'ont rien fait (abstention thérapeutique)

On retrouve un tableau présentant des similarités, mais également des différences en Asie du Sud-Est. L'étude de Yanagisawa et al., réalisée en 2002 au Cambodge (province du Kandal) s'est intéressée aux recours aux soins de 677 personnes ayant été malades dans les 30 derniers jours. Plus de 60% ont utilisé des remèdes « maisons » en première intention, remèdes consistant dans la quasi exclusivité des cas au *koh khchol*, pratique consistant à frotter la peau avec une pièce (Yanagisawa et al., 2004). Un baume mentholé / camphré (*preug khchol*) est appliqué au préalable sur les zones massées (généralement le dos, le cou, le thorax et/ou les bras) (Khun et al., 2007).

Dans cette même étude, le recours à l'automédication était mentionné par plus de 40% des répondants. Les médicaments provenaient des *phateah chin*, boutiques vendant des produits de santé locaux et « occidentaux ». La grande majorité des familles avait recours à un médicament, le *thnum khchol* (« médicament du vent »), mélange de baume liquide, de menthol, de camphre et d'ingrédients variés, consommé par voie orale après dilution dans de l'eau (Yanagisawa et al., 2004).

Une autre étude, ethnographique cette fois, menée dans la province de Kampong sur l'année 2003/2004 note qu'environ la moitié des femmes interrogées (échantillon de 38 femmes) a eu recours à l'automédication en première intention pour soigner leurs enfants. Les pratiques varient, allant de l'achat de médicaments à l'utilisation de la trousse à pharmacie en passant par l'utilisation de préparations végétales et le « massage à la pièce » (Khun et al., 2007).

Les pratiques d'automédication ont néanmoins évolué au Cambodge depuis les années 2000. Si l'on compare les résultats de deux études relatives à l'utilisation des services de santé réalisées par le gouvernement en 2000 et 2014, on note un recours à l'automédication qui reste relativement constant sur la période et des itinéraires thérapeutiques variés selon le lieu de vie (urbain ou rural). Néanmoins, en milieu urbain, comme en milieu rural, on observe (Gouvernement cambodgien, 2000) (Gouvernement cambodgien, 2014) :

- une diminution importante de l'achat de médicaments sur les marchés, que ce soit en milieu urbain ou rural.
- une forte augmentation de l'achat de médicaments en pharmacies, que ce soit en milieu urbain ou rural.

Enfin, on observe des données sensiblement similaires au Laos, où deux travaux de thèse ont permis d'obtenir quelques données relatives à la prévalence de l'automédication. Céline Caillet a ainsi observé que sur 144 personnes interrogées en 2013 dans plusieurs districts du pays, seulement 30,6% des répondants n'avaient jamais recours à l'automédication. Le reste s'y tournant souvent (8,3%), parfois (13,8%) ou rarement (47,2%) (Caillet, 2013). De son côté, Virginie Mobillion trouve un recours à l'automédication dans 69% des cas (654 adultes et 708 enfants interrogés sur leur dernier épisode

morbide). Cette prévalence serait plus importante chez les adultes (75%) que chez les enfants (69%). Elle considère par ailleurs que la part des personnes ayant eu recours à certaines pratiques de santé populaires en automédication (repos, massage, offrandes, alimentation, ...) est marginale. L'utilisation de « produits de santé traditionnels » ou de préparations populaires diverses n'est pas quantifiée par l'auteure (Mobillion, 2010). Dans ces deux études, la majorité des médicaments était dispensée dans des pharmacies agréées. Ces données rejoignent celles de la banque mondiale, qui évaluait une prévalence de l'automédication de plus de 60% en 2007-2008 (Banque mondiale, 2010).

• **Les déterminants du recours à l'automédication**

Lorsque l'on s'intéresse aux déterminants du recours à l'automédication, on observe également des points de convergence. Dans l'étude de D'Almeida à Lomé, les motivations suivantes ont été identifiées (D'Almeida, 2003) :

1. Motivations financières. Elles concernent 52% des 306 répondants.
2. Motivations organisationnelles. 27% des répondants déclarent avoir recours à l'automédication par manque de temps.
3. Autres. 21% des répondants évoquent d'autres déterminants : maladie perçue comme bénigne ou « connue » par les personnes, ancienne ordonnance à renouveler, ...

Par ailleurs, dans cette même étude, notons que la majorité (57%) des personnes interrogées se déclarent satisfaites de cette pratique. 30% sont peu satisfaites, et 11% déçues car elles n'ont pas perçu de résultats ou ont été confrontées à une aggravation des symptômes. En cas d'échec du traitement, seulement 17% des répondants ont déclaré attendre plus de trois jours pour aller consulter un médecin (D'Almeida, 2003).

Dans les travaux réalisés au Burkina Faso, les proportions ne sont pas les mêmes, mais on retrouve des motivations communes. En interrogeant les patients ayant recours à l'automédication à Ouagadougou, Lassana Sonfo met en avant les déterminants suivants en 1999 (Sonfo, 1999) :

1. La connaissance et/ou la banalisation de certaines maladies pour 70,6% des répondants.
2. Les problématiques liées aux relations prescripteurs-patients pour 17,6% des personnes interrogées. L'auteur inclut dans cette catégorie l'incompétence perçue de certains prescripteurs, le mauvais accueil dans les structures de santé et les difficultés d'accéder à une consultation.
3. Les difficultés financières pour 10,1% des répondants
4. Le recours à l'automédication pour des maladies « honteuses » ne concerne que 0,8% des personnes interrogées.

Sidbéwendin David Olivier Ilboudo partage ce constat en étudiant le recours à ces pratiques en région rurale à l'ouest du Burkina en 2016. Pour cet auteur, du fait des connaissances populaires et d'un accès facile au médicament, l'automédication suivrait une logique « d'anticipation sur la prescription médicale ». Elle pourrait également traduire une sorte de « revendication [...] de l'indépendance du corps vis-à-vis des professionnels », ce qui ne transparait pas dans les travaux précédents. Tenter de se soigner seul, ou en famille, serait ainsi lié à l'importance de la « connaissance personnelle de soi ». Cette expertise du patient entraînerait une stratégie d'évitement des soins au centre de santé, notamment pour éviter de se placer dans un rapport de force avec le personnel soignant en cas de désaccord sur le diagnostic ou le traitement. La consultation aurait quand même lieu en cas d'échec (Ilboudo, 2016).

Yannick Jaffré apporte des éléments supplémentaires en s'intéressant aux pharmacies de rues maliennes. Pour lui, l'attractivité de ces vendeurs informels s'expliquerait en partie par une homogénéité des représentations entre le patient et le vendeur. Interprétations des principes actifs, modes d'action et symptômes sont semblables, inscrits dans un même corpus « médico-linguistique » illustré dans le Tableau 20 (Jaffré, 1999).

Tableau 20. Quelques spécialités retrouvées sur les marchés maliens (d'après Jaffré, 1999).

Dénomination populaire	DCI ¹ indiquée sur le produit	Pathologies perçues comme des indications pour cette spécialité
<i>Amosisilin</i>	Amoxicilline	<i>Funun kònòbòli</i> (Littéralement traduit par « ventre qui court », correspondant à une diarrhée)
<i>Nyèna tulunin</i> (Traduit par « petite huile de l'œil »)	Auréomycine 1%	<i>Nyèdimi</i> (Traduit par « mal aux yeux »)
<i>Aspirini farigan fura</i> (Traduit par « médicament du corps chaud »)	Aspirine 500	<i>Kundimi et farigan</i> (Traduit respectivement par « maux de tête » et « corps chaud »).
<i>Dafurukubanin</i> (Traduit par « les grosses joues »)	Dexaméthasone	Bònya (traduit par « grossir »)

¹DCI est l'acronyme pour Dénomination Commune Internationale

Enfin, Yoro Blé Marcel mentionne l'existence d'une certaine « culture médicale familiale » en Afrique de l'Ouest, où l'on se soigne en famille sur la base de remèdes contre les maladies courantes connues des parents et grands-parents (Marcel, 2016). Cette tendance peut être illustrée par le Tableau 21, estimant la prévalence des pratiques d'automédication en milieu rural au Burkina Faso au début des années 90. L'auteur précisait déjà à l'époque que « *le premier thérapeute est l'entourage* » (Vaugelade, 1991).

Tableau 21. Le recours au soin au Burkina Faso au début des années 90 (d'après Vaugelade, 1991).

Type de recours au soin sollicité	Part des personnes y ayant eu recours (n=998)
Tradipraticien	19%
Automédication « traditionnelle »	33%
Automédication « moderne »	8%
Vendeur de comprimés	14%
Agent de santé primaire	3%
Infirmier	22%

Ce serait dans cette « culture de l'auto-traitement » que s'insère l'objet médicament, participant à une dynamique de pharmaceuticalisation des soins en automédication (Desclaux et al., 2015).

Peu d'informations sont disponibles concernant les motivations sous-tendant la pratique de l'automédication au Laos. Dans le travail de thèse de Céline Caillet, on retrouve des raisons similaires à celle mentionnées ci-dessus (accessibilité géographique, pathologies jugées bénignes...) (Caillet, 2013).

On observe en revanche des différences sur les raisons du recours à l'automédication au Cambodge, principalement du fait que les patients sont moins, selon leur point de vue, dans une démarche d'automédication que ce que l'on pourrait penser. En effet, que les personnes se tournent vers des pharmacies, des « cabinets-détaillants » (cabinets d'infirmiers ou médecins dont l'activité est orientée autour de la vente de médicaments) ou d'autres sources d'approvisionnement, elles identifient toujours le « vendeur » comme un « professionnel ». Que les gens soient professionnels de santé ou non, ils sont désignés comme « *pet* » (diminutif de *krupet*, terme utilisé pour faire allusion aux professionnels du corps médical). Plus de la moitié des achats de médicaments dans ces lieux divers seraient réalisés sur la base de l'exposition des symptômes ou maladies, dans un échange perçu comme une consultation par un professionnel pour nombre de cambodgiens. Les patients gardent une certaine autonomie dans la décision de la durée de traitement, de la forme et de l'origine du produit acheté mais on observe globalement une dynamique inverse à la démarche ouest-africaine où les patients choisissent leurs médicaments (Bureau-Point et al., 2016).

3.1.2 A propos du recours aux structures sanitaires

Nous avons vu précédemment (partie 2.2) que malgré une volonté politique de développer un réseau de structures de santé publiques sur l'ensemble des territoires étudiés, leur utilisation par les populations restaient faibles. Les raisons de cette faible fréquentation sont résumées par :

- un accès géographique parfois difficile ;
- des coûts de prise en charge pouvant être variables et / ou élevés ;
- les comportements des professionnels de santé qui sont perçus comme mauvais (accueil, qualité des soins) par les populations à proximité.

Par ailleurs, nous avons également vu que de fortes disparités existaient au sein de chacun des cinq pays étudiés, que ce soit en termes de ressources humaines, comme en termes d'équipements des structures de soin. Nous avons aussi préalablement mentionné un secteur privé en plein essor, regroupant des structures de premier (cabinets médicaux et infirmiers par exemple) et second (cliniques et polycliniques) niveau de référence.

Nous nous intéresserons dans cette partie aux raisons motivant le recours à ces structures. Il convient préalablement de préciser que ce que nous entendons ici par « secteur privé » peut être découpé en :

- secteur privé à but non lucratif. Il est constitué par certaines structures confessionnelles ou d'ONG diverses. L'objectif est un équilibre des comptes, sans nécessairement de rentabilité.
- secteur privé à but lucratif. Ces établissements libéraux ont un objectif de rentabilité.

Cette séparation est importante puisque, comme on le verra, les motivations qui sous-tendent le recours à ces deux grandes « catégories » de structures sont différentes (Beogo et al., 2014). Enfin, notons qu'il ne sera pas question ici des guérisseurs et autres « professionnels » des pratiques « traditionnelles » qui seront abordées dans la partie suivante (partie 3.1.3).

• *Du côté de l'Afrique de l'Ouest....*

Du fait de la prévalence importante des pratiques d'automédication, le recours aux structures de soins a lieu de manière plutôt tardive (voire partie précédente). Lorsque les circonstances l'exigent, les consultations se font ainsi directement dans des structures de second, voire de troisième niveau de référence (hôpitaux de district, provinciaux et/ou CHU). Ce phénomène a été décrit dans l'étude de Yaméogo et al. au Burkina Faso. En s'intéressant aux itinéraires thérapeutiques des patients présentant des symptômes évocateurs de paludisme, les auteurs notent que (Yaméogo et al., 2014) :

- 91,4 % des personnes interrogées consultent directement au centre de référence du district, sans passer par le premier échelon du système de santé ;
- 72,7 % des personnes interrogées s'adressent au centre après échec de l'automédication.

Le même phénomène a été décrit au Togo. Dans plus de 90% des cas, le recours au secteur public se fait directement au niveau des centres hospitaliers régionaux et universitaires. L'utilisation tardive des services entraîne une prise en charge hospitalière à des stades plus avancés, et donc plus de risques pour les patients de ne pouvoir être soignés (Tursz, 1999).

Des travaux plus poussés (et plus récents) réalisés au Burkina Faso amènent des éléments de réflexion supplémentaires. Beogo et al. ont étudié le recours aux structures de santé en milieu urbain à Ouagadougou. Il ressort de leurs analyses que les patients se tournent vers ces établissements en cas de pathologies perçues comme « graves » (Beogo et al., 2014).

Par ailleurs, ces auteurs notent un secteur privé en plein développement, avec une part non négligeable de patients se tournant vers des structures à but lucratif. Les raisons motivant le recours à ces diverses offres de soins sont récapitulées dans le Tableau 22. On note que la proximité géographique, la rapidité de la prise en charge, la compétence du personnel et le coût composent les principaux facteurs influençant le choix du type de structure (Beogo et al., 2014).

Tableau 22. Facteurs sous-tendant le recours aux structures de santé selon la gravité perçue de la pathologie au Burkina Faso (en pourcentage de la population interrogée) (d'après Beogo et al., 2014).

<i>Gravité perçue</i> <i>Type de structure</i>	Bénigne			Grave		
	PL¹ (n=1105)	PNL² (n=970)	Public (n=3310)	PL¹ (n=428)	PNL² (n=539)	Public (n=1607)
Proximité	31,1	48,1	47,4	51,9	58,1	77,8
Compétence du personnel	31,0	25,0	28,1	22,0	15,6	3,0
Rapidité de la prise en charge	19,4	12,4	5,2	8,9	5,8	0,8
Permanence des soins	5,1	6,7	2,8	3,3	3,1	0,7
Relation(s) personnelle(s)	4,2	0,5	2,6	4,9	3,1	1,1
Satisfaction à la suite d'une précédente visite	2,3	2,8	1,4	1,6	2,4	0,5
Qualité des médicaments	2,2	0,4	1,7	0,2	0,0	0,6
Qualité du matériel	2,2	1,4	1,8	0,0	0,0	0,0
Prix	1,6	1,9	7,5	5,1	11,9	15,2
Autres	0,9	0,5	1,5	2,1	0,0	0,3

¹PL = Privé lucratif ; ²PNL = Privé non lucratif

Une enquête réalisée par la banque mondiale sur les établissements sanitaires privés note également une utilisation non négligeable de ces structures, notamment au premier « échelon » de la pyramide sanitaire. Les structures de référence (cliniques et polycliniques) arrivant plutôt en « bout de chaîne » de l'itinéraire thérapeutique. Les prix relevés dans cette étude montrent néanmoins que le coût des prestations proposées réserve leur accès aux plus riches. Le prix d'une césarienne dans une clinique (ou polyclinique) est 20 fois plus élevé que dans une structure publique équipée, représentant 7 à 8 fois le salaire minimum burkinabè. Une consultation en médecine général coûte 2 à 3 fois plus cher que dans le secteur public (Banque mondiale, 2012).

Par ailleurs, notons que les structures de santé confessionnelles occupent un espace important au sein des structures privées à but non lucratif dans la région ouest-africaine. Les données apportées précédemment dans le tableau 22 montrent des facteurs similaires de recours au secteur public ou privé sans but lucratif (Beogo et al., 2014). Néanmoins, d'autres auteurs avancent que parfois, ces structures ont meilleure réputation que les établissements publics de même niveau de référence. Si certaines causes objectives peuvent être avancées (équipement récent, subventions du « Nord », ...), il semblerait que cette différence s'expliquerait également par un a priori selon lequel les valeurs mises en avant par les religions monothéistes renforceraient les « vertus attendues » des professionnels de santé (Gruénais, 2004).

En effet, on retrouve des dysfonctionnements similaires avec les structures publiques. Bien que mieux équipé, le personnel de santé des structures confessionnelles serait parfois moins bien formé. De plus, l'offre médicale y est parfois incomplète (avec par exemple l'absence de dispositifs de planification familiale). En cas d'absence de partenariat avec le système de santé publique, ces établissements ne sont en effet pas tenus d'appliquer les politiques de santé relatives à la mise en place du « paquet minimal d'activité ». Enfin, les liens entre religions et médecine forment un terrain

propice aux « guérisons spirituelles » dans des régions où les savoirs, les pratiques et leurs représentations sont souvent empreintes de syncrétismes (Gruénais, 2004).

Malgré le développement du secteur privé et l'attractivité des structures confessionnelles, les structures de santé publiques semblent accueillir la majorité des patients. Cette tendance est illustrée par les données présentées dans le Tableau 23, extraites d'une étude réalisée dans la périphérie nord de Ouagadougou (où toutes ces structures sont présentes) en 2011. Ces auteurs notent également une variation dans le recours au soin selon le niveau de vie des habitants (les quartiers « non lotis » correspondant aux zones où vivent les plus pauvres). Ici encore, les principaux critères motivant le choix du lieu de soins sont l'accessibilité géographique, la connaissance du lieu, la compétence des professionnels exerçant, le coût et le fait que la structure soit « adaptée » à la situation rencontrée (Nikiéma et al., 2011).

Tableau 23. Type d'établissement de soins choisi par la population du quartier nord de Ouagadougou en 2011 (d'après Nikiéma et al.).

Secteur	Type d'établissements de soins		
	Confessionnel (en %)	Privé (en %)	Public (en %)
Loti	33,3	10,5	56,1
Non loti	18,9	1,9	79,2
Total	26,4	6,4	67,3

• *En Asie du Sud Est...*

Au Laos et au Cambodge, la situation est différente bien que l'on retrouve des similarités. Pour Jan Ovesen et Ing-Britt Trankell, la question de la santé au Cambodge est d'abord familiale. Le choix de la structure qui va prendre en charge le malade se fait après des délibérations « en famille ». Passé cette étape, il semble que les personnes se tournent peu vers les structures publiques. L'automédication reste le premier choix, et la consultation d'un docteur « de village » se fait en cas de problème plus sérieux. On note, parmi ces praticiens, un nombre important de « docteur à injections » (« injection doctors » ou « kru pet chak thnam ») nommé ainsi car privilégiant les voies d'administration parentérales. Ces pratiques font face à une demande importante des personnes qui les consultent, allant de pair avec des consultations à domicile. La recherche d'un effet rapide peut expliquer ce recours ainsi que les prescriptions et consommation importantes d'antalgiques et de corticoïdes par les populations locales (Ovesen et Trankell, 2010). Ce phénomène n'est pas sans rappeler les pratiques d'automédication en Afrique de l'Ouest, où l'accent est mis sur le(s) symptôme(s) et une amélioration rapide de l'état général.

En milieu urbain, les cliniques privées tenues à temps complet ou partielles par des médecins drainent une part importante de la population. Elles sont principalement localisées à Phnom Penh ou dans les capitales provinciales et ont une meilleure réputation que les établissements publics. La perception d'un mauvais accueil et d'une mauvaise qualité de soins touchent une part importante de ces établissements. Les raisons sont nombreuses (Ovesen et Trankell, 2010).

D'un point de vue historique, dans le contexte d'urgence post-génocide du début des années 80, un nombre important de professionnels non qualifiés ont été recrutés pour répondre rapidement aux besoins du pays. Par la suite, un nombre important d'ONG sont intervenues dans ces structures, sans coopérations entre elles (voire parfois avec des rivalités), participant à alimenter cette perception. D'un point de vue pratique, on trouve certes des prix en apparence plus faibles que dans le secteur privé. Mais si l'on ajoute à ce coût le transport et les « paiements informels » qui s'apparentent à de

la corruption, la différence peut être moins importante qu'il n'y paraît. Notons enfin que les centres de santé publics s'intègrent mal dans les habitudes médicales locales. Ils sont perçus comme n'étant ni familiers, ni familiaux. L'avance des frais pose un problème similaire (en plus du risque de ruiner la famille) : les docteurs « de village » proposent souvent des paiements à crédits, et les personnes ne payent qu'en cas de guérison (Ovesen et Trankell, 2010).

Des données d'une étude gouvernementale réalisée en 2014 sur l'ensemble du territoire viennent corroborer ces observations. On note un recours largement majoritaire au secteur privé, malgré des différences sensibles entre les régions urbaines et rurales (non présenté ici, ce point sera approfondi ultérieurement). Les données sont présentées dans le Tableau 24 (Gouvernement cambodgien, 2014).

Tableau 24. Utilisation des services de santé par les cambodgiens : résultats de l'étude gouvernementale démographique et de santé de 2014 (Gouvernement cambodgien, 2014).

Ordre du recours dans la prise en charge	Premier recours (en %)	Second recours (en %)	Troisième recours (en %)
Abstention thérapeutique	4,9	77,8	92,9
Secteur publique	21,9	4,7	1,4
Dont hôpital national	4,2	1,2	0,5
Dont centre de santé	11,4	2,0	0,4
Secteur privé	67,1	16,2	5,3
Dont pharmacies	17,8	4,2	1,8
Secteur « non-médical » ¹	4,5	1,0	0,3
Tourisme médical ² (et autres)	1,6	0,3	0,1

¹Le secteur désigné comme « non-médical » dans cette étude inclut les vendeurs informels de produits de santé, les *kru khmers* et « magiciens », les moines et guérisseurs spirituels ainsi que les accoucheuses traditionnelles.

²Le « tourisme médical » consiste à utiliser des ressources externes au territoire cambodgien pour se soigner.

Au Laos, on retrouve une dynamique similaire, avec un secteur privé qui bénéficie d'une meilleure image que les centres de santé et les hôpitaux de district (en termes de qualité des soins). Une étude réalisée sur le recours au soin en cas d'infections respiratoires montre un fort recours au secteur privé en première intention (29% des répondants), suivi des centres de santé (19,5%) et des pharmacies (15%). Ici encore, on retrouve des différences de recours selon le lieu de vie (urbain/rural), les caractéristiques socio-économiques des personnes, ... (Mayxay et al., 2013).

Ce développement important du secteur privé est une dynamique régionale, menée par la Malaisie et Singapour. Il a commencé avant la crise asiatique de 1997/1998 et est entretenu par une classe moyenne émergente (Chongsuivatwong et al., 2011).

3.1.3 Itinéraires thérapeutiques et médecines traditionnelles

Le recours aux pratiques de médecines traditionnelles occupe une place importante dans les itinéraires thérapeutiques. Le centre de recherches pour le développement international (IDRC) estime que 85% des habitants de l'Afrique subsaharienne auraient régulièrement recours à un tradipraticien (Stanley, 2011). Un autre chiffre est fréquemment retrouvé dans la littérature, les rapports officiels et la presse : 80%. Quatre-vingts pour cent des habitants des pays africains et asiatiques auraient recours à ces pratiques. Si l'on s'intéresse à l'origine de cette donnée, il semblerait qu'elle soit extraite de l'ouvrage « Traditional medicine and health care coverage » publié par l'OMS en 1983. Par ailleurs aucune information n'est disponible sur la méthodologie qui a permis d'arriver à cette estimation (Oyebode et al., 2016).

Nous avons vu précédemment que depuis les années 1980, on observe des mutations et évolutions des systèmes de santé des pays du Sud, autant en Afrique de l'Ouest qu'en Asie du Sud-Est. Il apparaît donc légitime de questionner ce chiffre.

Nous nous intéresserons ici à l'ensemble des pratiques de médecine traditionnelle, qu'elles relèvent de l'automédication, à la consultation chez un guérisseur ou à d'autres pratiques perçues comme relevant du soin par les populations qui les utilisent (yoga, relaxation, massages, ...).

Il convient de manipuler ces données avec précautions, car elles sont souvent biaisées. Les études gouvernementales sont souvent confrontées à une sous-déclaration du recours aux médecines traditionnelles (notamment les plus anciennes). Les professionnels de santé réalisant des enquêtes peuvent avoir tendance à encourager les populations à se rendre dans les structures publiques. Les travaux réalisés dans les établissements sanitaires ne permettent pas de toucher les populations ne les fréquentant pas. Enfin, une partie des travaux présentés ici s'intéresse à des pathologies précises pour lesquels les cas sont « suspectés ». La vérification clinique n'est que très rarement faite, notamment à cause du manque d'outils diagnostics.

Ces biais ne sont bien sûr pas exhaustifs mais donnent une idée des difficultés que l'on peut avoir à « dessiner » les itinéraires thérapeutiques des patients en Afrique de l'Ouest et en Asie du Sud Est.

• *En Afrique de l'Ouest*

Pour Mamadou Koumaré et Drissa Diallo, 90% de la population malienne a eu recours aux médecines traditionnelles au cours de sa vie. Ce chiffre est illustré par des travaux montrant que 84% des habitants du district de Bamako consultent un tradipraticien en cas d'événement morbide, dont plus du tiers en premier recours (Koumaré et al., 2006).

Par ailleurs, on observe des variations selon les pathologies et les localisations géographiques. Une étude longitudinale réalisée entre 2003 et 2005 à Markacoungo¹ sur 317 patients épileptiques suivis dans la clinique médicale Dinandougou montre que 99,7% seraient d'abord passé chez un tradipraticien (Camara, 2006). D'autres travaux montrent que 95% des patients atteints d'hépatites ou autres symptômes ictériques suivent un itinéraire semblable. 46% à 71% des patients atteints de tuberculose auraient également eu recours aux médecines traditionnelles avant de consulter un médecin. Par ailleurs, 48% à 71% des diabétiques auraient associés les deux pratiques (Koumaré et al., 2006).

Les facteurs influençant le recours aux médecines traditionnelles identifiés par ces différents auteurs sont :

- l'accessibilité financière (les consultations et produits de santé sont peu chers) ;
- l'accessibilité géographique (il existe une proximité géographique plus importante que pour les structures de santé) ;
- la qualité de l'accueil et des soins, perçue comme étant bonne ;
- des concepts populaires et culturels relatifs à la représentation de la maladie et de la guérison qui peuvent d'écarter du modèle « biomédical ».

De plus, Drissa Diallo et son équipe se sont intéressés aux parcours de soins des habitants des régions de Bandiagara (Kendié) et Sikasso (Finkolo) vivant en zone rurale présentant une suspicion d'accès palustre. Leurs résultats montrent un faible recours aux structures de soins, une place majeure de l'automédication (en utilisant des plantes médicinales et/ou des antipaludéens), et un recours aux tradipraticiens variable selon le niveau du recours (première ou seconde intention) et la sévérité de la symptomatologie. Par ailleurs, le recours au secteur « traditionnel » (via l'automédication ou la consultation) est deux fois plus important dans la région située à plus de 15 kilomètres du centre de santé le plus proche (Diallo et al., 2006). Ces données sont présentées dans le Tableau 25.

Tableau 25. Recours aux soins des patients atteints d'accès palustres en région rurale au Mali (d'après Diallo et al., 2006).

Sévérité Recours	Forme simple		Forme grave	
	Première intention (en %)	Seconde intention (en %)	Première intention (en %)	Seconde intention (en %)
Secteur traditionnel ¹ seul	41	33	24	36
Secteur « moderne » ¹ seul	25	66	50	49
Recours aux deux secteurs	34	1	26	15
Total	100 (n=719)	100 (n=134)	100 (n=224)	100 (n=81)

¹Les termes « moderne » et « traditionnel » font ici référence à la terminologie utilisée par les auteurs dans leurs travaux.

Notons que la classification entre paludisme simple et grave a été effectuée dans ces travaux sur la base du tableau clinique seul. Le paludisme simple correspond donc ici à un accès fébrile où la symptomatologie ne permet pas d'exclure un accès palustre. La forme grave correspond à un accès fébrile associée à un coma et/ou des convulsions (évoquant un neuropaludisme causé par *P. falciparum*).

Au Burkina Faso, on retrouve des parcours de soins similaires, malgré un plus faible recours aux tradipraticiens. En 1989, une étude est réalisée dans 715 foyers (plus de 7000 individus) du district de Solenzo (environ 300 km à l'ouest de Ouagadougou). Sur les 592 personnes ayant rapporté, un épisode morbide aigu (sévère au non) au cours des six derniers mois, 49% ont été soignées « par la famille » et 9,6% par un tradipraticien. Ces taux sont variables si l'on s'intéresse uniquement aux cas bénins (la prévalence de l'automédication « familiale » monte alors à 70%) ou sévères (le taux de recours aux guérisseurs passe à 12,5%) (Sauerborn et al., 1989).

Ces chiffres sont anciens et nécessitent d'être réévalués. En 1999 une étude est réalisée sur les comportements de recours au soin en cas de fièvre de 709 enfants de la province de Nouna (proche de Solenzo) suivis pendant six mois. 85% des 1640 épisodes fébriles recensés ont été traités, à 69%

« au sein du foyer » et à 13% en utilisant des préparations « traditionnelles », associées ou non avec de la chloroquine et/ou des antipyrétiques (Muller et al., 2003). On note ici une relative constance de l'automédication familiale, mais une diminution du recours à la médecine traditionnelle qui peut partiellement s'expliquer par la population étudiée (enfants âgés de 6 à 31 mois).

En effet, d'autres travaux réalisés dans une région rurale du sud est du Burkina Faso (à environ 200 km de Ouagadougou) à la même période note que sur les 77 cas ayant entraîné un recours au soin, 45% ont été traités avec des plantes médicinales et 28% avec des médicaments « occidentaux » (pour reprendre le terme employé par l'auteur) (Samuelsen, 2010).

Les travaux de Mariève Pouliot restent les plus récents sur cette question. Elle recense fin 2009 une prévalence du recours aux médecines traditionnelles de 51,5% dans une région rurale du Burkina Faso au cours du mois précédent son enquête. Les 2161 personnes interrogées sur 717 épisodes morbides ont également eu recours à des médicaments allopathiques dans 79% des cas, ce qui suggère des parcours de soins mixtes. Certaines données de cette étude sont présentées dans le tableau 26 (Pouliot, 2011).

Tableau 26. Choix du type de traitement en cas d'événements morbides en région rurale au Burkina Faso (province de Nobéré) (d'après Pouliot, 2011).

Offre thérapeutique	Nombre de recours	Recours rapportés aux 717 épisodes morbides (en %)	Cout moyen de la prise en charge (en FCFA)
Dispensaire	370	51,6	5644
Automédication (traditionnelle)	225	31,4	1250
Automédication (allopathie)	164	22,9	1642 ¹
Tradipraticien	144	20,1	2091 ¹
Hôpital / Clinique	32	4,5	24313
Abstention thérapeutique	20	2,8	
Total	955		

¹La différence de cout moyen entre l'automédication « allopathique » et la consultation d'un tradipraticien n'est pas significative ($\alpha=5\%$), les autres différences de cout sont significatives ($p<0.01$).

L'auteure s'intéresse également aux facteurs positivement ou négativement associés au recours aux médecines traditionnelles. Elle recense ainsi :

1. L'âge : Les bébés et enfants y ont moins recours en règle générale. Les personnes âgées ont plus tendance à utiliser des préparations artisanales, mais consultent moins les tradipraticiens.
2. Le niveau d'éducation et de revenu : les personnes ayant fait plus d'études ont moins recours à ces pratiques. En revanche, un revenu plus élevé est associé à un recours plus important au tradipraticien (et une diminution de l'automédication « traditionnelle »).
3. Appartenance culturelle : les personnes de l'ethnie Mossi utiliseraient plus ces pratiques dans cette région du Burkina.
4. Présence d'un dispensaire dans le village. Dans ce cas, malgré une diminution globale des recours, on observe néanmoins une augmentation des consultations chez les tradipraticiens.

5. Chronicité et/ou sévérité de la pathologie : les recours augmentent avec la chronicité. En cas de pathologie sévère, on note une augmentation des pratiques d'automédication et un plus faible recours aux tradipraticiens. Ce phénomène est également décrit au Mali (voir précédemment) et mentionné dans d'autres travaux réalisés au Burkina Faso (Beiersmann et al., 2007).

