

# MEDECINE ET PHARMACOPÉE TRADITIONNELLES : ASPECTS ACTUELS EN AFRIQUE

## LES ACTIVITES DE MEDECINE TRADITIONNELLE AU MALI : BILAN ET PERSPECTIVES D'AVENIR

M. KOUMARE<sup>1</sup>

Après avoir exposé les objectifs, le programme d'action et les méthodes d'approche, nous présentons l'organisation, le fonctionnement et le point des réalisations du Centre National de Médecine traditionnelle depuis sa création en 1968.

---

### I - INTRODUCTION

---

#### 1.- Objectifs :

L'étude et l'exploitation de nos ressources pharmaceutiques et de nos pratiques médicales traditionnelles répondent avant tout à un problème de santé publique et ont pour objectifs de :

a) - mettre à la portée des populations maliennes des soins de santé appropriés non dévalorisés dans le cadre d'une extension de la couverture des services de santé des zones rurales par :

- le recensement et le perfectionnement des pratiques des tradipraticiens (thérapeutes et accoucheuses traditionnels ; herboristes etc...) et l'intégration progressive de ces derniers dans le réseau sanitaire du pays comme membres à part entière de l'équipe de santé ;

- la formation de praticiens de médecine traditionnelle (stages pour élèves, étudiants, etc...)

b) - réaliser par étapes une industrie pharmaceutique en utilisant, après des recherches appropriées, les remèdes traditionnels améliorés et les matières premières locales.

c) - élaborer des ouvrages :

- formulaires de thérapeutiques traditionnelles à l'usage des familles dont certaines éditions seront en langues nationales.

- précis de matière médicale pour étudiants en pharmacie.

- pharmacopée malienne.

#### 2.- Programme d'Action :

Etabli en juin 1968 et reformulé plusieurs fois pour une meilleure adéquation, nous vous en livrons l'essentiel :

##### A/- Dans l'immédiat :

I - Mise en place de l'infrastructure et de l'équipe de travail au niveau national.

II - Organisation de l'exploitation des plantes médicinales et de tout produit utilisé dans la thérapeutique traditionnelle.

---

1. Professeur, Centre de Médecine Traditionnelle de Bamako (Mali)

#### **4 - Formation en matière de Médecine traditionnelle :**

Nous avons élaboré des objectifs éducationnels et des Programmes de stage pour nos écoles (Voir annexe II).

Des cours ont été dispensés aux Médecins-Chefs de cercle et aux aides Médecins dans le cadre du recyclage organisé par le Ministère de la Santé Publique.

Une trentaine de thèses et mémoires ont fait l'objet de travaux originaux dont certains ont abouti à la mise au point d'un remède ou d'un excipient.

#### **5 - Information et vulgarisation des résultats :**

Nous les assurons grâce à notre bulletin semestriel et aux travaux originaux effectués dans le cadre des thèses et mémoires de nos écoles supérieures. Le tirage du bulletin est de 250 exemplaires.

---

#### **IV - CONCLUSION :**

---

En vous présentant ce bilan, notre souci est de vous inciter à l'analyse du chemin parcouru dans chacun de nos états afin qu'ensemble nous puissions dans les mois à venir réunir tous les acquis pour organiser définitivement l'exercice de la profession des tradipraticiens de santé pour le bonheur de nos populations.

---

#### **A N N E X E I**

---

#### **LISTE DES AFFECTIONS ET SYNDROMES RETENUS POUR LA PROGRAMME GENERAL NATIONAL.-**

1 - Arthrites et lombalgies ; 2 - Asthme et toux ; 3 - Asthénie sexuelle ; 4 - Bilharziose ; 5 - Constipation ; 6 - Dermatoses (Cicatrisants et antimycosiques) et lèpre, 7 - Diabète ; 8 - Diarrhées ; 9 - Dysmenorrhées (règles douloureuses et stérilités), 10 - Drépanocytose ; 11 - Epilepsie ; 12 - Fractures ; 13 - Gastralgies ; 14 - Hémorroïdes et prolapsus ; 15 - Hypertension ; 16 - Ictères ; 17 - Infections microbiennes (conjonctivites, cystites, ostéites, urétrites, otites) ; 18 - Maux de dents ; 19 - Maux de tête ; 20 - Maux de ventre ; 21 - Morsures de serpents ; 22 - Onchocercose ; 23 - Paludisme et fièvres ; 24 - Piqûres de moustique ; 25 - Psychoses ; 26 - Rougeole ; 27 - Vers intestinaux.

---

#### **A N N E X E II**

---

#### **FORMATION DES MEDECINS-CHEFS DES CENTRES DE SANTE**

##### **I) - OBJECTIFS GENERAUX**

1°/ - Susciter une approche réaliste de la médecine traditionnelle, de manière à améliorer la situation sanitaire.

2°/ - Evaluer la Médecine traditionnelle à la lumière des sciences modernes, de façon à tirer le meilleur parti des pratiques utiles et efficaces et éliminer celles qui seraient nuisibles.

