

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2010-2011

Thèse

**ETUDE DES ITINERAIRES THERAPEUTIQUES RELIES
AUX SOINS DE MEDECINE TRADITIONNELLE AU SEIN
DES MENAGES DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE
BAMAKO, MALI : CAS DU QUARTIER DE
SABALIBOUGOU**

**Présentée et soutenue publiquement le/...../2010
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie**

Par Mr : Famoussa SIDIBE

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

Jury

Président : Pr. Saharé FONGORO
Membres : Dr. Fatoma Ousmane DICKO
Directeur: Pr. Samba DIOP

DEDICACES

**Au nom d'Allah Le Tout Clément Le Très Miséricordieux,
Louange à Allah, qui m'adonné la chance de voir ce jour en
bonne santé.**

Je dédie ce travail :

A Allah Le Tout Puissant

Sans ta permission rien n'est possible, je te remercie de m'avoir donné les moyens et surtout la santé de pouvoir réaliser ce travail. Je te demande de continuer à m'assister. Amen !!

Au Prophète Muhammad (Paix et Salut sur Lui), Sceau des Prophètes, pour son message clair et précis.

A ma femme et à mes enfants

Les mots n'expriment pas assez ce que j'éprouve en ce jour aussi important de ma vie. Pendant toute la durée de ces études, leur soutien moral et matériel ne m'ont jamais fait défaut.

A mes frères et sœurs

A mes amis et collaborateurs

Que tous soient récompensés de leur contribution.

Amen !!

Trouvez ici tout mon attachement fraternel.

REMERCIEMENTS

Mes remerciement s'adressent à (aux) :

- **la famille Zoumana DIABY**

la tendresse et l'attention que vous avez toujours témoigné à mon égard. Dieu vous assiste et vous protège !

- **mes amis : Souleymane BALLO, Seydou SIDIBE, Mamadou DOUMBIA, Karamoko KEITA, Faganda CAMARA**

Les paroles écrites ou prononcées ne suffisent pas pour vous remercier pour tous les efforts que vous avez consentis pour moi.

Puisse ALLAH vous récompenser de tout et qu'il vous accorde longue vie.

Amen !

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Pr. Saharé FONGORO

- ✓ **Professeur de néphrologie à la FMPOS**
- ✓ **Chef de service de néphrologie à l'hôpital du Point-G**

Cher Maître,

En acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples préoccupations, vous nous témoignez une fois de plus votre engagement pour notre formation; nous en sommes très honorés.

Au-delà de votre compétence, votre savoir être impose le respect. Qu'Allah vous prête encore longue vie pour que nous puissions davantage bénéficier de vos expériences.

Veillez cher Maître recevoir ici l'expression de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr. Fatoma Ousmane DICKO

✓ **Médecin au CSCOM de Torokorobougou/Quartier-Mali**

Cher maître,

Vous nous faites aujourd'hui un grand honneur en acceptant d'être parmi les membres du jury malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre simplicité et votre amour pour le travail bien fait nous ont beaucoup impressionnés.

La qualité de vos enseignements, votre connaissance large font de vous un maître aimé et apprécié par les étudiants.

Permettez-moi cher maître de vous adresser nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE,

Pr. Samba DIOP

- ✓ **Maître de conférences**
- ✓ **Anthropologie Médicale et Bioéthique à la FMPOS**

Cher maitre,

Ce travail est le votre .Vous l'avez initié et dirigé .Nous sommes comblés de l'enseignement dont nous avons bénéficié dans votre service.

Vous avez cultivé en nous l'envie de bien faire. Votre rigueur, Votre souci du travail bien fait et votre humanisme a forcé notre admiration.

Nous sommes fiers d'être comptés parmi vos élèves.

Les mots me manquent pour vous remercier de tout ce que vous avez fait pour notre formation afin de faire de nous de bons médecins.

Soyez rassuré, cher maître de notre reconnaissance.

Que le tout puissant ALLAH vous protège.

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS : Organisation mondiale de la santé

MT : Médecine traditionnelle

AC : Accoucheuses traditionnelles

SSP : Soins de santé primaires

IP : Institut de phytothérapie

DMT : Département de médecine traditionnelle

INRSP : Institut national de la recherche en santé publique

MTA : médicaments traditionnels améliorés

PNMT : Politique nationale de médecine traditionnelle

PRODESS : Programme de développement socio-sanitaire

CIOMS: Council for International Organization of Medical Sciences

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

FEMATH : Fédération Malienne des Tradipraticiens de Santé et des Herboristes

OAPI : Organisation Africaine de la Propriété Intellectuelle

SOMMAIRE

I-	INTRODUCTION.....	1
II-	OBECTIFS.....	4
III-	GENERALITES.....	5
IV-	METHODOLOGIE.....	12
V-	RESULTATS.....	16
VI-	DISCUSSION.....	29
VII-	CONCLUSION	32
VIII-	RECOMMANDATIONS	33
IX-	REFERENCES.....	34
X-	ANNEXE.....	36

I- INTRODUCTION

Face à la maladie, les sociétés humaines ont toujours recouru aux diverses formes de soins de santé disponibles dans leur environnement. Ainsi la divination, l'oracle (prophétie), le pronostic sont liés au fonctionnement des systèmes de santé favorisant la cohabitation de plusieurs médecines [1].

Depuis la Déclaration d'Alma Ata de 1978, plusieurs prises de position pertinentes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'autres organismes internationaux mettent en relief l'importance que revêtent la médecine traditionnelle (MT) et les tradipraticiens de santé, y compris les accoucheuses traditionnelles (AC), dans le cadre des soins de santé primaires (SSP). [8]

Les soins de santé en Afrique se caractérisent de plus en plus par une offre croissante, tant par son volume que par la diversité de ses formes (soins « traditionnels », pratiques thérapeutiques liées à la religion, médecine de type occidental).

Au Mali, comme dans de nombreux pays en voie de développement, les infrastructures sanitaires sont insuffisantes. Une grande majorité de la population, essentiellement rurale, n'a pas accès aux soins de santé primaire et aux médicaments modernes. L'approvisionnement étant faible en médicaments modernes surtout en zones rurales, les populations ont recours à la médecine traditionnelle pour se soigner (Oumarou, 1999), avec 80% de taux de fréquentation car leur revenu n'arrive pas à couvrir leurs besoins les plus élémentaires.

Selon Daniele Rampazzo, représentant de l'ambassadeur d'Italie au Sénégal, ce taux est de 85 % en Afrique subsaharienne [2].