D'autres facteurs sont relevés dans la littérature. En plus des facteurs culturels et financiers, la perception d'une bonne qualité des soins par les populations explique un recours à ces pratiques qui reste important malgré le développement du système de santé burkinabè. Cette « qualité des soins » englobe l'efficacité des préparations et la relation entre le tradipraticien et son patient (Beiersmann et al., 2007) (Biddlecom et al., 2007). Pour certaines pathologies (comme l'épilepsie), l'ignorance sur l'existence d'autres modes de prise en charge explique également que 81% des patients interrogés déclarent avoir recours aux médecines traditionnelles dans leur parcours de soin (Millogo et al., 2003).

Enfin, l'exemple togolais n'est que très peu documenté. Malgré une absence de données quantitatives, il semble que la situation y soit globalement similaire (Martinez, 2009). On peut donc faire l'hypothèse qu'ici également, on retrouve un recours variable à ces pratiques, influencé par le milieu de vie, l'âge, le type de pathologie, les caractéristiques socio-économiques des personnes malades et des facteurs culturels. En transposant les chiffres décrits précédemment, la prévalence du recours aux médecines traditionnelles pourrait osciller entre 20 et plus de 80%.

• *Du côté de l'Asie du Sud Est*

Dans un document de l'OMS datant de 2012, le ministère de la santé cambodgien estimait qu'environ 40 à 50% des habitants du pays avaient recours aux médecines traditionnelles. Ce rapport décrit des pratiques centrées sur les kru khmers (guérisseurs locaux) et plus marginalement sur les moines bouddhistes (OMS, 2012).

Dans son étude de 2014 (décrite dans la partie 3.1.2), le gouvernement cambodgien met en évidence que parmi les 9656 personnes ayant été malades lors des 30 derniers jours, moins de 1% des répondants avaient consulté un kru, et 0,1% un moine (gouvernement cambodgien, 2014). L'automédication utilisant des préparations à base de plantes récoltées par les habitants n'est cependant pas mesurée dans cette étude. Notons également que 34% des cambodgiens auraient recouru à ces pratiques au cours de leur vie.

Si le taux de recours reste relativement faible en population générale, il est assez important lorsque l'on s'intéresse à certaines pathologies. Les études nationales avançant que seuls 5,4% des cambodgiens ont eu recours à ces pratiques sur les 12 derniers mois mettent également en lumière une forte prévalence de leur utilisation par les hypertendus et les diabétiques (où la prévalence est respectivement de 15,3 et 26,7%) (Peltzer et al., 2017).

Lorsque l'on s'intéresse à la psychiatrie (généralement « parent pauvre » des systèmes de santé, au Sud comme au Nord), cette prévalence serait encore plus importante. Dans une étude réalisée en 2006 s'intéressant aux parcours de soins de 104 patients diagnostiqués comme schizophrène, on note un recours en première intention (Coton et al., 2008):

- Au secteur « traditionnel » chez 56,7% des répondants
- Au secteur « biomédical » chez 22,1% des répondants
- Aux moines chez 20,2% des répondants

Par ailleurs, si l'on prend en compte tous les itinéraires thérapeutiques dans lesquels les médecines traditionnelles interviennent, on trouve un taux de recours à ces pratiques de 72,9%, et de 85,5% si

l'on inclut les pratiques religieuses (recours aux moines). Les auteurs mentionnent que le faible niveau d'éducation, la méconnaissance de la pathologie (et de sa gravité) et des facteurs économiques influencent positivement le recours à ces pratiques. Par ailleurs, contrairement à ce que nous avons vu précédemment, la sévérité de la symptomatologie (hallucinations, délires, ...) augmenterait le recours aux services de psychiatrie. De plus, le temps dédié par les patients cambodgiens à la prise en charge médicale reste court. Ils espèrent une amélioration rapide des symptômes et changent de praticien en cas d'absence d'évolution (Coton et al., 2008).

Enfin, notons que ces chiffres datent de 2006, époque où le Cambodge disposait d'un psychiatre pour 520 000 habitants (Coton et al., 2008). Ce ratio est aujourd'hui d'un pour 260 000 habitants (Olofsson et al., 2018). Il y a donc fort à parier que la situation soit restée semblable... A titre indicatif, ce ratio était d'environ un psychiatre pour 5 100 habitants en France en 2016 (Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), 2016).

Au Laos, des travaux réalisés en 2016 montre une prévalence annuelle du recours aux médecines traditionnelles de 40,2%. Environ 12% des répondants déclaraient avoir eu au moins 2 recours à ces pratiques, consistant principalement à consommer des préparations à base de plantes / des compléments alimentaires ou à avoir recours à des massages, de la méditation. 14,8% des 1600 patients recrutés déclaraient avoir consulté un tradipraticien au cours des 12 derniers mois (essentiellement des guérisseurs et masseurs), avec des variations dans le type de guérisseurs choisis suivant les besoins (pathologies aiguës, chronique ou simple recherche d'une amélioration du bien-être) (Peltzer, 2016).

Ces chiffres sont discutables car les patients venaient pour moitié de zones urbaines et pour autre moitié de zones rurales. Or, la répartition de la population sur le territoire lao est de 38%/62% (zones urbaines et rurales respectivement). Nous avons vu précédemment que le recours aux médecines traditionnelles était plus courant parmi les populations habitant à distance des établissements de santé. Les données présentées sous-évaluent donc probablement ces pratiques.

Ces mêmes auteurs notent que les facteurs suivants sont associés à ce type de recours :

1. Le sexe. Les femmes se tourneraient plus vers ces pratiques que les hommes.
2. Le faible niveau d'éducation.
3. L'âge. Les personnes ayant 46 ans et plus se tourneraient plus vers ces pratiques que les plus jeunes.
4. Le milieu de vie. On observe une prévalence supérieure en milieu rural (voir ci-dessus).
5. La présence d'une ou plusieurs pathologies chroniques.

D'autres travaux publiés en 2005 ont étudié les pratiques de santé de 600 personnes (ethnie Lao Loum) âgées de 20 ans et plus et habitant la province de Champassak (environ 600 km au sud-est de Vientiane). 77% des répondants ont déclaré avoir déjà eu recours au champ du « traditionnel » (en majorité, des préparations à base de plantes) pour traiter diverses affections. Ce taux varie selon les pathologies mais dans tous les cas, chez ces personnes, le recours au champ du « biomédical » ne se fait presque jamais en première intention. Le Tableau 27 reprend quelques données de cette étude (Sydara et al., 2005).

Selon les résultats de cette enquête, les modes de recours au secteur « traditionnel » seraient plutôt tournés sur l'automédication (48% des cas) via les parents ou les voisins que vers le guérisseur (28% des cas) (Sydara et al., 2005).

Tableau 27. Place des pratiques de santé « traditionnelles » dans les itinéraires des patients déclarant y avoir recours au Laos (n=460) (d'après Sydara et al., 2005).

Symptômes	MT¹ seule (en %)	MT¹ et CB² (en %)	CB² puis MT¹ (en %)
Accès fébrile (n=116)	53,4	44,8	1,7
Diarrhée (n=55)	52,7	45,5	1,8
Accès palustre (n=44)	27,3	68,2	4,5
Gastrite (n=147)	48,3	48,3	3,4

¹Part des patients ayant eu recours aux médecines traditionnelles.

²Part des patients ayant eu recours au champ du biomédical.

De manière assez surprenante au vu des données étudiées tout au long de cette partie, ces auteurs n'ont pas mis en évidence une différence entre pathologies aiguës. Les motivations liées à l'utilisation de ces médecines seraient culturelles et liées à une bonne qualité perçue des soins (les traitements sont vus comme « adaptés » pour de nombreuses pathologies). Parallèlement, lors des groupes de discussion réalisées dans le cadre de cette étude, il ressort que le champ du biomédical est plutôt sollicité dans une optique symptomatique alors que les médecines traditionnelles permettraient de « guérir » (Sydara et al., 2005).

3.1.4 Discussion autour des itinéraires thérapeutiques

En étudiant les parcours de soins des populations de trois pays d'Afrique de l'Ouest et de deux pays d'Asie du Sud-Est, on retrouve certains points de convergence.

Tout d'abord, dans ces cinq pays, on note une forte prévalence des pratiques d'automédication. On se soigne d'abord, au Cambodge comme au Mali, pas forcément seul mais « en famille », sans nécessairement l'avis d'un professionnel de santé. Le développement des systèmes de santé dans de nombreux pays du Sud ces 25 dernières années (voir partie 2.3) a permis d'améliorer l'accessibilité des populations aux établissements sanitaires. Néanmoins, du fait de plusieurs dysfonctionnements de ces structures (mauvaise qualité perçue des soins, accès difficiles aux consultations, paiements informels variables...), nous n'observons pas de changements majeurs dans les habitudes de soins.

Le recours aux structures publiques a lieu tardivement. L'aggravation des symptômes due à cette latence nécessite souvent d'aller directement dans des structures de haut niveau de référence (hôpitaux provinciaux et/ou CHU) et met parfois les professionnels en échec, alimentant une certaine défiance vis-à-vis de ces établissements. Lors d'un séjour au Togo en 2015 dans le cadre de ma cinquième année hospitalo-universitaire, un ami togolais me confiait « Ici, la première cause de mortalité, c'est l'hôpital ». Cette phrase, aussi anecdotique soit-elle, illustre tout à fait cette problématique.

Parallèlement, on observe un secteur privé en plein développement, surtout en Asie. Il s'adresse majoritairement aux tranches les plus aisées de la population et reste, en Afrique, moins fréquenté que les établissements publics.

En miroir de ce système, les médecines traditionnelles restent l'un des principaux recours au soin. Les patients atteints de pathologies chroniques consultent fréquemment les tradipraticiens : ces problématiques de santé sont complexes, les traitements sont parfois chers, toujours long et l'amélioration de la symptomatologie n'est pas toujours évidente, ce qui entretient le phénomène. En effet, les patients se tournent fréquemment vers le secteur « biomédical » lorsqu'ils cherchent une amélioration rapide des symptômes. En témoigne la forte consommation de médicaments antalgiques et anti-inflammatoires en Afrique de l'Ouest, mais également le recours aux « docteurs à injection » au Cambodge.

Finalement, dans cette pluralité de l'offre de soin, plusieurs facteurs influencent des itinéraires thérapeutiques complexes et non exhaustifs :

1. Facteurs démographiques (âge, sexe, ...)
2. Facteurs relatifs à l'accessibilité des structures de soins (horaires d'ouverture, temps d'attente, éloignement géographique, ...)
3. Facteurs culturels, liés aux représentations et perceptions de la maladie, du soin et de la guérison (qualité perçue des soins, traitements vus comme « adaptés » pour certaines pathologies...)
4. Facteurs de typologie et de symptomatologie de la maladie (maladies bénignes, aiguës, chroniques, stigmatisantes, ...)
5. Facteurs socio-économiques (niveau et milieu de vie, éducation, ...)

Les facteurs relatifs aux structures de soins ont été traités dans la partie 2.2. Les facteurs démographiques ont été brièvement évoqués dans cette partie. Nous nous intéresserons donc dans la suite de ce travail aux facteurs liés à la maladie, et aux inégalités sociales de santé...

3.2 Itinéraires thérapeutiques et représentation de la maladie

3.2.1 Des représentations collectives aux entités nosologiques populaires

• **Représentations collectives, représentations sociales**

Durant la seconde moitié du dix-neuvième siècle, le sociologue Emile Durkheim s'est pour la première fois intéressé au concept de ce qu'il nomme les « représentations collectives » pour désigner des perceptions partagées du « *simple fait de l'appartenance des individus à une société donnée* » (Delouée, 2016). Il s'oppose à cette époque à un courant naturaliste fondé sur la physiologie de Claude Bernard pour expliquer des faits sociaux. Pour Durkheim, ces représentations sont « *extérieures aux consciences individuelles* », car « *ne dérivant pas des individus pris isolément mais de leur concours* » (Durkheim, 1898).

Il faudra attendre une cinquantaine d'année avant que cette thématique ne devienne un sujet d'étude majeur en sciences sociales. Serge Moscovici en renouvelle ainsi l'analyse en mettant l'accent sur les interactions et la communication entre les individus, qui permettent de faire converger des représentations individuelles à une échelle sociale (et vice versa). C'est par le biais de cette dynamique que pour cet auteur « *en se représentant une chose ou une notion, on ne fait pas uniquement ses propres idées ou images. On génère et transmet un produit progressivement élaboré dans d'innombrables lieux selon des règles variées* » (Moscovici, 2003).

Denise Jodelet introduit de son côté des aspects épistémologiques à l'étude des représentations sociales. Elle définit ainsi la représentation comme une « *forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* ». La représentation sociale correspond ainsi à une connaissance de sens commun, qui tire sa légitimité de son « *importance dans la vie sociale* » par opposition à une connaissance dite scientifique (Jodelet, 2003).

Ces deux auteurs ont ainsi mis en évidence deux phénomènes permettant d'élaborer une représentation sociale (Jodelet, 2003) (Piannelli et al., 2010) :

1. L'objectivation : au cours de cette phase, un groupe transforme un concept abstrait en élément concret.
2. L'ancrage : ce processus situe ce nouvel élément concret par rapport aux valeurs sociales, lui donne sens et instrumentalise le savoir ce qui le rend finalement familier.

Jean-Claude Abric propose pour sa part une tentative de « modélisation » des représentations sociales dès la fin des années 80 sous la forme d'un noyau central, qui donne sens et organise la représentation autour duquel gravite des éléments périphériques variables (Abric, 2003). Ces éléments permettraient l'appropriation individuelle de la représentation (Garceau-Brodeur, 2007). L'évolution dans le temps de ce système peut être superficielle (via la modification d'éléments périphériques) ou plus profonde : la représentation change, le noyau central est modifié (Abric, 2003). Ce modèle est repris, notamment par Claude Flament qui l'étudie de manière dynamique en s'intéressant à l'évolution des représentations sociales, notamment lorsque les éléments périphériques changent de manière importante (Flament, 2003). Le modèle d'Abric est schématisé sur la page suivante (Figure 31). Les facteurs influençant la construction et la détermination de ces représentations, cités par l'auteur, ont été intégrés.

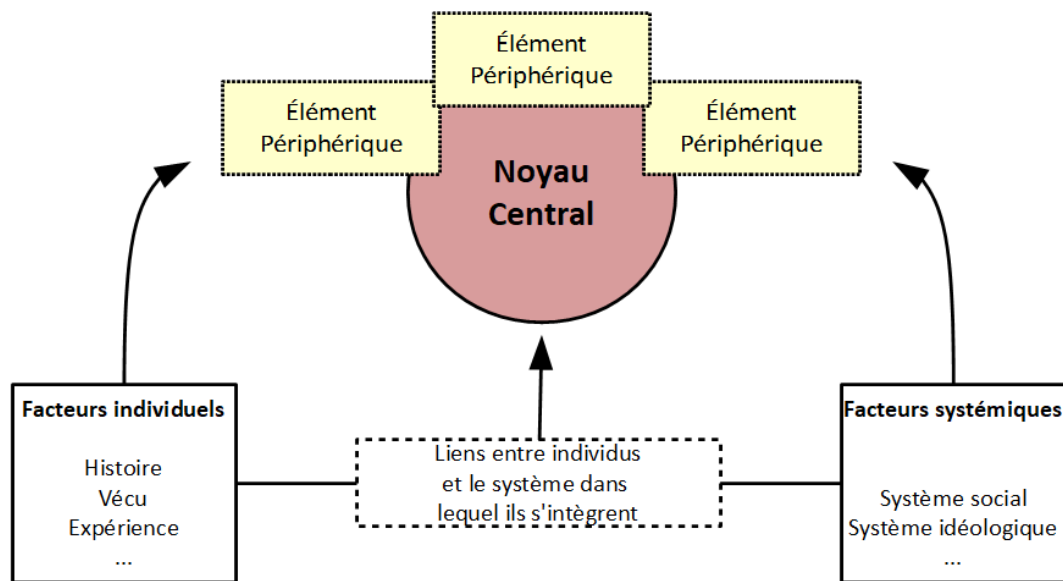


Figure 31. Représentations sociales : le modèle d'Abric (d'après Abric, 2003).

Enfin, François Laplantine reprend nombre de ces éléments dans une approche plus anthropologique, voyant ces représentations comme des savoirs d'usage, basés sur une interprétation du vécu mis en relation avec le système social, devenant « *pour ceux qui y adhèrent, la réalité elle-même* » (Laplantine, 2003).

• **Des représentations sociales aux entités nosologiques populaires**

Si nous nous intéressons ici aux représentations sociales, c'est que « *la maladie est d'abord un fait social* » pour reprendre l'expression de Claudine Herzlich. Un événement pathologique vient modifier nos rapports aux autres, à la communauté, voire à notre propre vie. Nous faisant parfois dévier d'une « *norme sociale* », la maladie est bien plus qu'un « *simple ensemble de symptômes* » (Herzlich, 1984). Cet aspect social de la maladie, largement oublié par le modèle biomédical (voire partie 1.1) amène chez les malades des interrogations sur les causes, sur le sens. C'est finalement cette exigence d'interprétation qui fait que la maladie peut être vue comme un « *signifiant social* », selon Marc Augé et Claudine Herzlich (Augé et al., 1984).

Nicole Sindzingre illustre bien cette nécessité lorsqu'elle écrit que « *toute maladie ou infortune requiert une interprétation, et celle-ci est un avatar des relations sociales et des représentations propres à une société* » (Sindzingre, 1984). Maladie et infortune sont ici assimilées en raison des travaux de l'auteur sur les Fodonon en Côte d'Ivoire qui considèrent la maladie comme un sous-ensemble de l'infortune.

Ces logiques d'interprétation populaires ont été étudiées en Afrique de l'Ouest par Yannick Jaffré et Jean Pierre Olivier de Sardan. Pour ces anthropologues, ces représentations ne coïncident jamais (au-delà même de leur territoire géographique d'étude) avec les représentations « *savantes, biomédicales* » mais les divergences peuvent être plus ou moins grandes. Cet écart est d'autant plus important que les modèles explicatifs biomédicaux sont complexes (Jaffré, 1999). En Afrique, de nombreuses représentations populaires ayant été « *produites dans les langues et cultures précoloniales* » seraient encore courantes aujourd'hui. Ces auteurs utilisent le terme « *d'entités nosologiques populaires* » pour les définir, par opposition aux entités nosologiques savantes (les « *pathologies* ») (de Sardan, 1999).

Bien que chaque culture organise à sa manière les manifestations d'un corps qui reste largement crypté, certaines entités nosologiques populaires présentent des traits communs, des logiques parentes qui dépassent ethnies et frontières. Alors qu'en apparence, rien ne semble les lier au système biomédical, on retrouve une même logique sous-jacente : regroupement de symptômes en syndromes, catégorisation visant à « *rabattre la diversité et l'équivocité des plaintes [...] sur quelques entités nosologiques standardisées, avec leur gamme de traitement habituel* » (de Sardan, 1999). Enfin, que l'on parle d'entités nosologiques populaires ou savantes, que le recours aux soins se fasse auprès d'un tradipraticien ou d'un médecin, le cœur du processus ne change pas : un patient expose sa plainte à un soignant qui doit interpréter les douleurs et une symptomatologie plus ou moins complexe en alliant une « *lecture immédiate* » à un « *déchiffrement subtil* » (Jaffré, 1999).

Afin de mieux comprendre les recours aux soins des populations ouest-africaines, il convient de s'intéresser à ces « entités nosologiques populaires » et donc aux travaux de ces auteurs. Après quelques concepts théoriques, deux exemples viendront illustrer cette partie.

3.2.2 Entités nosologiques populaires : quelques généralités

• **Entre hétérogénéité apparente et airs de famille sous-jacents**

Modéliser et caractériser ces entités nosologiques populaires définies précédemment est une tâche complexe, comprise entre un « *piège médical* » et un piège « *holiste* », entre comparaisons hâtives et excès de sens. Yannick Jaffré et Jean Pierre Olivier de Sardan alertent sur ces angles de vues extrêmes, tout en notant qu'ils ne sont pas sans fondements : certaines entités entrent sans problèmes dans ces catégories, mais elles ne représentent pas l'essentiel des maladies, dont les représentations sont plutôt faites de « *prosaïsme et de pragmatisme* » (de Sardan, 1999).

Le « piège médical », c'est de vouloir systématiquement essayer de calquer les représentations locales de la maladie sur le modèle biomédical. Lorsque la symptomatologie décrite par les populations est proche de pathologies identifiées dans le modèle biomédical, on peut être tenté de juxtaposer les dénominations, comme dans le cas *sumaya*/paludisme dans le sud du Mali (le terme *sumaya* se retrouve dans les langues bambara et sénoufo). Pourtant, ces deux entités nosologiques (l'une populaire, l'autre savante) sont issues de processus d'élaboration différentes et ne sauraient se synchroniser de manière exclusive, bien que des liens puissent être faits (Frieden, 2008).

Le « piège holiste » c'est de voir ces entités uniquement comme un désordre social et culturel, amenant le risque de tomber dans un excès de symbolisme et dans un ethnocentrisme outrancier. Ces excès semblent parfois entraîner une « *interprétation sauvage* » des pratiques, placée sous le signe de « *l'arbitraire de l'interprète* » qui décide de ce qui est, ou non, culturel (Jaffré, 1996). D'un relativisme culturel, on glisse alors facilement vers un dangereux relativisme moral amenant certains à justifier des pratiques comme l'excision des jeunes filles sous une habile cohérence rhétorique (Fassin, 2000) (Grez, 2000).

De manière général, essayer de calquer un modèle « rationnel » sur les représentations des maladies ne semble pas adapté pour caractériser des entités qui relèveraient plus d'un « *patchwork* », variables « *d'un domaine à l'autre* » (de Sardan, 1999). Néanmoins, un certain nombre de ces entités présentent des traits communs. A propos des entités nosologiques populaires internes (dont les manifestations cliniques ne sont pas, par définition, visibles), Jean Pierre Olivier de Sardan retrouve six logiques récurrentes, résumées dans le Tableau 28 présenté page suivante (de Sardan, 1999).

En s'inspirant des travaux d'Abric, et sur la base de ces logiques parentes, l'auteur propose ainsi de décrire ces représentations en les modélisant sous formes de modules comportant (de Sardan, 1999) (Abric, 2003) :

- Un nom. Il correspond à la maladie (logique de nomination) ou à l'agent étiologique (logique d'imputation). Le processus de nomination permet au-delà d'une logique classificatoire de passer de donner du sens, de rendre le mystérieux familier.
- Un noyau commun. Il est composé d'éléments partagés de manière stable.
- Des variations périphériques, qui laissent la place à l'interprétation personnelle et à la variété des expériences individuelles.

Ces modules sont dynamiques, se modifiant au grès des syncrétismes avec d'autres cultures et représentations, évoluant avec la société et les phénomènes épidémiologiques (transition épidémiologique par exemple), se transformant au cours des parcours de soins. Ils peuvent être associés à des « forces », communicant de ce fait avec tout un univers magico-religieux, ou non : on parle alors de maladies prosaïques qui représenteraient, selon cet auteur, la plupart des entités nosologiques populaires ouest africaines (de Sardan, 1999).

Tableau 28. Des logiques récurrentes dans les représentations de la maladie en Afrique de l'Ouest (d'après de Sardan, 1999).

Logiques	Caractéristiques et exemples illustratifs
Logique entitaire	<p>Les maladies semblent avoir une « existence propre, voire même une personnalité ».</p> <p><i>« Certains trouvent le sumaya à tout moment » - propos d'un habitant de la région de Sikasso au Mali (Frieden, 2008).</i></p>
Logique ambulatoire	<p>Les maladies « se déplacent » : les nouveaux symptômes peuvent être perçus comme de nouveaux épisodes d'une même maladie, malgré une pluralité des tableaux cliniques.</p> <p><i>« Si tu es atteint du sumaya ba, ça se promène dans ton corps. Si ça s'installe d'un côté, tu ne peux même pas te lever » - propos d'un habitant de la région de Sikasso au Mali (Frieden, 2008).</i></p>
Logique transitoire	<p>Une entité nosologique peut en provoquer une autre, entraînant des manifestations cliniques différentes. On retrouve également une forte variabilité inter-individuelle de la symptomatologie, augmentant d'autant plus une « souplesse interprétative » déjà fortement présente.</p> <p><i>« Le sumaya compliqué, ça devient le sayi » - propos d'un habitant de la région de Sikasso au Mali (Frieden, 2008).</i></p>
Logique de l'extériorisation	<p>L'extériorisation signe une évolution particulière ou le début / la fin de « l'activation » (voir ci-dessous) de la maladie.</p> <p>Cette logique pourrait expliquer le recours fréquent aux traitements purgatifs, très présents dans les pharmacopées locales (voir partie 2.3).</p> <p><i>« Si tu prends ces comprimés, ça sort dans tout ton corps. Tu vois les signes du mara qui sort. » - propos d'un habitant de la région de Sikasso au Mali (Frieden, 2008).</i></p>
Logique de l'activation	<p>Les entités nosologiques populaires internes sont souvent perçues comme congénitale et latente pendant une période plus ou moins longue. Elles peuvent « monter » en présence « d'activateurs » (alimentation, fatigue, stress, ...).</p> <p><i>« Son kaliya s'est réveillé » (Ouattara, 1999, à propos de l'entité « kaliya » au Burkina Faso).</i></p>
Logique de la fragmentation	<p>Chaque entité peut être « fragmentée » en plusieurs formes (« formes rouges », « formes blanches », ...), sans nécessaire logique classificatoire apparente.</p> <p><i>« Le sayi jaune peut être traité rapidement. Mais d'autres sayi sont plus difficiles à traiter » - propos d'un aide-soignant au Mali (Jaffré, 2006)</i></p>

Finalement, bien que n'étant fondée sur aucun corpus de texte (voire partie 1.3), la pratique des guérisseurs se fait sur la base de ces modules, les mêmes « que tout le monde », positionnés de ce fait comme sources de légitimité thérapeutique. Ce phénomène renvoie d'une certaine façon aux analyses de Yannick Jaffré sur les pharmacies des marchés maliens dont l'utilisation serait explicable par le partage de représentations et d'une sémantique commune (voire partie 3.1.1). Le savoir spécifique des tradipraticiens se situerait ainsi essentiellement au niveau des traitements proposés (de Sardan, 1999). Par ailleurs, il existe une asymétrie entre soignants et soignés dans la compréhension et la représentation de l'action des traitements médicamenteux, sans oublier les difficultés pour certains patients dans le déchiffrement d'une ordonnance parfois rédigée dans une langue qui leur est étrangère (Jaffré, 1999).

• **Des facteurs influençant les représentations de la maladie en Afrique de l'Ouest**

Yannick Jaffré de son côté s'intéresse aux facteurs caractérisant les entités nosologiques populaires ouest-africaines, regroupés sous le terme de « dispositif » : la symptomatologie et la douleur, la prévalence (perçue ou objective), la durée et l'incidence sociale de la maladie ainsi que son traitement. Nous proposons ici une synthèse de l'analyse de ces facteurs présentée par l'auteur.

La description des symptômes permettrait de « rassembler ce qui se ressemble » dans une lecture sensorielle unifiée (notamment pour les manifestations « internes ») du corps, au plus proche du vécu du trouble et de son interprétation. La douleur aurait un rôle majeur, à la fois car elle possède une fonction classificatoire mais également car son apaisement est au cœur des choix thérapeutiques. Lorsqu'elle est supportable (assimilée à une gêne, non invalidante, plutôt chronique), les patients se tourneraient plutôt vers le secteur traditionnel, alors qu'en cas de douleur aiguë, invalidante, le secteur biomédical serait privilégié. Par ailleurs, la conduite face à la douleur peut être dictée ou influencée par des normes sociales. Au cours de ses travaux au Mali, Yannick Jaffré note qu'en pays bambara, la résistance à la douleur est valorisée, associée à une endurance, une bravoure, un courage. En contexte islamique, elle aurait une valeur rédemptrice, permettant de réparer ses fautes... (Jaffré, 1999).

Lorsque la prévalence d'une maladie est importante, l'auteur remarque une certaine uniformisation des représentations qui tendent en sus à s'accorder avec les modèles biomédicaux, par exemple au niveau du caractère transmissible ou saisonnier. Lorsque les savoirs experts et profanes convergent, l'auteur note que le recours aux structures médicales augmente (Jaffré, 1999).

La durée de la maladie influencerait également sur sa représentation et sur les itinéraires thérapeutiques choisis par les patients. Dans le cas des pathologies chroniques, la temporalité importante est associée à une évolution progressive des représentations, les faisant diverger du modèle biomédical (Jaffré, 1999) :

- la maladie peut être perçue comme « subsistante », et la gravité imputée à cette persistance. Accepter une prise en charge (initiale) avec peu de traitements et de simples règles d'alimentation visant à éviter l'aggravation (comme dans le diabète de type 2) paraît alors complexe pour les patients.
- la maladie évolue et change, elle se transforme, amenant une interrogation pour les patients : « *comment trouver le bon traitement ?* ».

Les traitements choisis alimentent et modifient les représentations. Ils permettent d'identifier une maladie, de vérifier un diagnostic suivant l'effet qu'ils produisent, confortant et circonscrivant le champ de certaines entités nosologiques. Ils permettent également de construire des équivalences plus ou moins pertinentes entre les terminologies savantes et populaires et sont à l'origine de

« bricolages » : l'amertume de la chloroquine peut ainsi être identifiée comme une « signature » de l'activité thérapeutique. Enfin, notons que pour Yannick Jaffré, les traitements pharmaceutiques sont consommés plutôt dans une démarche symptomatique, sous-tendant la recherche d'un mieux-être immédiat par opposition à une démarche étiologique (ce qui soulage / ce qui soigne) (Jaffré, 1999). On rejoint ici à la fois les observations faites plus haut sur la durée et la complexité qu'induit une prise en charge chronique sur l'acceptation d'un traitement médicamenteux, mais également aux analyses précédentes autour de l'automédication (voire partie 3.1.1) : les médicaments les plus consommés se rapportaient à des troubles aigus, pour lesquels ils apportaient un soulagement rapide.

Enfin, l'incidence sociale de la maladie est importante à prendre en compte. Si toute maladie peut être perçue comme un « fait social » (Herzlich, 1984), les conséquences sont largement variables. Elles peuvent être pratiquement nulles dans le cas d'affections bénignes, « *que l'on peut affronter seul* » à importante pour des pathologies stigmatisantes qui « *mettent en jeu l'identité des patients* » (Jaffré, 1999). Claudine Herzlich reprend une citation d'Eliot Friedson lorsqu'elle parle d'une « *iatrogénie sociale consubstantielle à l'activité médicale* » (Herzlich, 1984), dont l'un des exemples les plus évident reste le diagnostic d'annonce. Finalement, lorsque la composante sociale est importante, la démarche de soins n'en sera que plus complexe (Jaffré, 1999).

• **Quelques observations sur les représentations de la maladie en Asie du Sud-Est**

Quelques travaux réalisés au Laos et au Cambodge permettent d'élargir l'aire géographique de certains traits observés en Afrique de l'Ouest. Anne Yvonne Guillou s'est ainsi intéressée aux représentations de la maladie chez les Khmers, dans lesquelles on retrouve trois « empreintes » majoritaires (Guillou, 2007) :

1. Une empreinte « autochtone », antérieure à l'influence indienne et relative aux cultes et rites spirituels locaux (esprits vitaux ou *praling*, concept de la « mère originelle » où la mère est responsable de certaines maladies infantiles, entités surnaturelles comme agents étiologiques, par exemple).
2. Une empreinte « indienne », relative à l'influence des brahmanes, du bouddhisme (notion de karma) et de la médecine ayurvédique.
3. Une empreinte « pasteurienne », correspondant à la théorie microbienne, prenant son ancrage pendant la période de protectorat français.

D'autres « empreintes » peuvent être retrouvées, mais ont été moins étudiées. On retrouve probablement donc une empreinte liée à l'influence chinoise, aux guerres diverses et au génocide perpétré par les Khmers rouges (Guillou, 2007) (Chassagne, 2017).

La variabilité des influences permet de retrouver une souplesse interprétative décrite précédemment à propos des entités nosologiques populaires en Afrique de l'ouest. Si ces influences peuvent apparaître antinomiques d'un point de vue extérieur, elles sont manipulées sans peine par les patients (voire les thérapeutes) qui les mélangent parfois sans complexes. Anne Yvonne Guillou relate ainsi qu'au cours d'un entretien, une patiente expliquait l'origine de la tuberculose par un mélange d'épuisement de la force vitale (référence récurrente dans les représentations cambodgiennes du corps), à un déséquilibre des fluides parcourant l'organisme (notamment le vent), plutôt d'origine ayurvédique (Guillou, 2007).