3°/ - Favoriser l'intégration des connaissances et des savoir-faire de la médecine traditionnelle et de la médecine conventionnelle.

##### **II) - OBJECTIFS SPECIFIQUES**

1°/ - Analyser les expériences de collaboration entre praticiens de Médecine traditionnelle et conventionnelle.

2°/ - Dégager les éléments fondamentaux susceptibles d'aider à harmoniser les systèmes traditionnels et conventionnels de prestations sanitaires.

3°/ - Proposer des approches réalistes pour la collaboration des deux systèmes pour une meilleure couverture sanitaire des populations.

##### **I) - OBJECTIFS GENERAUX :**

###### **I.1. Objectif 1 :**

Susciter une approche réaliste de la Médecine traditionnelle de manière à améliorer la situation sanitaire.

*Sujet 1* : après la lecture du cours présenté, les participants doivent être en mesure :

- de définir la place que doit occuper la médecine traditionnelle dans le cadre général de la Santé Publique au Mali.

- de décrire la conception traditionnelle de . la santé
- . la maladie
- . la médecine

###### **I.2. Objectif 2 :**

Evaluer la médecine traditionnelle à la lumière des sciences modernes de façon à tirer le meilleur parti des pratiques utiles et efficaces et éliminer celles qui seraient nuisibles.

*Sujet 2* : A partir de leur expérience propre, les participants doivent :

- démontrer qu'ils possèdent des compétences anatomiques, physiologiques et cliniques leur permettant de suivre le thérapeute traditionnel dans son diagnostic, pronostic et traitement,

- être en mesure de citer, chacun dans sa langue maternelle au moins, d'une part les organes et les systèmes, d'autre part les noms des maladies les plus courantes.

### I.3. Objectif 3 :

Favoriser l'intégration des connaissances et des savoir-faire de la Médecine traditionnelle et de la médecine conventionnelle.

*Sujet 3* : A partir de leurs expériences propres de collaboration avec la Division Médecine traditionnelle et des prises de contacts directes avec les tradipraticiens, les participants doivent être en mesure :

- de reconnaître les matières premières médicinales (herbier, droguier) et les remèdes les plus courants.

- d'exposer l'organigramme de la Division Médecine traditionnelle et ses objectifs.

- de citer les principaux résultats obtenus par la Division Médecine traditionnelle.

## II) - OBJECTIFS SPECIFIQUES :

### II.1 - Objectif 1 :

Analyser les expériences de collaboration entre praticiens de médecine traditionnelle et conventionnelle.

*Sujet 1* : A partir de leur expérience, les participants sont priés d'identifier les domaines spécifiques de cette collaboration et à cet effet préciser :

- les démarches qu'ils ont eu à effectuer dans leur domaine respectif,

- les facteurs qui gênent ou favorisent cette collaboration,

- ses effets sur la prestation des services de santé à tous les niveaux, notamment à celui des soins de santé primaires.

### II.2 - Objectif 2 :

Dégager les éléments fondamentaux susceptibles d'aider à harmoniser les systèmes traditionnels des prestations sanitaires.

A partir de leur expérience, les participants sont priés d'envisager ce problème dans ses aspects techniques, socio-culturels, économiques, éducationnels et législatifs, et de dégager les solutions possibles.

### *Sujet 2* : Aspect technique :

- délimitation des champs de compétence,
- accès dans les services d'hospitalisation,
- recours au médicament traditionnel (homologation, production, commercialisation).

### *Sujet 3* : Aspect socio-culturel :

Etudier les facteurs qui font qu'une population :

- accepte ou rejette l'un ou l'autre système et ceci en milieu rural, semi-urbain et urbain.
- recours aux deux systèmes à la fois.

### *Sujet 4* : Aspect économique :

- rétribution du tradipraticien dans une économie de subsistance ou monétaire.
- rétribution du tradipraticien dans les services publics.

### *Sujet 5* : Aspects éducationnels :

- Définition d'éléments de médecine traditionnelle qu'il y a lieu d'introduire dans les curricula des personnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, sages femmes, IDC, ASC, etc...).

- définition d'éléments de médecine conventionnelle qu'il y a lieu d'apprendre aux tradipraticiens ; modalités de cet apprentissage.

### *Sujet 6* : Aspects légaux :

- statut professionnel des tradipraticiens
- code déontologique
- associations professionnelles.

### III. 3 - Objectif 3 :

Proposer des approches réalistes pour la collaboration des deux systèmes pour une meilleure couverture sanitaire des populations.

### *Sujet 7* :

A partir des solutions envisagées, définir :

- les effets attendus de la collaboration entre les deux systèmes aux différents niveaux (enseignement, services de soins, soins de santé primaires...)