Cela se voit aussi bien en zone rurale qu'urbaine (Sanogo, 1990). Cette médecine traditionnelle occupe une place de choix dans la couverture

sanitaire des pays en voie de développement. Depuis les indépendances, le Mali est engagé dans une politique active de valorisation de la médecine traditionnelle par la mise en place en 1968 d'une structure spécialisée, l'Institut de phytothérapie (IP) qui après des étapes d'évolution est aujourd'hui le Département de médecine traditionnelle (DMT) au sein de l'Institut national de la recherche en santé publique (INRSP). Le DMT, centre collaborateur de l'OMS, en collaboration avec les thérapeutes traditionnels, réalise des études ethnobotaniques, phytochimiques, pharmacologiques et toxicologiques en vue de l'élaboration et la mise sur le marché des médicaments traditionnels améliorés (MTA). En 2004, cette politique a pris un nouveau élan, entre autres, par la validation du document de Politique nationale de médecine traditionnelle (PNMT) ; La prise en compte de la médecine traditionnelle dans l'élaboration de la deuxième phase du Programme de développement socio-sanitaire (PRODESS).

L'organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît sa place dans les soins de santé primaire (O.M.S., 1978). Pour plus de 70% de la population d'Afrique, la médecine traditionnelle est le premier sinon le seul système de soins de santé disponible principalement dans les zones rurales et urbaines pauvres.

Il existe des problèmes d'ordre économique et géographique qui empêchent l'accès équitable des populations aux structures de santé. Cependant, il ne faut pas négliger les barrières d'ordre social et culturel, liés aux habitudes, aptitudes et croyances des populations.

Une collaboration efficace et paritaire avec le système traditionnel de santé pourrait contribuer à briser ces barrières. Cette étude va dans ce sens et nous permet d'apporter notre contribution à la recherche des

itinéraires thérapeutiques en médecine traditionnelle pour l'amélioration de la santé publique au Mali.

II- HYPOTHESES

Objectifs

➤ Objectif général

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

➤ Objectifs spécifiques

- Identifier les différentes étapes du parcours des patients reliés aux soins en médecine traditionnelle
- Recenser les pathologies traitées par les thérapeutes traditionnels dans les ménages,
- Décrire les méthodes de traitement utilisées par les thérapeutes traditionnels,
- Déterminer le lien coût/efficacité du traitement traditionnel pour les ménages,

III- GENERALITE

Cadre théorique

Réservoir de connaissances, de philosophie et de cosmogonie encore substantiellement inexploité, la médecine traditionnelle non seulement offre des possibilités de traitements efficaces et accessibles pour les pathologies prévalant dans les communautés, mais constitue aussi un héritage culturel national et un moyen de relier les populations à leur propre histoire et à leur propre culture.

Les soins de santé en Afrique se caractérisent de plus en plus par une offre croissante, tant par son volume que par la diversité de ses formes. Aux multiples formes de soins « traditionnels » sont progressivement venus s'ajouter des pratiques thérapeutiques liées à la religion puis à la médecine de type occidental avec la colonisation et les missions.

La faiblesse des connaissances sur l'histoire de la médecine en Afrique, et absence presque totale de connaissances sur les systèmes de soins et les pratiques curatives non occidentales ont caractérisées cette histoire.

Les fondements conceptuels de la **médecine** malienne s'appuient sur ces croyances. Ainsi la maladie n'est pas naturelle, tout comme la mort. Mépris des ancêtres et de leurs coutumes, oppression des faibles, contestations et disputes familiales, transgressions des tabous, sont parmi les causes de maladies. Elles peuvent aussi être causées par un mauvais esprit, un ensorcellement, qu'il va falloir dénoncer en consultant les oracles, les *doman* (devin-guérisseurs), avant d'entreprendre la thérapie à proprement parler. Le traitement des affections est alors pratiqué dans une ambiance socioculturelle propre, dominée par les convictions éthiques et métaphysiques. Prélever un organe ou du sang chez un malade est un sacrilège, et ceci rend difficile les diagnostics de certaines maladies, comme le paludisme ou le Sida.

Les maladies sont interprétées suivant une forme de pensée locale et une logique qui déroutent presque toujours l'esprit habitué à travailler dans le cadre d'une rationalité cartésienne. C'est pour cette raison qu'on a toujours dénigré la **médecine traditionnelle** comme étant une **médecine** mystique, secrète. Il est courant de voir des médecins maliens, fiers de leurs dix ans d'études médicales dans des écoles occidentales, montrer des attitudes médisantes à l'encontre des recettes ethnomédicales. Or la méconnaissance, par certains intellectuels qui croient à la supériorité de la rationalité cartésienne, des valeurs culturelles de leur pays constitue une impasse

La publication de l'*Encyclopédie des Médecines Naturelles* [14] indique qu'un certain nombre de pratiques médicales et soignantes, qui ne prennent pas leurs sources dans les approches scientifiques de la **médecine** occidentale, méritent d'être pris en considération. A l'évidence, les immenses progrès accomplis ces dernières années dans les mécanismes intimes du développement et du fonctionnement de l'être humain ont favorisé de nouvelles modalités d'investigation, de diagnostic et de traitement. Tout naturellement, ces nouveaux savoirs ont jeté de l'ombre sur des savoirs plus anciens, qui ne trouvaient pas dans les nouvelles connaissances de justifications pour leur garantir le bénéfice de l'actualisation. Mais cette progression de la connaissance contraint sans cesse le cadre trop étroit des premières rationalisations de la **médecine** scientifique moderne à s'élargir, pour prendre en compte des disciplines nouvelles en **médecine**.

Selon l'OMS, la Médecine traditionnelle est l'ensemble des pratiques, méthodes, savoirs et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels,

séparément ou en association, pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé.