On retrouve également cette variabilité des registres d'interprétation au Laos, avec des influences venant de la Thaïlande, de l'Inde (Ayurvéda), la Chine et de la théorie pasteurienne. Les étiologies peuvent être surnaturelles ou plus prosaïques, le recouvrement entre des entités nosologiques populaires lao et biomédicales étant également observées pour des pathologies à forte

prévalence comme la tuberculose. Notons enfin que des différences majeures, malgré certaines logiques parentes sont observées entre les différentes ethnies (Lao et Hmong notamment) (Westermeyer, 1988).

- ***Représentations de la maladie et itinéraires thérapeutiques***

Les aspects magico-religieux ne sont pas nécessairement des facteurs favorisant le recours aux guérisseurs, d'une part puisque bon nombre d'entités nosologiques populaires sont en fait prosaïques, d'autre part puisque si l'on regarde les choses du point de vue du patient, l'opposition « magie »/ « science »/ « religieux » n'a pas de sens. Le choix du type de recours au soin dépendra plus de facteurs pragmatiques (honnêteté, efficacité, sympathie du praticien) (Fassin, 1992).

On retrouve un « bricolage » fait de syncrétismes variés dans un environnement d'offre de soin plurielle qui reste donc utilisée de manière relativement pragmatique mais fortement influencée par la façon dont la maladie et les soignants sont perçus.

Yannick Jaffré note qu'il « *semble hasardeux de faire coïncider représentations et conduites ou d'établir entre ces deux termes un strict rapport de détermination* » (Jaffré, 1999). En revanche, il semble pertinent de dire que les trajectoires de soin semblent orientées par les caractéristiques propres à ces « entités nosologiques populaires ». Des pathologies chroniques, à incidence sociale élevée, peu fréquentes mais pouvant, par la « souplesse interprétative » qu'elles proposent être rattachées à des entités nosologiques populaires auraient, par exemple, tendance à orienter les patients en dehors des structures de santé.

3.3 Bilan intermédiaire

Les exemples décrits tout au long de cette partie soulignent la pluralité des recours aux soins. Dans les cinq pays d'intérêt de ce mémoire, on retrouve une forte prévalence de l'automédication. Malgré des modalités différentes, le recours à cette pratique reste mu par des motivations financières, organisationnelles, une perception de la maladie comme « bénigne » et la recherche d'une efficacité rapide. L'achat de médicaments dans les « pharmacies de rue » s'explique en partie par le partage d'un lexique « médico-linguistique » entre les patients et les vendeurs, en plus des facteurs susmentionnés. L'automédication occupe donc une place importante, renforcée par une « culture médicale familiale » où l'on essaie d'abord de « maîtriser le mal » en ayant recours ses propres connaissances et à celles de l'entourage...

Les médecines traditionnelles occupent également une place importante. Entre 50 et 90% de la population des cinq pays étudiés y aurait recours en cas d'épisode morbides. Bien que les facteurs culturels puissent influencer le choix de se tourner vers ces pratiques, la décision reste souvent gouvernée par des facteurs plus pragmatiques : accessibilité financière et géographique, qualité de la relation entre le praticien et le patient... Au-delà de ces considérations, l'analyse du recours aux médecines traditionnelles souligne les difficultés des systèmes de santé : leur utilisation augmente lorsque la réponse proposée par les structures sanitaire à un état pathologique est insuffisante ou non adaptée, que ce soit en fonction de la maladie (secteur psychiatrique notamment) ou de la prise en charge proposée.

Le recours aux structures sanitaires a donc lieu de manière plus tardive, lorsque ces pratiques ne suffisent plus. La prise en charge est alors effectuée directement au niveau des structures de haut niveau de référence (hôpitaux régionaux et CHU) car la symptomatologie s'est aggravée, mettant les professionnels de santé en échec, et alimentant la défiance vis-à-vis de ces établissements, notamment publics.

• *Entre logiques symboliques et logiques sociales*

Jean Benoist parle de « *forces sociales, économiques, culturelles* » fort diverses modulant la pluralité des recours aux soins (Benoist, 1996). Les itinéraires thérapeutiques des patients sont donc d'abord influencés par les inégalités sociales : facteurs économiques, accessibilité géographique, équipement des structures et qualité des soins dispensés en milieu rural influencent les recours, « *entre méfiance et pragmatisme* » vis-à-vis des structures sanitaires (Guillou, 2007). La notion de « force » va cependant plus loin, soulignant l'importance de l'entourage et de l'univers social du patient. L'approche purement individuelle reste donc limitée, puisqu'elle ne tient pas compte des « *rapports sociaux et des structures de pouvoir* » sur les choix des patients (Massé, 1997). Cette importance du réseau relationnel et des « jeux » de pouvoirs est donc également au cœur des conduites de soins (Marcellini et al., 2000) (Fassin, 1992).

Au-delà de ces facteurs, des logiques symboliques sont également à l'œuvre, où la « *nécessité de sens* » (Sindzingre, 1984) déborde parfois la recherche de savoirs thérapeutiques (Dozon et al., 1986). Traditions et références socio-culturelles peuvent servir dans ce cadre à « *colmater les brèches* » et insuffisances des systèmes de santé : lorsque le secteur biomédical ne parvient pas à répondre aux besoins des patients, il va renforcer cette « quête de sens » (Dozon et al., 1986). Par ailleurs, la résonance en écho de perceptions du corps et de la maladie différents motive le recours à d'autres types de thérapeutes, partageant avec le patient des réalités du corps et de l'esprit différentes du secteur biomédical (Marcellini et al., 2000).

L'ensemble de ces éléments représenté dans la Figure 32.

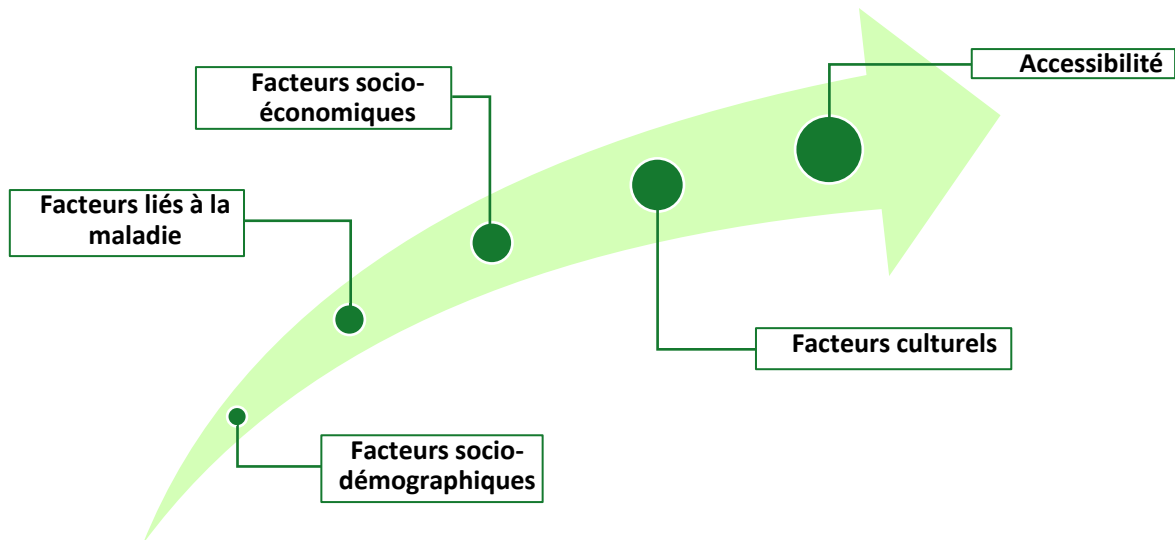


Figure 32. La pluralité des facteurs influençant les itinéraires thérapeutiques des patients.

• *Les limites d'une interprétation abusive des itinéraires thérapeutiques*

Les risques d'une interprétation abusive des itinéraires thérapeutiques sont bien décrits par Jean Benoist qui parle « *d'éviter de construire à tout prix des règles là où priment souvent des tâtonnements* » (Benoist, 1996). La multiplicité des causes à la fois structurelles et conjoncturelles ne permet ainsi aucune formalisation stricte de ces parcours de soins complexes pour Didier Fassin (Fassin, 1992). Le « *mirage d'une rationalité* » que l'on cherche à calquer de manière systématique dans l'analyse des pratiques de soins traditionnelles (Massé, 1997) peut ainsi être étendu à l'étude des itinéraires thérapeutiques. Jean Pierre Dozon et Nicole Sindzingre notent donc que finalement, ce pluralisme médical est utilisé de manière assez pragmatique par les patients, qui « *suivent des itinéraires thérapeutiques balisés aussi bien par l'hôpital que par le guérisseur* », avec l'idée de cumuler les avantages de chacun (Dozon et al., 1986).

Raymond Massé souligne le côté illusoire d'une décision prise de manière rationnelle par les malades. Il faudrait en effet pour ce faire que les patients soient parfaitement au courant de l'ensemble de l'offre de soin à leur disposition, de leur coût, de la disponibilité du matériel, etc... Conditions qui ne peuvent jamais être réunies (Massé, 1997). Rationalité et logique sont alors remplacés par « *une suite de comportements orientés par les interférences de plusieurs champs du social avec celui de la maladie* » (Benoist, 1996).

Par ailleurs, Jean Benoist rejoint Jaffré et De Sardan en mettant en garde contre le danger du « piège de sens », notant que la nécessité de sens est plus retrouvée dans les réponses des thérapeutes que dans les questionnements des malades. Les patients sont finalement plus dans une « quête de thérapie » ou d'un soulagement où le sens vient en plus (Benoist, 1996) ...

Malgré ces limites, l'analyse des itinéraires thérapeutiques, compris entre production de sens et recherche de soins efficaces, reste intéressante pour mieux comprendre les besoins des patients soumis à un choix, ou à une absence de choix en cas de maladie...

PARTIE 4 : ENQUETE DE TERRAIN AU BURKINA FASO

« Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, mais parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles » - Sénèque

Les éléments décrits dans les parties précédentes restent majoritairement bibliographiques et/ou théoriques. Cette dernière partie a pour but d'apporter des éléments plus concrets sur la place des médecines traditionnelles dans les itinéraires thérapeutiques des patients en Afrique de l'Ouest au travers d'une enquête terrain.

Le pays choisi (Burkina Faso), ainsi que la population ciblée (les patients drépanocytaires) découlent d'une réflexion générale visant à donner à ce travail un double objectif : illustrer les données présentées dans ce mémoire et apporter des pistes de réflexion pour améliorer la prise en charge des patients drépanocytaire à Ouagadougou.

La drépanocytose est une pathologie intéressante à étudier sous l'angle des parcours de soins. Maladie génétique d'incidence sociale parfois importante, elle est caractérisée par une symptomatologie plurielle (crises aiguës, anémie chronique). Bien que sa prévalence dans la région ouest-africaine soit élevée, l'offre de soin à destination des patients touchés par cette maladie reste insuffisante. Autant d'éléments qui suggèrent un recours aux médecines traditionnelles...

La méthodologie choisie ici repose sur une enquête de type CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) basée sur des entretiens semi-directifs alternant questions fermées (données quantitatives qui font l'objet d'une analyse statistique) et ouvertes (données qualitatives qui font l'objet d'une analyse thématique).

4.1 Introduction

4.1.1 Quelques généralités sur la drépanocytose

La drépanocytose est une hémoglobinopathie génétique de transmission autosomique récessive (Orphanet, 2011) touchant la chaîne β de l'hémoglobine. Elle est due à un changement d'acide aminé induisant un changement dans la conformation de la chaîne (anomalies qualitatives) qui l'autorise à polymériser lorsqu'elle est désoxygénée. On distingue, en fonction des mutations, trois types d'hémoglobine (Aygün et al., 2012) :

- l'hémoglobine A (Hb A), naturelle ;
- l'hémoglobine S (Hb S) causée par la mutation [$\beta 6(A3)$ Glu \rightarrow Val] ;
- l'hémoglobine C (Hb C) causée par la mutation [$\beta 6(A3)$ Glu \rightarrow Lys].

Si les porteurs sains du variant Hb S (ou Hb C) // Hb A (noté Hb AS ou Hb AC) n'ont que peu de manifestations cliniques, l'impact peut être important pour les homozygotes Hb SS, Hb CC, ou les hétérozygotes Hb SC. La polymérisation de l'hémoglobine induit dans ces cas un changement de conformation de l'hématie (passage d'une forme en « double assiette » à une forme en faucille), réduisant à la fois sa durée de vie et sa capacité fonctionnelle. Les signes cliniques qui apparaissent dans un premier temps sont une anémie chronique et une sensibilité accrue aux infections. Des complications aiguës peuvent ensuite apparaître, résumées dans le Tableau 30 page suivante (Stuart et al., 2004). Les complications chroniques sont résumées dans le Tableau 29 ci-dessous (Stuart et al., 2004). Notons néanmoins que la forme CC est généralement moins grave que les formes SS ou SC.

Tableau 29. Principales complications chroniques de la drépanocytose (d'après Stuart et al., 2004).

Organes cibles	Principales complications chroniques
Yeux	Rétinopathie proliférante (prévalence plus importante chez les patients Hb SC) nécessitant un suivi ophtalmologique.
Rein	Hypertrophie, altérations du néphron distal, atteintes glomérulaires pouvant entraîner des insuffisances rénales et des troubles homéostatiques. Ces troubles sont majorés par l'âge.
Poumons	Hypertension pulmonaire.
Rate	Infarctus splénique, hyposplénie.
Os	Ostéonécrose des têtes fémorales et humérales.
Membres inférieurs	Ulcères chroniques des jambes, souvent localisés au niveau de la malléole médiale du pied (apophyse du tibia).

La greffe de moelle reste à l'heure actuelle le seul traitement curatif mais sa mise en œuvre reste impossible dans des pays en voie de développement, notamment en raison du coût et du plateau technique nécessaire. L'accent est alors mis sur la prévention des complications, la gestion des épisodes douloureux et l'amélioration de la qualité de vie. On va donc retrouver dans la stratégie thérapeutique le dépistage des nouveau-nés, un calendrier vaccinal adapté éventuellement couplé à une antibiothérapie prophylactique, l'accès à un traitement antalgique, des transfusions sanguines et un traitement reposant sur l'hydroxyurée (Montalembert et al., 2007).

L'hydroxyurée agit en augmentant les taux d'hémoglobine fœtale Hb F et en améliorant la durée de vie et la plasticité des érythrocytes, réduisant la fréquence des complications et la nécessité de transfusions (Stuart et al., 2004).

Tableau 30. Complications aiguës de la drépanocytose : caractéristiques et prise en charge (d'après Stuart et al., 2004).

Complications	Caractéristiques et prise en charge
Crises vaso-occlusives	Les crises vaso-occlusives sont dues à des occlusions (multifactorielles) de la microcirculation entraînant douleurs, inflammation et nécroses des tissus. La prise en charge des crises reste symptomatique, associant des analgésiques (opiacés ou non) et des anti-inflammatoires. La fréquence des crises est variable et est estimée en moyenne à 0,8 crises par patient par an.
Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC)	Les premiers épisodes d'AVC sont plus fréquents dans la période de la petite enfance (prévalence d'environ 1% chez les 2-5 ans), avec des risques de récurrences par la suite. La prise en charge consiste à transfuser les patients pour maintenir un taux d'hémoglobine S inférieur à 30%, limitant le risque de récurrences.
Séquestration splénique	La prévalence d'épisodes de séquestration splénique est plus importante chez les patients Hb SS. Le degré de sévérité de ces épisodes est variable, pouvant aller jusqu'au décès par collapsus cardiovasculaire (choc hypovolémique). La prise en charge vise à corriger l'hypovolémie (transfusions).
Priapisme	Le priapisme est provoqué par un blocage du sang dans les lacunes intracaverneuses. Plus de 40% des patients drépanocytaires rapportent des épisodes de priapisme, épisodes débutant dès l'enfance et pouvant menacer la fonction érectile (Kassogué et al., 2014). Les protocoles de prise en charge sont variables
Syndrome Thoracique Aigu (STA)	Le STA est provoquée par une hypoxie pulmonaire. L'hypoxie peut être due à des problèmes circulatoires, à une infection (Parvovirus B19, mycoplasme, chlamydiae) ou provoquée par une embolie graisseuse. La prise en charge associe transfusion, antibiothérapie probabiliste et physiothérapie respiratoire. Des épisodes répétés majorent le risque de pathologies respiratoires chroniques.
Anémie aplasique	L'anémie aplasique est une anémie sévère dû à un arrêt transitoire de l'hématopoïèse souvent causé par une infection à Parvovirus B19. La sévérité est variable, allant d'un épisode transitoire et spontanément résolutif à la décompensation cardiaque.

4.1.2 Contexte locorégional : la drépanocytose en Afrique de l’Ouest

• *Quelques données épidémiologiques*

En 1994, l’OMS estimait à 120 millions (soit 2,3% de la population mondiale), le nombre de personnes porteurs d’une mutation drépanocytaire. En Afrique, ce taux peut atteindre les 40% (Bardakdjian et al., 2004). Diverses études épidémiologiques ont été réalisées au Togo, au Mali et au Burkina Faso. Les résultats sont résumés dans le tableau 31 ci-dessous. Lorsque plusieurs études trouvent des résultats différents, l’intervalle a été reporté. Les données ont été arrondies au dixième.

Tableau 31. Epidémiologie des mutations drépanocytaires au Burkina Faso, au Mali et au Togo (d’après Simpore et al., 2007 ; Kafando et al., 2005 pour le Burkina Faso) (d’après Diallo, 2008 ; Lopera-Mesa et al., 2015 pour le Mali) (d’après Segbena et al., 1998 ; Vovor et al., 2014 ; Segbena et al., 2005).

Pays	Prévalence (p) et prévalence à la naissance ¹ (pn) des différents génotypes				
	AS (en %)	AC (en %)	SS (en %)	SC (en %)	CC (en %)
Burkina Faso	p = 8,4 pn = 7,1	p = 19,1 pn = 16,7	p = 0,3 pn = 0,6	p = 1,0 pn = 1,2	p = 1,5 pn = 1,4
Mali	p = 9,5 - 14	p = 2,5 - 7	p = 0,2	p = 0,3	
Togo	p = 11,9 - 16,1 pn = 16,4	p = 22,5 pn = 15,8	p = 0 - 1,3 pn = 1,2	p = 1,6 - 2,6 pn = 2,3	p = 3,3

1. Le terme « incidence à la naissance » est parfois retrouvé dans la littérature pour désigner la fréquence dans la population de nouveau-nés (dépistage néo-natal). Il s’agit d’un abus de langage, les estimations rapportées étant en réalité des prévalences

• *Drépanocytose et paludisme*

Dès les années 1950, l’hypothèse (largement confirmée depuis) est émise que le génotype Hb AS (porteurs sains) serait protecteur vis-à-vis du paludisme (Allison, 1954) (Stuart et al., 2004). Les études montrent que Hb S limite la propagation du plasmodium, diminuant la sévérité de la maladie (absence de neuropaludisme, parasitémie plus faible) (Aygün et al., 2012). La diminution des phénomènes de cyto-adhérence et de formation de corps en rosettes passant par la diminution d’expression du récepteur PfEMP1 explique les résultats cliniques observés. On peut néanmoins noter que l’intensité des accès palustres est plus forte chez les patients Hb SS et qu’une comorbidité entre le variant HbS et une thalassémie α^+ annule l’effet « protecteur » vis-à-vis de la malaria (Opi et al., 2014).

• *Drépanocytose et pluralisme médical*

La stigmatisation due à la condition du malade, à la douleur (les patients seraient parfois perçus comme des « toxicomanes » par certains soignants) et la non prédictivité des crises amèneraient 80% des patients à se soigner « à la maison » d’après certains auteurs (Jenerette et al., 2010). D’autres auteurs notent également un recours important aux « thérapies complémentaires et alternatives », que ce soit aux Etats Unis (Sibinga et al., 2006) ou à Madagascar (en témoignent les travaux de l’IMRA (Institut Malgache de Recherches Appliquées) réalisés en partenariat avec la Fondation Pierre Fabre).

Les itinéraires thérapeutiques des patients drépanocytaires en Afrique de l’Ouest ne sont pas ou très peu étudiés dans la littérature. Maladie complexe, la drépanocytose associe une symptomatologie plurielle, aiguë et chronique, suggérant une pluralité dans le(s) recours aux soins associé(s) (voire partie 3) et justifiant l’intérêt d’un travail de terrain.

4.1.3 Offre de soin et prise en charge de la drépanocytose à Ouagadougou

Des généralités sur l'offre de soin au Burkina Faso ont été présentées dans les parties 2 et 3 de ce mémoire. Il ne s'agit pas ici de reprendre ces points, mais plutôt d'apporter des précisions sur la spécificité de la prise en charge de la drépanocytose à Ouagadougou. Ces informations sont issues d'entretiens réalisés avec le professeur Eleonore Kafando, le docteur Catherine Coulibaly et le docteur Brice Zoungara.

• **Structures sanitaires**

A Ouagadougou, deux structures de santé publiques offrent des activités centrées sur la drépanocytose :

- Le CHU Charles de Gaulle dispose d'un service de suivi des patients, avec une après-midi par semaine dédiée entièrement aux consultations pédiatriques.
- Le CHU Yalgado pratique le dépistage néo-natal au niveau de la maternité et dispose d'un service de suivi pour les femmes enceintes intégrant les spécificités des patientes drépanocytaires.

En dehors de ces établissements, deux structures privées à but non lucratif (confessionnelles) ont mis en place des activités dédiées :

- L'hôpital Saint Camille de Ouagadougou (HOSCO) a développé une consultation de suivi, réservée aux patients drépanocytaires, tous les matins de 7h30 à 13h. Par ailleurs, un hématologue prend en charge d'autres patients pouvant avoir des problématiques liées deux après-midis par semaine (thalassémies, patients homozygotes CC non considérés ici comme souffrant d'un syndrome drépanocytaire grave).
- Le centre médical avec antenne chirurgical (CMA) Schiffra pratique le dépistage néo-natal au sein de sa maternité.

Notons enfin qu'une association de patients, le Comité d'Initiative contre la Drépanocytose (CID) réalise des missions de sensibilisation auprès du grand public, de plaider auprès des institutions, participe à des missions de dépistage et permet aux patients touchés par cette maladie de bénéficier d'un espace de partage et d'écoute.

• **Disponibilité des médicaments et automédication**

A l'HOSCO, la prise en charge des patients drépanocytaires suppose une polymédication associant :

1. Un traitement prophylactique du paludisme (notamment en saison des pluies) reposant sur l'association sulfadoxine/pyriméthamine. Le Coartem® (arthéméter/luméfántrine) est privilégié lorsqu'un traitement curatif est nécessaire.
2. La prise d'un antiparasitaire antihelminthique (albendazole) tous les 3 à 6 mois.
3. En cas de crises, la douleur est prise en charge par une association d'antalgiques de paliers 1 et 2 (paracétamol, codéine, tramadol) et d'anti-inflammatoires (diclofénac, acéclofénac, nifluril). La morphine est uniquement utilisée au sein de l'hôpital, en cas de douleurs résistantes aux traitements susmentionnés.
4. Une supplémentation en acide folique et éventuellement en fer en cas de carence martiale

Tous ces traitements (hors morphine) sont accessibles en automédication ou dans les « pharmacies de rue ». Les antalgiques de palier 3 restent difficilement disponibles dans les services

hospitaliers (hors anesthésie-réanimation) malgré une demande croissante des professionnels de santé, notamment à la suite de formations spécifiques sur la prise en charge de la douleur.

L'Hydrea® (hydroxyurée), traitement de choix pour les patients drépanocytaires non greffés en France, reste peu accessible. Au sein de l'HOSCO, sa prescription est réservée aux patients souffrant d'anémie sévère, ayant des crises répétées et disposant de moyens financiers suffisant pour supporter le coût du traitement. Une boîte de 20 gélules d'Hydrea coûte en effet entre 5000 et 6000 FCFA (entre 7,5 et 9,5 euros). Les patients ont parfois besoin de trois ou quatre boîtes par mois, ce qui représente un coût important. Sans compter les examens réguliers nécessaires, dont le coût peut rapidement atteindre plusieurs dizaines de milliers de francs CFA dans un pays où le PIB par habitant était de 585€ en 2017 (Banque mondiale, 2017).

• Médicaments traditionnels améliorés (MTA)

Plusieurs travaux ont été réalisés dans la région ouest-africaines sur des plantes issues de la pharmacopée locale ayant conduit à la fabrication de médicaments traditionnels améliorés, parfois inscrit sur la liste des médicaments essentiels des états (comme le FACA® au Burkina Faso). Cinq de ces spécialités sont présentées dans le Tableau 32 ci-dessous. Il est à noter que la délivrance d'une AMM ne suppose pas nécessairement d'études cliniques de phase III et que ces données sont donc à manipuler avec précaution. Les spécialités issues d'autres pays que le Burkina Faso sont également mentionnés ici en raison de la porosité des frontières de l'espace CEDEAO.

Tableau 32. Quelques MTA indiqués dans la prise en charge de la drépanocytose en Afrique de l'Ouest.

MTA	Pays d'invention	AMM	Composition (connue)
Faca® ¹	Burkina Faso	Oui	<i>Calotropis procera</i> <i>Zanthoxylum zanthoxyloides</i>
Cicklavit® ²	Nigéria	Non (complément alimentaire)	<i>Cajanus cajan</i> (extrait)
Niprisan® ²	Nigéria	Oui	<i>Piper guineense</i> <i>Pterocarpus osun</i> <i>Eugenia caryophyllum</i> <i>Sorghum bicolor</i>
Drepanostat® ³	Togo	Oui	<i>Zanthoxylum zanthoxyloides</i> (extrait) auquel serait ajouté du paracétamol
VK500® ⁴	Bénin	Oui	<i>Zanthoxylum zanthoxyloides</i> <i>Securidaca longipedunculata</i> <i>Uvaria chamae</i> <i>Rauvolfia vomitoria</i> <i>Citrus aurantiifolia</i>

1. d'après Sabatier et al., 2014 ; 2. d'après Oniyangi et al., 2015 ; 3. d'après Pousset, 2006 ; 4. d'après Medegan, 2002.

Des travaux réalisés sur le Faca® mettraient en évidence une activité sur la falciformation des hématies (Souannavong, 2016). Ces résultats sont discutables au vu d'études récentes qui montrent une efficacité limitée in vitro (Villaret et al., 2018). D'autres investigations font état de résultats cliniques encourageants, avec une réduction du nombre de crises vaso-occlusives, une amélioration de l'anémie, de l'asthénie et une diminution des douleurs articulaires (Souannavong, 2016). Néanmoins, d'autres travaux sont nécessaires pour assurer ces résultats. Le Drépanostat® au Togo contient également *Z. zanthoxyloides* (Pousset, 2006) (Villaret et al., 2018).

Au Nigéria, des études in vitro sur le Ciklavit® ont montré une activité sur la falciformation des hématies et sur la polymérisation de l'hémoglobine S, potentiellement attribué à une concentration importante en phénylalanine (Oniyangi et al., 2015) (Villaret et al., 2018). Les essais cliniques sur le Niprisan® contre placebo, malgré certaines faiblesses méthodologiques (faible nombre de patients, dosage et préparation de l'extrait non correctement définis), présentent des résultats cliniques intéressants : le Niprisan® diminuerait la fréquence des crises (Oniyangi et al., 2015).

Au Bénin, le VK500® est un traitement fortement controversé par la communauté internationale. Aucune étude sur cette spécialité n'a été réalisée et publiée. En dehors d'un brevet déposé à l'Institut National de la Propriété Industrielle (INPI) en France en 2002 (Medegan, 2002), des informations fournies par le site internet de son inventeur (Dr Medegan) et des forums d'associations de patients (Sos globi et drépavie), il existe très peu de données sur le VK500®.

Il est à noter que cette liste n'est pas exhaustive. Le secteur du néo-traditionnel est en pleine évolution, (voire Partie 1.2) et des produits non nécessairement enregistrés auprès des autorités et n'ayant pas fait l'objet d'études peuvent être retrouvés dans la capitale burkinabè, comme le Tipzanga®.

• **Médecines traditionnelles**

Pour le Docteur Brice Evance Zougrana, autrefois, les savoirs traditionnels étaient transmis de génération en génération et ne devaient servir qu'à soigner et traiter les membres de la famille, du clan ou du village, exception faite de personnes « recommandées » par l'entourage. Les soins et traitements divers étaient également offerts sans rétribution, le paiement des soins était symbolique comme par exemple un ou deux cauris, cinq ou dix francs ou tout au plus un coq ou une poule. Aujourd'hui, et surtout dans les villes comme Ouagadougou, les choses sont bien différentes. On retrouve de nombreux charlatans, des vendeurs d'illusions le plus souvent attirés par l'appât du gain et le pouvoir conféré par la position de « soignant ». Beaucoup de tradipraticiens de santé exerçant dans la capitale ont pu « emprunter » des bribes de recettes aux vieux des villages, mais cet emprunt impacte négativement sur l'efficacité...

Au niveau de la médecine traditionnelle, les associations de tradipraticiens ne sont pas fédérées. De nombreux tradipraticiens exercent à Ouagadougou, sans qu'une structure précise ne les accueille. La construction du Centre de Médecine Traditionnelle et de Soins Intégrés (CMTSI) est néanmoins bien avancée et la structure devrait démarrer ses activités courant 2019. Cet établissement a été construit grâce à des subventions nationales, et le projet est soutenu par l'OOAS. Le centre a pour objectif d'accueillir des tradipraticiens de l'ensemble du pays et d'évaluer les pratiques en faisant cohabiter secteur traditionnel et secteur conventionnel. Les patients pris en charge au CMTSI seront d'abord examinés par un médecin qui vérifierait que le cas ne relève pas d'une urgence et qu'il peut être pris en charge par un tradipraticien. Dans le cas contraire, le patient serait orienté vers une structure de soin adéquate.

. En plus des espaces de consultations, la structure disposera d'un laboratoire permettant d'effectuer du contrôle qualité sur les produits utilisés mais également de réaliser et analyser des prélèvements biologiques pour attester (ou non) de l'efficacité de certaines préparations. L'approche est une démarche ethnopharmacologique visant à valider certains usages. En dehors de ces activités, le CMTSI souhaite par la suite développer la fabrication de médicaments traditionnels améliorés et mettre en place un marché de plantes médicinales qui auront satisfait au contrôle qualité. De plus, la structure a mis en place un jardin botanique où l'accent est mis sur les espèces végétales utilisées pour leurs propriétés médicinales dans la sous-région en privilégiant celles en voie de disparition.

4.1.4 Représentations de la maladie, de la santé et du corps dans la culture mossi

Des informations générales et/ou théoriques sur les représentations de la maladie, de la santé et du corps en Afrique de l'ouest ont été présentées dans les parties 1.3 et 3.2 de ce mémoire. Les éléments présentés ici précisent ces thématiques dans la culture mossi, dont la langue est le mooré, ethnie du centre du Burkina Faso, majoritaire dans le pays (plus de 40% de la population).

• *A propos de la cosmogonie mossi*

Dans la culture mossi, l'individu est en symbiose avec l'univers cosmique. La santé/maladie dépend de l'équilibre/déséquilibre entre l'univers social et l'univers cosmique des personnes. On observe ainsi un continuum entre le monde visible (la « réalité humaine ») et invisible (où l'on retrouve les ancêtres, génies et dieux) unis dans une dynamique cyclique entre la vie et la mort. Les ancêtres (*kiimse*) veillent à la santé, la reproduction, la survie et assurent la cohésion sociale des vivants (via des règles et coutumes). Ils font le lien avec les dieux, dont le « couple suprême » *Wěnde* (« dieu suprême » / Soleil) et *Těnga* (Terre). On retrouve également dans le monde invisible des génies (*kinkirse*). Cette cosmogonie simplifiée est schématisée dans la Figure 33 ci-dessous (Yoda, 2005).