*Sujet 8* : Pour promouvoir la collaboration entre les deux systèmes :

- définir les mécanismes nécessaires aux différents niveaux.
- proposer un plan d'activités au niveau :
  - . du cercle
  - . de la région
  - . du pays
- déterminer les ressources nécessaires à sa mise en oeuvre.

sommes imparties, nous citerons seulement trois caractéristiques qui nous semblent essentielles :

- la médecine traditionnelle africaine est une médecine globale, secrétée par la culture négro-africaine ;

- la médecine traditionnelle est une médecine intégrée dont les traitements explorent tous les secteurs de la vie

- les traitements sont « cosmophytosocio-psychothérapeutiques ».

Ces trois caractéristiques montrent que la médecine traditionnelle tire souvent sa force de la fidélité à la tradition. C'est cette tradition qui lui fournit les explications, les interprétations, les systèmes de soins, les méthodes thérapeutiques et surtout permet l'adhésion de toute la population qui vit la même culture et utilise le même langage que les tradipraticiens. Mais cette culture négro-africaine qui est le souffle et la force de la médecine traditionnelle peut représenter aussi sa faiblesse surtout quand on sait sa possibilité d'intégration.

Cette force conférée par l'adhésion à une même culture s'effrite depuis l'introduction des éléments de la culture occidentale. L'appartenance actuelle de nos populations à deux cultures dont les éléments et les valeurs sont parfois opposés constitue une menace sérieuse pour l'efficacité des traitements et la survivance de la médecine traditionnelle qui est à la fois une science et un art.

La base culturelle et négro-africaine des fondements de la médecine traditionnelle est aussi l'un des éléments à l'origine des difficultés de collaboration des guérisseurs et des médecins modernes. Ces derniers en effet de par leur savoir scientifique, leur mode de vie, leur méthode d'analyse, parfois leur croyance appartiennent à une autre culture quand bien même ils sont africains et vivent en Afrique et au milieu des africains.

#### 2 - 2 - 4 *Champ d'action :*

La Médecine traditionnelle Africaine comprend : la Médecine préventive et la Médecine curative.

#### 2 - 2 - 4 - 1 La Médecine préventive :

Elle comprend elle-même trois parties : l'hygiène, le respect des Tabous et la prévention par immunisation.

L'hygiène : elle ne s'appelle pas ici peur du microbe, mais hygiène naturelle et vitale. Elle utilise les facteurs naturels de la santé (l'air, l'eau, le feu etc...). Les guérisseurs savent que certaines maladies relèvent de la malpropreté. Une attention particulière était déjà portée aux soins corporels tant chez la femme que chez l'homme.

Quand on parle de l'intégration de la médecine traditionnelle et de la formation à donner aux guérisseurs, on pense souvent à leurs lacunes en matière d'hygiène, de microbiologie et de vaccination.

Or « Médecine préventive, la médecine traditionnelle l'est également ». ( 5 ) Le père Dai qui le déclare se réfère à toutes ces scarifications qui ne sont ni plus, ni moins que des vaccinations. Les produits utilisés préviennent parfois plusieurs maladies. Il existe des « Vaccins » contre les morsures des serpents. Les chasseurs africains connaissent plusieurs feuilles dont il suffit de se frotter les pieds, pour que les serpents fuient à leur approche. « Tous les petits béninois, il y a soixante ans, connaissaient certaines plantes dont il suffisait de s'enduire les mains pour attraper les scorpions qui manifestement avaient envie d'être ailleurs, toute agressivité envolée. Aujourd'hui, on aurait l'air d'un prodige en faisant cette démonstration devant une assemblée de sommités scientifiques. L'absorption quotidienne de certaines décoctions ou les pulvérisations de certaines plantes empêchent d'attraper certains maux et maladies. Se laver simplement tous les jours avec certaines macérations préserve de la variole, du paludisme etc... Il existe des antidotes préventifs. Les métaux ont toujours été très utilisés dans notre médecine. C'est maintenant que les pays développés les redécouvrent ; ainsi, le cuivre dans le domaine de la contraception ; ce n'est pas du nouveau » ! (5).

#### **Le respect des Tabous :**

Il fait partie à la fois de la médecine traditionnelle et de l'éducation socio-religieuse. Il y a des interdits simples sans conséquences graves et des tabous ayant valeur de lois sociales, mystiques, magico religieuses, dont parfois la transgression peut entraîner des menaces de mort. Il s'agit ici d'interdiction de tuer, ou d'avoir des relations sexuelles avec un consanguin.

#### **L'immunisation :**

Il existe une immunisation avec la maladie la plus répandue, immunisation par recherche de contamination. On s'ingénie à contaminer son enfant avant l'adolescence, ce qui lui permettra plus tard de soigner ses propres enfants.

« L'immunisation recouvre beaucoup de domaines. Elle est l'apanage des spécialités. On distingue l'immunisation contre : l'ensorcellement avec rapt (kon), l'envoûtement (hu), les morsures de serpents, toute mort non naturelle (coup de fusil, d'arme blanche, mort par accident traumatique, par empoisonnement etc...) » (7)

#### 2 - 2 - 4 - 2 *La médecine traditionnelle curative.*

Elle peut se subdiviser en trois parties. Le diagnostic nous invite à noter une autre particularité qui est la distinction d'une part en maladie naturelle (c'est-à-dire expression de la volonté de

Dieu) et d'autre part en maladie non naturelle, (manifestation de l'agression d'un tiers esprit ou homme) et enfin la maladie par transgression des tabous.