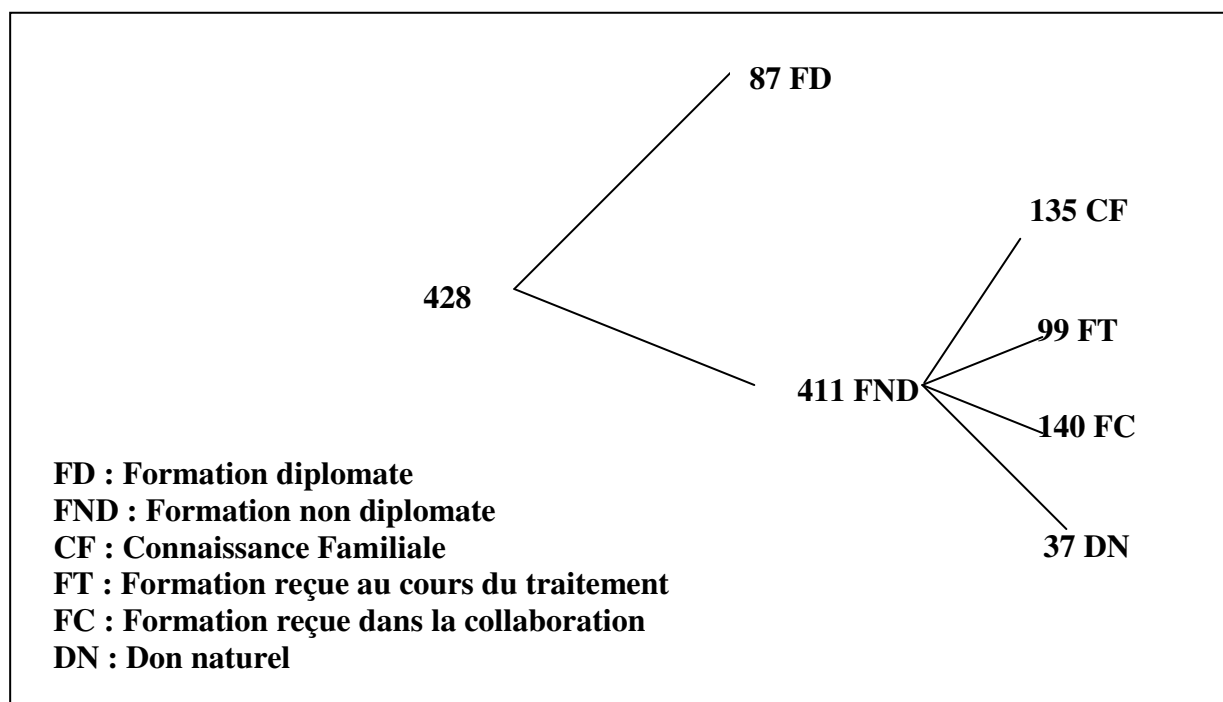
Des organisations internationales, pour ne citer que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou le Council for International Organization of Medical Sciences (CIOMS), ont publié des guides pour les comités d'éthiques chargés d'évaluer les recherches médicales sur l'homme [14, 2]. D'autres documents traitent des problèmes de bioéthique et de médecine traditionnelle dans les pays en voie de développement [11]. Et, bien entendu, chaque comité d'éthique, comme le cas de Mali, a son propre guide.

Itinéraires thérapeutiques

L'itinéraire thérapeutique peut se définir comme la succession des recours aux soins, depuis le début jusqu'à la fin de la maladie (guérison, stabilisation ou décès).

L'itinéraire thérapeutique peut se définir aussi par la succession des recours de formation des soignants.

Les types d'itinéraires rencontrés dans l'enquête sont représentés ci-après par un arbre sur lequel apparaissent les effectifs à chaque étape :



Au Mali, les savoirs locaux de santé sont très riches et diversifiés: chaque collectivité humaine établie sur un terroir a une Médecine Traditionnelle qui est spécifique aux appartenances ethniques, à l'histoire, à la cosmogonie, à l'écosystème dans lequel elle vit, aux relations tissées dans le temps avec d'autres regroupements humains proches ou lointains. [8]

Depuis les indépendances, le Mali a adopté une politique de valorisation de la médecine traditionnelle, selon les recommandations de l'OMS.

Le premier recueil malien ("soudanais") de recettes médicinales a été élaboré par Dominique Traoré en 1920, et en 1957, le futur Ministre de la Santé, le Dr Sominé Dolo, défendait une approche novatrice consistant à ne pas mettre en œuvre une politique sanitaire exclusivement basée sur les ressources de la médecine "occidentale" mais plutôt à chercher à y intégrer les praticiens traditionnels de santé.

Cette idée a été mise en valeur par des pionniers, parmi lesquels nous pouvons citer le prof. Mamadou Koumaré, qui a développé la recherche scientifique sur la médecine traditionnelle malienne.

La création de l'Institut National de Phytothérapie et Médecine Traditionnelle, au sein de la section Recherche et Contrôle de la Division d'Approvisionnement Pharmaceutique, date de l'année 1968. En 1973 cette structure devint Institut National de Recherche sur la Pharmacopée et la Médecine Traditionnelles (INRPMT) avec pour mission l'étude des plantes médicinales et tout autre produit ou procédé utilisé dans la médecine traditionnelle.

L'INRPMT était placé sous l'autorité du Ministre chargé de la Santé Publique. En 1981, avec la création de l'Office Malien de Pharmacie l'INRPMT devint Division Médecine Traditionnelle au sein de cet ensemble. En 1986 la Division Médecine Traditionnelle est rattachée à l'Institut National de Recherche en Santé Publique et actuellement est un Département du même Institut. Le Département Médecine Traditionnelle (DMT) est un Centre Collaborateur de l'OMS en matière de médecine traditionnelle depuis 1981.

Le DMT est chargé des activités de recherche médicale et pharmaceutique dans les domaines de la médecine et pharmacopée traditionnelles, de l'élaboration de la pharmacopée et des formulaires, de la production des Médicaments Traditionnels Améliorés et de la promotion de la médecine traditionnelle (Décret n° 168/PG-RM du 29/05/1986 et Loi n° 93-014 du 11/02/1993) [t]. Le DMT comprend un service des sciences médicales, un service de sciences pharmaceutiques et un service de l'ethnobotanique et matières premières.

A partir de 1990, plusieurs Associations de Tradipraticiens de Santé ont vu le jour. En mars 2002, les délégués des différentes associations en

assemblée ont décidé de créer la Fédération Malienne des Tradipraticiens de Santé et des Herboristes (FEMATH).

Définitions de quelques termes concernant la Médecine Traditionnelle.

1. La Médecine Traditionnelle est l'ensemble de toutes les connaissances et de toutes les pratiques, explicables ou non, transmises de génération en génération, oralement ou par écrit, utilisée dans une société humaine pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre du bien être physique, mental, social et spirituel.
2. La Pharmacopée Traditionnelle est le répertoire de l'ensemble des substances végétales, animales et minérales employées dans une communauté humaine pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre du bien être physique, mental, social et spirituel.
3. Le Tradipraticien de Santé est une personne reconnue par la collectivité dans laquelle elle vit, comme compétente pour dispenser les soins de santé, grâce à l'emploi de substances végétales, animales et minérales, et d'autres méthodes, basées sur les fondements socioculturel et religieux, aussi bien que sur les connaissances, comportements et croyances liées au bien-être physique, mental, social et spirituel, ainsi qu'aux causes des maladies et invalidités prévalant dans la collectivité.
4. L'Accoucheuse Traditionnelle est une personne qui est réputée dans son entourage pour aider les parturientes et dont la compétence provient d'un héritage familial ou de son apprentissage auprès d'autres accoucheuses traditionnelles.
5. L'Herboriste Traditionnel est une personne qui détient des connaissances sur les plantes médicinales et en exerce le commerce à une place fixe, de préférence dans un marché.