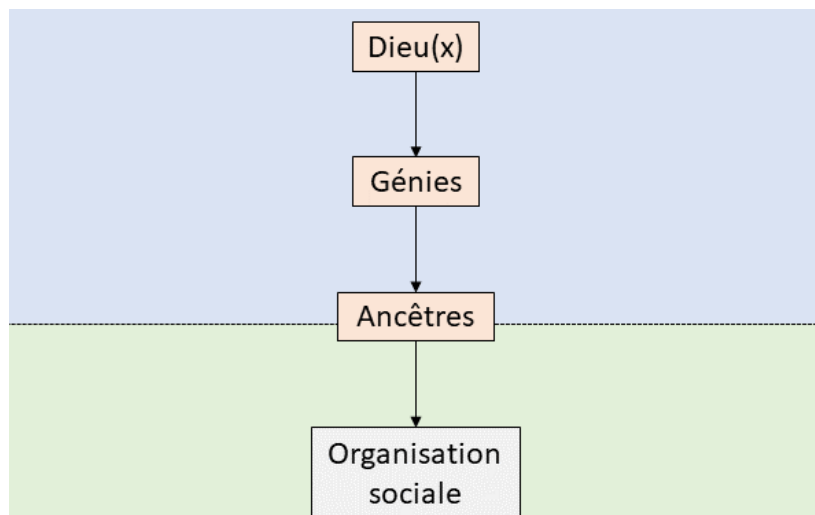


Figure 33. Cosmogonie mossi simplifiée (d'après Yoda, 2005)

• *A propos des représentations de la santé et de la maladie*

L'état de bonne santé suppose un équilibre, une harmonie entre les individus, la nature et le monde invisible. Dans ce contexte, se tourner vers les ancêtres revêt un objectif double : assurer la cohésion sociale du monde visible et la santé, la fécondité et la prospérité des individus.

Les maladies sont désignées selon deux grands principes (Yoda, 2005) :

1. Description littérale. Elle correspond à l'utilisation de référence au corps (le nom de la maladie correspond à la région touchée), aux symptômes ou aux effets ressentis par le malade.
2. Description métaphorique. Elle consiste à raisonner par analogie notamment avec le monde animal pour désigner un état pathologique. C'est le cas par exemple de la « maladie de l'oiseau », une entité nosologique populaire qui correspond à des crises convulsives dues au paludisme chez les enfants et qui est retrouvée dans l'ensemble de la région ouest-africaine (De Sardan, 1999) (Jaffré, 1999) (Nzeyimana et al., 2006).

L' étiologie et la pathogénie (le « mode d'atteinte » de l'individu) des différentes entités nosologiques peuvent également être catégorisées. On peut distinguer les maladies dues à un contact plus ou moins direct entre une personne et un agent pathogène et la « contamination-sanction », due au non-respect d'interdits ou de devoirs. Il est à noter que cette vision binaire n'est pas figée. Ici encore, la porosité est de rigueur. A titre d'exemple, la « maladie du python » (*wafɔ*, mot mooré pour « serpent ») est une entité nosologique populaire qui tient son nom des plaques cutanées qui rappellent une peau de serpent : la dénomination métaphorique se base sur une analogie discriminante. La cause serait due au contact avec l'animal, mais l'animal ne causerait la maladie seulement s'il est habité par un génie, qui punirait via ce biais l'individu pour une faute commise, un interdit franchi ou un devoir non honoré (Yoda, 2005). Dans ce cas, une entité du monde invisible « habite » un élément du monde visible.

Des propositions de classification en « catégories étiologiques » plus complètes existent. Le Tableau 33 reprend celle proposée par Lalbila Aristide Yoda qui adapte les travaux de Sylvie Fainzang à la culture mossi (Yoda, 2005).

Tableau 33. Catégories étiologiques mossi (d'après Yoda, 2005)

Catégories	Termes mooré
Ancêtres	<i>Kiimse</i>
Génies	<i>Kinkirse / Zindamba</i>
Jumeaux ¹	<i>Kinkirse</i>
« Fétiches »	<i>Tum</i>
Sorciers	<i>Sɔyã</i>
Destin	<i>Pulemde</i>
Dieu	<i>Ĕnde</i>

1. Les jumeaux sont considérés par les mossi comme une manifestation vivante des génies.

4.2 Matériel et méthodes

• *Lieu d'étude*

Ouagadougou est la capitale du Burkina Faso. C'est une ville de 2 400 000 habitants, soit 8 % de la population du pays (Banque mondiale, 2018). Elle est située dans la région du centre, dans la province de Kadiogo dont elle est la seule commune urbaine. Elle concentre une grande partie des structures sanitaires du pays (voire partie 2.2.2).

L'HOSCO (Hôpital Saint Camille de Ouagadougou) est une structure sanitaire créée en 1968 par des missionnaires. Devenue hôpital en 2014, l'HOSCO est une structure privée dite « conventionnée », c'est à dire sous convention avec le ministère de la santé, et participe à ce titre aux politiques nationales de santé. Elle est considérée à ce jour par le ministère comme un CHU dans la pyramide sanitaire malgré l'absence actuelle d'activités universitaires et est dirigé par le Père Paul Ouédraogo, pédiatre de formation. Un service dédié à la prise en charge des patients drépanocytaires a été mis en place en 2000, à la suite d'une enquête dans les écoles de Ouagadougou sur le VIH et la drépanocytose. L'activité s'est ensuite développée et structurée.

• *Collecte des données*

Les données ont été collectées entre le mercredi 24 octobre et le vendredi 9 novembre 2018. Les patients présents en salle d'attente, pendant la consultation de suivi des patients drépanocytaires se sont vu proposer de participer à l'étude. Dans les quelques cas où les patients ne parlaient pas français et souhaitaient participer, la traduction a été assurée par le personnel de l'hôpital ou par un proche les accompagnant. 54 entretiens ont été réalisés. Le protocole complet est disponible en annexe. Les informations collectées peuvent être regroupées en cinq catégories :

1. Dans un premier temps, des données socio-démographiques ont été recueillies
2. Dans un second temps, une anamnèse a été réalisée, s'intéressant à l'âge, aux conditions de diagnostic et aux représentations de la drépanocytose.
3. Dans un troisième temps, l'itinéraire thérapeutique a été étudié, depuis la date des premiers symptômes ou du diagnostic jusqu'à la date de l'entretien.
4. Dans un quatrième temps, des questions relatives aux utilisations, attitudes et perceptions relatives aux pratiques de médecines traditionnelles ont été posées.
5. Dans un dernier temps, les questions ont été orientées sur les dépenses de santé et la fréquentation des centres de santé de proximité.

Ces informations ont été complétées de visites auprès des acteurs institutionnels de la médecine traditionnelle et d'entretiens avec des professionnels de santé de l'HOSCO.

• *Analyse statistique*

Compte tenu de la taille de notre échantillon, les résultats présentés sont essentiellement descriptifs. Toutefois, des tests statistiques (Chi 2, Fisher, Wilcoxon) ont été réalisés à titre exploratoire pour répondre à certaines questions spécifiques. Le logiciel R (version 3.5.1) a été utilisé.

• *Aspects éthiques*

L'autorisation pour réaliser ce travail a été délivrée par le Pr Eléonore Kafando et le Père Paul Ouédraogo ; elle est présentée en annexe. Avant chaque entretien, le consentement éclairé des participants a été obtenu. Pour les patients mineurs, le consentement d'un parent ou d'un tuteur légal (ayant répondu à l'enquête avec ou sans leurs enfants) a été recueilli. Les entretiens se sont déroulés dans la cour de l'hôpital ou au sein de la salle d'attente lorsque les patients insistaient pour rester

4.3 Résultats

54 patients ont été interrogés. Une patiente a été exclue de l'analyse car elle présentait une forme AS, information révélée tardivement dans l'entretien.

4.3.1 Caractéristiques socio-démographiques des patients interrogés

Les caractéristiques socio-démographiques des patients recrutés dans cette enquête sont résumées dans le Tableau 34. La sex-ratio est similaire aux données globales du Burkina Faso (Banque mondiale, 2018). L'âge médian des patients est de 17 ans (contre 17,4 sur l'ensemble du pays) (CIA, 2018) et environ 80% de l'échantillon a moins de 30 ans.

Tableau 34. Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon étudié.

Caractéristiques		Effectifs	Fréquence (en %)
Genre	Hommes	25	47,2
	Femmes	28	52,8
Âge	0-15 ans	25	47,2
	16-30 ans	19	35,8
	31-45 ans	7	13,2
	65 ans et plus	2	3,8
Niveau d'étude	Pas de scolarisation	2	7,1
	Primaire	3	10,7
	Secondaire	12	42,9
	Supérieur	10	35,7
<i>Pour les patients âgés de plus de 16 ans (n=28)</i>	Pas de réponse	1	3,6
Milieu de vie	Urbain	51	96,2
	Dont habitant à Ouagadougou ¹	48 ¹	94,1 ¹
	Rural	2	3,8
Langues vernaculaires parlées²	Mooré	44	83,0
	Dioula	8	15,1
	Gurusi	3	5,7
	Fulfulde	2	3,8
	Pwam	1	1,9
	Ewe	1	1,9

1. Parmi les patients vivant en milieu urbain (n=51)

2. 5 patients parlaient 2 langues, une personne trois langues et un patient ne parlait aucune langue vernaculaire, expliquant l'effectif supérieur à 53

Les patients interrogés avaient globalement un niveau d'étude supérieur aux moyennes nationales, avec seulement 7% des patients de plus de 16 ans n'ayant pas suivi de scolarité et plus de 75% ayant au moins poursuivi jusqu'au collège (en 2013, le taux de scolarisation au collège était de 22% sur l'ensemble du territoire) (Banque mondiale, 2018). La question des revenus a été faiblement renseignée par les participants et une part importante de l'effectif était étudiant, sans revenus réguliers. Nous ne l'avons donc pas rapporté ici. La très large majorité des patients habitait à Ouagadougou, alors que seulement 28,7% des burkinabè résident en zones urbaines (Banque mondiale, 2017). Notons enfin que le nombre moyen de personnes vivant dans les foyers des personnes interrogées était de 6 (avec un minimum à 1 et un maximum à 40).

4.3.2 Représentations de la drépanocytose

• « *Maladie des os* » et circonstances de diagnostic

Les crises aiguës sont généralement l'origine de la recherche d'un diagnostic : un épisode douloureux, directement lié ou non à la drépanocytose, entraîne des recours aux soins variables où des examens finissent par être faits. D'autres patients ont déclaré savoir qu'ils sont atteints de la maladie depuis l'enfance malgré un dépistage réalisé tardivement. Un patient a été dépisté dans le cadre d'une obligation professionnelle (inscription à l'université). On parlera dans ces cas-là de dépistage « orienté ».

« Le jour s'est levé le matin, il a commencé à se plaindre du bras, alors j'ai dit à sa maman de peut-être masser avec Végébaume®. Moi, je suis sorti. Quelques 45 minutes après, sa maman m'appelle car son état est critique. Je suis revenu, on l'a amené au centre médical. On l'a interné, hospitalisé. Ils ont prescrit des produits. Ils l'ont gardé jusqu'au petit matin. Quand on est rentré, il a dormi. Le soir, il a repris. Heureusement, ce jour on a rencontré une infirmière qui... qui nous a demandé est ce que... nous avons fait l'examen. Nous avons dit non. Elle a demandé si est ce que nous parents on n'a pas ce problème. On ne sait pas parce que moi, personnellement, je n'ai jamais fait le test. Elle a demandé les examens de nous deux parents et de l'enfant »

Entretien 40, père d'un garçon drépanocytaire de 10 ans

Tableau 35. Circonstances de dépistage de la drépanocytose : données générales.

Circonstances de dépistage	Nombre	Fréquence (en %)
« Orienté »	43	81,1
« Dirigé »	5	9,4
Autres ¹	5	9,4

1. Non répondu, ne se souvient pas, autres circonstances, ...

Dans d'autres cas, plus rares, le dépistage a été « dirigé » par le personnel de la maternité (1 cas) ou par des parents sensibilisés à cette maladie, soit parce qu'ils connaissaient leur génotype (2 cas), soit parce qu'un membre de la fratrie était déjà drépanocytaire (2 cas). On parlera dans ces cas-là de dépistage « dirigé ». Le Tableau 35 reprend ces résultats. Le Tableau 36 présente des données relatives à l'âge moyen de diagnostic dans notre échantillon et dans ces deux sous-groupes.

Tableau 36. Âges moyens de diagnostic à la suite d'un dépistage dans notre échantillon et deux sous-groupes.

Paramètres Groupes	Mediane (min ; max)		p-value ²
	Orienté (n=38 ¹)	Dirigé (n=5)	
Age au diagnostic (en années)	5 (0,33 ; 23)	0 (0 ; 0,5)	p<0,001

1. 7 patients dont 5 du groupe « orienté » ne se souvenait plus de l'âge auquel le diagnostic a été posé. 4 patients n'ont pas pu être classés entre ces deux groupes en raison de modalités imprécises de diagnostic.

2. Test des rangs de Wilcoxon

Le diagnostic est donc posé plutôt tardivement, notamment chez les patients dépistés au cours d'un épisode morbide, alors qu'il est réalisé précocement chez les enfants dont les parents ont été sensibilisés à la drépanocytose. Dans ce second cas, le dépistage est généralement néo ou péri-natal. Notons que diagnostic et prise en charge précoce sont des facteurs pronostics importants pour une maladie dont la mortalité avant cinq ans est estimée entre 50 et 90%, mortalité qui chute lorsqu'un suivi de qualité est mis en place précocement (Grosse et al., 2011) ...

• **De « Kam werse » à la drépanocytose**

Cinq termes différents ont été mentionnés par les patients comme désignant la drépanocytose dans leurs langues vernaculaires. Ils sont présentés dans le Tableau 37 ci-dessous.

Tableau 37. La drépanocytose en langues mooré, dioula, gourounsi, fulfulde et ewe.

Terme utilisé	Nombre d'occurrences	Langue vernaculaire
<i>Kam werse</i>	42	Mooré
<i>Koloci</i>	4	Dioula
<i>Nekouéssé</i>	3	Gourounsi
<i>Yakku</i>	2	Fulfulde
<i>Émassi</i>	1	Ewe

Kam werse est un terme mooré qui viendrait de *kamse* (bras) et de *were* (écraser). Selon les patients interrogés et le personnel du centre, *Kam werse* (ou *kam-werse*) peut être globalement traduit par « rhumatisme ». Il est souvent traduit par les patients par « maladie des os » ou « douleur des articulations ». L'appellation « maladie du sang » a été ponctuellement entendue au cours de ce travail.

Koloci est un terme dioula pouvant être traduit littéralement par os (*kolo*) fendu ou cassé (*ci*) (Kassamba, 2015). On retrouve également ce terme dans la langue bambara où il signifie os brisé (Jaffré, 1999). *Nekouéssé* est un terme gourounsi, traduit par les patients par « mal de pied » ou « douleurs répétées des os ». Selon les personnes interrogées, *Nekouéssé* pourrait désigner de manière générale les douleurs articulaires et *Yakku* est un terme fulfulde qui désignerait les rhumatismes.

Émassi est un terme retrouvé au Togo, au Niger et au Cameroun. Sa construction est originale puisqu'il proviendrait d'une transformation du terme « hématie » dans le langage oral et désignerait, cette fois ci, l'entité biomédicale (Lainé, 2015).

• **Représentations de la maladie et transmission**

Concernant la transmission, la notion de « maladie du sang » est fortement présente parmi les patients, de même que la transmission héréditaire, par les parents, partagée par 68% des répondants. Néanmoins, ces notions ne correspondent pas forcément aux concepts biomédicaux :

« Je crois que c'est une incompatibilité de sang des parents qui ont conduit à cela »

Entretien 25, femme drépanocytaire de 24 ans.

« Quand les deux parents sont AS, on dit que le premier enfant sera AA, le deuxième AS et le troisième, c'est les S qui vont se combiner et il sera SS »

Entretien 37, femme drépanocytaire de 18 ans.

Deux personnes interrogées ont par ailleurs rapporté des explications qui sortent de ce cadre :

« Selon les grands parents, si quand tu es enceinte tu marches sur les eaux jetées par le roi de la concession, ça créé la maladie [chez l'enfant] »

Entretien 11, femme drépanocytaire de 18 ans.

« Il y a une femme là, au village, ils lui ont dit que c'était le poisson qui lui avait transmis parce que son mari est marin »

Entretien 4, femme drépanocytaire de 54 ans.

Ces représentations restent marginales, et l'essentiel semble fortement influencé par les informations données par les professionnels de santé et les associations faisant de la sensibilisation. Elles sont donc rarement associées à la rupture d'interdits, aux cosmogonies locales ou à des explications surnaturelles.

« Est-ce qu'on a une explication traditionnelle comme ça ? Non. On connaît le mal. »

Entretien 40, père d'un garçon drépanocytaire de 10 ans.

Pour l'équipe soignante de l'hôpital Saint Camille, les représentations de la maladie sont sensiblement différentes chez les patients reçus en primo-consultation et/ou chez ceux ayant peu fréquenté les structures sanitaires plus ou moins spécialisées du pays. On retrouve dans ces cas des explications centrées sur une transmission exclusivement maternelle de la drépanocytose, qui entraînerait un rejet, voire une exclusion sociale des femmes ayant eu des enfants drépanocytaires, notamment sous la pression de la belle famille.

• **Drépanocytose et entités nosologiques populaires**

En étudiant les noms donnés à la drépanocytose et les représentations de la transmission, on retrouve des éléments très pragmatiques, loin de toute composante spirituelle. Aucune mention au monde invisible décrit dans la Partie 4.1.4 n'a été relevé au cours des entretiens. En revanche, la représentation de la drépanocytose semble se construire autour d'un noyau commun, articulé autour des douleurs liées aux crises, avec des éléments plus ou moins périphériques (la notion de maladie du sang, de transmission héréditaire notamment), rappelant la théorie des modules proposée par Jean-Pierre Olivier de Sardan (Partie 3.2). La logique d'activation est également retrouvée. Largement influencées par les parcours de soins, on retrouve dans les représentations des patients certaines logiques parentes aux entités nosologiques populaires décrites précédemment comme la logique d'activation, où la maladie, silencieuse, « s'éveille », « se lève » pour donner des symptômes cliniques :

« Si on donne ça, ça va finir, ça ne va plus se lever. »

Entretien 46, maman d'une enfant drépanocytaire de 9 ans.

La place centrale de la douleur dans les discours des patients et l'influence des parcours de soin sur les représentations de la maladie ont également été relevés, éléments décrits dans les travaux de Yannick Jaffré. L'incidence sociale parfois importante de la drépanocytose est également décrite par les patients, avec un lien parfois direct (transmission maternelle entraînant l'exclusion sociale des femmes) ou non :

« Le mari a quitté la maison parce qu'avec deux enfants drépanocytaires là, il y avait trop de dépenses. »

Entretien 51, maman d'un enfant drépanocytaire de 12 ans.

Enfin, notons que la logique de nomination suivant la symptomatologie (et non l'étiologie), en faisant référence aux os dans la grande majorité des cas illustre à merveille cette citation de De Sardan : *« les représentations populaires se débrouillent tant bien que mal avec un corps qui reste largement crypté, alors que les représentations savantes sont issues de son décryptage même »*.

4.3.3 Médecines traditionnelles et itinéraires thérapeutiques

• Généralités et éléments descriptifs

Sur les 53 patients inclus dans cette étude, 39 (73,6%) ont utilisé les médecines traditionnelles au cours de leurs parcours de soins. 11 (20,8%) continuent à les utiliser et 14 (26,4%) n'y ont jamais eu recours. Les pratiques utilisées dans la prise en charge de la drépanocytose reposent essentiellement sur la phytothérapie (74%). Des plantes sont généralement bouillies puis la décoction est utilisée pour laver le corps et peut être consommée par voie orale. Des pratiques de type incisions / scarifications ont également été mentionnées par 5 patients. Des entailles de 0,5 à 1 cm sont dans ce cas pratiquées, surtout au niveau des bras. Une préparation sous forme de poudre est ensuite appliquée sur les lésions. 6 patients ont utilisé le FACA. D'autres pratiques ont également été relevées, concernant par exemple l'utilisation de beurre de karité en voie externe, seul ou mélangé à des espèces végétales ou encore l'utilisation d'os (entier ou sous forme de poudre) d'animaux dans des préparations.

Les thérapeutes sollicités sont en majorité des personnes extérieures au cercle familial : 25 patients ont eu recours à un tradipraticien. Néanmoins, 17 personnes ont déclaré que la médecine traditionnelle avait été pratiquée par la famille. L'efficacité de ces pratiques est perçue comme bonne dans 32,6% des 46 recours recensés. Dans 45,7% des cas, en revanche, l'efficacité est considérée comme mauvaise. Elle est ainsi la cause principale d'arrêt : 16 patients (parmi les 28 ayant utilisé les médecines traditionnelles dans le passé mais ne les utilisant plus) ont abandonné ces pratiques car l'efficacité était jugée défavorablement. Ces données sont résumées dans le Tableau 38. Notons que quelques patients ont eu plusieurs fois recours à divers types de pratiques, expliquant certains pourcentages totaux supérieurs à 100%.

Tableau 38. Utilisation des médecines traditionnelles au cours des parcours de soins des patients drépanocytaires.

Données	Effectifs	Fréquences (en %)
Nombre d'utilisateurs		
Actuel	11	20,8
Passé	28	52,8
N'ont jamais utilisé les MT	14	26,4
Types de pratique utilisées (n=39)¹		
Plantes en bains ou décoction	29	74,4
Incisions / Scarifications	5	12,8
MTA	6	15,4
Autres	9	23,1
Thérapeute(s) sollicité(s) (n=39)		
Tradipraticien	25	64,1
Famille / Entourage	17	43,6
Efficacité perçue des recours (n=46)²		
Bonne	15	32,6
Moyenne	5	10,9
Mauvaise	21	45,7
Raisons de l'arrêt (n=28)		
Efficacité jugée mauvaise	16	57,1
(Plusieurs réponses possibles) Cure terminée	5	17,9
Risques pour la santé	3	10,7
Autres	8	28,6

1. Une personne n'a pas répondu. Plusieurs propositions pouvaient être cochées

2. 46 recours différents ont été identifiés dans l'échantillon, cinq personnes n'ont pas répondu

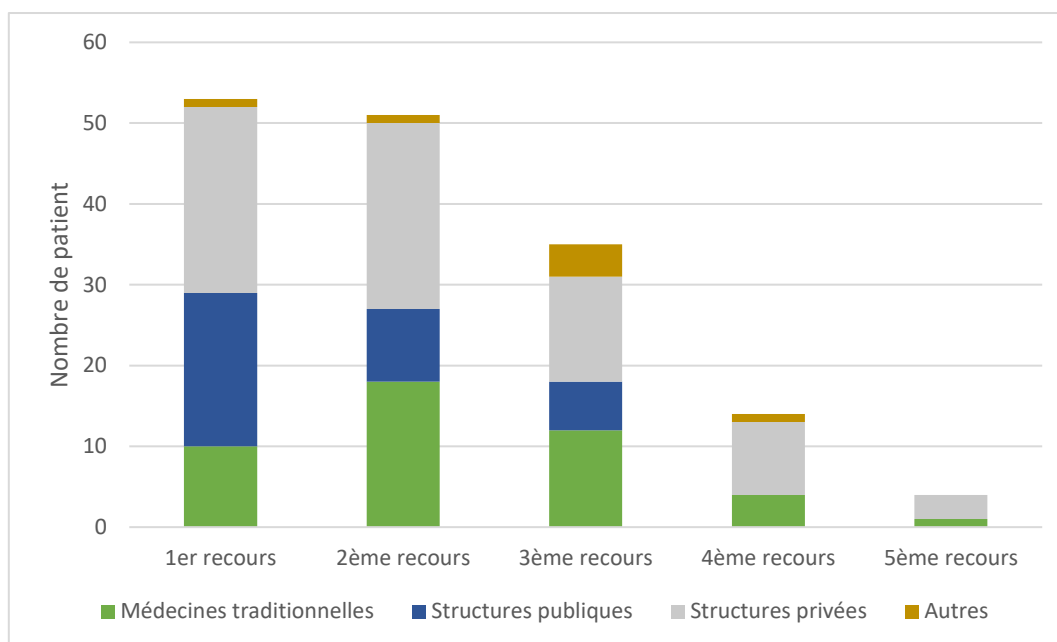


Figure 34. Modalités du recours aux soins des patients interrogés.

En observant les modalités du recours aux soins des patients interrogés, synthétisés dans la Figure 34, on voit que les médecines traditionnelles occupent une place à tous les niveaux des parcours de soin mais restent surtout importantes en second voir en troisième recours. Les patients interrogés se tournent plutôt vers les structures publiques en premier choix et beaucoup moins par la suite. Il ne semble pas y avoir un comportement « type », bien que certains patients affirment le contraire :

« Si tu vas voir la médecine moderne et que ça ne va pas, tu vas voir le tradipraticien. Ici, c'est comme ça »

Entretien 12, homme drépanocytaire de 34 ans

« Non, non il ne faut pas mélanger. Tu vas d'abord faire le traditionnel et ensuite tu viens ici. »

Entretien 47, femme drépanocytaire de 25 ans

Le nombre de recours aux structures privées est élevé mais fortement impacté par le fait que les patients ont été recrutés au sein d'une structure de ce type. Lorsque l'on exclut le recours à l'HOSCO de l'analyse, le taux de recours aux structures privées passe de 43,4% à 18,9% en premier recours et de 45,10% à 3,9% en second recours.

• **Utilisation actuelle des médecines traditionnelles**

Seulement 20,8% des patients interrogés utilisent actuellement la médecine traditionnelle. Les pratiques sont toujours tournées vers l'utilisation de plantes et sont associées dans 3 cas avec des techniques des massage. Un patient a également déclaré avoir recours à la prière dans une optique thérapeutique. La très grande majorité des personnes qui ont recours à ces pratiques le font car ils les trouvent adaptées à la maladie, efficaces et qu'ils ont une certaine confiance dans la médecine traditionnelle. Le prix et la proximité géographique sont peu mentionnées comme des raisons motivant ces recours, au contraire, et tous ces patients reconnaissent l'existence d'alternatives thérapeutiques.

« Non, ce n'est pas le coût. Il y a des endroits, tu vas aller là [chez le tradipraticien], c'est même plus cher qu'à l'hôpital »

Entretien 29, patient utilisant actuellement les médecines traditionnelles

Cette présence d'alternatives thérapeutiques est également une cause majeure de non recours aux médecines traditionnelles : 76,2% des patients n'utilisant pas ces pratiques aujourd'hui mettent cette raison en avant. Parmi les autres facteurs, 64,3% de ces personnes mentionnent l'absence d'efficacité, 57,1% un manque de confiance et 42,3% jugent que les médecines traditionnelles ne sont pas adaptées pour prendre en charge la drépanocytose.

« Avant, j'avais confiance en ça. Maintenant, je l'ai perdu parce que tu traites, tu traites, tu traites et ça ne passe pas »

Entretien 48, homme drépanocytaire de 29 ans

Une analyse en sous-groupes a été effectuée afin d'étudier si l'utilisation des médecines traditionnelles au cours du parcours de soin modifiait les facteurs raisons du recours aux médecines traditionnelles. Trois groupes ont ainsi été constitués :

- usage passé (n=28) : patients ayant utilisé les médecines traditionnelles mais ne les utilisant plus actuellement,
- usage actuel (n=11) : patients ayant actuellement recours aux médecines traditionnelles,
- jamais utilisé (n=14) : patient n'ayant jamais eu recours aux médecines traditionnelles.

Des différences significatives ($p < 0.05$) ont été obtenues entre les trois groupes pour les facteurs « adéquation » (des pratiques traditionnelles dans la prise en charge de la drépanocytose) et « efficacité ». Pour le facteur confiance, seule une différence significative a été obtenue lors de la comparaison entre les sous-groupes « jamais utilisé » et « usage actuel ».

En revanche, les différences observées sur les facteurs « accessibilité » et « financiers » ne sont pas significatives, confirmant les données présentées plus haut qui semblaient indiquer que ces éléments influent peu dans le choix d'avoir recours (ou non) aux médecines traditionnelles. Ces données sont présentées dans la Figure 35 ci-dessous.

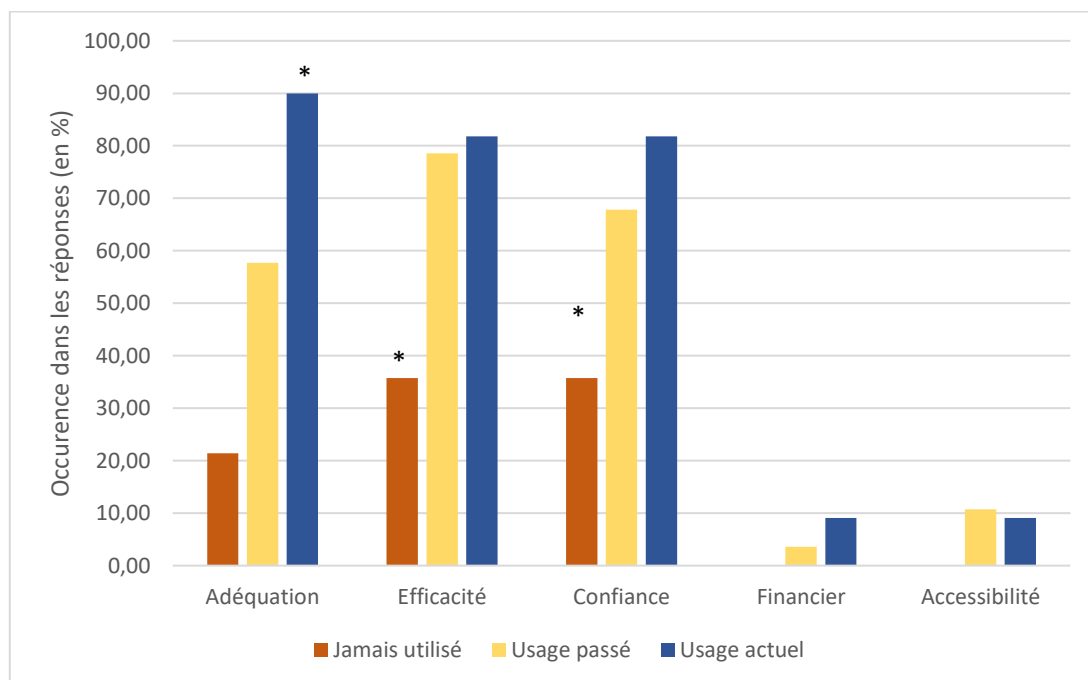


Figure 35. Raisons motivant le recours (ou l'absence de recours) aux médecines traditionnelles dans la prise en charge de la drépanocytose : analyse en sous-groupes (test exact de Fisher). Les non réponses n'ont pas été prises en compte lors de l'analyse.

• Perception des médecines traditionnelles dans le cadre de la drépanocytose

Plusieurs affirmations ont été soumises aux participants afin d'évaluer la perception des médecines traditionnelles dans le cadre de la prise en charge de la drépanocytose :

1. Pensez-vous que les médecines traditionnelles peuvent aider à éviter les crises ?
2. Pensez-vous que les médecines traditionnelles peuvent aider à soulager la douleur liée aux crises ?
3. Pensez-vous que les médecines traditionnelles peuvent permettre d'éviter les infections ?
4. Pensez-vous que les médecines traditionnelles peuvent permettre d'éviter la fatigue ?
5. Pensez-vous que les médecines traditionnelles peuvent permettre au sang de mieux circuler ?
6. Selon vous, la meilleure façon de prendre en charge la drépanocytose est d'utiliser la médecine conventionnelle seule (ce terme a été choisi car il était le mieux compris par les patients), les médecines traditionnelles seule, ou d'associer les deux ?

Les réponses relatives à ces questions sont résumées dans la Figure 36 ci-dessous qui reprend la fréquence de réponses positives dans les trois sous-groupes décrits précédemment. Notons que pour la dernière question, aucun patient n'a mentionné l'utilisation seule des médecines traditionnelles. Nous avons donc seulement présenté ici le taux de patient ayant mentionné que la meilleure façon de prendre en charge la drépanocytose était d'associer médecines traditionnelles et médecine conventionnelle.