*La première partie : une maladie naturelle peut être bénigne mais elle peut aussi amener à la mort.* Elle est expression du destin des hommes qui naissent et doivent mourir (kou o djo gébé nou houé). Elle peut aussi se compliquer et devenir une affection naturelle par l'action et la nuisance. Quand elle n'est pas encore celle qui, selon le créateur doit emporter le malade, elle est habituellement le diagnostic facile de monosymptomatique ou monosyndromique et de guérison habituelle prévisible et inéluctable. Chez les enfants, les maladies naturelles sont encore plus définies et par conséquent mieux connues. La médecine traditionnelle en prévoit la période, la durée, en rassemble les symptômes pour un diagnostic précis et une thérapeutique souvent à dominance de pharmacologie, (phytothérapie).

*La deuxième partie : la maladie non naturelle, c'est celle qui est causée par la nuisance d'un tiers souvent un sorcier anthropophage ou un initié jeteur de sort.* Ce sont des affections compliquées, changeantes sur le plan symptomatique dont le traitement ruineux nécessite parfois de longs voyages à la recherche d'un vrai guérisseur capable d'affronter le sorcier ou le devin initié avec toute la menace et le risque que comporte pour lui cette tentative de guérir le malade.

*La troisième partie : les maladies par transgression*

Nous n'y insisterons pas trop. Il existe des tabous dont la transgression entraîne des maladies graves tant pour le sujet que pour la collectivité. Dans ce cas, il pourrait s'agir d'une épidémie, ou d'une calamité naturelle secondaire à un inceste, ou à une divulgation de secret de sociétés secrètes etc... Nous n'insisterons pas non plus sur le traitement et les tabous à observer une fois le diagnostic positif d'une maladie établie. Nous dirons seulement qu'ils dépendent de la nature de la maladie. Seuls les guérisseurs pourront, ici, pour chaque cas apporter les précisions nécessaires qui ne seront pas alors les vagues affirmations livrées par le savoir social et proclamées par certains intellectuels chercheurs en mal de célébrité ou de recettes traditionnelles.

---

## **LES NOUVELLES STRUCTURES ET INFRASTRUCTURES MISES EN PLACE AU BENIN.**

---

*Les orientations politiques du 30 Novembre 1972 et l'adoption des soins de santé Primaires après la conférence d'ALMA ATA en 1978.*

### *1°) Les orientations politiques :*

Elles sont contenues dans le discours Programme du 30 novembre 1972 où nous pouvons lire :

« La nouvelle politique sanitaire du Gouvernement doit porter essentiellement sur les masses populaires.. C'est pourquoi il est urgent de :

- doter notre pays d'une infrastructure adéquate : équipement et locaux, centres médicaux, notamment dans les zones rurales,
- accorder la primauté à la médecine préventive sur la médecine curative,
- associer médecine moderne et médecine traditionnelle pour le bien être de nos masses et pour le progrès de la pratique médicale au BENIN en reconnaissant l'importance de notre pharmacopée,
- instituer un conseil national de santé,
- exploiter nos sources thermales et minérales véritables richesses industrielles et thérapeutiques ».

**2°) Avec l'adoption du plan d'Etat en 1977, les objectifs prioritaires en matière d'assistance sanitaire ont été dégagés.**

Ils consistent à :

- Accroître à tous les niveaux le degré d'accessibilité aux prestations sanitaires essentielles : curatives, préventives, éducatives et sociales ;
- Assurer une gestion saine et démocratique des institutions sanitaires à tous les niveaux afin d'utiliser au mieux les ressources disponibles et atteindre le maximum d'efficacité dans l'action ;
- Former le personnel de santé à tous les niveaux ;
- Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles ;
- Assurer la protection de la mère et de l'enfant ;
- Promouvoir la salubrité de l'environnement ;
- Promouvoir l'éducation nutritionnelle ;
- Assurer l'approvisionnement de la population en eau potable ;
- Organiser l'Education pour la santé ;
- Mettre un accent particulier sur le développement des soins élémentaires ;

Nous pouvons affirmer qu'avant 1978 le Bénin était déjà sur une bonne voie mais il lui manquait une mise en forme théorique et une confirmation de la justesse de la nouvelle orientation. La déclaration historique d'ALMA ATA est arrivée à temps en 1978 pour combler ces manques.

*Les réformes et les nouvelles structures et infrastructures mises en place en République Populaire du Bénin.*

La Réorganisation du ministère de la Santé Publique.

Le décret N° 78-284 du 16 Octobre 1978 a réorganisé les structures sanitaires du Bénin - Les différents services ont été structurés à trois niveaux.