6. Les Plantes Médicinales sont des plantes utilisées en médecine traditionnelle dont au moins une partie possède des propriétés thérapeutiques.

7. Les Médicaments Traditionnels Améliorés sont 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. [9]

IV DEMARCHE METHODOLOGIQUE

1. Cadre et méthode d'étude

1-1 Cadre d'étude

L'étude sur l'itinéraire thérapeutique s'est déroulée dans le quartier de Sabalibougou, en Commune V du District.

La commune V du district de Bamako est située sur la rive droite du fleuve Niger. Elle comprend les quartiers suivants : Badalabougou ; Daoudabougou ; Sabalibougou ; Kalaban-coura, Bacodjicoroni ; Quartier Mali ; Séma I; Séma II ; Torokorobougou ; Garantiguibougou.

La présente étude à caractère transversale a été effectuée dans le quartier de Sabalibougou.

1-1 2 Le quartier de Sabalibougou

Le quartier de Sabalibougou est limité au Nord par le quartier Mali, au Nord-Ouest par Torokorobougou, à l'Ouest par Bacodjicoroni, au Sud par Kalaban-coura et Garantiguibougou, à l'Est par Daoudabougou. Il est situé en majorité sur une zone montagneuse souvent difficile d'accès. Son aspect est comparable à une zone rurale car il y manque les structures d'urbanisation. Selon les résultats du dernier recensement général de 1998, la population du quartier s'élevait à 2014 habitants dont 1020 hommes pour 994 femmes. Selon les mêmes résultats, le nombre de personnes par ménage est de 3,5.

La population est dite flottante car elle très mobile due à une forte présence de travailleurs saisonniers. La population est en majorité analphabète avec un niveau socioéconomique très bas.

2 La méthode d'étude

2-1 Le type d'étude

C'est une étude transversale à visée descriptive.

2-1-2 La période d'étude

Notre étude s'est déroulée pendant 2 mois allant du 1^{er} Avril au 30 Juin 2010

2-1-3 L'échantillon d'étude

2-1-4 La taille de l'échantillon

Notre étude a porté sur 248 sujets remplissant les critères d'inclusion.

2-1-5 La population d'étude

- La population ayant consulté au moins un tradithérapeute de Sabalibougou

L'étude a porté sur une population ayant consulté un tradithérapeute du lieu de l'étude et ayant accepté de remplir la fiche d'enquête.

D'autres sources d'informateurs clés comme les tradipraticiens, les chefs religieux, les chefs de villages et les notables ont également contribué au bon déroulement de l'enquête.

3- Critères d'inclusion

Tous les sujets ayant consulté un tradithérapeute de Sabalibougou et ayant accepté de remplir la fiche d'enquête.

4-Critères de non inclusion

Tous les sujets n'ayant pas consulté un tradithérapeute de Sabalibougou.

Tous sujets refusant de remplir la fiche d'enquête.

5 -La collecte des données.

5-1 Les outils de collecte.

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire « Itinéraire thérapeutique » destiné à la population retenue pour l'étude.

5-2 La technique de collecte

La technique de collecte était que l'enquêteur pose à son interlocuteur les différentes questions prévues en proposant s'il y a lieu des items.

5-3 L'équipe de collecte

La collecte des données a été effectuée par moi même et deux enquêteurs étudiants à la Faculté des Langues Arts et Sciences Humaines (FLASH) préalablement formés à l'utilisation du questionnaire.

6- Le traitement et l'analyse des données.

Les données recueillies ont été vérifiées, saisies et analysées à l'aide du logiciel Epis infos 6.fr. L'analyse statistique a consisté au calcul des différentes fréquences des variables étudiées pour la description.

7- Le système de référence

Nous avons adopté le système numérique séquentiel ou système de Vancouver. Dans ce système les références sont numérotées avec un chiffre arabe par ordre d'apparition dans le texte. Si une référence est citée plusieurs fois, elle conserve le numéro qui lui a été attribué lors du premier appel.

8 -Considérations éthiques

Notre étude a reçu avant sa réalisation l'approbation des autorités à divers niveaux aussi bien administratifs que sanitaires. Ainsi le Maire de la commune V, le chef de quartier, l'imam ont donné leur accord à l'exécution de ce travail. De plus nous avons obtenu le consentement éclairé des personnes interrogées grâce aux chefs de villages et aux tradithérapeutes qui ont informé les patients de notre arrivée, expliquant que cette enquête contribuera certainement à améliorer la connaissance des itinéraires des tradithérapeutes dans le quartier.

9- Difficultés rencontrées et limites de l'étude

Les difficultés sont liées au défaut de sensibilisation des patients qui ne comprennent pas l'intérêt qu'ils ont à répondre à un questionnaire ; certains exigent d'être payés ou de recevoir en contre-partie de leur collaboration. D'autres encore préfèrent poser leurs problèmes de santé transformant l'interview en une véritable consultation tradithérapeutique.

Au nombre des limites de l'étude nous pouvons citer :

- ✓ l'estimation du coût du traitement traditionnel ;
- ✓ l'absence d'informations précises sur la composition du traitement traditionnel, les tradithérapeutes étant réticents à nous livrer la composition de leurs potions.
- ✓ l'absence de thèse similaire

V- RESULTATS

L'étude qui à porté sur 248 sujets a donné les résultats suivants :

Fréquence globale (sur une population de 2014habitants) est de 12,31%

Tableau I : Répartition selon l'âge

Age	Effectif	%
< 20	1	0,44
20 - 30	37	14,91
31 - 40	66	26,61
41 - 50	40	16,12
51 - 60	49	19,75
61 - 70	30	12,09
> 70	25	10,08
Total	248	100

Agés extrêmes 19 et 90 ans, la moyenne 47,59 ± 16,14 ans

La tranche d'âge 31 – 40 était la plus représentée avec 26,61%

Tableau II : Répartition selon le sexe

Sexe	Effectif	%
Masculin	159	64,11
Féminin	98	35,89
Total	248	100

Le sexe masculin prédominait avec 64,11%.

Tableau III : Répartition des participants à l'étude selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	%
Bambana	104	41,9
Peulh	36	14,5
Forgeron	25	10,1
Malinké	25	10,1
Sarakolé	13	5,2
Dogon	9	3,7
Autres*	36	14,5
Total	248	100

Les bambaras étaient l'ethnie la plus représentée avec 41,9% de notre échantillon.