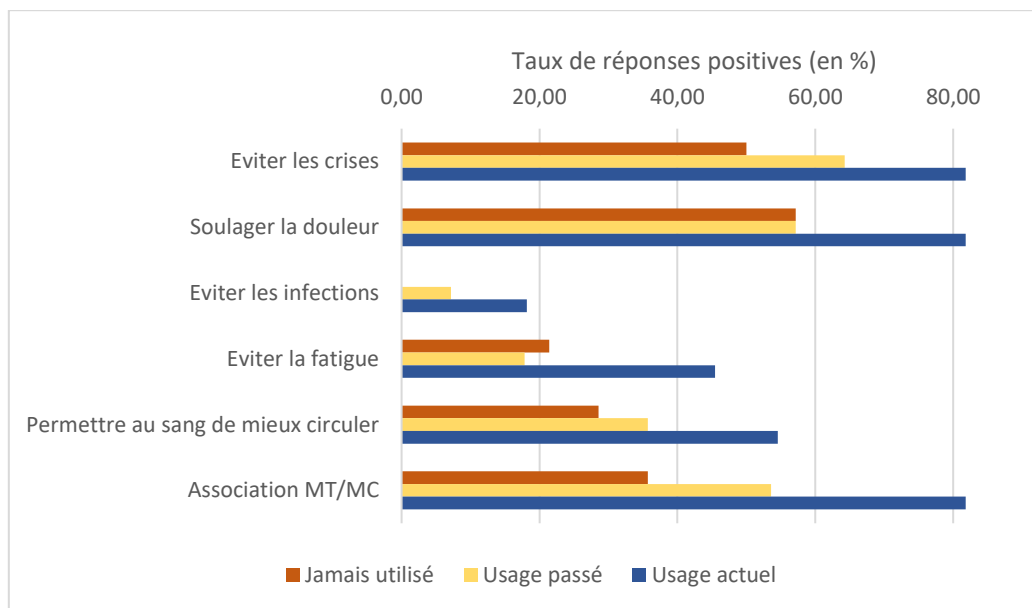


Figure 36. Perception de la médecine traditionnelle dans la prise en charge de la drépanocytose selon le recours aux médecines traditionnelles (MT/MC : Médecines traditionnelles / Médecine conventionnelle)

Ces données montrent que les médecines traditionnelles sont perçues comme pouvant être utile pour éviter les crises (entre 50,0% et 81,8% de réponses positives) et soulager la douleur liée aux crises (entre 57,1% et 81,8% de réponses positives). En revanche, les apports potentiels dans la prévention des infections et dans la réduction de la fatigue ne sont pas soulignés par les patients. Nous n'avons pas pu mettre en évidence de différences significatives entre les groupes sur l'échantillon étudié. Malgré des données cohérentes, il est probable que le manque de puissance ne nous ait pas permis de mettre en évidence ces différences. Notons enfin qu'une part importante des répondants (entre 35,7% dans le sous-groupe « jamais utilisé » et 82% dans le sous-groupe « usage actuel ») pense

que la meilleure façon de prendre en charge la drépanocytose est d'associer médecines traditionnelles et médecine dite « conventionnelle ».

Cette tendance se retrouve lorsque l'on s'intéresse à la perception des médecines traditionnelles en dehors du cadre de la drépanocytose. 77,4% des patients interrogés déclarent qu'elles peuvent être utiles pour d'autres maladies. Pour l'ensemble de ces 41 patients, l'utilisation de plantes est considérée comme intéressante et pour 39,6% des personnes interrogées (soit 21 patients) les pratiques manuelles (massages, recours aux « bone setter » ou « rebouteux » utilisant des techniques manuelles pour corriger des traumatismes ostéoarticulaires, etc ...) peuvent également être utiles dans la prise en charge d'autres pathologies. Les raisons justifiant cette utilité (ou non) sont résumées dans la Figure 37 qui présente à la fois les résultats des personnes percevant les médecines traditionnelles comme utiles dans d'autres maladie (groupe « utile ») et celles qui pensent le contraire (groupe « non-utile »). Les facteurs d'adéquation et d'efficacité sont toujours largement mis en avant, que les patients perçoivent les médecines traditionnelles comme utiles ou non. Notons que le faible coût est souligné par près de 50% des patients du groupe « utile ». Un taux largement supérieur à ce qui avait été précédemment relevé à propos de la drépanocytose et qui est simplement expliqué par une patiente interrogée :

« Pour le palu, tu peux sortir et prendre les feuilles dans un arbre »

Entretien 51, maman d'un enfant drépanocytaire de 12 ans

Pour certaines pathologies, les plantes pouvant être utilisées seraient, selon cette personne, plus largement connue des populations que pour la drépanocytose où les préparations ne sont pas connues de tous, et les prix de ce fait plus élevés. Néanmoins, d'autres patients questionnent ce point :

« Il y a des produits traditionnels qui sont plus chers qu'en pharmacie »

Entretien 45, femme drépanocytaire de 49 ans

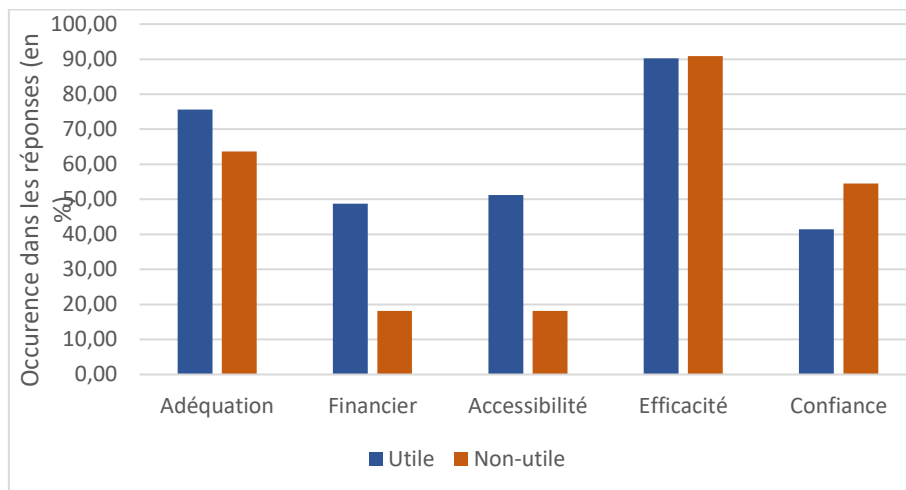


Figure 37. Raisons justifiant l'utilité (ou la non-utilité) perçue des médecines traditionnelles dans la prise en charge de pathologies « hors-drépanocytose ».

Enfin, mentionnons que 14,6% des personnes interrogées (soit 6 patients) ont spontanément mentionné le facteur « naturel » par opposition à des traitements « chimiques » :

« Si on peut avoir un soulagement par le naturel, c'est mieux que le chimique, même si c'est plus cher »

Entretien 23, femme drépanocytaire de 49 ans

4.4 Discussion

Les représentations locales de la drépanocytose ont été ici étudiées seulement au travers de deux thématiques : la logique de nomination et la transmission. Cet angle de vue reste insuffisant pour broser un portrait complet des entités nosologiques populaires relatives à cette pathologie mais permet d'identifier une vision marquée par la fréquentation des structures sanitaires. La vision biomédicale est réappropriée par les patients qui expliquent les modes de transmission parfois de manière floue, souvent de façon imprécise, mais toujours avec pragmatisme. Par ailleurs, l'influence des représentations locales de la drépanocytose sur les itinéraires thérapeutiques n'a pas véritablement été étudiées. Si la douleur reste un élément central, à la fois dans la construction des entités nosologiques populaires et dans la recherche de soins efficaces, il faudrait confronter ces données à des patients n'ayant pas ou peu fréquenté les structures sanitaires pour obtenir des informations complémentaires.

Les patients interrogés au cours de ce travail résidaient essentiellement à Ouagadougou, une limite évidente ne permettant pas de généraliser ces résultats à l'ensemble du pays. Les deux patients vivant en milieu rural présentent d'ailleurs des itinéraires thérapeutiques singuliers, avec une fréquentation plus marquée des structures de soin de premier niveau de référence (dispensaire et CSPS). Ces patients parlent de manque de disponibilité des médicaments, d'abstention thérapeutique fréquente à l'extérieur des villes, dans des régions où la pathologie n'est pas (ou mal) connue. Ces problématiques sont peu souvent soulevées par les autres patients interrogés.

« Il y a plein de drépanocytaires là-bas, quand ils ont des crises ils sont couchés et ils attendent. »

Entretien 33, homme drépanocytaire de 40 ans

Si ces informations nous permettent de dégager des pistes de réflexion sur les itinéraires thérapeutiques des patients drépanocytaires en milieu rural, nous ne pouvons pas apporter de conclusions en raison du faible nombre de patients habitant hors de Ouagadougou interrogés dans cette étude.

Au niveau des pratiques de médecines traditionnelles relevées, on observe un rôle important du cercle familial « élargi » dans l'exécution des soins, bien que les tradipraticiens restent les thérapeutes majoritairement sollicités. Notons que l'approvisionnement, à la fois en *materia medica* mais également en savoirs du cercle familial peut avoir pour origine un tradipraticien de manière indirecte. Par exemple, une tante du malade peut être allée voire un ami qui détient des plantes que lui-même a acheté auprès d'un tradipraticien. Sans critiquer la place de ces spécialistes comme « dépositaires principaux des savoirs thérapeutiques », nous pouvons néanmoins souligner l'importance de l'entourage dans les pratiques et parcours de soins.

Cette importance se retrouve lorsque l'on s'intéresse aux raisons motivant le recours aux médecines traditionnelles. Si les facteurs d'efficacité, d'adéquation et de confiance sont mis en avant par les patients, le choix, la décision finale reste fortement influencée par les rapports sociaux, la famille, l'entourage. Au cours de nos entretiens, la décision d'avoir recours aux médecines traditionnelles a émané du seul fait du patient dans seulement deux cas. Si cette information est insuffisante pour quantifier le poids des rapports sociaux dans les choix thérapeutiques, notamment car les patients étaient dans l'ensemble assez jeunes, elle souligne néanmoins leur importance, rappelée par une patiente :

« Quand mon mari m'a fait comprendre que c'était du poison pour l'organisme, j'ai arrêté. »

Entretien 30, maman d'une enfant drépanocytaire de 11 ans

Rapports sociaux et structures de pouvoir dessinent des parcours de soins compris entre « méfiance et pragmatisme », balisés par la famille, les tradipraticiens et les structures sanitaires, entre lesquels naviguent des patients à la recherche d'un soulagement, rappelant des éléments théorisés et décrits plus précisément dans la troisième partie de ce mémoire.

« Là où tu connais, tu rentres, mais là où tu ne connais pas là... tu doutes ! »

Entretien 44, parent d'un enfant drépanocytaire de 9 ans

Les facteurs associés à l'utilisation des médecines traditionnelles, notamment en étudiant des corrélations avec le niveau d'éducation ou de revenus n'ont pas pu être réalisées en raison de facteurs liés au recrutement des patients. Finalement, la distribution des patients dans les différentes classes créées et le faible taux de réponse à la question du revenu rend une analyse de ces facteurs peu pertinente. En revanche, les analyses en sous-groupes réalisées mettent en évidence l'influence de l'utilisation (ou non) des médecines traditionnelles sur les raisons motivant ces recours. Notons à ce propos que le facteur financier a rarement été mis en avant par les patients, contrairement à ce qui a pu être décrit dans d'autres travaux (voire partie 3.1.3).

Ces mêmes analyses (en sous-groupes) ne mettent en revanche pas en évidence de différence significative sur la perception générale des médecines traditionnelles dans la prise en charge de la drépanocytose. On pourrait donc conclure à une perception plutôt bonne, globalement partagée par les patients, mais ces résultats peuvent aussi être le fait d'effectifs trop faibles pour mettre en évidence une différence. Néanmoins, une part importante des personnes interrogées pensent que la meilleure façon de prendre en charge la drépanocytose reste d'associer médecines traditionnelles et médecine conventionnelle. Par ailleurs, l'utilité des médecines traditionnelles dans le traitement d'autres pathologies est mentionnée par plus de 75% des personnes interrogées. Si un relevé formel des cas où ces pratiques seraient bénéfiques n'a pas été réalisé au cours de ce travail, le paludisme, l'hypertension, le diabète, des troubles gastroentérologiques (« maux de ventres ») ou hépatiques (« ictère ») ont été spontanément mentionnés par certains patients.

Dans ce contexte, la collaboration entre les acteurs du secteur « conventionnel » et « traditionnel » apparaît nécessaire afin de tendre vers des pratiques plus sûres et à l'efficacité clinique démontrée. Le projet du CMTSI de Ouagadougou va dans ce sens et devrait commencer ses activités en 2019 pour relever les nombreux défis inhérents au partage des savoirs.

« Je dirais qu'il y a beaucoup de chose que les guérisseurs, ils savent. Il faudrait qu'ils travaillent ensemble avec la médecine conventionnelle »

Entretien 12, homme drépanocytaire de 34 ans

Notons enfin que d'autres sujets ont été abordés au cours de ce travail d'enquête, notamment concernant les dépenses de santé, la fréquentation des centres de soins de premier niveau (CSPS) et le point de vue des patients sur des actions futures à mettre en place pour améliorer leur quotidien vis-à-vis de cette pathologie, parfois handicapante. Ces informations ne sont pas présentées ici car elles s'éloignent de la thématique des médecines traditionnelles. Elles feront l'objet d'un rapport ultérieur afin de dégager des pistes complémentaires pour l'amélioration de la prise en charge des patients drépanocytaires à Ouagadougou.

Discussion générale et perspectives

« Une idée fausse, mais claire et précise, aura toujours plus de puissance dans le monde qu'une idée vraie, mais complexe » - Alexis de Tocqueville

Décrire la place des médecines traditionnelles dans les itinéraires thérapeutiques n'est pas chose simple. Loin de vouloir chercher l'exhaustivité, les informations regroupées dans ce mémoire permettent néanmoins de dégager des traits marquants.

Les médecines traditionnelles sont régulièrement confrontées à la généralisation et la simplification.

Généralisation car l'adjectif « traditionnel » est souvent employé au singulier. La négation de la pluralité se retrouve également ailleurs, lorsque des éléments parfois très différents sont regroupés sous un même terme (« tradipraticien » en est un exemple) ou que les spécificités d'un continent entier sont gommées, comme lorsque l'on parle de « médecine traditionnelle africaine ».

Simplification dans la perception manichéenne des pratiques. On oppose souvent une médecine dite « douce » à une autre « chimique », notion évidemment bien éloignée de la réalité. Qualifier de « douces » des préparations contenant *Abrus precatorius*, ou *Papaver somniferum* ne fait par exemple pas sens. De même qualifier les médicaments issus de l'industrie pharmaceutique de « chimiques » reste discutable quand on sait qu'environ 25% de ces traitements sont issus du règne végétal, un chiffre qui monte à 60% lorsque l'on s'intéresse à des classes thérapeutiques particulières comme les anticancéreux (Lehmann, 2013).

On retrouve également souvent l'opposition entre médecines dites « savantes » et celles dites « populaires », opposition fréquemment mise en avant lors de comparaisons entre l'Asie et l'Afrique. La réalité est bien différente. L'ayurveda par exemple, bien que reposant a priori sur des textes anciens « millénaires » en sanskrit s'appuie également sur les connaissances de tribus n'utilisant pas ces textes pour aller cueillir les plantes, pratiquer des cérémonies thérapeutiques et dont la transmission des savoirs reste majoritairement orale. Rappelons également que les pratiques au Laos et au Cambodge sont sensiblement éloignées d'une « médecine traditionnelle asiatique savante » ...

La dernière opposition fréquemment retrouvée oppose une tradition à une modernité. Ici encore, une simplification discutable, qui « oublie » par exemple les médicaments traditionnels améliorés ou les pratiques dites « traditionnelles » ayant fait l'objet de travaux de recherche cliniques comme l'acupuncture. Par ailleurs, les médecines traditionnelles changent, évoluent, empruntent. Les savoirs se transforment, s'hybrident, s'intègrent parfois à d'autres modèles, selon des logiques syncrétiques.

Notons bien que ces phénomènes de généralisation et de simplification sont des termes d'usage car ils incluent une part de vérité. Certaines pratiques sont parfaitement étiquetables d'un ou plusieurs de ces adjectifs, mais une vision plus fine des médecines traditionnelles doit souligner la pluralité des pratiques thérapeutiques. Une vision plus complexe, mais finalement plus juste, illustrée à merveille par Alexis de Tocqueville ci-dessus.

Pluralité, et parfois « bricolage » des savoirs caractérisant certaines pratiques de médecine traditionnelle se retrouvent dans les itinéraires thérapeutiques des patients. Là encore, avancer que 80% des patients des pays du Sud dépendent des médecines traditionnelles pour se soigner est un

excès de généralisation. Si les chiffres ne sont pas fondamentalement faux, traduisant une place importante de ces pratiques dans les parcours de soins, des variations majeures peuvent être observées, influencées par de multiples facteurs. Inégalités sociales de santé, accessibilité géographique parfois difficile de structures de soins dont le plateau technique est souvent insuffisant pour la prise en charge de pathologies lourdes modulent ces recours. Dans ce que l'on pourrait qualifier « d'écosystème de l'offre de soin », les rapports sociaux et les jeux de pouvoirs influencent les parcours de soin. Si des logiques symboliques sont parfois à l'œuvre, elles peuvent servir à colmater les insuffisances des systèmes de santé.

Un excès de Sens, de symbolisme et parfois d'ethnocentrisme entourant les médecines traditionnelles est pourtant fréquemment retrouvé. S'il est évident que des dénominateurs culturels, des représentations particulières de la maladie influencent les choix thérapeutiques, nous avons vu notamment au travers de l'exemple de la drépanocytose que ces choix sont essentiellement pragmatiques. La représentation de la drépanocytose est en effet prosaïque : « maladie des os », à transmission héréditaire ; et la quête de soins principalement dirigée par la recherche d'un soulagement à ces « douleurs osseuses ».

L'analyse de ces itinéraires thérapeutiques éloigne une approche ethnocentrée du recours aux médecines traditionnelles qui restent un des seuls recours aux soins pour les plus défavorisés et continuent à être utilisées par les tranches les plus aisées de la population. Cette analyse permet également de souligner les dysfonctionnements des systèmes de santé, qui entraînent des recours aux soins tardifs, directement au niveau des structures les plus spécialisées, mettant de ce fait parfois les professionnels de santé en échec, alimentant la défiance vis-à-vis de ces établissements.

S'intéresser à la place des médecines traditionnelles dans les itinéraires thérapeutiques, c'est également se rapprocher des besoins des patients, une thématique valable au Sud comme au Nord. Un questionnement qui s'interroge sur une approche purement biomédicale et qui invite à mieux prendre en compte les déterminants de la santé. Ce type d'approche, qui part des savoirs et pratiques pour améliorer l'accès aux soins, impliquant les populations concernées pour co-construire des actions et politiques de santé est une approche de type « santé communautaire ». Certaines disciplines ont pris ce « virage », ou ont tout du moins été influencées par la reconnaissance des savoirs dits « profanes ». C'est le cas de l'ethnopharmacologie, partie de la seule recherche de nouveaux médicaments pour intégrer un volet de validation scientifique de l'usage dans une optique d'amélioration des soins de santé primaires.

Dans d'autres cas, ce sont des programmes de santé qui, se basant sur les usages locaux, ont intégré les tradipraticiens dans leurs projets. Par exemple Opération ASHA a développé, notamment au Cambodge, des activités visant à améliorer l'observance des patients traités pour une tuberculose. Le recours à la médecine traditionnelle, parfois perçu comme un frein, est ici transformé en levier, permettant à des populations reculées d'accéder à un suivi.

Malgré ces progrès, l'essentiel des politiques de valorisation des médecines traditionnelles reste dans une approche descendante, émanant des institutions nationales, voire internationales qui ne prennent pas toujours en considération les spécificités locales. Au niveau des politiques globales, régionales et nationales, valoriser les médecines traditionnelles consiste à intégrer des pratiques jugées sûres et efficaces aux systèmes de santé nationaux. Cette approche présente des limites décrites dans ce mémoire, entre « phagocytose » des seules pratiques présentant un apparentement avec le champ biomédical et « valorisation excessive », qui renforcerait le rôle des tradipraticiens au détriment du reste du système de santé.

Par ailleurs, la transformation des savoirs suivant cette logique est à la fois un bon reflet et un bon témoin du phénomène de mondialisation. Transformés en outils de « *soft power* », les savoirs s'exportent, les pratiques s'adaptent aux modèles sociétaux dans lesquels elles sont implantées, non pas dans un objectif d'amélioration de la prise en charge mais pour répondre à la demande des patients, voire des consommateurs. Les traitements s'isolent de leurs systèmes nosologiques, se muant en « produits culturels de la mondialisation », pour reprendre l'expression de Lucie Dejouhanet. En définitive, une valorisation empreinte de politique avec un risque de freiner l'accès des populations à des soins de qualité.

Malgré ces limites, le volet « sécurité » du triptyque (sécurité-efficacité-innocuité) prôné par l'OMS reste très important. En effet, intoxications « volontaires », risques de confusion et de contamination des cueillettes par des métaux lourds, des pesticides ou des micro-organismes éventuellement producteurs de toxines (mycotoxines notamment) sont des points clefs aux conséquences sanitaires peu documentées. L'absence de circuits de « phyto-vigilance » appelle à renforcer de manière plus globale les circuits de pharmacovigilance des pays en voie de développement.

Concernant le volet « efficacité », la plupart des travaux réalisés sur les médecines traditionnelles dans les pays du Sud visent à démontrer « comment ça marche ? », se basant souvent sur des protocoles *in vitro* et parfois sur des modèles animaux. En revanche, peu d'essais cliniques sont réalisés. Si les ressources pour ces projets souvent coûteux manquent, l'argument de la reconnaissance de savoirs d'usage pour lancer ces essais n'est parfois pas pris en considération et l'étape de rationalisation souvent une condition *sine qua none* de la phase d'évaluation. Par ailleurs, la question de savoir comment évaluer sur la base de critères biomédicaux des pratiques qui justement se distinguent par des référentiels différents reste également centrale. Elle souligne la nécessité d'étudier les traitements dans le cadre de leurs systèmes nosologiques en adoptant une approche pluridisciplinaire et de remettre en question l'hégémonie biomédicale. Ce type d'approche permettrait également d'organiser les savoirs et pratiques, qui restent jusqu'à présent relativement nébuleux, nécessité d'autant plus importante que les pressions anthropiques et climatiques, l'exode rurale et l'uniformisation culturelle inhérente au processus de mondialisation menacent la sauvegarde des savoirs locaux transmis oralement.

Il ne fait nul doute que la pluralité des médecines traditionnelles, leur place dans les itinéraires thérapeutiques des patients et des contextes socio-culturels suggère une pluralité des solutions à mettre en place pour créer un continuum entre deux « champs » qui se sont jusqu'à présent fréquemment opposés.

Bibliographie

- Abdussalam M.** Un rêve ou une réalité ?. *Forum mondial de la Santé*. 1997 ; 18 : 124-127.
- Abric JC.** L'étude expérimentale des représentations sociales, p205-223. In Jodelet D (dir.). *Les représentations sociales*. 7ème édition. 2003. Presses Universitaires de France.
- Adeneye AA.** Subchronic and chronic toxicities of african medicinal plants, p99-133. In Kuete V (ed.). *Toxicological survey of African medicinal plants*. 2014. Elsevier.
- Adewunmi CO, Ojewole JAO.** Safety of traditional medicines, complementary and alternative medicines in Africa. *Afr. J. Trad. CAM*. 2004 ; 1 : 1-3.
- Agbonon A, Eklu-Gadegbeku K, Aklikokou K, Gbeassor M, Akpagana K, Tam TW, Thor Arnason J, Foster BC.** In vitro inhibitory effect of West African medicinal and food plants on human cytochrome P450 3A subfamily. *J Ethnopharmacol*. 2010 ; 128 : 390-394.
- Ahyi AM.** Processus de développement de la médecine traditionnelle et des soins de santé primaires. Le cas du Togo, p87-94. In Didier J, Micha JC (dir.). *Dynamique de population du gardon en Meuse et stratégie de gestion*. 1995. Presses universitaires de Namur.
- Akinmoladun A, Olaleye MT, Farombi EO.** Cardiotoxicity and Cardioprotective Effects of African Medicinal Plants, p394-421. In Kuete V (ed.). *Toxicological survey of African medicinal plants*. 2014. Elsevier.
- Akkhavong K, Paphassarang C, Phoxay C, Vonglokham M, Phommavong C, Pholsena S.** The Lao People's Democratic Republic : health system review. *Health systems in transition*. 2014 ; 4(1).
- Allison AC.** Protection afforded by sickle cell trait against subtertian malarial infection. *Br Med J*. 1954 ; 1 : 290-295.
- Alonso Y.** The biopsychosocial model in medical research : the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Educ Couns*. 2004 ; 53 : 239-244.
- Alves RRN, Alves HN.** The faunal drugstore : animal-based remedies used in traditional medicines in Latin America. *J Ethnobiol Ethnomed*. 2011 ; 7(9).
- Antwi S, Martey O.** Anti-diarrhoeal activity of *Blighia sapida* (sapindaceae) in rats and mice. *J Pharmacol Toxicol*. 2009 ; 4(3) : 117-125.
- Asase A, Oteng-Yeboah AA, Odamtten GT, Simmondsb MSJ.** Ethnobotanical study of some Ghanaian anti-malarial plants. *J Ethnopharmacol*. 2005 ; 99 : 273-279.
- ASEAN.** Annex 4 : ASEAN guidelines for minimising the risk of transmission of transmissible spongiform encephalopathies in traditional medicines and health supplements. Version 1.0. 2008. Rapport disponible sur hsa.gov.sg (page consultée le 27/08/18).
- ASEAN.** Bangkok declaration on traditional medicine in ASEAN. 2009. Document disponible sur asean.org (page consultée le 27/08/2018).

ASEAN. Annex 2 : ASEAN guiding principles for the use of additives and excipients in traditional medicines and health supplements. Version 2.0. 2012. Rapport disponible sur hsa.gov.sg (page consultée le 27/08/18).

ASEAN. Annex 5 : ASEAN guidelines on stability study and shelf-life of traditional medicines and health supplements. Version 1.0. 2013. Rapport disponible sur hsa.gov.sg (page consultée le 27/08/2018).

ASEAN. Annex 10 : ASEAN general principles for establishing maximum levels of vitamins and minerals in health supplements. Version 4.0. 2013. Rapport disponible sur hsa.gov.sg (page consultée le 27/08/18).

ASEAN. ASEAN agreement on traditional medicines. 2014. Document disponible sur hsa.gov.sg (page consultée le 27/08/2018).

ASEAN. Annex 1 : ASEAN guiding principles for inclusion into or exclusion from the negative list of substances for traditional medicines and health. Version 3.0. 2014. Rapport disponible sur hsa.gov.sg (page consultée le 27/08/18).

ASEAN. Annex 3 : ASEAN guidelines on limits of contaminants for traditional medicines and health supplements. Version 1.0. 2014. Rapport disponible sur hsa.gov.sg (page consultée le 27/08/2018).

ASEAN. Annex 6 : ASEAN guiding principles on safety substantiation of traditional medicines and health supplements. Version 1.0. 2014. Rapport disponible sur hsa.gov.sg (page consultée le 27/08/2018).

ASEAN. Annex 7 : ASEAN guidelines on claims and claims substantiation for traditional medicines and health supplements. Version 1.0. 2014. Rapport disponible sur hsa.gov.sg (page consultée le 27/08/18).

ASEAN. Annex 8 : ASEAN guidelines on good manufacturing practice for traditional medicines and health supplements. Version 1. 2014. Rapport disponible sur hsa.gov.sg (page consultée le 27/08/2018).

ASEAN. Annex 9 : ASEAN guidelines on labeling requirements for traditional medicines and health supplements. Version 1.0. 2014. Rapport disponible sur hsa.gov.sg (page consultée le 27/08/2018).

Ashwell D. A preliminary investigation into the use and trade of medicinal plants in Cambodia, p 36-71. In Ashwell D, Waltson N (dir). *An overview of the use and trade of plants and animals in traditional medicine systems in Cambodia*. 2008. TRAFFIC Southeast Asia.

Assouma Akim F, Koudouvo K, Diatta W, Bassene E, Touhoma A, Novidzro Mawuéna K, Guelly Atsu K, Dougnon J, Agbonon A, Tozo Koffi S, Gbeassor M. Enquête Ethnobotanique Sur La Prise En Charge Traditionnelle De L'infertilité Féminine Dans La Région Sanitaire Des Savanes Au Togo. *European Scientific Journal*. 2018 ; **14**(3).

Au S. A historical overview of traditional medicine in Cambodia, p35-43. In Harper T, Amrith SS (ed.). *Histories of health in southeast Asia – Perspectives on the long twentieth century*. 2014. Indiana University Press, Bloomington.

Augé M, Herzlich C. Introduction, p9-31. In Augé M, Herzlich C (dir.). *Le sens du mal*. 1984. Editions des archives contemporaines.

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.

Aygun B, Odame I. A global perspective on sickle cell disease. *Pediatr Blood Cancer*. 2012 ; **59**(2) : 386-390.

Ayoola GA, Folawewo AD, Adesegun SA, Abioro OO, Adepoju-Bello AA, Coker HAB. Phytochemical and antioxidant screening of some plants of apocynaceae from South West Nigeria. *African Journal of Plant Science*. 2008 ; **2**(9) : 124-128.

Bah S. Knowledge and practices of herb-herb and herbconventional drug interactions among traditional practitioners in Bamako, Mali. *Thèse présentée pour l'obtention du master de philosophie en santé communautaire internationale de l'université d'Oslo*. 2002.

Balique H, Ouattara O, Iknane AA. Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali. *Santé Publique*. 2001 ; **13** : 35-48.

Bandara V, Weinstein SA, White J, Eddleston M. A review of the natural history, toxinology, diagnosis and clinical management of Nerium oleander (common oleander) and Thevetia peruviana (yellow oleander) poisoning. *Toxicon*. 2010 ; **56**(3) : 273-81.

Bankole SA, Adebajo A. Mycotoxins in food in West Africa: current situation and possibilities of controlling it. *Afr. J. Biotechnol*. 2003 ; **2**(9) : 254-263.

Banque Mondiale. Base de données ouverte de la Banque Mondiale. Disponible à l'adresse donnees.banquemondiale.org (page consultée le 14/09/2018).

Bardakdjian J, Wajcman H. Épidémiologie de la drépanocytose. *Rev Prat*. 2004 ; **54** : 1531-1533.

Basak SK, Bakshi PK, Basu S, Basak S. Keratouveitis caused by Euphorbia plant sap. *Indian J Ophthalmol*. 2009 ; **57**(4) : 311-313.

Bauer HA. Medical pluralism : an evolving and contested concept in medical anthropology, p405-423. In Singer M and Erickson PI (ed.). *A companion to medical anthropology*. 2011. Wiley Blackwell.

Beiersmann C, Sanou A, Wladarsch E, De Allegri M, Kouyaté B, Müller O. Malaria in rural Burkina Faso : local illness concepts, patterns of traditional treatment and influence on health-seeking behaviour. *Malar J*. 2007 ; **6**(106).

Benoist J. Rencontres de médecines : s'opposer ou s'ajuster. *L'Autre*. 2004 ; **5** : 277 – 286.

Beogo I, Liu CY, Chou YJ, Chen CY, Huang N. Health-care-seeking patterns in the emerging private sector in Burkina Faso: a population-based study of urban adult residents in Ouagadougou. *PLoS One*. 2014 ; **9**(5).

Bermúdez-Lugo O. The mineral industries of Central African Republic and Togo. In *2011 Minerals Yearbook Central African Republic and Togo (U.S. Geological Survey)*. Rapport disponible sur le site de l'US Geological Survey : <https://minerals.usgs.gov/> (Rapport consulté le 5 Juin 2018)

Berteaux C, Jaspers P. Quelques opérations sacrificielles liées aux géomancies bambara et minyanka du Mali. *Systèmes de pensée en Afrique noire*. 1981 ; **5** : 71-98.

Beucher B. Le Burkina Faso et son environnement géopolitique - essai de mise en perspective historique. *AFRI*. 2011 ; **12**.

Biddlecom AE, Munthali A, Singh S, Woog V. Adolescents' views of and preferences for sexual and reproductive health services in Burkina Faso, Ghana, Malawi and Uganda. *Afr J Reprod Health*. 2007 ; **11**(3) : 99-110.

Bodecker G, Ong CK, Grundy C, Burford G, Shein K. WHO global atlas of traditional, complementary and alternative medicine – Text volume. World Health Organization. 2010.

Bodjona MB, Kili KA, Tchegueni S, Kennou B, Tchangbedji G, El Meray M. Evaluation de la quantité des métaux lourds dans la décharge d'Agoè (Lomé-Togo) : cas du plomb, cadmium, cuivre, nickel et zinc. *Int. J. Biol. Chem. Sci.* 2012 ; **6**(3) : 1368-1380.

Boston Consulting Group. Etude sur le secteur privé de la santé au Mali. 2010. Rapport disponible sur aho.afro.who.int (page consultée le 17/09/2018).

Boyd RS, Davis MA, Wall MA, Balkwill K. Nickel defends the South African hyperaccumulator *Senecio coronatus* (Asteraceae) against *Helix aspersa* (Mollusca: Pulmonidae). *Chemoecology*. 2002 ; **12** : 91-97.

Bruschi P, Morganti M, Mancini M, Signorini MA. Traditional healers and laypeople: A qualitative and quantitative approach to local knowledge on medicinal plants in Muda (Mozambique). *J Ethnopharmacol*. 2011 ; **138** : 543-563.