- un niveau central qui correspond au ministère avec ses directions

- un niveau intermédiaire qui correspond à la Province (le Bénin était administrativement divisé en six Provinces)

- un niveau périphérique qui englobe dans chaque province les districts, communes, villages ou quartier de ville).

#### 1°) Au niveau central : nous avons :

- le Ministère qui a à sa tête le ministre de la santé publique, le Ministre chargé de mettre en oeuvre la politique définie par la Parti et l'Etat en matière de santé

- les douze directions techniques et administratives qui sont placées sous l'autorité du ministre et dont l'une la DAROPC est chargée d'orienter et de coordonner les problèmes concernant la médecine traditionnelle.

#### 2°) Au niveau intermédiaire.

La Direction Provinciale de la santé est chargée de l'administration de la gestion et de la planification de toutes les ressources et de toutes les activités sanitaires de la province. Elle s'occupe aussi de l'organisation de la médecine traditionnelle.

#### 3°) Au niveau périphérique :

Il correspond au District, à la Commune et au Village.

- *Au niveau du District* : il existe un Centre de santé du District (C.S.D.) dirigé par un Médecin, Membre du Comité Révolutionnaire d'Administration du District (CRAD). Le CSD comprend un hôpital et un poste de vente de produits pharmaceutiques.

Le Médecin-Chef assiste aux réunions des guérisseurs, donne son avis sur tous les problèmes les concernant et les résoud avec eux.

- *Au niveau de la Commune* : nous avons le Complexe Communal de santé qui comprend :

- . un (1) dispensaire avec 4 à 5 lits,

- . une (1) maternité

- . un (1) poste de vente de produits

- *Au niveau du Village ou quartier de ville*, la structure prévoit une Unité Villageoise de Santé (UVS). Elle est le premier maillon de la structure des Soins de santé Primaires dans notre pays et utilisera les services des matrones et des secouristes. Ces nouveaux Agents de première ligne sont des membres choisis parmi la communauté, ayant

un minimum de formation acquise en quatre à six semaines.

L'U.V.S. se compose de :

- une case de soins,

- une case d'accouchements,

- une caisse pharmaceutique villageoise.

La composition des équipes sanitaires est liée aux activités à différents niveaux. Elle comprend l'équipe de santé et le Comité local de santé. Nous avons choisi ici de nous limiter aux équipes de santé du niveau périphérique où l'action sanitaire est fondamentale. L'unité villageoise de Santé qui est le premier maillon de la structure des soins de santé primaires dans notre pays, utilisera les services des matrones et de secouristes. Ces nouveaux agents, travailleurs de première ligne, sont des membres choisis parmi la communauté, ayant un minimum de formation et sont totalement ou en partie pris en charge par leurs communautés respectives.

A partir du Complexe Communal de Santé jusqu'au niveau central interviennent des agents ayant une formation technique élevée (Médecins, Pharmaciens, Infirmiers, Sages-Femmes, etc...).

La composition des équipes sanitaires à ce niveau se présente comme indiqué tableau 1 :

#### 4°) Fonctions et activités sanitaires au niveau périphérique

Pour mettre en oeuvre les stratégies nécessaires au développement des soins de santé Primaires, il importe de définir avec précision les activités de chaque type de formation. Ces activités sont essentiellement d'ordre préventif, promotionnel, curatif, réadaptatif et administratif à tous les niveaux mais à des degrés variables.

Les activités vont du niveau périphérique vers le niveau central en passant par le niveau intermédiaire. Les niveaux hiérarchiquement supérieurs ont entre autres tâches, de soutenir, de contrôler et de superviser les activités des niveaux immédiatement inférieurs. Dans le cadre de cette communication, nous donnerons seulement les détails des activités du niveau périphérique. Ces détails sont consignés dans le tableau N° 2.

---

### - ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA PLACE FAITE A LA MEDECINE TRADITIONNELLE DANS LA NOUVELLE ORGANISATION DES SOINS

---

#### 1°) Analyse de la situation

Une rapide analyse de la situation nous révèle que rien n'a fondamentalement changé depuis l'adoption de la Stratégie des Soins de Santé Primaires. Bien que la stratégie soit adaptée,