***Autres :** Bozo (4), Bobo (3), Dafing (5), Gana (1), Kakolo (4), Kassonké (2), Maures (1), Miniyanka (3), Mossi (4), Senoufo (6), Sonrhäi (1), Wolof (2)

Tableau IV : Répartition selon la profession

Profession	Effectif	%
Commerçants	94	37,90
Ménagères	56	22,6
Paysans	39	15,7
Fonctionnaires de l'Etat	8	3,2
Privés	3	1,2
Autres*	48	19,4
Total	248	100

***Autres :**

Les commerçants étaient majoritaires, soit 37,9% de nos patients. Autres : Elève (10) ; Tailleurs (10) ; ouvriers (8) ; Chauffeurs (6) ; Mécanicien (5) ; Maçons (4) ; Ferrailleur (2) ; Gardien (2) ; Réparateur (1) ;

Tableau V : Répartition des participants à l'étude selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	%
Analphabète	174	70,16
Primaire	56	22,58
Secondaire	12	4,83
Supérieur	6	2,43
Total	248	100

Les Analphabètes consultaient majoritairement les tradithérapeute, soit 70,16%

Tableau VI : Répartition selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	%
Marié	207	83,46
Divorcé	5	2,03
Fiancé	19	7,66
Célibataire	17	6,85
Total	248	100

Le statut matrimonial était dominé par les mariés avec 83,46%

Tableau VII : Répartition selon la source de l'information de la population sur les tradithérapeute.

Sources d'information	Effectif (248)		%	
	Oui	Non	Oui	Non
Information de malade à malade	176	72	71	29
Radios	20	220	88,7	11,3
Télévision	7	241	2,8	97,8
Journaux	8	240	3,8	96,8
A partir d'un centre de traitement	30	218	12,1	87,9
Chef de quartier	20	228	8,1	91,9
Iman	20	228	8,1	91,9
Intermédiaire	46	202	35,1	81,5
Total	556	1916	322,1	695,7

Le tradithérapeute était consulté dans 88,7% grâce aux radios ; dans 71,8% car il résidait dans le quartier ; 71% par l'information de malade à malade ; dans 20,6% après un échec médical.

Tableau VIII: Répartition selon la méthode de formation

Méthode de formation	Effectif (248)		%	
	Oui	Non	Oui	Non
Tradithérapeute diplômé reconnu par l'Etat	87	161	35,1	64,9
Connaissance reçues au sein de la famille	135	113	54,4	45,6
Notions reçues pendant le traitement du malade	99	149	39,9	60,1
Transmission dans la collaboration	140	108	56,5	43,5
Don naturel	37	211	14,9	85,1
Autres	17	231	6,9	93,1
Total	745	1487	300,5	600,3

Le tradithérapeute était diplômé reconnu par l'Etat dans 35,1%; avait reçu la formation au sein de la famille dans 51,2% ; 56,5 dans la collaboration et 6,9% de don naturel.

Tableau IX: Répartition selon la source de formation au sein de la famille

Source de formation familiale	Effectif (248)		%	
	Oui	Non	Oui	Non
Père	127	121	51,2	48,8
Mère	84	164	33,9	66,9
Autres	19	229	7,7	92,3

Autres : Grand père (8) ; grande mère (5) ; les frères (3) ; les sœurs (2)

Tableau X: Répartition selon les pathologies concernées

Pathologies concernées	Effectif (248)		%	
	Oui	Non	Oui	Non
Paludisme	156	92	62,9	37,1
Maladies digestives	101	147	40,7	59,3
Maux de tête	98	150	39,5	60,5
Maladies du foie	83	165	33,5	66,5
Infections gynécologiques	73	175	29,4	70,6
Intoxication	68	180	27,4	72,6
Infections urinaires	62	186	25	75
Problèmes de fécondité	60	188	22,2	75,8
Yeux	58	190	23,4	76,6
Maladies des vaisseaux	55	193	22,2	77,8
Parasitose	54	194	21,2	78,2
Maladies des poumons	54	194	21,8	78,2
Maladies mentales	53	195	21,4	76,6
Mauvais sort	51	197	39,1	60,9
Dermatose	46	206	18,5	81,5
Diabète	36	212	14,5	85,5
Total	1208	2864	85,9	1132,7

Les pathologies concernées prédominantes étaient de 62,9% pour le paludisme; 40,7% pour les maladies digestives.

Tableau XI: Répartition selon les méthodes du traitement

Méthodes du traitement	Effectif (248)		%	
	Oui	Non	Oui	Non
Solution buvable	195	70	78,6	21,4
Solution pour laver	163	85	65,7	34,3
Beurre	142	106	53,3	42,7
Produit à base de plante	131	117	52,8	47,2
Incantation	101	147	40,7	59,3
Solution pour enduire	80	168	32,3	67,7
Eau simple	55	240	3,8	96,8
Autres préparations	66	182	26,6	73,4
Total	510	1714	287	614,2

Les méthodes de traitement fréquentes étaient de 78,6% pour les solutions buvables ; 65,7% pour les solutions pour laver ; 53,3% pour le beurre ; et 52,8% pour les produits à base de plante.

Tableau XII : Répartition selon le montant de la prestation

Montant de la prestation	Effectif (248)		%	
	Oui	Non	Oui	Non
Montant symbolique	11	237	4,4	95,6
100 F	45	203	18,1	81,9
200 F	35	213	14,1	85,9
500 F	76	172	30,6	69,4
5 000 F	47	201	19	81
Selon les moyens du malade	73	175	29,4	70,6
En fonction du résultat	86	162	34,7	65,3
Gratuit	22	226	8,9	91,1
Total	401	1583	161,7	632,3

Le montant symbolique et la gratuité ont été les montants les plus bas, soit respectivement 4,4% et 8,9%.

Tableau XIII : Répartition selon la source de motivation du traitement

Source de motivation	Effectif (248)		%	
	Oui	Non	Oui	Non
Accessibilité	50	198	20,2	79,8
Disponibilité constante	38	210	15,3	84,7
Coût abordable	45	203	18,1	81,9
Bon accueil	50	198	20,2	79,8
Total	183	809	73,8	326,2

L'accessibilité et le bon accueil ont représenté majoritairement la source de motivation pour le traitement tradithérapeutique, soit respectivement 20,2% chacun.