Buchillet D. La conception des maladies de tiédeur dans la médecine chinoise. *Revue d'anthropologie des connaissances*. 2010 ; **4**(1) : 195-241.

Bureau-Point E, To M, Baxerres C. Automédication ou prescription ? Les relations entre les vendeurs et les acheteurs de médicaments au Cambodge, p15-21. In Guienne V, Marquis C, David M, Fleuret S, D'Halluin E (ed.). *Actes électroniques du colloque international et pluridisciplinaire des 11, 12 et 13 mai 2016 : « L'automédication en question : un bricolage socialement et territorialement situé »*. Document disponible sur halshs.archives-ouvertes.fr (page consultée le 27/09/2018).

Caillet C. Médicaments et Santé Publique au Laos. Thèse présentée pour l'obtention du diplôme de docteur en pharmacie de l'université Paul Sabatier. 2013. Document disponible sur thesesante.ups-tlse.fr (page consultée le 24/09/2018).

Callaghan M, Ford N, Schneider H. RA systematic review of task- shifting for HIV treatment and care in Africa. *Human Resources for Health*. 2010 ; **8** : 8.

Camara O. Prise en charge et recherche de facteurs parasitaires d'épilepsie dans le cadre d'une recherche-action en réseau sur l'épilepsie à Markacoungo. A propos de 317 cas. Thèse présentée pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine de l'université de Bamako. 2006. Document disponible sur keneya.net (page consultée le 25/09/2018).

Cerhan JU. The Hmong in the United States : an overview for mental health professionals. *Journal of counseling & development*. 1990 ; **69** : 88-92.

Chambaud L, Mayer R, Richard G. La recherche-action en santé communautaire, en travail social et en éducation : une nouvelle pratique ou un alibi pour professionnel? *Service social*. 1986 ; **35**(1-2) : 158-187.

Chambre des mines du Burkina Faso. Répartition des sites miniers par types de substance. Tableau consultable à l'adresse : <http://chambredesmines.bf> (page consultée le 05/06/2018).

Chassagne F. Cancer du foie au Cambodge : état des lieux épidémiologiques, description des médecines traditionnelles utilisées et évaluation d'espèces médicinales sélectionnées. Thèse présentée en vue de l'obtention du diplôme de doctorat de l'université de Toulouse. 2017. Document disponible sur tel.archives-ouvertes.fr (page consultée le 29/11/2018).

Chongsuvivatwong V, Phua KH, Yap MT, Pocock NS, Hashim JH, Chhem R, Wilopo SA, Lopez AD. Health and health-care systems in southeast Asia: diversity and transitions. *Lancet*. 2011 ; **377**(9763) : 429-437.

Chhair S, Ung L. Economic history of industrialization in Cambodia. *WIDER Working Paper* ; 2013 ; **134**.

Chhem RK. Les doctrines médicales khmères : nosologie et méthodes diagnostiques. *Siksâcokr, Bulletin du Centre d'Études Khmères*. 2001 ; **3**.

Chobeaux F. Charte de promotion des pratiques de santé communautaire. *VST - Vie sociale et traitements*. 2004 ; **81** : 48-48.

Chouli L. L'insurrection populaire et la transition au Burkina Faso. *Review of African Political Economy*. 2015 ; **42** (143) : 148-155.

CIOPF. Données des fiches pays du CIOPF. Disponibles à l'adresse ciopf.org (page consultée le 14/09/2018).

CNOM. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2016. 2016. Rapport disponible sur conseil-national.medecin.fr (page consultée le 25/09/2018).

Colleyn JP. La géomancie dans le contexte bamana: signes et objets forts. *Mande Studies*. 2005 ; **7** : 9-20.

Cordonnier R. Femmes africaines et commerce : les revendeuses de tissu de la ville de Lomé (Togo). 1982. Orstom Paris.

Corfield J. The history of Cambodia. 2009. Greenwood Press.

Cosminsky S. Traditional midwifery and contraception., p142-162. In Bannerman RH, Burton J et Wen-Chieh (ed.). *Traditional medicine and health care coverage – A reader guide for health administrators and practitioners*. 1983. OMS, Genève.

Coton X, Poly S, Hoyois P, Sophal C, Dubois V. The healthcare-seeking behaviour of schizophrenic patients in Cambodia. *Int J Soc Psychiatry*. 2008 ; **54**(4) : 328-37.

D'Almeida AGAA. Problématique de l'automédication dans la commune urbaine de Lomé (Togo). Thèse présentée pour l'obtention du diplôme de docteur en pharmacie de l'université Cheikh Anta Diop de Dakar. 2003. Document disponible sur indexmedicus.afro.who.int (page consultée le 24/09/2018).

Danieli B, Palmisano G. Alkaloids from tabernaemontana, p1-124. In Brossi A (ed.), *The alkaloids : chemistry and pharmacology, vol 27*. 1986. Academic Press, Orlando.

De Sardan JPO. Introduction, p7-12. In Jaffré Y, De Sardan JPO (dir.). *La construction sociale des maladies – Les entités nosologiques populaires en Afrique de l’Ouest*. 1999. Presses Universitaires de France.

De Sardan JPO. Les représentations des maladies : des modules ?, p15-40. In Jaffré Y, De Sardan JPO (dir.). *La construction sociale des maladies – Les entités nosologiques populaires en Afrique de l’Ouest*. 1999. Presses Universitaires de France.

De Sardan JPO. Les entités nosologiques populaires internes : quelques logiques représentationnelles, p71-87. In Jaffré Y, De Sardan JPO (dir.). *La construction sociale des maladies – Les entités nosologiques populaires en Afrique de l’Ouest*. 1999. Presses Universitaires de France.

De Sardan JPO, Moumouni A, Souley A. "L'accouchement c'est la guerre"- De quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien. *Anthropologie de la santé*. 1999 ; **17**.

De Smet PA. Some ethnopharmacological notes on African hallucinogens. *J Ethnopharmacol*. 1996 ; **50**(3) : 141-6.

De Souza C, Ameyapoh Y, Karou SD, Anani KT, Kpodar ML, Gbeassor M. Assessing market-sold remedies in Lomé (Togo) for hygienic quality. 2011. *Biotechnol. Res. Int*. 2011 ; **2011** : 1-5.

Delouée S. La théorie des représentations sociales : quelques repères socio-historiques, p39-50. In Lo Monaco G, Delouée S, Rateau P (dir.). *Les représentations sociales – Théories, méthodes et applications*. 2016. De Boeck Supérieur.

Denkhaus E, Salnikow K. Nickel essentiality, toxicity, and carcinogenicity. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2002 ; **42**(1) : 35-56.

Desclaux A, Egrot M. Le médicament diffusé au Sud - contextes, formes culturelles et effets sociaux observés depuis les marges, p9-44. In Desclaux A, Egrot M (dir.) *Anthropologie du médicament au sud – La pharmaceuticalisation à ses marges*. 2015. L’Harmattan.

Di Sarsina PR, Iseppato I. Traditional and non-conventional medicines : the socio-anthropological and bioethical paradigms for person-centred medicine, the Italian context. *EPMA Journal*. 2011 ; **2** : 439-449.

Diallo D, Graz B, Falquet J, Traoré AK, Giani S, Mounkoro PP, Berthé A, Sacko M, Diakitè C. Malaria treatment in remote areas of Mali: use of modern and traditional medicines, patient outcome. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2006 ; **100**(6) : 515-20.

Diallo D, Hveem B, Ag Mahmoud M, Berge G, Paulsen BS, Maiga A. An Ethnobotanical Survey of Herbal Drugs of Gourma District, Mali. *Pharmaceutical Biology*. 1999 ; **37**(1) : 80-91.

Diallo DA. La drépanocytose en Afrique : problématique, stratégies pour une amélioration de la survie et de la qualité de vie du drépanocytaire. *Bull. Acad. Natle Med*. 2008 ; **192**(7) : 1361-1373.

Didier P. Médecine traditionnelle et "médecine intégrative" à Madagascar : entre décisions internationales et applications locales. Thèse présentée pour obtenir le grade de docteur de l’université de Bordeaux, spécialité anthropologie sociale – ethnologie. 2016.

Dold AP, Cocks ML. The trade in medicinal plants in the Eastern Cape Province, South Africa. *S Afr J Sci*. 2002 ; **98** : 589-597.

- Dozon JP.** Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire. *Politique Africaine*. 1987 ; **28** : 9-20.
- Dozon JP et Sindzingre N.** Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle en Afrique contemporaine. *Prévenir*. 1986 ; **12** : 43-52.
- Dumont GF.** La géopolitique des populations du sahel. *Cahier du CEREM*. 2009 ; **13** : 33-46.
- Durkheim E.** Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de Métaphysique et de Morale*. 1898 ; **6**(3) : 273-302.
- Ekué MR, Sinsin B, Eyog-Matig O, Finkeldey R.** Uses, traditional management, perception of variation and preferences in ackee (*Blighia sapida* K.D. Koenig) fruit traits in Benin : implications for domestication and conservation. *J Ethnobiol Ethnomed*. 2010 ; **6** : 12.
- Émond A, Gosselin JC, Dunnigan L.** Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants – Résultat d’une réflexion commune, p7-16. 2010. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Engel GL.** The need for a new medical model : a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 ; **196** : 129-136.
- Engel GL.** The biopsychosocial model and medical education : who are to be the teachers ?. *N Engl J Med*. 1982 ; **306** : 802-805.
- Ezekwesili-Ofilé JO, Onyemelukwe NF, Agwaga P, Orji I.** The bioload and aflatoxin content of herbal medicines from selected states in Nigeria. *Afr J Tradit Complement Altern Med*. 2014 ; **11**(3) : 143-147.
- Fabrega Jr. H.** Part one : ethnomedicine and medical science. *Medical anthropology : cross-cultural studies in health and illness*. 1978 ; **2** : 11-24.
- Fainzang S.** L’automédication : Une pratique qui peut en cacher une autre. *Traverses*. 2010 ; 34(1) : 115-133.
- Fasinu PS, Orisakwe OE.** Heavy metal pollution in Sub-Saharan Africa and possible implications in cancer epidemiology. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2013 ; **14**(6) : 3393-3402.
- Fassin D.** Maladie et médecine, p38-49. In Fassin D, Jaffré Y (ed.) Sociétés, développement et santé. 1990. Edition Ellipses.
- Fassin D.** Pouvoir et maladie en Afrique – Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar. 1992. Presses Universitaires de France.
- Fassin D.** Les politiques de l’ethnopsychiatrie - La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes. *L’Homme*. 2000 ; **153** : 231-250.
- 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.
- Fay C.** Réformes administratives et logiques politiques, ancrages locaux et transnationaux, p13-38. In Fay C, Koné YF, Quiminal C (ed.) *Décentralisation et pouvoirs en Afrique*. 2006. IRD Editions.

FDA – Philippines. National consultation : ASEAN Traditional Medicines (TM) and Health Supplements (HS). Présentation disponible sur la page fda.gov.ph (page consultée le 27/08/2018).

Flament C. Structure et dynamique des représentations sociales, p224-239. In Jodelet D (dir.) *Les représentations sociales*. 7ème édition. 2003. Presses Universitaires de France.

Frieden MC. L'endémie palustre au sud du Mali : représentations locales et gestion thérapeutique familiale. Etude de cas dans le cercle de Sikasso. Mémoire présenté pour l'obtention de la licence en ethnologie de l'Université de Neuchâtel. 2008. Document disponible sur doc.rero.ch (page consultée le 27/09/2018).

Fournier A. Une divination « avec les plantes » en Afrique de l'Ouest. Version française préliminaire d'un article à paraître dans *Journal of Ethnobiology*. Article consulté à l'adresse : halshs.archives-ouvertes.fr (page consultée le 17/10/2018).

Fülöp T, Roemer MI. Reviewing health manpower development - A method of improving national health systems. World Health Organization. 1987. Rapport disponible sur apps.who.int (page consultée le 27/08/2018).

Gale N. The sociology of traditional, complementary and alternative medicine. *Sociology Compass*. 2014 ; **8**(6) : 805–822.

Garceau-Brodeur MH. Rôle des représentations sociales du VIH/SIDA et des stratégies d'ajustement dans l'élaboration des scénarios amoureux/affectifs, sexuels/préventifs et liés aux projets d'avenir parmi des préadolescents et adolescents infectés depuis leur naissance. Mémoire présenté pour l'obtention de la maîtrise en sexologie de l'Université du Québec de Montréal. 2007. Document disponible sur archipel.uqam.ca (page consultée le 27/09/2018).

Gjerlufsen M. Plus rien ne sera comme avant – Nothing will be as before : social movements and democratisation in Burkina Faso. Université de Lund – département des sciences politiques. Etude disponible sur lup.lub.lu.se (page consultée le 14/09/2018).

Gnandi K, Tobschall H. Heavy metals distribution of soils around mining sites of cadmium-rich marine sedimentary phosphorites of Kpogamé and Hahotoé (southern Togo). *Environmental Geology*. 2002 ; **41**(5) : 593-600.

Gnandi K, Tozo K, Edoth AP, Abi H, Agbeko K, Amouzouvi K, Baba G, Tchangbedji G, Killi K, Bouchet P, Akpagana K. Bioaccumulation de certains éléments métalliques dans les produits maraîchers cultivés sur les sols urbains le long de l'autoroute Lomé- Aného, Sud Togo. 2008. *Acta Botanica Gallica* ; **155**(3) : 415-426.

Gnondoli P, Bakoma B, Batawila K, Wala K, Dourma M, Pereki H, Dimobe K, Bassene E, Akpagana K. Distribution et utilités des mauvaises herbes des champs de cultures du campus universitaire de Lomé. *J. Rech. Sci. Univ. Lomé (Togo)*. 2015 ; **17**(1) : 1-19.

Goodman RA, Bunnell R, Posner SF. What is “community health”? Examining the meaning of an evolving field in public health. *Preventive Medicine*. 2014 ; **67** : 58-61.

Goudet B. Développer des pratiques communautaires en santé et développement local, p57-70. 2009. Editions de la chronique sociale.

Gouvernement burkinabè. Loi n° 23/94/ADP du 19 Mai 1994, portant Organisation du Ministère de la Santé. Journal Officiel du 13 octobre 1994. Texte disponible sur legiburkina.bf (page consultée le 14/09/2018).

Gouvernement burkinabè. Décret n°2004-568/PRES/PM/MS/MCPEA/MECV/MESSRS portant conditions d'exercice de la médecine traditionnelle au Burkina Faso. *Journal Officiel numéro 53 du 30 décembre 2004*. Texte disponible sur legiburkina.bf (page consultée le 14/09/2018).

Gouvernement burkinabè. Décret N°2009-104/PRES/PM/MS du 02 mars 2009 portant organisation du Ministère de la santé. *Journal Officiel numéro 41 du 8 octobre 2009*. Texte disponible sur legiburkina.bf (page consultée le 14/09/2018).

Gouvernement burkinabè. Décret N°2012 -1035/PRES/PM/MS/MICA/MATDS/MEF du 28 décembre 2012 portant définitions, conditions d'ouverture et d'exploitation des établissements de médecine et de pharmacopée traditionnelles au Burkina Faso. *Journal Officiel numéro 1 du 3 janvier 2013*. Texte disponible sur legiburkina.bf (page consultée le 14/09/2018).

Gouvernement cambodgien. Cambodia demographic and health survey. 2000. Rapport disponible sur dhsprogram.com (page consultée le 24/09/2018).

Gouvernement cambodgien. Cambodia demographic and health survey. 2014. Rapport disponible sur dhsprogram.com (page consultée le 24/09/2018).

Gouvernement malien. Analyse économique du développement du secteur minier et des défis de la préservation de de l'environnement et des ressources naturelles. Rapport disponible à l'adresse : <https://www.unpei.org/>. Consulté le 5 juin 2018.

Gouvernement togolais. Loi n°2001-017 du 14 décembre 2001 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle au Togo. *Journal officiel numéro 1bis du 2 janvier 2002*.

Gouvernement togolais. Loi n° 2009-007 portant code de la sante publique de la République Togolaise. *Journal officiel numéro 30ter du 25 mai 2009*. Texte disponible sur ilo.org (page consultée le 14/09/2018).

Gouvernement togolais. Système de financement de la santé au Togo : revue et analyse du système. 2015. Rapport disponible sur afro.who.int (page consultée le 14/09/2018).

Graz B, Barras V. Le recueil des vertus de la médecine ancienne, ou les vertus d'une approche croisée entre médecine et histoire. *S&F*. 2015 ; **13** : 131-144.

Grez E. L'intolérable alibi culturel - L'excision et ses bonnes excuses. *Quasimodo*. 2000 ; **6** : 115-123.

Grosse SD, Odame I, Atrash HK, Amendah DD, Piel FB, Williams TN. Sickle cell disease in Africa: a neglected cause of early childhood mortality. *Am J Prev Med*. 2011 ; **41** : 398-405.

Gruénais ME. Vers une nouvelle médecine traditionnelle en Afrique : l'exemple du Congo. *La revue du praticien – Médecine générale*. 1991 ; **141**(5).

Gruénais ME. Les qualités de l'offre de soins confessionnelle en Afrique subsaharienne. *Presses de Sciences Po*. 2004 ; **29** : 29-46.

Guinnin F, Sacramento I, Sezan A, Ategbro JM. Etude ethnobotanique des plantes médicinales utilisées dans le traitement traditionnel des hépatites virales B et C dans quelques départements du Bénin. *Int. J. Biol. Chem. Sci*. 2015 ; **9**(3) : 1354-1366.

Hassan Sani M, Ibrahim G, Habibu Danmalam U, Muhammad ZA, Kachallah M. Phytochemical study and antibacterial properties of the leaf extracts of *Swartzia madagascariensis* Desv (fabaceae). *Br Microbiol Res J.* 2016 ; **11**(6) : 1-6.

Hauer HA. Medical pluralism : an evolving and contested concept in medical anthropology, p405-423. In Singer M, Erickson PI (ed.). *A companion to medical anthropology.* 2011. Wiley Blackwell.

Herzlich C. Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social, p189-216. In Augé M, Herzlich C (dir.). *Le sens du mal.* 1984. Editions des archives contemporaines.

Hofmann A, Schultes RE. Les plantes des dieux : pouvoirs magiques des plantes psychédéliques. Les éditions du Léopard. 2000.

Hours B. Vingt ans de développement de l'anthropologie médicale en France. *Socio-anthropologie.* 1999 ; **5.**

Ildoubo SDO. Facteurs influençant le refus de consulter au centre de santé dans la région rurale Ouest du Burkina Faso. *Santé Publique.* 2016 ; **28** : 391-397.

IRD. Environnement urbain et transition sanitaire en Afrique de l'Ouest : le cas de Ouagadougou au Burkina Faso. Document disponible sur horizon.documentation.ird.fr (page consultée le 24/09/2018).

Ishola IO, Akindele AJ, Adeyemi OO. Analgesic and anti-inflammatory activities of *Cnestis ferruginea* Vahl ex DC (Connaraceae) methanolic root extract. *J Ethnopharmacol.* 2011 ; **135**(1) : 55-62.

Ishola IO, Akindele AJ, Adeyemi OO. Sub-chronic toxicity study of the methanol root extract of *Cnestis ferruginea*. *Pharm Biol.* 2012 ; **50**(8) : 994-1006.

Ishola IO, Chatterjee M, Tota S, Tadigopulla N, Adeyemi OO, Palit G, Shukla R. Antidepressant and anxiolytic effects of amentoflavone isolated from *Cnestis ferruginea* in mice. *Pharmacol Biochem Behav.* 2012 ; **103**(2) : 322-31.

Jaffré Y. L'interprétation sauvage. *Enquête.* 1996 ; **3** : 177-190.

Jaffré Y. Pharmacies des villes, pharmacies "par terre". *Bulletin de l'APAD.* 1999 ; **17.**

Jaffré Y. La maladie et ses dispositifs, p41-68. In Jaffré Y, De Sardan JPO (dir.). *La construction sociale des maladies – Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest.* 1999. Presses Universitaires de France.

Jaffré Y. Dynamiques et limites socio-anthropologiques des stratégies de prévention et de contrôle des risques infectieux dans les pays en développement, p101-123. In Orth G, Sansonetti P (dir.). *La maîtrise des maladies infectieuses : Un défi de santé publique, une ambition médico-scientifique.* 2006. EDP Sciences.

Jaishankar M, Tseten T, Anbalagan N, Mathew BB, Beeregowda KN. Toxicity, mechanism and health effects of some heavy metals. *Interdiscip Toxicol.* 2014 ; **7**(2) : 60-72.

Jenerette CM, Brewer C. Health-related Stigma in young adults with sickle cell disease. *J Natl Med Assoc.* 2010 ; **102**(11) : 1050–1055.

Jodelet D. Représentations sociales : un domaine en expansion, p47-78. In Jodelet D (dir.) *Les représentations sociales.* 7ème édition. 2003. Presses Universitaires de France.

Jönsson K, Phoummalaysith B, Wahlström R, Tomson G. Health policy evolution in Lao People's Democratic Republic : context, processes and agency. *Health Policy and Planning* 2015 ; **30** : 518–527.

Joskow R, Belson M, Vesper H, Backer L, Rubin C. Ackee fruit poisoning: an outbreak investigation in Haiti 2000-2001, and review of the literature. *Clin Toxicol (Phila)*. 2006 ; **44**(3) : 267-73.

Jourdan D, O'Neill M, Dupéré S, Stirling S. Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? *Santé Publique*. 2012 ; **24** : 165-178.

Jusselme MD, Miambi E, Mora P, Diouf M, Rouland-Lefèvre C. Increased lead availability and enzyme activities in root-adhering soil of Lantana camara during phytoextraction in the presence of earthworms. *Sci Total Environ*. 2013 ; **445-446** : 101-109.

Kafando E, Sawadogo M, Cotton F, Vertongen F, Gulbis B. Neonatal screening for sickle cell disorders in Ouagadougou, Burkina Faso: a pilot study. *J Med Screen*. 2005 ; **12**(3) : 112-114.

Kamagate M, Dié-Kacou H, Bamba-Kamagaté D, Kakou A, Potey-Daubrey T, Yavo J-C, Balayssac E, Gboignon VM. Revue des déclarations des effets indésirables au cours des essais cliniques de phytomédicaments. *J. Sci. Pharm. Biol.* 2008 ; **9**(2) : 84-94.

Kanta K. Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Segué (cercle de Kolokani). Thèse présentée pour l'obtention du grade de docteur en médecine de l'université de Bamako. 2007. Texte disponible sur keneya.net (page consultée le 17/09/2018).

Kantati YT, Kodjo KM, Dogbeavou KS, Vaudry D, Leprince J, Gbeassor M. Ethnopharmacological survey of plant species used in folk medicine against central nervous system disorders in Togo. *J Ethnopharmacol*. 2016 ; **181** : 214-20.

Karou SD, Tchacondo T, Djikpo Tchibozo MA, Abdoul-Rahaman S, Anani K, Koudouvo K, Batawila K, Agbonon A, Simpore J, De Souza C. Ethnobotanical study of medicinal plants used in the management of diabetes mellitus and hypertension in the Central Region of Togo. *Pharm Biol*. 2011 ; **49**(12) : 1286-1297.

Kasilo OMJ, Trapsida JM, Mwikisa CN, Lusamba-Dikassa PS. An overview of the traditional medicine situation in the African region. *The African health monitor*. 2010 ; **13** : 7-15.

Kassamba D. Analyse conceptuelle et traductibilité des termes de maladie dioula. Thèse présentée pour l'obtention du grade de docteur de l'université de Leiden. 2015. Texte disponible sur openaccess.leidenuniv.nl (page consultée le 22/11/2018)

Kassibo B. La géomancie ouest-africaine. Formes endogènes et emprunts extérieurs. *Cahiers d'Études Africaines*. 1992 ; **32**(128) : 541-596.

Kassogué A, Coulibaly M, Ouattara Z, Diarra A, Tembely A, El Fassi MJ, Farih MH, Ouattara K. Aspects cliniques et thérapeutiques du priapisme au CHU Gabriel Touré : étude de 36 cas. *Pan Afr Med J*. 2014 ; **17** : 286.

Kaufmann C. Possible and impossible solutions to ethnic civil wars. *International Security*. 1996 ; **20**(4) : 136-175.

Kbusia K, Kasilo OMJ. Overview of traditional medicine in ECOWAS member states. *The African Health Monitor*. 2010 ; **13** : 16-24.

Kedzierska A, Jouvelet B. Guérisseurs et féticheurs : la médecine traditionnelle en Afrique de l'Ouest. 2006. Editions Alternatives.

Khun S, Manderson L. Health seeking and access to care for children with suspected dengue in Cambodia : an ethnographic study. *BMC Public Health*. 2007 ; **7**(262).

Kibora L, Madiaga Y. G., Nao O. (eds), Burkina Faso, cent ans d'histoire 1895-1995. *Outre-mers*. 2005 ; **92** : 313-320.

Knight AP, Walter RG. Plants Associated with Congenital Defects and Reproductive Failure. In Knight AP and Walter RG (ed.). *Guide to plant poisoning of animals in North America*. 2004. Teton NewMedia, Jackson.

Kokwaro JO. An African knowledge of ethnosystematics and its application to traditional medicine, with particular reference to the medicinal use of the fungus *Engleromyces goetzei*. *Bothalia*. 1983 ; **14**(2) : 237-243.

Kombian SB, Saleh TM, Fiagbe NI, Chen X, Akabutu JJ, Buolamwini JK, Pittman QJ. Ibogaine and a total alkaloidal extract of *Voacanga africana* modulate neuronal excitability and synaptic transmission in the rat parabrachial nucleus in vitro. *Brain Res Bull*. 1997 ; **44**(5) : 603-10.

Konan A. Place de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires à Abidjan, Côte d'Ivoire. Thèse présentée pour obtenir le grade de docteur en médecine de l'université d'Abidjan, spécialité médecine générale. 2012.

Konaté N. Etude de la consommation des médicaments traditionnels améliorés dans le cercle de Kadiolo. Thèse présentée pour obtenir le grade de docteur en pharmacie de l'université de Bamako. 2004. Texte disponible sur keneya.net (page consultée le 17/09/2018).

Koumaré M, Diallo D. Place de la médecine traditionnelle pour une prise en charge efficace du patient au Mali, p155-160. *6^{ème} symposium Malien sur les Sciences Appliquées*. 1 au 7 août 2010. Bamako. Texte disponible sur researchgate.net (page consultée le 25/09/2018).

Kpegba K, Agbonon A, Petrovic AG, Amouzou A, Gbeassor M, Proni G, Nesnas N. Epiafzelechin from the root bark of *cassia sieberiana*: detection by DART mass spectrometry, spectroscopic characterization, and antioxidant properties. *J. Nat. Prod.* 2011 ; **74**(3) : 455-9.

Kpodar MS, Karou SD, Katawa G, Anani K, Gbekley HE, Adjrah Y, Tchacondo T, Batawila K, Simpre J. An ethnobotanical study of plants used to treat liver diseases in the Maritime region of Togo. *J of Ethnopharmacol*. 2016 ; **181** : 263-273.

Kuitche VK. Médecine traditionnelle et droit de la santé : Pour une intégration du droit dans le système traditionnel., p26. 2017. Editions l'Harmattan.

Kusari S, Tatsimo SJ, Zühlke S, Talontsi FM, Kouam SF, Spitteller M. Tramadol--a true natural product? *Angew Chem Int Ed Engl*. 2014 ; **53**(45) :12073-12076.

Lainé A. Nommer la drépanocytose dans l'espace francophone. : Espaces, histoire, enjeux. *Drepanews, URACA* ; 2015. Document disponible sur hal.archives-ouvertes.fr (page consultée le 22/11/2018).

Laplantine F. Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie : de quelques recherches menées dans la France contemporaine réexaminées à la lumière d'une expérience brésilienne, p297-309. In Jodelet D (dir.). *Les représentations sociales*. 7ème édition. 2003. Presses Universitaires de France.

Laverack G. Improving health outcomes through community empowerment : a review of the literature. *J Health Popul Nutr.* 2006 ; **24**(1) : 113-120.

Leborgne-Tahiri C. Universités et nouvelles technologies en Afrique de l'Ouest francophone. 2002. Document disponible sur unesdoc.unesco.org (page consultée le 14/09/2018).

Lehmann U, Van Damme W, Barten F, Sanders D. Task shifting: the answer to the human resources crisis in Africa? *Human Resources for Health.* 2009 ; **7** : 49.

Leslie C. Interpretations of illness : syncretism in modern Āyurveda, p177-208. In Leslie C, Young A (ed.). *Paths to Asian medical knowledge*. 1992. University of California Press.

Levingston R, Zamora R. The importance of medicinal plants - Medicine trees of the tropics. *Unasylva.* 1983 ; 140.

Liebeskind C. Médecine unani du sous-continent indien, p39-66. In Van Alphen J, Aris A (dir.). *Médecines orientales – Guide illustré des médecines d'Asie*. 1998. Actes Sud.

Lopera-Mesa TM, Doumbia S, Konaté D, Anderson JM, Doumbouya M, Keita AS, Diakité SAS, Traoré K, Krause MA, Diouf A, Moretz SE, Stullo G, Miura K, Gu W, Fay MP, Taylor SM, Long CA, Diakité M, Fairhurst RM. Effect of red blood cell variants on childhood malaria in Mali: a prospective cohort study. *Lancet Haematol.*, 2015 ; **2** : 140–149.

Lorre I. Un regard sur l'évolution de la médecine traditionnelle malgache. Thèse présentée pour obtenir le grade de docteur en pharmacie de l'université Henri-Poincaré – Nancy 1. 2006.

Luyckx VA, Naicker S. Acute kidney injury associated with the use of traditional medicines. *Nat Clin Pract Nephrol.* 2008 ; **4**(12) : 664-71.

Magassouba FB, Diallo A, Kouyaté M, Mara F, Mara O, Bangoura O, Camara A, Traoré S, Diallo AK, Zaoro M, Lamah K, Diallo S, Camara G, Traoré S, Kéita A, Camara MK, Barry R, Kéita S, Oularé K, Barry MS, Donzo M, Camara K, Toté K, Berghe DV, Totté J, Pieters L, Vlietinck AJ, Baldé AM. Ethnobotanical survey and antibacterial activity of some plants used in Guinean traditional medicine. *J Ethnopharmacol.* 2007 ; **114**(1) : 44-53.

Maiga A, Diallo D, Fane S, Sanogo R, Paulsen BS, Cisse B. A survey of toxic plants on the market in the district of Bamako, Mali : traditional knowledge compared with a literature search of modern pharmacology and toxicology. *J Ethnopharmacol.* 2005 ; **96** : 183–193.

Malan DF, Neuba DFR, Kouakou KL. Medicinal plants and traditional healing practices in Ehotile people, around the aby lagoon (eastern littoral of Côte d'Ivoire). *J Ethnobiol Ethnomed.* 2015 ; **11**(21).

Manciaux M. Éthique pour aujourd'hui et demain. *Forum mondial de la Santé.* 1997 ; **18** : 146-150.

Mandango MA, Fundiko MC, Mutambala BM, Idrissa A. Plantes utilisées en médecine traditionnelle pour le traitement des maladies de l'appareil digestif à Kinshasa. Article non publié disponible à l'adresse : <https://www.researchgate.net/>. Consulté le 20 mai 2018.

Marcel YB. Automédication et déterminants socioculturels des recours aux pharmacies-trottoirs à Abidjan (Côte d'Ivoire), p153-165. In Guienne V, Marquis C, David M, Fleuret S, D'Halluin E (ed.) *Actes électroniques du colloque international et pluridisciplinaire des 11, 12 et 13 mai 2016 : « L'automédication en question : un bricolage socialement et territorialement situé »*. Document disponible sur halshs.archives-ouvertes.fr (page consultée le 27/09/2018).

Marchal JY. Brève histoire du développement économique de la Haute-Volta. *Problèmes économiques*. 1982 ; **1804** : 23-29.

Martinez C. Qualité des soins et relation d'aide au TOGO. L'exemple de la prise en charge de l'ulcère de Buruli à l'hôpital de Tsévié. Rapport de mission d'Handicap International. 2009. Rapport disponible sur proadiph.org (page consultée le 25/09/2018).

Mayxay M, Hansana V, Sengphilom B, Oulay L, Thammavongsa V, Somphet V, Taykeophithoune C, Nathavong S, Phanthady J, Chareunvong K, Chanthavilay P, Sychareun V. Respiratory illness healthcare-seeking behavior assessment in the Lao People's Democratic Republic (Laos). *BMC Public Health*. 2013 ; **13**(444).