Unité Villageoise de Santé (U.V.S.)		Complexe Communal de Santé (C.C.S.)		Centre de Santé de District (C.S.D.)
Equipe de Santé	Comité de Santé de Village	Equipe de Santé	Comité Communal de Santé	Equipe de Santé
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 matrones</li> <li>- 2 secouristes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des guérisseurs traditionnels</li> <li>- 1 Enseignant</li> <li>- 1 Agent du Carder</li> <li>- 1 Responsable aux Affaires Sociales du CRL - Comité Révolutionnaire local</li> <li>- 2 Militants désignés par le CRL</li> <li>- L'Equipe de Santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Infirmier Chef de Poste</li> <li>- 2 Infirmiers Adjoints Itinérants (dont 1 Infirmier Accoucheur)</li> <li>- 1 Sage-Femme</li> <li>- 1 Garçon de Salle</li> <li>- 2 Filles de Salle</li> <li>- 1 Responsable du dépôt pharmaceutique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des guérisseurs traditionnels</li> <li>- 1 Agent d'hygiène</li> <li>- 1 Agent du Carder</li> <li>- 1 Enseignant</li> <li>- Le Responsable aux Affaires Sociales du CCR</li> <li>- 2 Militants désignés par le CCR</li> <li>- 1 Aide Assistante Sociale</li> <li>- Quelques Membres de l'Equipe de Santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 Médecins <ul style="list-style-type: none"> <li>. 2 Médecins Généralistes</li> <li>. 1 Chirurgien</li> </ul> </li> <li>- 4 Infirmiers Spécialisés (1 par spécialité)</li> <li>- 2 Infirmiers ou sages-femmes anesthésistes</li> <li>- 10 Infirmiers</li> <li>- 3 Sages-femmes</li> <li>- 2 Laborantins</li> <li>- 1 Technicien</li> <li>- 1 Manipulateur Radio</li> <li>- 1 Assistant Dentaire</li> <li>- 1 Infirmier Spécialisé de Pharmacie</li> <li>- 8 Garçons de Salle</li> <li>- 6 Filles de Salle</li> <li>- 1 Gestionnaire</li> <li>- 1 Secrétaire Dactylographe</li> <li>- 2 Chauffeurs</li> <li>- 2 Concierges</li> <li>- 1 Agent Statistique niveau C</li> <li>- 1 Tailleur</li> <li>- 1 Lingère.</li> </ul>

FORMATIONS	NIVEAUX	FONCTIONS	ACTIVITES
1) UNITE VILLAGEOISE DE SANTE	VILLAGE QUARTIER DE VILLE	a) CURATIVE  b) PREVENTIVES ET PROMOTIONNELLES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins courants : maux de tête - pansement de plaie - Fièvre. Diarrhées</li> <li>- Soins d'urgence : pose de garrots et des attelles</li> <li>- Evacuation des cas graves vers CCS</li> <li>- Soins aux nouveau - nés</li> <li>- Surveillance des suites des accouchements</li> <li>- Salubrité publique : propreté , contrôle des ordures ménagères</li> <li>- Education pour la Santé</li> <li>- Surveillance nutritionnelle des enfants de 0 - 5 ans</li> <li>- Surveillance et entretien des latrines</li> <li>- Confection locale de filtres à eau</li> <li>- Surveillance des points d'eau</li> <li>- Réduction de sources de prolifération des vecteurs (ramblayage, drainage, épandage)</li> <li>- Chimio prophylaxie du paludisme - (nivaquinisation)</li> <li>- Isolement des malades contagieux</li> <li>- Visites prénatales des femmes enceintes</li> <li>- Surveillance des femmes enceintes (anémie, recherche d'albumine oedèmes)</li> <li>- Conseils aux femmes enceintes</li> </ul>
2) COMPLEXE COMMUNAL DE SANTE	COMMUNES	ADMINISTRATIVES  CURATIVES  PREVENTIVES ET PROMOTIONNELLES  ADMINISTRATIVES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fourniture des éléments de rapports</li> <li>- Gestion de la Caisse pharmaceutique</li> <li>- Consultations médicales</li> <li>- Traitement des maladies courantes : infectieuses, parasitaires, oculaires, et cutanées</li> <li>- Evacuation des cas graves sur les CSD</li> <li>- Ravitaillement des UVS en médicaments</li> <li>- Vaccination contre les 6 principales maladies</li> <li>- Education pour la santé</li> <li>- Contrôles de la qualité de l'eau</li> <li>- Récupération des enfants mal nourris</li> <li>- Tournées foraines et dépistages des affections (tuberculose, lèpre)</li> <li>- Formation et recyclage des Agents Villageois de Santé</li> <li>- Participation aux mesures d'urgence en cas d'épidémie</li> <li>- Consultations pré et post natales et évaluation</li> <li>- Coordination, supervision contrôle et évaluation des activités des Unités Villageoises de Santé</li> <li>- Rapports d'activités des UVS et des CCS</li> <li>- Assurer la Rétro information</li> <li>- Collecte des données</li> <li>- Participation aux activités de développement communautaire</li> </ul>
3) CENTRE DE SANTE DE DISTRICT	DISTRICT	CURATIVES PREVENTIVES ET PROMOTIONNELLES  ADMINISTRATIVES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités curatives des CCS plus perfectionnées</li> <li>- Diagnostic précoce des maladies</li> <li>- Examens de laboratoire</li> <li>- Examens de radiologie</li> <li>- Traitement médical et chirurgical des maladies</li> <li>- Soins pédiatriques</li> <li>- Vaccinations</li> <li>- Education pour la santé</li> <li>- Assainissement du milieu</li> <li>- Contrôle de l'eau</li> <li>- Evacuation des cas graves</li> <li>- Isolement des cas contagieux</li> <li>- Formation et recyclage des Agents Villageois de Santé</li> <li>- Supervision et contrôle des CCS</li> <li>- Ravitaillement des CCS en médicaments</li> <li>- Gestion des ressources : personnel - matériel et finances</li> <li>- Etablissement des rapports d'activités</li> <li>- Rétroinformation aux CCS</li> <li>- Planification de toutes les activités sanitaires</li> <li>- Collecte, analyse des données statistiques</li> </ul>