Tableau XIV : Répartition selon la durée du traitement

Durée	Effectif (248)		%	
	Oui	Non	Oui	Non
1 jour	52	196	21	79
5 jours	67	181	27	73
1 semaine	92	156	37,1	62,9
2 semaines	81	167	32,7	67,3
1 mois	66	182	32,7	67,3
2 mois	26	222	10,5	89,5
3 mois	35	213	14,1	85,9
6 mois	13	235	5,2	94,8
1an	15	233	6	94
Total	155	1085	100	100

La durée du traitement le plus court avait représenté 21% et celle plus long 6% des avis de nos patients.

Tableau XV : Répartition selon l'efficacité du traitement

Efficacité	Effectif	%
Oui	205	82,7
Non	43	17,3
Total	248	100

Le traitement tradithérapeutique était jugé efficace chez 82,7% de nos patients.

Tableau XVI : L'efficacité du traitement par rapport aux méthodes du traitement

Méthodes du traitement		Efficacité		Khi ²	p
		Oui	Non		
Solution buvable	Oui	161 (82,56%)	44 (83,01%)	0,27	0,872
	Non	34 (17,44%)	9 (16,99%)		
Incantation	Oui	90 (89,10%)	115 (78,23%)	5,22	0,073
	Non	11 (10,9%)	32 (21,77%)		
Solution pour laver	Oui	136 (83,43%)	69 (81,17%)	0,83	0,660
	Non	27 (16,57%)	16 (18,83%)		
Solution pour enduire	Oui	70 (87,5%)	135 (80,35%)	2,18	0,335
	Non	10 (12,5%)	33 (19,65%)		
Produit à base de plante	Oui	116 (88,5%)	89 (76,06%)	8,46	0,014
	Non	15 (11,5%)	28 (23,94%)		
Eau simple	Oui	42 (76,36%)	163 (84,45%)	2,5	0,286
	Non	13 (23,64%)	30 (15,55%)		
Beurre	Oui	114 (80,28%)	91 (85,84%)	3,09	0,213
	Non	28 (19,72%)	15 (14,16%)		
Autres préparations	Oui	54 (81,81%)	151 (82,96%)	0,45	0,797
	Non	12 (18,19%)	31 (17,04%)		
Total	Oui	783 (80,28%)	857 (81,44%)		
	Non	150 (19,72%)	194 (18,46%)		

La solution buvable, la solution pour laver et la beurre ont été jugées efficaces dont respectivement 82,56%, 83,43% et 80,28%. La différence entre ces méthodes de traitement et leur efficacité n'était pas statistiquement significative, soit respectivement $p=0,872$; $p=0,660$ et $p=0,797$.

Tableau XVII : L'efficacité du traitement par rapport au coût du traitement

Coût du traitement		Efficacité		Khi ²	p
		Oui	Non		
Montant symbolique	Oui	10 (90,90%)	195 (82,27%)	0,56	0,756
	Non	1 (9,1%)	42 (17,73%)		
100F	Oui	41 (91,11%)	164 (80,78%)	2,80	0,246
	Non	4 (8,89%)	39 (19,22%)		
200F	Oui	32 (91,42%)	173 (81,22%)	2,23	0,328
	Non	3 (8,58%)	40 (18,18%)		
500F	Oui	65 (85,52%)	140 (81,39%)	0,94	0,624
	Non	11 (14,48%)	32 (18,61%)		
5000F	Oui	43 (91,48%)	162 (80,19%)	3,1	0,200
	Non	4 (8,52%)	39 (19,81%)		
Moyens du malade	Oui	59 (80,82%)	146 (83,42%)	0,77	0,681
	Non	14 (19,18%)	29 (16,58%)		
Fonction du résultat	Oui	69 (80,23%)	136 (83,95%)	2,19	0,333
	Non	17 (19,77%)	26 (16,05%)		
Gratuit	Oui	15 (68,18%)	190 (84,07%)	3,87	0,144
	Non	7 (31,82%)	36 (15,93%)		
Total	Oui	334 (84,55%)	1306 (82,19%)		
	Non	61 (15,45%)	283 (17,81%)		

Le montant symbolique, la somme de 500F et les moyen du patient ont été jugées efficaces dont respectivement 10%, 85,52% et 80, 82%. La différence entre ces coûts de traitement et leur efficacité n'était pas statistiquement significative, soit respectivement $p=0,756$; $p=0,624$ et $p=0,624$.

Tableau XVIII : L'efficacité du traitement par rapport à la durée du traitement

Durée du traitement		Efficacité		Khi ²	p
		Oui	Non		
1 jour	Oui	41 (78,84%)	164 (83,67%)	1,07	0,584
	Non	11 (21,16%)	32 (16,33%)		
5 jours	Oui	58 (86,56%)	147 (81,21%)	1,20	0,547
	Non	9 (13,44%)	34 (19,79%)		
1 semaine	Oui	84 (91,30%)	121 (77,56%)	7,77	0,020
	Non	8 (8,70%)	35 (22,44%)		
2 semaines	Oui	72 (88,88%)	133 (79,64%)	3,36	0,177
	Non	9 (11,12%)	34 (20,36%)		
1 mois	Oui	60 (90,90%)	145 (79,67%)	4,37	0,112
	Non	6 (9,10%)	37 (20,33%)		
2 mois	Oui	23 (88,46%)	182 (81,98%)	0,73	0,692
	Non	3 (11,54%)	40 (18,02%)		
3 mois	Oui	30 (85,71%)	175 (82,15%)	0,38	0,827
	Non	5 (14,29%)	38 (17,85%)		
6 mois	Oui	12 (92,30%)	193 (81,89%)	0,90	0,637
	Non	1 (7,7%)	42 (18,11%)		
1 an	Oui	15 (100%)	190 (81,54%)	3,35	0,187
	Non	0 (31,82%)	43 (18,46%)		
Total	Oui	334 (84,55%)	1306 (82,19%)		
	Non	61 (15,45%)	283 (17,81%)		

Les durées de 1 jour, 5 jour, 2 mois, 3 mois et 6 mois ont été jugées efficaces dont respectivement 78,84% ; 86,56% ; 88,46 ; 85,71 et 92,30%.

La différence entre ces durée de traitement et leur efficacité n'était pas statistiquement significative, soit respectivement $p=0,584$; $p=0,547$; $0,692$, $0,827$ et $p=0,637$.

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Fréquence globale est de 12,31%

Ce taux est supérieur à celui de Birama Djan **DIAKITÉ**, Tiéman **DIARRA** et Sidy **TRAORE** qui était de 4,4% [6].

L'étude a retrouvé que la tranche d'âge 31 – 40 ans consultait plus les tradithérapeutes avec une prédominance masculine dont 64,11%.

Diakité et al ont trouvé que la tranche d'âge 24 - 44 ans et une prédominance féminine.