Mbaveng AT, Zhao Q, Kuete V. Harmful and protective effects of phenolic compounds from african medicinal plants. In Kuete V (ed.). *Toxicological survey of African medicinal plants*. 2014. Elsevier.

Méadel C. Les savoirs profanes et l'intelligence du web. *Hermès La Revue*. 2010 ; **57** : 111-117.

Medegan JF. Médicament notamment pour le traitement de la drépanocytose ou du SIDA. Brevet 0200992 déposé à l'INPI le 28/01/2002. Disponible sur bases-brevets.inpi.fr (page consultée le 17/10/2018).

Mendras H, Amin S, Ransbotyn D. L'Organisation et le développement de l'enseignement et de la recherche en sciences sociales : Togo. 1972. Rapport de mission disponible sur unesdoc.unesco.org (page consultée le 14/09/2018).

Métailié G. Cuisine et santé dans la tradition chinoise. *Communications*. 1979 ; **31** : 119-129.

Millogo A, Diagana M, Siranyan SA, Preux PM, Duma M. Itinéraire thérapeutique des patients épileptiques consultant dans le centre hospitalier de Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso). *Epilepsies*. 2003 ; **15**(3).

Ministère de la santé burkinabè. Document cadre de politique nationale en matière de médecine et de la pharmacopée traditionnelle. 2004. Document disponible sur dgpml.sante.gov.bf (page consultée le 14/09/2018).

Ministère de la santé burkinabè. Mesurer les prix, la disponibilité, l'accessibilité financière et les composantes des prix des médicaments au Burkina Faso. 2010. Rapport disponible sur apps.who.int (page consultée le 14/09/2018).

Ministère de la santé burkinabè. Plan national de développement sanitaire 2011-2020. 2011. Rapport disponible sur uhc2030.org (page consultée le 14/09/2018).

Ministère de la santé burkinabè. Enquête nationale sur les prestations des services de santé et la qualité des données sanitaires (EN-PSQD/SARA II). Rapport disponible sur apps.who.int (page consultée le 14/09/2018).

Ministère de la santé burkinabè. Annuaire statistique 2015. 2016. Document disponible sur cns.bf (page consultée le 14/09/2018).

Ministère de la santé burkinabè. Annuaire statistique 2017. 2018. Document disponible sur cns.bf (page consultée le 14/09/2018).

Ministère de la santé cambodgien. Health strategic plan 2016-2020 : “quality, effective and equitable health services”. 2016. Rapport disponible sur hismohcambodia.org (page consultée le 17/09/2018).

Ministère de la santé cambodgien. National guidelines on complementary package of activities for referral hospital development from 2006 to 2010. 2006. Rapport disponible sur apps.who.int (page consultée le 17/09/2018).

Ministère de la santé lao. Regulation governing drug registration 1441/MOH. 2003. Texte disponible sur laotradeportal.gov.la (page consultée le 17/09/2018).

Ministère de la santé lao. Law on drugs and medical products No. 07/NA 2012. 2012. Texte disponible sur laotradeportal.gov.la (page consultée le 17/09/2018).

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 17/09/2018).

Ministère de la santé malien. Carte sanitaire du Mali mise à jour – 2011. 2012. Rapport disponible sur mali.cnom.sante.gov.ml (page consultée le 17/09/2018).

Ministère de la santé togolais. Normes du district sanitaire au Togo. 2001. Document disponible sur who.int (page consultée le 14/09/2018).

Ministère de la santé togolais. Profil de système de santé de pays : Togo. 2004. Rapport disponible sur who.int (page consultée le 14/09/2018).

Ministère de la santé togolais. Politique nationale de santé - Loi d’orientation décennale. 2011. Document disponible sur apps.who.int (page consultée le 14/09/2018).

Mobillion V. Territoires et soins à Vientiane (Laos) : une géographie de la capitale d'une République Démocratique Populaire. Thèse présentée pour l’obtention du diplôme de docteur en géographie humaine de l’université Paris Ouest-Nanterre. 2010. Document disponible sur theses.fr (page consultée le 24/09/2018).

Molander M, Nielsen L, Søgaard S, Staerk D, Rønsted N, Diallo D, Chifundera KZ, van Staden J, Jäger AK. Hyaluronidase, phospholipase A2 and protease inhibitory activity of plants used in traditional treatment of snakebite-induced tissue necrosis in Mali, DR Congo and South Africa. *J Ethnopharmacol.* 2014 ; **157** : 171-80.

Monagan SL. Patriarchy: Perpetuating the Practice of Female Genital Mutilation. *International Research Journal of Arts & Humanities.* 2009 ; **37** : 83-101.

Montalembert M, Tshilolo L. Les progrès thérapeutiques dans la prise en charge de la drépanocytose sont-ils applicables en Afrique subsaharienne ? *Med Trop.* 2007 ; **67** : 612-616.

Montoya JC, Rebulanan CL, Parungao NAC, Ramirez B. A look at the ASEAN-NDI: building a regional health R&D innovation network. *Infect Dis Poverty.* 2014 ; **3** : 15.

Morel J. La santé communautaire : historique, définitions et méthodologie. *Les politiques sociales.* 2009 ; **1** : 15-21.

Moscovici S. Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire, p79-103. In Jodelet D (dir.). *Les représentations sociales.* 7ème édition. 2003. Presses Universitaires de France.

Müller O, Traoré C, Becher H, Kouyaté B. Malaria morbidity, treatment-seeking behaviour, and mortality in a cohort of young children in rural Burkina Faso. *Trop Med Int Health.* 2003 ; **8**(4) : 290-296.

Muweh AN. Modernity in traditional Medicine : women's experiences and perceptions in the Kumba health district, SW region Cameroon. Mémoire présenté dans le cadre du master de santé publique de l'université d'Umea. 2011.

N'Guessan K, Kouassi Konan E, Tie'bre MS. Plantes utilisées dans le traitement des troubles gynéco-obstétriques par les peuples Abbey et Krobou d'Agboville (Côte-d'Ivoire). *Phytothérapie.* 2009 ; **7** : 262-274.

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

Nadembega P, Boussim JI, Nikiema JB, Poli F, Antognoni F. Medicinal plants in Baskoure, Kourittenga Province, Burkina Faso : an ethnobotanical study. *J Ethnopharmacol.* 2011 ; **133**(2) : 378-95.

Nair JJ, Van Staden J. Traditional usage, phytochemistry and pharmacology of the South African medicinal plant *Boophone disticha* (L.f.) Herb. (Amaryllidaceae). *J Ethnopharmacol.* 2014 ; **151**(1) : 12-26.

Narine S. ASEAN into the twenty-first century : problems and prospects. *The Pacific Review.* 1999 ; **12**(3) : 357-380.

Nartey ET, Ofosuhene M, Agbale CM. Anti-ulcerogenic activity of the root bark extract of the African laburnum "Cassia sieberiana" and its effect on the anti-oxidant defence system in rats. *BMC Complement Altern Med.* 2012 ; **12** : 247.

Nasim SA, Dhir B. Heavy metals alter the potency of medicinal plants. *Rev Environ Contam Toxicol.* 2010 ; **203** : 139-49.

Neuwinger HD. Plants used for poison fishing in tropical Africa. *Toxicon.* 2004 ; **44**(4) : 417-30.

Ngo Bum A, Taiwe GS, Moto FCO, Ngoupaye GT, Nkantchoua GCN, Pelanken MM, Rakotonirina SV, Rakotonirina A. Anticonvulsant, anxiolytic, and sedative properties of the roots of *Nauclea latifolia* Smith in mice. *Epilepsy & Behavior.* 2009 ; **15** : 434-440.

Nikiema A, Rossier C, Millogo R, Ridde V. Inégalités de l'accès aux soins en milieu urbain africain : le cas de la périphérie nord de Ouagadougou. *Résumé de la communication à la 6ème conférence africaine sur la population : « Population africaine : passé, présent et futur », UEPA, Ouagadougou, Burkina Faso.* 2011. Document disponible sur uaps2011.princeton.edu (page consultée le 25/09/2018).

Nikiéma DE. Prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH et territorialités : exemple du Burkina Faso. Thèse de doctorat en géographie (option géographie de la santé) de l'université Paris-Est. 2008. Texte disponible sur tel.archives-ouvertes.fr (page consultée le 14/09/2018).

Nwude N, Ibrahim MA. Plants used in traditional veterinary medical practice in Nigeria. *J. Vet. Pharmacol. Therap.* 1980 ; **3** : 261-273.

Nzeyimana I, Somian A, Henry MC, Gazin P, Assi SB, Monjour L, Delmont J. Nosologie populaire des maladies infantiles dans l'ouest de la Côte-d'Ivoire. Implications pour le paludisme. *Bull Soc Pathol Exot.* 2006 ; 99(2) ; 129-134.

Odesanmi OS, Ayepola OO, Omotosho OE, Ogunlana OO, Onwuka F, Nwankpa P. Effects of combinations of ethanolic extracts of *Blighia sapida* and *Xylopiya aethiopica* on progesterone, estradiol and lipid profile levels in pregnant rabbits. *Sci. Res. Essays.* 2013 ; **8**(22) : 969-972.

ODPHP. Social Determinants of Health. Document disponible sur <https://www.healthypeople.gov/> (page consultée le 09/01/18)

Olofsson S, Sebastian MS, Jegannathan B. Mental health in primary health care in a rural district of Cambodia : a situational analysis. *Int J Ment Health Syst.* 2018 ; **12** : 7.

Office of Disease Prevention and Health Promotion. Social Determinants of Health. Heal People 2020. 2014. Site disponible sur : healthypeople.gov (page consultée le 09/01/18).

OMS. Official records of the world health organization no. 226 - Twenty-eighth world health assembly. Part 1 : Resolutions and decisions annexes. 1975. Rapport disponible sur apps.who.int (page consultée le 24/08/2018).

OMS. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. 12 septembre 1978. Texte disponible sur who.int (page consultée le 22/08/2018).

OMS. The promotion and development of traditional medicine. World Health Organization technical report series 662. 1978. Rapport disponible sur apps.who.int (page consultée le 24/08/2018).

OMS. The use of essential drugs - Report of a WHO expert committee. World Health Organization technical report series 685. 1983. Rapport disponible sur apps.who.int (page consultée le 28/08/2018).

OMS. The use of essential drugs - Second report of the WHO expert committee. World Health Organization technical report series 722. 1985. Rapport disponible sur apps.who.int (page consultée le 28/08/2018).

OMS. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. 21 novembre 1986. Texte disponible sur euro.who.int (page consultée le 22/08/2018).

OMS. Guidelines for developing national drug policies. 1988. Rapport disponible sur apps.who.int (page consultée le 27/08/2018).

OMS. A proposed standard international acupuncture nomenclature - Report of a WHO scientific group. 1991. Rapport disponible sur apps.who.int (page consultée le 27/08/2018).

OMS. Guidelines on the conservation of medicinal plants. 1993. Rapport disponible sur apps.who.int (page consultée le 27/08/2018).

OMS. The use of essential drugs - eighth report of the WHO expert committee. World Health Organization technical report series 882. 1998. Rapport disponible sur apps.who.int (page consultée le 28/08/2018).

OMS. WHO expert committee on drug dependence: thirtieth report. WHO technical report series 873. 1998. Rapport disponible sur apps.who.int (page consultée le 28/08/2018).

OMS. The use of essential drugs - Ninth report of the WHO expert committee. World Health Organization technical report series 895. 2000. Rapport disponible sur apps.who.int (page consultée le 28/08/2018).

OMS. Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine : a worldwide review. 2001. Rapport disponible sur apps.who.int (page consultée le 17/09/2018).

OMS. Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002–2005. 2002. Rapport disponible sur apps.who.int (page consultée le 28/08/2018).

OMS. National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines – Report of a WHO global survey. 2005. Rapport disponible sur apps.who.int (page consultée le 14/09/2018)

OMS. Female genital mutilation and obstetric outcome : WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*, 2006 ; **367** : 1835-1841.

OMS. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, p191-192. 2009. Rapport disponible sur who.int (page consultée le 22/08/2018).

OMS. L'impact de la crise humanitaire sur les structures de sante au Mali : résumé et points essentiels. 2013. Rapport disponible sur who.int (page consultée le 17/09/2018).

OMS. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. 2013. Rapport disponible sur apps.who.int (page consultée le 05/01/2017).

OMS. WHO global health expenditure atlas. 2014. Rapport disponible sur who.int (page consultée le 14/09/2018).

OMS-AFRO. Résolution AFR/RC34/R8. 1984. Texte disponible sur apps.who.int (page consultée le 27/08/2018).

OMS-AFRO. Traditional medicine in the African region - Report of the first WHO meeting of WHO collaborating centres. 1989. Document n° AFR/TRM/4.

OMS-AFRO. African forum on the role of traditional medicine in health systems – Final report. 2001. Document n° AFR/TRM/01.1.

OMS-AFRO. Togo - Factsheets of health statistics. 2016. Rapport disponible sur aho.afro.who.int (page consultée le 14/09/2018).

OMS-AFRO. Burkina Faso - Factsheets of health statistics. 2016. Rapport disponible sur aho.afro.who.int (page consultée le 14/09/2018).

OMS-AFRO. Mali - Factsheets of health statistics. 2016. Rapport disponible sur aho.afro.who.int (page consultée le 17/09/2018).

OMS-AFRO. Comprehensive analytical profile : Togo. 2018. Données disponibles sur aho.afro.who.int (page consultée le 14/09/2018).

OMS-AFRO. Comprehensive analytical profile : Mali. 2018. Données disponibles sur aho.afro.who.int (page consultée le 14/09/2018).

OMS-WPRO. Health service delivery profile : Cambodia. 2012. Données disponibles sur wpro.who.int (page consultée le 17/09/2018).

OMS-WPRO. Cambodia–WHO : country cooperation strategy 2016–2020. 2016. Rapport disponible sur apps.who.int (page consultée le 17/09/2018).

OMS-WPRO. Meeting on the contribution of traditional medicine in strengthening primary health care. 2017. Rapport disponible sur iris.wpro.who.int (page consultée le 17/09/2018).

Oniyangi O, Cohall DH. Phytomedicines (medicines derived from plants) for sickle cell disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015 ; **4**.

ONU. Declaration on the elimination of violence against women. 1993. Texte disponible sur un.org (page consultée le 05/02/2018).

ONU. Comité des droits de l'enfant : seizième session - Compte rendu analytique de la 422ème séance. Document disponible sur docstore.ohchr.org (page consultée le 14/09/2018).

OOAS. Rapport de la réunion des experts de la sante – 11ème assemblée ordinaire des ministres de la santé de la CEDEAO. Rapport disponible sur wahooas.org (page consultée le 28/08/2018).

OOAS. Manuel de formation des tradipraticiens. 2013. Document informatique fourni par le docteur Kofi Kbusia le 23/08/2018.

OOAS. La pharmacopée des plantes médicinales de l'Afrique de l'Ouest (WAHP). 2013. Document informatique fourni par le docteur Kofi Kbusia le 23/08/2018.

OOAS. Pratiques de la médecine traditionnelle et valorisation des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle dans les états membres de la CEDEAO - Cadre règlementaire harmonisé. 2013. Document informatique fourni par le docteur Kofi Kbusia le 23/08/2018.

OOAS. Manuel des maladies courantes d'Afrique de l'Ouest. 2014. Document informatique fourni par le docteur Kofi Kbusia le 23/08/2018.

OOAS. West African Health Organization strategic plan 2016-2020. 2015. Rapport disponible sur wahooas.org (page consultée le 28/08/2018).

OOAS. 7e Congrès scientifique des praticiens de la médecine traditionnelle (PMT) et des praticiens de la médecine conventionnelle (PMC). 2015. Article disponible sur wahooas.org (page consultée le 28/08/2018).

Opi DH, Ochola LB, Tendwa M, Siddondo BR, Ocholla H, Fanjo H, Ghumra A, Ferguson DJ, Rowe JA, Williams TN. Mechanistic Studies of the Negative Epistatic Malaria-protective Interaction Between Sickle Cell Trait and α -thalassemia. *EBioMedicine*. 2014 ; **1**(1) : 29-36.

Orphanet. La drépanocytose. Document disponible sur orpha.net (page consultée le 15/10/2018).

Ouattara F. Kaliya, une entité nosologique du changement social chez les paysans Senufo du Burkina Faso ?, p187-206. In Jaffré Y, De Sardan JPO (dir.). *La construction sociale des maladies – Les entités nosologiques populaires en Afrique de l’Ouest*. 1999. Presses Universitaires de France.

Ouattara Y, Sanonb S, Traoréc Y, Mahioud V, Azase N, Sawadogoa L. Antimalarial activity of *Swartzia madagascariensis* desv. (leguminosae), *Combretum glutinosum* guill. & perr. (combretaceae) and *Tinospora bakis miers*. (menispermaceae), Burkina Faso medicinal plants. *Afr. J. Trad. CAM*. 2006 ; **3**(1) : 75-81.

Ouédraogo D., Zabsonré Tiendrebeogo JW, Zongo E, Kakpovi KG, Kaboré F, Drabo JY, Guissou IP. Prevalence and factors associated with self-medication in rheumatology in Sub-Saharan Africa. *Eur J Rheumatol*. 2015 ; **2**(2) : 52–56.

Ovesen J, Trankell I-B. Cambodians and their doctors - a medical anthropology of colonial and post-colonial Cambodia. 2010. NIAS Press.

Oyebode O, Kandala NB, Chilton PJ, Lilford RJ. Use of traditional medicine in middle-income countries: a WHO-SAGE study. *Health Policy Plan*. 2016 ; **31**(8) : 984-91.

Pare S, Persson I, Guel B, Lundberg D, Zerbo L, Kam S, Traoré K. Heavy metal removal from aqueous solutions by sorption using natural clays from Burkina Faso. *Afr. J. Biotechnol*. 2012 ; **11**(45) : 10395-10406.

Patel JR, Tripathi P, Sharma V, Chauhan NS, Dixit VK. *Phyllanthus amarus*: ethnomedicinal uses, phytochemistry and pharmacology: a review. *J Ethnopharmacol*. 2011 ; **138**(2) : 286-313.

Peat S. Cambodia health system review : the current policies and strategies of the health system’s governance, financing, and service delivery. Rapport disponible sur summit.sfu.ca (page consultée le 17/09/2018).

Peltzer K, Pengpid S. Utilization and Practice of Traditional/Complementary/Alternative Medicine (T/CAM) in Southeast Asian Nations (ASEAN) Member States. *Studies on Ethno-Medicine*. 2015 ; **9**(2) : 209-2018.

Peltzer K, Sydara K, Pengpid S. Traditional, complementary and alternative medicine use in a community population in Lao PDR. *Afr J Tradit Complement Altern Med*. 2016 ; **13**(3) : 95-100.

Philips M, Zachariah R, Venis S. Task shifting for antiretroviral treatment delivery in sub-Saharan Africa: not a panacea. *Lancet*. 2008 ; **371** : 682-684.

Pholsena V. Nommer pour contrôler au Laos, de l'état colonial au régime communiste. *Critique internationale*. 2009 ; **45** : 59-76.

Pianelli C, Abric JC, Saad F. Rôle des représentations sociales préexistantes dans les processus d'ancrage et de structuration d'une nouvelle représentation. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*. 2010 ; **86** : 241-274.

Pignorel CV. Automédication et effets indésirables : étude transversale descriptive auprès de 666 personnes consultant dans le quart Nord-Ouest de l'île de la Réunion entre septembre 2013 et mai 2014. Thèse présentée pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine de l'université de Bordeaux II. 2014. Document disponible sur dumas.ccsd.cnrs.fr (page consultée le 24/09/2018).

Pitsuwan S. Challenges in infection in ASEAN. *Lancet*. 2011 ; **377**(9766) : 619-621.

PNUD. Rapport sur le développement humain 2016 - Le développement humain pour tous. 2016. Rapport disponible sur undp.org (page consultée le 14/09/2018).

Pouliot M. Relying on nature's pharmacy in rural Burkina Faso: empirical evidence of the determinants of traditional medicine consumption. *Soc Sci Med*. 2011 ; **73**(10) : 1498-507.

Pousset JL. Place des médicaments traditionnels en Afrique. *Med Trop*. 2006 ; **66** : 606-609.

Probst C, Bandyopadhyay R, Cotty PJ. Diversity of aflatoxin-producing fungi and their impact on food safety in sub-Saharan Africa. *Int J Food Microbiol*. 2014 ; **174** : 113-122.

Radji R, Kokou K. Classification et valeurs thérapeutiques des plantes ornementales du Togo. *Vertigo*. 2013 ; **13**(3).

Rao YK, Fang SH, Tzeng YM. Inhibitory effects of the flavonoids isolated from *Waltheria indica* on the production of NO, TNF-alpha and IL-12 in activated macrophages. *Biol Pharm Bull*. 2005 ; **28**(5) : 912-5.

Rätsch C. The encyclopedia of psychoactive plants : ethnopharmacology and its applications. 2005. Parc Street Press, Rochester.

Ridde V, Turcotte-Tremblay AM, Souares A, Lohmann J, Zombré D, Koulidiati JL, Yaogo M, Hien H, Hunt M, Zongo S, De Allegri M. Protocol for the process evaluation of interventions combining performance-based financing with health equity in Burkina Faso. *Implement Sci*. 2014 ; **12**(9).

Roth BL, Lopez E, Beischel S, Westkaemper RB, Evans JM. Screening the receptorome to discover the molecular targets for plant-derived psychoactive compounds : a novel approach for CNS drug discovery. *Pharmacol Ther*. 2004 ; **102**(2) : 99-110.

Sabatier V, Medah I. Le FACA : tradimédecine et développement d'un médicament « made in Burkina ». 2014. Document disponible sur unesco.org (page consultée le 17/10/2018).

Said HM. The Unani system of health and medicare, p61-67. In Bannerman RH, Burton J, Wen-Chieh C (ed.). *Traditional medicine and healthcare coverage – A reader guide for health administrators and practitioners*. 1983. World Health Organization.

Saini S, Kaur H, Verma B, Singh SK. *Kigelia africana* (Lam.) Benth. - an overview. *Natural Product Radiancance*. 2009 ; **8**(2) : 190-197.

Salihu Shinkafi T, Bello L, Wara Hassan S, Ali S. An ethnobotanical survey of antidiabetic plants used by Hausa-Fulani tribes in Sokoto, Northwest Nigeria. *J Ethnopharmacol*. 2015 ; **172** : 91-9.

Samaké S. L'approche sectorielle dans le domaine de la santé au Mali. 2009. Rapport disponible à l'adresse orbi.uliege.be (page consultée le 17/09/2018).

Samuelsen H. Therapeutic itineraries: the medical field in rural Burkina Faso. *Anthropol Med.* 2004 ; **11**(1) : 27-41.

Sanfo L. L'automédication dans la ville de Ouagadougou : une enquête réalisée auprès des officines pharmaceutiques. Thèse présentée pour l'obtention du diplôme de docteur en pharmacie de l'université de Ouagadougou. 1999. Document disponible sur beep.ird.fr (page consultée le 24/09/2018).

Sanogo R. Cinquante ans de médecine traditionnelle - perspectives de développement de phytomédicaments : rôle des pharmaciens. Présentation réalisée à l'occasion de la Célébration du Cinquantenaire de la Pharmacie au Mali, 2010. Disponible à l'adresse cnom.sante.gov.ml (page consultée le 06/02/2018).

Sanogo R. Rôle de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires au Mali, p21-44. In Giani S (dir.). *Médecine traditionnelle et arts divinatoires : le Cas Du Mandé Au Mali*. Cahiers de Fescauri, 2016. Editions l'Harmattan.

Santini H. Rebirth of the health-care system in Cambodia. *Lancet.* 2002 ; **360** : 57-58.

Sauerborn R, Nougbara A, Diesfeld HJ. Low utilization of community health workers: results from a household interview survey in Burkina Faso. *Soc Sci Med.* 1989 ; **29**(10) : 1163-1174.

Schultes RE. Atlas des plantes hallucinogènes. 1976, Western Publishing Company.

Segbena AY, Prehu C, Wajcman H, Bardakdjian-Michau J, Messie K, Feteke L, Vovor A, David M, Feingold J, Galacteros F. Hemoglobins in Togolese newborns: Hb S, Hb C, Hb Bart's, and alpha-globin gene status. *Am J Hematol.* 1998 ; **59**(3) : 208-213.

Segbena AY, Kueviakoe IMD, Messie AK, Vovor A, Gbadoe AD, Assimadi JK. Situation de la drépanocytose au Togo. *J Rech Sci Univ Lomé.* 2005 ; **7** : 203-205.

Seleteng Kose L, Moteetee A, Van Vuuren S. Ethnobotanical survey of medicinal plants used in the Maseru district of Lesotho. *J Ethnopharmacol.* 2015 ; **170** : 184-200.

Senou I, Gnamkambary Z, Some AN, Pedogo MP. Phytoextraction du cadmium, du cuivre, du plomb et du zinc par *Vetiveria nigriflora* en sols ferrugineux tropicaux et en sols vertiques au Burkina Faso (Afrique de l'ouest). *Int. J. Biol. Chem. Sci.* 2012 ; **6**(4) : 1437-1452.

SEPSAC. Action communautaire en santé : un observatoire international des pratiques 2004-2008, p8-54. 2009. Rapport disponible sur maisonmedicale.org (page consultée le 22/08/2018).

Sibinga EM, Shindell DL, Casella JF, Duggan AK, Wilson MH. Pediatric patients with sickle cell disease: use of complementary and alternative therapies. *J Altern Complement Med.* 2006 ; **12**(3) : 291-8.

Simon E, Egrot M. Médicaments « néotraditionnels » : une catégorie pertinente ? A propos d'une recherche anthropologique au Bénin. *Sciences sociales et santé.* 2012 ; **30**(2) : 67-91.

Simon PJ. L'Indochine française : bref aperçu de son histoire et des représentations coloniales. *Hommes et Migrations.* 2001 ; **1234** : 14-22.

Simpore J, Ilboudo D, Damintoti K, Sawadogo L, Maria E, Binet S, Nitiema H, Ouedraogo P, Pignatelli S, Nikiema JB. Glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency and sickle cell disease in Burkina Faso. *Pak J Biol Sci.* 2007 ; **10**(3) : 409-414.

Sindzingre N. La nécessité du sens : l'explication de l'infortune chez les Senufo, p93-122. In Augé M, Herzlich C (dir.). *Le sens du mal.* 1984. Editions des archives contemporaines.

Smith S, Levasseur C. Atlas de l'Afrique: un continent jeune, révolté, marginalisé. Autrement. 2005

Soewu DA, Adekanola TA. Traditional-medical knowledge and perception of pangolins (*Manis* spp) among the Awori people, Southwestern Nigeria. *J Ethnobiol Ethnomed.* 2011 ; **7**(25).

Sofowara A. Plantes médicinales et médecine traditionnelle d'Afrique. Karthala. 2010.

Sombié I, Ilboudo DOS, Soubeiga AK, Samuelson H. Comprendre l'influence des facteurs contextuels sur la participation communautaire à la santé : une étude de cas dans le district sanitaire de Tenkodogo, au Burkina Faso. *Glob. Health Promot.* 2015 ; **0**(0) : 1-9.

Souannavong D. Les médecines complémentaires chez les patients drépanocytaires. *Thèse présentée pour obtenir le grade de docteur en pharmacie de l'université de Rouen.* 2016. Document disponible sur dumas.ccsd.cnrs.fr (page consultée le 17/10/2018).

Souza RSO, Albuquerque UP, Monteiro JM, Amorim ELC. Jurema-Preta (*Mimosa tenuiflora* [Willd.] Poir.) : a review of its traditional use, phytochemistry and pharmacology. *Braz. arch. biol. technol.* 2008 ; **51**(5) : 937-947.

Squalli Houssaini M. La situation de la pharmacovigilance en Afrique et les facteurs contributifs à son développement. *Thèse présentée pour obtenir le grade de docteur en pharmacie de l'université de Rabat.* 2014.

Stafford GI, Jäger AK, Van Staden J. African psychoactive plants, p323-346. In Juliani HR, Simon JE, Ho C-T (eds.). *African natural plant products: new discoveries and challenges in chemistry and quality.* 2009. American Chemical Society.

Stanley B. Recognition and respect for African traditional medicine. 2011. Article disponible sur idrc.ca (page consultée le 25/09/2018).

Stein U, Greyer H, Hentschel H. Nutmeg (myristicin) poisoning : report on a fatal case and a series of cases recorded by a poison information centre. *Forensic Sci Int.* 2001 ; **118**(1) : 87-90.

Stepan J. Legal aspects, p290-313. In Bannerman RH, Burton J et Wen-Chieh (ed.). *Traditional medicine and health care coverage – A reader guide for health administrators and practitioners.* 1983. OMS, Genève.

Street RA. Heavy metals in medicinal plant products — An African perspective. *S. Afr. J. Bot.* 2012 ; **82** : 67-74.

Stuart MJ, Nagel R. Sickle-cell disease. *Lancet.* 2004 ; **364** : 1343-1360.

Stuart-Fox M. On the writing of Lao history : continuities and discontinuities. *J. Southeast Asian Stud.* 1993 ; **24** : 106-121.

Svoboda R. Théorie et pratique de la médecine ayurvédique, p67-98. In Van Alphen J., Aris A (dir.). *Médecines orientales – Guide illustré des médecines d’Asie*. 1998. Actes Sud.

Sydara K, Gneunphonsavath S, Wahlström R, Freudenthal S, Houamboun K, Tomson G, Falkenberg T. Use of traditional medicine in Lao PDR. *Complement Ther Med*. 2005 ; 13 : 199-205.

Sydara K, Xayvue M, Souliya O, Elkington BK, Soejarto DD. Inventory of medicinal plants of the Lao Peoples Democratic Republic : a mini review. *J Med Plant Res*. 2014 ; 8(43) : 1262-1274.

Tamokou JDD, Kuete V. Toxic plants used in african traditional medicine, p135-180. In Kuete V (ed.). *Toxicological survey of African medicinal plants*. 2014. Elsevier.

Tchacondo T, Karou SD, Batawila K, Agban A, Ouro-Bang’na K, Anani KT, Gbeassor M, De Souza C. Herbal remedies and their adverse effects in tem tribe traditional medicine in Togo. *Afr J Tradit CAM*. 2011 ; 8(1) : 45-60.

Toma I, Karumi Y, Geidam MA. Phytochemical screening and toxicity studies of the aqueous extract of the pods pulp of *Cassia sieberiana* DC. (*Cassia Kotchiana* Oliv.). *Afr. J. Pure Appl. Chem*. 2009 ; 3 : 26-30.

Toulabor MC. Le Togo sous Eyadéma, 340p. 1986. Karthala.

Toyin YM, Olakunle AT, Adewunmi AM. Toxicity and beneficial effects of some african plants on the reproductive system, p445-492. In Kuete V (ed.). *Toxicological survey of African medicinal plants*. 2014. Elsevier.

Traoré A, Derme AI, Sanon S, Gansane A, Ouattara Y, Nebié I, Sirima SB. Connaissances ethnobotaniques et pratiques phytothérapeutiques des tradipraticiens de santé de la Comoé pour le traitement du paludisme : processus d’une recherche scientifique de nouveaux antipaludiques au Burkina Faso. *Ethnopharmacologia*. 2009 ; 43 : 35-46.

Traore F, Gasquet M, Laget M, Guiraud H, Di Giorgio C, Azas N, Doumbo O, Timon-David P. Toxicity and genotoxicity of antimalarial alkaloid rich extracts derived from *Mitragyna inermis* O. Kuntze and *Nauclea latifolia*. *Phytother. Res*. 2000 ; 14 : 608–611.

Tursz A. Utilisation et perception des systèmes de santé par les enfants et leur famille : recherche appliquée interdisciplinaire. Historique, méthodologie générale et perspectives. *Revue d’Épidémiologie et de Santé Publique*. 1999 ; 47 : 3-8.

Udomkun P, Wiredu AN, Nagle M, Bandyopadhyay R, Müller J, Vanlauwe B. Mycotoxins in Sub-Saharan Africa: Present situation, socio-economic impact, awareness, and outlook. *Food Control*. 2017 ; 72 : 110-122.

UNICEF. Mutilations génitales féminines/excision : bilan statistique et examen des dynamiques du changement. 2013. Rapport disponible sur data.unicef.org (page consultée le 05/02/2018).

Utz-Billing I, Kentenich H. Female genital mutilation : an injury, physical and mental harm. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2008 ; 29(4) : 225-229.

Valy D, Verleysen M. A new Khmer palm leaf manuscript dataset for document analysis and recognition : SleukRith set. *HIP@ICDAR*. 2017 : 1-6.