**DEFINITION DES FONCTIONS ET ACTIVITES DE CHAQUE TYPE DE FORMATION ET DE STRUCTURE DANS LE SYSTEME SANITAIRE EN RELATION AVEC LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES**



l'orientation bonne et juste, certains problèmes persistent ou apparaissent pour la mise en oeuvre effective des résolutions. Au rang de ces problèmes nous citerons :

- le manque de ressources financières pour la mise en place et la généralisation des structures. Tant pour la formation du personnel, la construction des locaux que pour l'équipement des unités villageoises de santé en médicaments et en matériel, l'Etat est obligé de faire appel aux aides extérieures qui n'arrivent pas toujours.

- le manque d'encadrement, de supervision et de prise en charge financière des rares agents des unités villageoises de santé qui commencent par désertir et quitter les villages ; le bénévolat ne leur permettant pas de vivre correctement.

- le refus de certaines collectivités de se confier à des secouristes ou à des matrones sans expériences, sans connaissances médicales solides et surtout sans moyens et équipements. Les ruptures des provisions de médicaments jadis observées dans les dispensaires sont très fréquentes au niveau des caisses pharmaceutiques villageoises. Les secouristes et matrones sont alors obligés de faire appel aux guérisseurs qu'ils pensaient pouvoir remplacer. Le mimétisme aidant, pour ressembler à leurs maîtres et à leurs formateurs, certains agents villageois n'hésitent plus à demander le matériel d'injection, l'appareil à tension artérielle, le stéthoscope et autres attributs du « docteur » qu'ils ambitionnent d'être ou de remplacer à une certaine échelle.

- les formations existantes continuent de fonctionner comme par le passé, les responsables (médecins, infirmiers etc... n'ayant pas été recyclés par ignorance ou par résistance au changement), négligent certaines composantes importantes des soins de santé primaires.

## 2°) La place faite à la médecine traditionnelle

L'organisation actuelle du système officiel en matière d'assistance sanitaire en République populaire du Bénin n'inclut pas réellement les thérapeutes traditionnels comme agents de santé, alors qu'elle reconnaît les matrones et les secouristes qu'on forme en quelques semaines aux méthodes de la médecine occidentale dite moderne pour travailler presque au lieu et à la place des guérisseurs qui depuis des années étaient à pied d'oeuvre dans les mêmes villages ou quartiers.

Ceci pose le grave problème politique de ce que véhicule la stratégie des soins de santé primaires si elle n'est pas aussi appliquée à la médecine traditionnelle.

Le manque crucial de médicaments et parfois d'agents (AVS) pose quant à lui le problème de la non utilisation des ressources locales que sont les hommes (les guérisseurs et les plantes de la pharmacopée traditionnelle).

Malgré le Discours programme du 30 Novembre 1972 et les recommandations de l'OMS, l'association des deux ordres de médecine est restée un voeu pieux, le thérapeute traditionnel n'est toujours pas légalement reconnu.

Tout ceci fait que la médecine traditionnelle apparaît malgré les réformes et les séminaires comme le parent pauvre à côté du système sanitaire officiel.

Dans cette position de dominé à dominant par rapport à la médecine dite moderne, elle est confrontée actuellement à une concurrence des agents villageois représentants de la médecine officielle, dans les collectivités et villages restés jusqu'ici presque exclusivement à la charge des guérisseurs.

Ce qui est encore pur et sérieux dans la médecine traditionnelle l'est surtout au niveau des villages et des zones rurales. Aussi posons nous la question de savoir ce qui risque d'être perdu par la médecine et par les collectivités quand ces dernières vont abandonner les pratiques ancestrales pour se confier seulement aux agents et systèmes nouveaux qui nous semblent encore fragiles et inadaptés dans la forme actuelle pour atteindre l'objectif social de santé pour tous d'ici l'An 2000 ?

---

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

---

En guise de conclusion, nous ferons seulement quelques recommandations pour la mise en oeuvre des modalités pratiques d'intégration officielle de la médecine traditionnelle dans le système officielle des soins en République Populaire du Bénin.

Quand nous parlons d'intégration, elle est loin de nous l'idée d'intégrer une médecine dans une autre. Nous affirmons que chaque système étant différent, il est plus sage que les deux ordres de médecine collaborent sans se confondre. Elle est aussi loin de nous l'idée de proposer un engagement des guérisseurs dans la fonction Publique.

Nous pensons et recommandons seulement que la stratégie des soins de santé Primaires adoptée au niveau national soit aussi appliquée à la médecine traditionnelle.