Cela s'explique par le fait que le sexe masculin avait répondu favorablement au consentement éclairé du but de l'enquête et à y répondre.

Les bambaras étaient l'ethnie la plus représentée avec 41,9%, les commerçants étaient majoritaires, soit 37,9%

Les Analphabètes consultaient Fréquemment les tradithérapeutes, soit 70,16%, le statut matrimonial était dominé par les mariés avec 83,46%.

Nous avons eu un taux de 88,7% de source d'information pour les radios ; 71,8% pour la résidence du tradithérapeute dans le quartier ; 71% d'information de malade à malade et 20,6% après un échec médical.

Il ressort de ces constats que les médias constituaient une source importance d'information. Des publicités de plus en plus croissantes des tradithérapeutes sur les ondes des différentes stations radiophoniques en témoignent. Cependant l'engagement du respect de l'éthique médical du Référentiel de l'Organisation Africaine de la Propriété Intellectuelle (OAPI) d'identification des tradipraticiens exige du tradipraticien de s'abstenir de toute publicité tapageuse dans les médias et sur la place publique. [5]

Le tradithérapeute était diplômé reconnu par l'Etat dans 35,1%; 51,2% avait reçu la formation au sein de la famille; 56,5% dans la collaboration et 6,9% de don naturel.

Le taux de 35,1%, certes faible, traduit la mise en place effective de la politique nationale de la médecine traditionnelle au Mali.

L'étude a retrouvé que les pathologies prédominantes étaient de 62,9% pour le paludisme; 40,7% pour les maladies digestives.

Diakité et al ; Brunet-Jailly et ali [3] avaient trouvé les mêmes pathologies prédominantes.

Cependant aucune maladie n'est exclusivement réservée au traitement traditionnel.

Les voies d'administration fréquentes étaient de 78,6% pour les solutions buvables ; 65,7% pour les solutions lavables ; 53,3% pour le beurre ; et 52,8% pour les produits à base de plante.

Le montant symbolique et la gratuité ont été les montants les plus bas, soit respectivement 4,4% et 8,9%.

Cela peut s'expliquer par le fait que la population soit peu disposée à dépenser directement pour sa santé : en témoignent les propos de certains, pour qui les impôts, taxes et cotisations que perçoit le gouvernement devraient lui permettre de financer certaines dépenses de la population, en l'occurrence les dépenses de santé.

Un tel raisonnement connote une certaine éducation politique, véhiculant une conception de l'Etat-providence ; mais il est vrai que plusieurs gouvernements continuent à proclamer que la gratuité d'accès aux services de santé est un droit fondamental pour les citoyens (Ferranti 1984 :434).

Diakité et al avait trouvé 2 000F et 150 000 F [6]

L'accessibilité et le bon accueil ont représenté majoritairement la source de motivation pour le traitement tradithérapeutique, soit respectivement 20,2% chacun.

La durée du traitement le plus court avait représenté 21% et celle plus long 6% des avis de nos patients.

Le traitement tradithérapeutique était jugé efficace chez 82,7% de nos patients.

Le traitement tradithérapeutique était jugé efficace par rapport à certaines méthodes (solution buvable, solution pour se laver et la beurre), au coût (montant symbolique, montant de 500F et selon les moyens du malade) et la durée du traitement (1 à 5 jours, de 2 à 6 mois) avec une différence statiquement non significative $p > 0,50$.

VII- CONCLUSION

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

Il ressort des constats de cette étude que la médecine traditionnelle est tantôt une opportunité, tantôt une impasse, si l'on s'adresse aux soins de santé que ces soins soient conventionnels ou traditionnels. L'essentiel est de positiver les choses.

Un programme de santé publique qui ne prend pas en compte la médecine traditionnelle est probablement voué par avance à l'échec. C'est dans la connaissance de l'itinéraire des tradithérapeutes, la confrontation continue des ces connaissances, à travers des compétences nationales, une volonté politique et des coopérations internationales, qu'on peut améliorer les soins de santé.

VIII- RECOMMANDATIONS

Au terme de ce travail, nous formulons des recommandations à l'endroit de :

Des autorités sanitaires publiques

Mairie de la commune V et à la Direction régionale de la Santé du District de Bamako:

- Répertorier les tradithérapeutes de la commune V
- Organiser des rencontres de formation, de concertation entre tradithérapeutes et autorités politiques et administratives
- Renforcer la politique nationale de la médecine traditionnelle au niveau local

Aux tradithérapeutes :

- Collaborer avec les tradithérapeutes et la médecine conventionnelle
- Respecter la politique nationale de la médecine traditionnelle
- Respecter la déontologie et l'éthique sanitaire
- Adhérer aux associations de tradithérapeutes au Mali
- Contribuer à la connaissance et à la valorisation de la médecine traditionnelle au Mali

A la population de Sabalibougou

- Contribuer et aider à répertorier les tradithérapeutes de Sabibougou
- Respecter la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle dans la complémentarité
- Eviter l'automédication

IX- REFERENCES

- 1– **Ampofo O, Johnson RFP.** Médecine traditionnelle et son rôle dans le développement des services de santé en Afrique. Cah. Techn. Afro., 1978 ; 12 : 48p.
2. Article **Eugène Kaly** Le Soleil (Sénégal) du 24/05/2006
http://www.lesoleil.sn/article.php3?id_article=11731 MedicalPharma.info
Valorisation de la médecine traditionnelle par webmaster le Mercredi 24 mai 2006
3. Brunet-Jailly et alié : La consommation médicale des familles des personnels de l'enseignement et de la culture à Bamako, I.N.R.S.P., Bamako, 1988, 42 p.
4. CIOMS (1993) International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects, Geneva.
5. Daba Balla KEITA : Promotion de la médecine **traditionnelle** : Quelle politique pour le Mali Source: Département Médecine **Traditionnelle**
Nouvel Horizon, 14/04/2007
<http://www.maliweb.net/category.php?NID=17555> extrait le 5 juin 2010.