- Vaugelade J.** Consommation médicale et itinéraires thérapeutiques en milieu rural au Burkina. 1991. Rapport disponible sur horizon.documentation.ird.fr (page consultée le 24/09/2018).
- Vercammen D.** Théorie et pratique de la médecine chinoise, p157-196. In Van Alphen J., Aris A (dir.). *Médecines orientales – Guide illustré des médecines d’Asie*. 1998. Actes Sud.
- Villaret J, Marti G, Dubois F, Reybier K, Gaudre N, Haddad M, Valentin A.** Adaptation of a microbead assay for the easy evaluation of traditional anti-sickling medicines: application to DREPANOSTAT and FACA. *Pharm Biol.* 2018 ; **56**(1): 385–392.
- Vovor A, Fétéké L, Kueviakoe IM, Kpatarou L, Mawussi K, Magnang H, Ségbéna AY.** Blood typing profile of a school-aged population of a North Togo township. *Hemoglobin.* 2014 ; **38**(5) : 316-318.
- Wallerstein N.** Powerlessness, empowerment, and health : implications for health promotion programs. *Behavior Change.* 1992 ; **6**(3) : 197-205.
- Waltson N.** A preliminary investigation into the use and trade of wild plants and animals in traditional medicine systems in Cambodia, p13-35. In Ashwell D, Waltson N (dir). *An overview of the use and trade of plants and animals in traditional medicine systems in Cambodia*. 2008. TRAFFIC Southeast Asia.
- Wijesinghe PR, Jayakody RL, Seneviratne RA.** Prevalence and predictors of self-medication in a selected urban and rural district of Sri Lanka. *WHO South-East Asia Journal of Public Health.* 2012 ; **1**(1) : 28-41.
- 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.
- Williams VL, Cunningham AB, Kemp AC, Bruyns RK.** Risks to birds traded for African traditional medicine : a quantitative assessment. *PLoS One*, 2014 ; **9**(8).
- Williams VL, Loveridge AJ, Newton DJ, Macdonald DW.** Questionnaire survey of the pan-African trade in lion body parts. *PLoS One.* 2017 ; **12**(10).
- Wright J, Bhuwanee K, Patel F, Holtz J, Van Bastelaer T, Eichler R.** Financing of universal health coverage and family planning: a multi-regional landscape study and detailed analysis of select West African countries. 2016. Rapport disponible sur hfgproject.org (page consultée le 14/09/2018).
- Wujastyk D.** La médecine en Inde, p19-38. In Van Alphen J., Aris A (dir.). *Médecines orientales – Guide illustré des médecines d’Asie*. 1998. Actes Sud.
- Yaméogo TM, Kyelem CG, Bamba S, Savadogo LB, Sombié I, Traoré AZ, Sanon D, Ouédraogo SM, Guiguemdé TG.** Management of suspected cases of malaria before admission to a district hospital in Burkina Faso. *Med Sante Trop.* 2014 ; **24**(3) : 301-306.
- Yanagisawa S, Mey V, Wakai S.** Comparison of health-seeking behaviour between poor and better-off people after health sector reform in Cambodia. *Public Health.* 2004 ; **118**(1) : 21-30.
- Yemoa AL, Gbenou JD, Johnson RC, Djego JG, Zinsou C, Moudachirou M, Quetin-Leclercq J, Bigot A, Portaels F.** Identification et étude phytochimique de plantes utilisées dans le traitement traditionnel de l’ulcère de Buruli au Bénin. *Ethnopharmacologia.* 2008 ; **42** : 48-55.

Yoda LA. La traduction médicale du français vers le mooré et le bisa – Un cas de communication interculturelle au Burkina Faso. *Thèse présentée pour obtenir le grade de docteur de l'université de Groningen*. 2005. Document disponible sur rug.nl (page consultée le 17/10/2018).

Zerbo P, Millogo-Rasolodimby J, Nacoulma-Ouedraogo OG, Van Damme P. Contribution à la connaissance des plantes médicinales utilisées dans les soins infantiles en pays San, au Burkina Faso. *Int. J. Biol. Chem. Sci.* 2007 ; **1**(3) : 262-274.

Zhao Z, Guo P, Brand E. The formation of daodi medicinal materials. *J Ethnopharmacol.* 2012 ; **140**(3) : 476-481.

Zofou D, Kengne ABO, Tene M, Ngemenya MN, Tane P, Titanji VPK. In vitro antiplasmodial activity and cytotoxicity of crude extracts and compounds from the stem bark of *Kigelia africana* (Lam.) Benth (Bignoniaceae). *Parasitol Res.* 2011 ; **108** : 1383–1390.

Zongo F, Ribuo C, Boumendjel A, Guissou I. Botany, traditional uses, phytochemistry and pharmacology of *Waltheria indica* L. (syn. *Waltheria americana*) : a review. *J Ethnopharmacol.* 2013 ; **148**(1) : 14-26.

Annexe : Autorisation locale et protocole d'enquête terrain

Tableau synthétique - Résumé

Contexte	La drépanocytose est une maladie génétique dont la prévalence est importante au Burkina Faso. Associant une symptomatologie plurielle (aigue/chronique), elle suggère des itinéraires thérapeutiques variés, pourtant peu décrits dans la littérature.
Objectifs et hypothèses	Améliorer la prise en charge des patients drépanocytaires au sein de l'unité de soin de Sainte Camille, en s'intéressant aux motivations qui sous-tendent le recours aux médecines traditionnelles.
Méthodologie	Enquête de type CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) basée sur des entretiens semi-directifs alternant questions fermées (données quantitatives qui feront l'objet d'une analyse statistique) et ouvertes (données qualitatives qui feront l'objet d'une analyse thématique).
Questionnaire	Le questionnaire comporte des questions ouvertes et fermées autour de trois thématiques : <ul style="list-style-type: none">- questions d'ordre socio-démographiques ;- questions relatives à l'anamnèse et à l'itinéraire thérapeutique ;- questions relatives au coût du recours au soin ;- questions relative à la perception des recours thérapeutiques.
Aspects éthiques et consentement	Le consentement de tous les participants sera recueilli. Les patients mineurs (moins de 18 ans) pourront être interrogés à condition d'être accompagnés d'un tuteur légal qui donnera son consentement. Aucune analyse ne sera réalisée sur un quelconque matériel génétique (plantes, animaux) éventuellement mentionné dans un entretien.

Document autorisant la réalisation d'une enquête auprès des patients de l'Hôpital Saint-Camille de Ouagadougou (HOSCO)

Je soussigné Père Paul Ouédraogo délivre par le présent document l'autorisation à M. Maxime Collin de réaliser une enquête sur le parcours de soins et le recours aux médecines traditionnelles auprès des patients drépanocytaires suivis par le Dr. Catherine Coulibaly, suivant le protocole présenté ci-après.

Ce travail devra être réalisé entre le mercredi 24 octobre et le vendredi 9 novembre inclus et impliquera un retour des informations analysées auprès de l'HOSCO.

Fait à Ouagadougou, le 23/10/2015



Tampon de l'HOSCO principal

Signature du directeur de l'HOSCO

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and strokes.

Signature de l'investigateur

Introduction

En 1994, l'OMS estimait à 120 millions (soit 2,3% de la population mondiale), le nombre de personnes porteurs d'une mutation drépanocytaire. En Afrique, ce taux peut atteindre les 40% ^[1].

Les signes cliniques de la drépanocytose consistent dans un premier temps en une anémie chronique et une sensibilité accrue aux infections. Des complications peuvent ensuite apparaître dues à ^[2] :

- l'altération de la circulation sanguine : elle va être cause de crises vaso-occlusives, d'AVC et de priapisme ;
- une hypoxie couplée à une infiltration pulmonaire entraînant un syndrome thoracique aigu ;
- une décompensation de l'anémie (également appelée anémie aplasique) pouvant entraîner la mort ;
- un retard de croissance et diverses complications à l'âge adulte ^[3].

La stigmatisation due à la condition du malade, à la douleur (les patients seraient parfois perçus comme des « toxicomanes » par certains soignants) et la non prédictivité des crises amèneraient 80% des patients à se soigner « à la maison » d'après certains auteurs ^[4].

Les recommandations internationales de prise en charge des patients drépanocytaires sur le continent africain sont focalisées sur l'amélioration de la qualité de vie des patients et la diminution des complications. Elles associent une hydratation adéquate, le recours à une antibiothérapie prophylactique et aux médicaments antipaludiques, une supplémentation en acide folique, un calendrier vaccinal précis et un suivi médical permanent, permettant le dépistage et la prise en charge précoces des complications. Les traitements curatifs (allogreffe de moelle osseuse, thérapie génique (à l'étude)) ne sont pas disponibles sur le continent.

D'autres auteurs notent également un recours important aux « thérapies complémentaires et alternatives », que ce soit aux Etats Unis ^[5], ou à Madagascar (voire les travaux de la Fondation Pierre Fabre en partenariat avec l'IMRA).

Les itinéraires thérapeutiques des patients drépanocytaires en Afrique de l'Ouest ne sont pas ou très peu étudiés dans la littérature. Maladie complexe, la drépanocytose associe une symptomatologie plurielle, aiguë et chronique, suggérant une pluralité dans le(s) recours aux soins associé(s) (à la vue d'une revue de la littérature réalisée dans le cadre du travail de thèse).

L'unité de soin de Sainte Camille à Ouagadougou constitue un lieu d'intérêt pour la réalisation d'une enquête de terrain du fait ^[6] :

- de leur activité spécifique autour de la drépanocytose ;
- du soutien apporté par la Fondation Pierre Fabre à ces structures ;
- d'une relative sécurité dans cette région du Burkina Faso (par rapport au Mali par exemple).

Par ailleurs, la prévalence du trait drépanocytaire et des formes homozygotes oscilleraient respectivement entre 20-30% et 2,5-3% dans cette région ^{[7][8]}.

Objectifs, hypothèses et contexte

Dans la région ouest-africaine, le taux de recours aux médecines traditionnelles oscille entre 20 et plus de 80%. Au Burkina Faso, ce taux varierait entre 50 et 80 %^{[9] [10]}. Plusieurs travaux réalisés dans la région suggèrent des parcours de soins mixtes, alternant ou combinant la prise de médicaments allopathiques et le recours à des préparations issues de la pharmacopée locale^{[9] [10]}. Parallèlement, les itinéraires thérapeutiques des patients drépanocytaires ont été peu étudiés. On peut définir un itinéraire thérapeutique comme la succession des recours thérapeutiques et des traitements depuis le début de la maladie (« *starting point* »), jusqu'à un point fixé (fin de la maladie, décès, date de l'entretien, ... : « *end point* »). L'itinéraire thérapeutique est donc un « chemin parcouru », dont le fil conducteur est la recherche de soins, sous-tendue par une ou plusieurs raisons. Ce sont ces raisons qui nous intéressent dans ce travail.

En effet, l'objectif de cette étude est de dégager des pistes de réflexion permettant d'améliorer la prise en charge des patients drépanocytaires au sein de l'unité de soin de Sainte Camille, en s'intéressant aux motivations qui sous-tendent le recours aux médecines traditionnelles. Dans un contexte thérapeutique visant une amélioration de la qualité de vie des patients, les médecines traditionnelles, qui se basent des pratiques de soins plurielles utilisées conjointement à l'usage d'une pharmacopée pourraient contribuer à cet objectif et constituer un appui non négligeable, qu'il est important de mettre en valeur.

Méthodologie

La méthodologie choisie pour répondre à ces objectifs est une enquête de type CAP (connaissances, attitudes, pratiques) basée sur des entretiens semi-directifs, alternant des questions fermées (permettant une analyse statistique a posteriori) et des questions ouvertes (permettant une analyse thématique).

• *Définition de la population étudiée*

Pour répondre aux objectifs de l'enquête, nous avons choisi d'étudier les drépanocytaires fréquentant l'unité de soins de Sainte Camille de Ouagadougou. Les patients sortant d'une consultation médicale au centre seront inclus dans l'étude (incluant les primo-consultants). Les patients mineurs pourront être inclus à condition d'être accompagné de leur responsable légal dont le consentement sera recueilli. Les mineurs non accompagnés, les patients en crise aiguë et les patients incapables de fournir un consentement éclairé seront exclus de l'étude pour des raisons éthiques.

• *Echantillonnage*

La méthode d'échantillonnage choisie est un échantillonnage de convenance : le premier patient disponible après une consultation se verra proposer de participer à l'enquête. Si cette méthode ne permet pas d'avoir un échantillon représentatif de la file active du centre, il reste le plus pratique pour étudier une population fréquentant un même lieu et présente l'avantage d'être le plus simple à mettre en place dans un délai aussi court.

• *Plan d'analyse*

Les données quantitatives feront l'objet d'une analyse statistique descriptive et univariée. Si le temps le permet, la réalisation d'une analyse multivariée est envisageable afin de dégager des corrélations entre plusieurs variables. Les données qualitatives recueillies (questions ouvertes) feront l'objet d'une analyse thématique (analyse des thèmes abordés dans les entretiens) et permettront de dégager des pistes de réflexion, des remarques de la part des personnes interrogées.

Questionnaire : thématiques abordées et questionnaire type

• *Thématiques principales abordées*

Dans un premier temps, des données socio-démographiques sont recueillies. Dans un second temps, une anamnèse est réalisée, s'intéressant à l'âge, aux conditions de diagnostic et aux représentations locales de la drépanocytose. Dans un troisième temps, l'itinéraire thérapeutique est étudié, depuis la date des premiers symptômes ou du diagnostic jusqu'à la date de l'entretien. Dans un quatrième temps, des questions relatives aux utilisations, attitudes et perceptions relatives aux pratiques de médecines traditionnelles sont posées. Dans un dernier temps, les questions sont orientées sur les dépenses de santé et la fréquentation des centres de santé de proximité.

• *Questionnaire type*

Enquête sur les itinéraires thérapeutiques et le recours aux médecines traditionnelles des patients drépanocytaires de l'unité de soin de Sainte Camille (Ouagadougou)

Numéro de l'entretien :

Date de l'interview :

Nom de la personne qui a réalisé l'interview :

Consentement signé : oui / non

Enregistrement de l'interview : Oui / Non (Code piste :)

Section 1 – Facteurs socio-démographiques

1.1 Quel âge avez-vous ?

1.1.2 Sexe :

1.2 Sexe :

1.2.1 : F ; 1.2.2 : M

1.3 Quel niveau d'étude avez-vous ? (Si âge > 16 ans)

1.3.1 Primaire

1.3.2 Secondaire

1.3.3 Supérieur

1.4 De quel niveau de revenu disposez-vous (en FCFA/mois) ? (Si âge > 16 ans)

1,4,1 Moins de 20.000

1,4,2 Entre 20 et 60.000

1,4,3 Entre 60 et 100.000

1,4,4 Plus de 100.000

(1.4' Trouvez-vous que ce niveau de revenu vous permet de vivre convenablement ?)

1.5 Combien de personnes vivent dans votre foyer ?

1.6 Quelle langue vernaculaire parlez-vous ?

1.7 Type d'habitat : Vous vivez en milieu :

1.7.1 URBAIN

1.7.2 RURAL

1.7.3 : Autre (préciser)

1.8 A quelle distance de Ouagadougou (temps et/ou km) :

Section 2 – Anamnèse

2.1 Depuis quand savez-vous que vous êtes drépanocytaire (âge auquel le diagnostic a été posé) ?

2.1' Comment le diagnostic a-t-il été posé ?

2.2 Est-ce que cette maladie a un nom particulier dans votre langue ?

2.3 Selon vous, comment attrape-t-on XX (nom vernaculaire donné à la question précédente) ?

2.4 Comment avez-vous su que vous aviez XX (nom vernaculaire donné à la question précédente) ?

Section 3 : itinéraire thérapeutique

3.1 A partir de ce moment-là (« **Starting point** ») : qu'avez-vous fait, comment avez-vous pris en charge ces symptômes, sur les conseils/orientations/décisions de qui ? Dans cette question, on s'intéresse aux différents recours mobilisés au cours de l'histoire médicale de la personne (itinéraire thérapeutique).

// Feuille à remplir page suivante //

3.2 **Ces 3 derniers mois**, avez-vous fait quelque chose en particulier (et quoi?) pour

3.2.1 → « Au quotidien »

3.2.2 → « En cas de crise »

3.2.3 → « Pour éviter les crises »

3.2.4 → « Au niveau comportemental » (inclusion des actions, comportements alimentaires, activités pratiqués, interdits, ...)

3.3 Selon vous, qu'est ce qui est le mieux pour éviter les crises ?

3.4 Selon vous, qu'est ce qui est le mieux pour traiter les crises ?

A

Type de thérapeute	Sur une décision de...	Traitement prescrit	Pour quelle durée	Pour quelles raisons ?	Raisons de l'arrêt ?	Efficacité perçue ?

B

Type de thérapeute	Sur une décision de...	Traitement prescrit	Pour quelle durée	Pour quelles raisons ?	Raisons de l'arrêt ?	Efficacité perçue ?

C

Type de thérapeute	Sur une décision de...	Traitement prescrit	Pour quelle durée	Pour quelles raisons ?	Raisons de l'arrêt ?	Efficacité perçue ?

D

Type de thérapeute	Sur une décision de...	Traitement prescrit	Pour quelle durée	Pour quelles raisons ?	Raisons de l'arrêt ?	Efficacité perçue ?

Section 4 : Attitudes et perceptions de la MT

A Pour la drépanocytose (tous répondants)

4.1 En ce moment, avez-vous recours à la médecine traditionnelle pour soigner la drépanocytose ?

OUI (si oui aller à 4.2)

NON (si non, aller à 4,5)

4.2 (Si oui à 4,1) Précisez de quel type (Plusieurs réponses possibles) :

Type de pratique utilisée	Oui / Non	Qui prodigue/conseille les soins
4.2.1 Plantes / Préparations à base de plantes		
4.2.2 Massages / Techniques manuelles		
4.2.3 Autres (précisez) :		
-		
-		

4.3 Si des plantes sont utilisées, d'où proviennent-elles ? (achat au marché, fournies par le praticien, cueillette, ...)

4.4 Vous avez recours dans ce cadre à la médecine traditionnelle parce que (Plusieurs réponses possibles) : Classer les réponses parait intéressant, mais peut être plus complexe ? Peut-être demander le ou les 3 facteurs les plus importants ?

Raisons du recours	Oui / Non
4.4.1 C'est adapté à ma maladie	
4.4.2 Le prix pour se soigner est faible	
4.4.3 C'est proche de chez moi	
4.4.4 C'est efficace pour moi / Je suis bien soigné	
4.4.5 La relation avec le tradipraticien est bonne / J'ai confiance (légitimité aux yeux du patient)	
4.4.6 C'est la seule chose qui permet de soigner ma maladie	
4.4.7 Les médicaments / le matériel pour se soigner est disponible	
4.4.8 Autre(s) raison(s) (précisez) :	

+ 4.4' Qu'est ce qui est le plus important parmi ces facteurs ? (à poser après la liste)

4.5 (Si non à 4.1) Vous n'avez pas recours dans ce cadre à la médecine traditionnelle (pour la drépanocytose) parce que

Raisons du recours	Oui / Non
4.5.1 Ce n'est pas adapté à ma maladie	
4.5.2 Le prix pour se soigner est élevé	
4.5.3 C'est loin de chez moi	
4.5.4 Ce n'est pas efficace pour moi / Je ne suis pas bien soigné	
4.5.5 La relation avec le tradipraticien n'est pas bonne / Je n'ai pas confiance	
4.5.6 Il existe d'autres alternatives plus efficaces	
4.5.7 Les plantes / préparations / le matériel pour se soigner n'est pas disponible	
4.5.8 Autre(s) raison(s) (précisez) :	

+ 4.5' Qu'est ce qui est le plus important parmi ces facteurs ? (à poser après la liste)

4.6 Etes-vous d'accord avec les phrases suivantes (Tous répondants : à poser indépendamment du fait que la personne utilise ou non les MT) :

- 4.6.1 Les médecines traditionnelles peuvent m'aider à éviter les crises

OUI NON

- 4.6.2 Les médecines traditionnelles peuvent m'aider à soulager la douleur liée aux crises

OUI NON

- 4.6.3 Les médecines traditionnelles peuvent permettre d'éviter les infections

OUI NON

- 4.6.4 Les médecines traditionnelles peuvent permettre d'éviter la fatigue

OUI NON

- 4.6.5 Les médecines traditionnelles peuvent permettre au sang de mieux circuler

OUI NON

- 4.6.6 Selon vous, la meilleure façon de prendre en charge la drépanocytose c'est d'utiliser :

La médecine conventionnelle seule La MT seule Les deux

B. Perception de la MT en général (tous répondants)

4.7 Pensez-vous que la médecine traditionnelle soit ou puisse être bénéfique pour vous (en général, pas seulement pour la drépanocytose) ? (Précisez pour chaque type de pratique)

Type de pratique	Oui / Non
4.7.1 Plantes / Préparations à base de plantes	
4.7.2 Massages / Techniques manuelles	
4.7.3 Autres (précisez)	

→ Si au moins un Oui, aller à 4.8, sinon, aller à 4.9

4.8 (Si 4.7 = Oui) Pourquoi ?

Raisons du recours	Oui / Non
4.8.1 C'est adapté à ma maladie	
4.8.2 Le prix pour se soigner est faible	
4.8.3 C'est proche de chez moi	
4.8.4 C'est efficace pour moi / Je suis bien soigné	
4.8.5 La relation avec le tradipraticien est bonne / J'ai confiance	
4.8.6 C'est la seule chose qui permet de soigner ma maladie	
4.8.7 Les médicaments / le matériel pour se soigner est disponible	
4.8.8 Autre(s) raison(s) (précisez) :	

4.9 (Si 4.7 = Non) Pourquoi ?

Raisons du recours	Oui / Non
4.9.1 Ce n'est pas adapté à ma maladie	
4.9.2 Le prix pour se soigner est élevé	
4.9.3 C'est loin de chez moi	
4.9.4 Ce n'est pas efficace pour moi / Je ne suis pas bien soigné	
4.9.5 La relation avec le tradipraticien n'est pas bonne / Je n'ai pas confiance	
4.9.6 Il existe d'autres alternatives plus efficaces	
4.9.7 Les plantes / préparations / le matériel pour se soigner n'est pas disponible	
4.9.8 Autre(s) raison(s) (précisez) :	

Section 5 – Dépenses de santé et fréquentation des centres de santé de proximité

5.1 Avez-vous une assurance maladie ?

OUI

NON

5.2 Combien avez-vous dépensé ce mois-ci pour soigner la drépanocytose

5.2.1 Coût des soins (incluant le coût des actes/préparations...)	5.2.2 Coût des transports	5.2.3 Manque à gagner sur la journée de travail
<i>(Séparer par type de recours)</i>		

5.3 Le centre de santé le plus proche de chez vous est à : (km et/ou temps)

5.4 Avez-vous recours au centre de santé le plus proche pour la prise en charge de la drépanocytose ?

OUI

NON

5.5 (Si 5.4 = Oui) Pourquoi ?

Raisons du recours	Oui / Non
5.5.1 C'est adapté à ma maladie	
5.5.2 Le prix pour se soigner est faible	
5.5.3 C'est proche de chez moi	
5.5.4 C'est efficace pour moi / Je suis bien soigné	
5.5.5 La relation avec le tradipraticien est bonne / J'ai confiance	
5.5.6 C'est la seule chose qui permet de soigner ma maladie	
5.5.7 Les médicaments / le matériel pour se soigner est disponible	
5.5.8 Autre(s) raison(s) (précisez)	

5.6 (Si 5.4 = Non) Pourquoi ?

Raisons du recours	Oui / Non
5.6.1 Ce n'est pas adapté à ma maladie	
5.6.2 Le prix pour se soigner est élevé	
5.6.3 C'est loin de chez moi	
5.6.4 Ce n'est pas efficace pour moi / Je ne suis pas bien soigné	
5.6.5 La relation avec le tradipraticien n'est pas bonne / Je n'ai pas confiance	
5.6.6 Il existe d'autres alternatives plus efficaces	
5.6.7 Les plantes / préparations / le matériel pour se soigner n'est pas disponible	
5.6.8 Autre(s) raison(s) (précisez) :	

5.7 Selon vous, qu'est ce qui pourrait être fait pour améliorer votre quotidien vis-à-vis de votre maladie ? (Incluant des actions non médicales : transport, visite, activités, aménagement de temps de repos au travail, ...) Thématiques potentiellement abordées : travail, vie de famille, ...

Aspects éthiques et consentement

• **Consentement**

Les objectifs de l'étude seront expliqués à chaque patient souhaitant participer. L'investigateur principal s'engage à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies par l'anonymisation des entretiens et l'absence de recueil de données nominatives lors des entretiens. Le formulaire de consentement présente en revanche des informations nominatives (nom, prénom et signature). Ce formulaire sera stocké au format papier et seulement accessible par l'investigateur principal de l'étude. La durée de stockage n'excèdera pas la durée de l'étude. A la fin de l'étude, l'ensemble de ces données seront détruites de manière sécurisée.

Le participant peut décider, à n'importe quel moment, d'arrêter sa participation à l'étude. Aucune question posée n'implique une obligation de réponse : le participant peut ainsi choisir de ne pas répondre à une question posée par l'investigateur principal sans pour autant être exclu de l'enquête. Des questions complémentaires peuvent être posées par le participant sans contraintes.

Le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant (Article R. 4235-5 du code de la santé publique).

Un exemple type de formulaire du recueil du consentement de chacun des participants à l'étude est présenté page suivante. Dans le cas où le participant ne saurait pas écrire, un consentement oral sera recueilli.

• **A propos des mineurs**

Dans le cas où les participants sont âgés de moins de 18 ans, les entretiens et le recueil du consentement seront effectués en présence d'au moins un de leur(s) tuteur(s) légaux (parents, ...). Les patients de moins de 18 ans non accompagnés ne seront pas inclus dans l'étude.

• **A propos du protocole de Nagoya : protection des savoirs traditionnels et des ressources génétiques associées**

Le questionnaire d'enquête ne comporte aucune question relative à l'identification de matériel génétique spécifique (plantes ou animaux) utilisé dans un but thérapeutique. Si, lors des questions ouvertes, des espèces sont mentionnées de manière plus ou moins redondante par les participants, elles figureront de manière purement informative dans les résultats.

Aucun travail complémentaire visant à préciser les propriétés thérapeutiques ne sera réalisé sur ces espèces.

La restitution du travail se fera par la remise, auprès de l'unité de soins de Sainte Camille, des résultats statistiques interprétés.

Formulaire de consentement éclairé.

Je, soussigné(e) _____ déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée : « Enquête sur le recours aux soins des patients drépanocytaires pris en charge à l'unité de soins de Sainte Camille ».

Promoteur : Fondation Pierre Fabre

Investigateur principal : Maxime Collin (doctorant en pharmacie, Université Paul Sabatier Toulouse 3)

Présentation de l'étude : l'étude a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients drépanocytaires au sein de l'unité de soin de Sainte Camille, en s'intéressant aux motivations qui sous-tendent le recours aux médecines traditionnelles.

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies notamment par l'anonymisation des entretiens. Une restitution du travail sera réalisée auprès de la structure d'accueil en conservant l'anonymat des participants.

Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal sans contraintes.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Aucune information nominative ne sera recueillie à l'exception des informations dans le présent formulaire, qui sera seulement accessible à l'investigateur principal pour la durée de l'étude. Ces formulaires seront détruits à la fin de l'étude. Le traitement informatique n'est pas nominatif et consiste simplement en une analyse statistique et thématique des informations recueillies au cours des entretiens. La transmission des informations concernant pour une éventuelle publication sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant (Article R. 4235-5 du code de la santé publique).

Par la signature du présent document, je donne l'autorisation pour que les données recueillies au cours de l'entretien soient utilisées conformément à la réglementation en vigueur.

Fait à Ouagadougou le _____ en 2 exemplaires

J'autorise l'investigateur à enregistrer l'entretien : OUI NON

Signature

Le participant	L'investigateur principal

Planification et rétroplanning

Tâches	Dates limites
Autorisations et validation du protocole	1 ^{er} octobre
Départ Burkina Faso	17 octobre
Entretiens auprès des patients	7 novembre
Analyse des résultats et rédaction	14 novembre
Envoi thèse pour impression	21 novembre

Bibliographie

1. **Bardakdjian J, Wajcman H.** Épidémiologie de la drépanocytose. *Rev Prat.* 2004 ; **54** : 1531-33.
2. **Stuart MJ, Nagel RL.** Sickle-cell disease. *Lancet.* 2004 ; **364** : 1343–60.
3. **INSERM.** Drépanocytose. Dossiers d'information de l'INSERM (Décembre 2014). Disponible à l'adresse : <https://www.inserm.fr/> (page consultée le 3 juillet 2018).
4. **Jenerette CM, Brewer C.** Health-Related Stigma in Young Adults With Sickle Cell Disease. *J Natl Med Assoc.* 2010 ; **102**(11) : 1050–1055.
5. **Sibinga EM, Shindell DL, Casella JF, Duggan AK, Wilson MH.** Pediatric patients with sickle cell disease: use of complementary and alternative therapies. *J Altern Complement Med.* 2006 ; **12**(3) : 291-8.
6. **Fondation Pierre Fabre.** Agir pour la santé dans les pays du Sud : Rapport annuel d'activité 2017.
7. **Simpore J, Ilboudo D, Damintoti K, Sawadogo L, Maria E, Binet S, Nitiema H, Ouedraogo P, Pignatelli S, Nikiema JB.** Glucose-6-Phosphate deshydrogenase deficiency and sickle cell disease in Burkina Faso. *Pakistan journal of biological sciences.* 2007 ; **10** (3) : 409-141.
8. **Kafando E, Sawadogo M, Cotton F, Vertongen F, Gulbis B.** Neonatal screening for sickle cell disorders in Ouagadougou, Burkina Faso: a pilot study. *J Med Screen.* 2005 ; **12** : 112–114.
9. **Pouliot M.** Relying on nature's pharmacy in rural Burkina Faso: empirical evidence of the determinants of traditional medicine consumption. *Soc Sci Med.* 2011 ; **73**(10) : 1498-507.
10. **Diallo D, Graz B, Falquet J, Traoré AK, Giani S, Mounkoro PP, Berthé A, Sacko M, Diakité C.** Malaria treatment in remote areas of Mali: use of modern and traditional medicines, patient outcome. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2006 ; **100**(6) : 515-20.

Titre et résumé en anglais

Traditional medicine in west Africa and southeast Asia : cultural and communitary aspects

Promotion and integration of traditional medicine into health systems and policies is a global dynamic. International organizations and states see these practices as a medium to improve primary health care access and as a mean of influence, mainly political, in the context of globalization.

Studying therapeutic itineraries highlights that traditional medicine is a key option in health seeking behaviour of the most disadvantaged populations and is still used by the wealthiest. These choices are driven by factors ranging from symbolic to social logics.

While the promotion of safe and effective practices is essential, the plurality of traditional medicine, the singularity of its use in certain diseases (such as sickle cell disease) and the diversity of socio-cultural contexts suggest as well a plurality of solutions to improve the access to quality healthcare.

Aspects culturels et communautaires des médecines traditionnelles en Afrique de l'ouest et en Asie du sud-est.

Soutenu publiquement le 14 décembre 2018 par Maxime Collin à la faculté des sciences pharmaceutiques de Toulouse.

Résumé en français

La valorisation et l'intégration des médecines traditionnelles dans les systèmes et politiques de santé est une dynamique mondiale. Organisations internationales et états voient ces pratiques comme un vecteur d'accès aux soins de santé primaires et un moyen d'influence, essentiellement politique, dans le contexte de mondialisation.

L'étude des itinéraires thérapeutiques montre que les médecines traditionnelles constituent l'un des principaux recours aux soins des populations les plus défavorisées et restent utilisées par les plus aisés, des recours motivés par des facteurs compris entre des logiques symboliques et sociales.

Si la promotion de pratiques sûres et efficaces est essentielle, la pluralité des médecines traditionnelles, la singularité de leur utilisation dans certaines pathologies (comme la drépanocytose) et la diversité des contextes socio-culturels suggèrent une pluralité des solutions à mettre en place pour améliorer l'accès à des soins de qualité.

Titre et résumé en Anglais : voir au recto de la dernière page de la thèse

Discipline administrative : Santé publique, Pharmacognosie, Anthropologie.

Mots-clefs : Médecine traditionnelle ; Itinéraires thérapeutiques ; Offre de soin ; Recours aux soins ; Règlementation ; Afrique de l'ouest ; Asie du sud-est ; Drépanocytose.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE : Faculté des sciences pharmaceutiques – Université Toulouse 3 Paul Sabatier.

Directeur de thèse (Nom et Prénom) : Nepveu Françoise