### Ceci impose aux guérisseurs

1°) Qu'ils s'organisent avec l'aide des collectivités qui les reconnaissent comme tels afin qu'ils se répartissent dans tous les quartiers et dans tous les villages.

2°) Qu'ils reconnaissent et dégagent en leur sein certaines compétences pour les communes et les districts afin qu'à la fin, ils disposent avec

l'aide des collectivités, des autorités des unités villageoises de santé, des centres communaux de santé, de centres sanitaires de District propres à la médecine traditionnelle dans les mêmes localités que les formations de la médecine moderne. Loin d'être en compétition, les deux systèmes bien que séparés et distincts sur le même territoire géographique seront complémentaires et offriront une possibilité de choix à la population. Les deux systèmes s'aideront mutuellement et officiellement lorsque les cas difficiles seront notés. Les comités de santé des villages, des communes et des districts qui sont prévus et où ils devaient tous siéger aideront à la coordination des activités sanitaires à divers niveaux.

3°) qu'ils acceptent d'être informés sur les huit composantes des soins de santé Primaires afin d'adopter cette stratégie et de l'intégrer sans changer leur philosophie et leur conception de la médecine.

Ils pourront faire une éducation communautaire appropriée, promouvoir de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, faire assurer un approvisionnement suffisant en eau saine et aider à prendre des mesures d'assainissement. Ils continueront de lutter contre les endémies locales par des pratiques qui leur sont propres (scarifications diverses, les rituels de purification annuelle par le feu, les décoctions et les macérations etc...).

Ils pourront aussi s'atteler à la mise à la disposition des familles des médicaments essentiels de la pharmacopée et de la médecine populaire.

#### **Ceci impose aux autorités techniques**

- de reconnaître l'efficacité des bons guérisseurs et de les aider bien qu'installés à leur propre compte à s'organiser sur le modèle du système officiel.

- de les informer et former en vue d'une meilleure maîtrise de la stratégie des soins de santé Primaires,

- de les alphabétiser pour qu'ils puissent noter leur recette, gérer leurs centres et faire à un certain niveau le compte rendu de leurs recherches personnelles.

#### **Ceci impose aux autorités politico - administratives, locales et nationales**

1°) qu'elles aident la population à identifier et à nommer les guérisseurs qu'elles reconnaissent afin de barrer la route de la pratique aux dangereux escrocs.

2°) Qu'elles reconnaissent légalement les guérisseurs et aident leurs associations.

3°) Qu'elles accordent des subventions appréciables aux centres des thérapeutes traditionnels.

4°) Qu'elles soutiennent matériellement par des actions d'ordre social les guérisseurs (attribution de certains avantages : possibilité d'achat de grains, aide aux transports des plantes médicinales, aide à la culture de ces dernières, octroi et distribution de secours, vivres et secours alimentaires) afin qu'ils survivent sans avoir à augmenter démesurément le coût de leur prestation etc...

---

#### **Références bibliographiques**

---

- 1) Ahyi R. G. Médecine Traditionnelle - Tradipraticien (Définition, Fondement - méthode d'action) Séminaire National sur « contribution de la Médecine Traditionnelle à la Promotion de la santé en République populaire du BENIN » INFOSEC du 15 au 20 Décembre 1980 - 12 pages.
- 2) Auguin R. Collaboration guérisseur-médecin. Recherche pédagogique et culture 1976 11 p.
- 3) Collomb H Rencontre de deux systèmes de soins. A propos des thérapeutiques des maladies mentales en Afrique : social science and Medicine, 1973, 7, 623 - 633.
- 4) Collomb H Les niveaux d'intervention du guérisseur II Colloque CAMES « Médecine Traditionnelle et Pharmacopée Africaine » Niamey 7 - 10 juin 1976.
- 5) Entente Africaine Revue Trimestrielle N° 3 Nov 1977 (34 - 37 p.).
- 6) Hondegbé A La Promotion de la Santé par les Agents de Santé du village dans le District rural de Tori Bossito. Mémoire 81/242 - Centre Régional de Développement Sanitaire - Cotonou 87 pages.
- 7) Logmo B Approche des médecines traditionnelles. Afr. Méd. 1972, 11 (97) 135 - 144.
- 8) O.M.S. Médecine traditionnelle africaine. Série de Rapports Techniques N° 1 Bureau Régional de l'Afrique 1976 - 21 pages.
- 9) O.M.S. Médecine Traditionnelle et son rôle dans le développement des services de santé - Cahiers techniques Afro N° 12 114 pages (39 - 59 p).
- 10) OMS - FISE Les soins de santé Primaires. Rapport de la Conférence Internationale sur les soins de santé Primaires ALMA - ATA ( URSS ) du 6 au 12 Septembre 1978 - Genève 1978 - 88 pages.
- 11) Raimi Osseni Contribution à la Promotion des soins de santé Primaires en République Populaire du BENIN. Mémoire N° 80/214 Centre Régional de Développement sanitaire COTONOU 95 pages.