<http://www.medicalpharma.info/modules.php?name=News&file=article&sid=566>. Extrait le 2 juin 2010
6. **DIAKITBÉ .D. TRAORÉS. , DIARRAT ., PAIRAULCT.** (1990) : *Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Bankoni*, volume 1, I.N.R.S.P., Bamako, novembre 1990, 150 p.
7. Dr Sergio Giani **La Valorisation de la Médecine Traditionnelle et les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication**
Atelier RAFT –Bamako, Hôtel Mandé, 29 novembre/1er Décembre 2004
Aide au Développement de la Médecine Traditionnelle **Aidemet Ong**

8. Encyclopédie des Médecines Naturelles. Comité de rédaction : P. Cornillot, P. Antoine, G. Balansard, P. Belaiche, J. Fleurentin, L. Gibbe, G. Guillaume, et G. Mazars, Editions Techniques, Paris, 1991.
9. *Extraits du document de Politique Nationale de Médecine Traditionnelle, adopté par le Gouvernement du Mali le 12 octobre 2005*
10. George THILL, Jean-Paul LEONIS Le centre de médecine traditionnelle du Mali
11. NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS (2005) The ethics of research related to healthcare in developing countries, London
12. Recueil des textes et lois relatifs à la santé
13. S.DIALLO, C.DUSSART L'importance de la médecine traditionnelle au Mali ARTICLE VOL 11/1-2 - 2008 - pp.57-64 - doi:10.3166/sdm.11.1-2.57-64 <http://sdm.revuesonline.com/article.jsp?articleId=11194>. 24 mai 2010 10:04:02 GMT
14. WHO (2000) Operational guidelines for ethics committees that review biomedical research, TDR/PRD/ETHICS/2000.1, Geneva.

X- ANNEXES

Fiche signalétique

Notre étude a trouvé une fréquence de% dont la majorité était des adultes, bamanan de sexe masculin, maris, commerçants et sans instruction. La résidence et les radios avaient constitué principalement la source d'information, sans s'oublier que l'échec du traitement médical n'était pas négligeable. Les tradithérapeutes connaissaient au cours de leur itinéraire une étape d'instruction reconnue par l'Etat, même si majoritairement la formation familiale était prédominante. Presque toutes les pathologies sont concernées sans être exclusives à la médecine traditionnelle. Le coût de la médecine traditionnelle était moins cher avec un taux de 81%, compte tenu d'un traitement de courte durée et très efficace.

IDENTIFICATION SHEET

Our study has found a frequency of 12.31 % whose majority was grown-ups, bamanan of male sex, husbands, traders and without any education. Residence and radios were the main source of information, without forgetting that failure of medical treatment was not to be neglected. During their itinerary, traditional healers knew a step of education recognized by the State, even if family training predominantly formed the majority .Almost all the pathologies are exclusively concerned in traditional medicine. The cost of traditional medicine was cheaper with a rate of 81% considering the short term and most efficient treatment.

Fiche d'enquête

Q1 : Région de :

Q2 : District de Bamako

Q3 : Commune

Q4 : Quartier :

Q5 : Nom Prénom du malade...

Q6 : âge..... Sexe..... Ethnie.....

Q7 : Profession : 1-fonctionnaire de l'Etat 2-Privée 3-Commerçant

4-paysans :

Q8 : Niveau d'étude: 1- Illettré : 2- DEF : 3- BAC : 4- Supérieur :

Q9 : Situation matrimoniale : 1-marié 2- divorcé : fiancé :

4- célibataire :

Les sources d'information de la population sur les tradithérapeutes

Q10 : le tradithérapeute est résident depuis longtemps 1-Oui 2-Non

Q11 : référence après échec de traitement médical 1-Oui 2-Non

Q12 : information de malade à malade 1-Oui 2-Non

Q13 : par les médias : radio 1-Oui 2-Non

Q14 : télévision 1-Oui 2-Non

Q15 : journaux 1-Oui 2-Non

Q16 : à partir d'un centre de traitement 1-Oui 2-Non

Q17 : autres : chef de quartier 1-Oui 2-Non

Q18 : Imam 1-Oui 2-Non

Q19 : intermédiaires 1-Oui 2-Non

Les méthodes de formation :

Q20 : le tradithérapeute a un diplôme reconnu par l'état. 1-Oui 2-Non

Q21 : la connaissance a été reçue au sein de la famille 1-Oui 2-Non

Q22 : père 1- Oui 2-Non

Q23 : mère 1-Oui 2-Non

Q24 : autres 1-Oui 2-Non

Q25 : les notions ont été reçues pendant le traitement d'une maladie 1- Oui

2-Non

Q26 : transmission dans la collaboration 1-Oui 2-Non

Q27 : un don naturel 1-Oui 2-Non

Q28 : autre " divine" 1-Oui 2-Non

Les pathologies concernées par la formation

Q29 : paludisme 1-Oui 2-Non

Q30 : parasitose 1-Oui 2-Non

Q31 : yeux 1-Oui 2-Non

Q32 : maux de tête 1-Oui 2-Non

Q32 : maladies du foie 1-Oui 2-Non

Q33 : maladies digestives 1-Oui 2-Non

Q34 : mauvais sort 1-Oui 2-Non

Q35 : infections urinaire 1-Oui 2-Non

Q36 : infections gynécologiques 1-Oui 2-Non

Q37 : maladie mentale 1-Oui 2-Non

Q38 : dermatose 1-Oui 2-Non

Q39 : maladie des vaisseaux 1-Oui 2-Non

Q40 : problème de fécondité 1-Oui 2-Non

Q41 : maladies des poumons 1-Oui 2-Non

Q42 : diabète 1-Oui 2-Non

Q43 : intoxication 1-Oui 2-Non

Les différentes méthodes de traitement

Q44 : solution buvable 1-Oui 2-Non

Q45 : incantation 1-Oui 2-Non

Q46 : solution pour laver 1-Oui 2-Non

Q47 : pour enduire 1-Oui 2-Non

Q48 : produit à base de plante 1-Oui 2-Non

Q49 : eau simple 1-Oui 2-Non

Q50 : beurre 1-Oui 2-Non

Q51 : autre préparation 1-Oui 2-Non

Le coût moyen du traitement

Q52 : montant symbolique 5 à 10f

Q53 : les frais varient : de 100f 1-Oui 2-Non -de 200f 1-Oui 2-Non
de 500f 1-Oui 2-Non -de 5000f 1-Oui 2-Non

Q54 : selon les moyens du malade 1-Oui 2-Non

Q55 : en fonction du résultats 1-Oui 2-Non

Q56 : gratuit 1-Oui 2-Non

Source de motivation du traitement

Q57 : accessibilité facile

Q58 : disponibilité constante

Q59 : coût abordable

Q60 : bon accueil

Q61 : durée du traitement : -1 jour 1-Oui 2-Non -5 jour 1-Oui 2-Non

-1 semaine : 1-Oui 2-Non -2 semaines : 1-Oui 2-Non

-1 mois : 1-Oui 2-Non -2 mois : 1-Oui 2-Non

-3 mois : 1-Oui 2- Non -6 mois : 1-Oui 2-Non

-1 an : 1-Oui 2-Non

Q62 : efficacité du traitement 1-Oui 2-Non

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

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

JE LE JURE !