

LA MÉDECINE TRADITIONNELLE ET LA PHARMACOPÉE AFRICAINES PEUVENT-ELLES CONSTITUER UNE ALTERNATIVE DE SOINS FACE AUX COÛTS PROHIBITIFS ACTUELS DE LA MÉDECINE MODERNE ?

ZOHOUN, Th. et FLENON, J.

Faculté des Sciences de la Santé,

Université Nationale du Bénin, Cotonou, Bénin

INTRODUCTION

Au Bénin, les affections les plus fréquentes et qui posent le plus de problèmes de morbidité, d'arrêt temporaire de travail et de mortalité sont au nombre de cinq : le paludisme, les diarrhées, les affections broncho-pulmonaires, les plaies traumatiques infectées et la malnutrition. Cette malnutrition se complique facilement. Viennent ensuite quelques affections dégénératives telles que l'HTA, le diabète et les cancers.

Pour faire face à ces problèmes, la plupart des pays africains surtout francophones importent les produits pharmaceutiques des pays occidentaux. Le coût de ces produits pharmaceutiques, en terme de devise pour les Etats et par rapport au faible pouvoir d'achat des populations africaines, a conduit les responsables de bon nombre de pays africains à adopter la politique des médicaments essentiels sous noms génériques et l'initiative de Bamako dans le renforcement des Soins de Santé Primaires.

La mise en oeuvre de nouvelles politiques de gestion des médicaments essentiels témoigne de l'effort de rationalisation des services et devrait combler l'attente de la communauté. Mais l'accessibilité financière aux soins et aux médicaments est précaire : la dévaluation du franc CFA de Janvier 1994 a annihilé cette accessibilité financière. Aussi, le prix des médicaments devient-il prohibitif. En plus de cette faible accessibilité aux médicaments, leur usage n'est pas encore rentré dans le réflexe des malades en zones rurales. En effet, les communautés si diverses soient-elles, ont en leur sein des hommes et des femmes détenteurs des recettes thérapeutiques transmises de génération et génération. Ayant grandi dans cette pratique ancestrale et surtout avec leur vécu de la maladie, les membres de ces communautés sont beaucoup plus enclin à aller chercher spontanément les soins auprès des tradithérapeutes. Ainsi, la faible accessibilité financière et culturelle aux médicaments laisse libre cours à l'usage des thérapies traditionnelles.

1. ETAT DES LIEUX : CAS DE LA RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

Les responsables du secteur de la santé ont vite compris que la qualité des soins passe nécessairement par un système sanitaire national performant. Mais l'amélioration de ce système seul ne suffit pas pour garantir l'adhésion de la population aux services de santé disponibles. C'est pourquoi ce système doit être soutenu par la disponibilité permanente des médicaments et surtout un programme pertinent de l'éducation pour la santé.

Mais à côté de cette médecine moderne, il a toujours existé un circuit de médecine traditionnelle. Il faut reconnaître cependant que la crise économique actuelle du Bénin a créé un engouement pour la médecine traditionnelle. On va ainsi de la médecine de référence à une médecine de recours.

1.1. Quel est aujourd'hui l'état des lieux de la médecine moderne au Bénin ?

1.1.1. Réforme du système sanitaire national

Le réforme du système sanitaire s'est opérée progressivement entre 1975 et 1981. Elle a consisté à la mise en place d'un système pyramidal dont la configuration est la suivante :

Tableau 1 : Distribution des structures techniques sanitaires selon les niveaux en République du Bénin

| Niveaux | Structures |
|-----------------------|---|
| Du village | Unité Villageoise de Santé (UVS) |
| De la Commune | Complexe Communal de Santé (CCS) |
| De la Sous-Préfecture | Centre de Santé de Sous/Préfecture (CS/SP) |
| Du Département | Centre Hospitalier Départemental (CHD) |
| National | Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) |

Cet effort de structuration et de renforcement de la fonctionnalité du système sanitaire est soutenu par :

- . la formation et le recrutement d'un grand nombre d'agents de santé ;
- . le développement de deux systèmes parallèles officiels d'approvisionnement des médicaments, la Pharmacie d'Approvisionnement (PHARMAPRO) qui dessert les

institutions techniques à tous les niveaux du système sanitaire pyramidal de l'Office de Pharmacie (ONP) qui dessert la population en médicaments à des prix abordables ;

. le développement rapide du nombre des Officines privées de pharmacies qui desservent elles aussi la population, mais à des prix un peu plus élevés.

A partir des années 1986, la crise économique a obligé l'Etat à liquider la PHARMAPRO et l'ONP et à adopter la politique d'importation des médicaments essentiels sous noms génériques.

1.1.2. Disponibilité et coût des médicaments

Après la liquidation de la PHARMAPRO et de l'ONP, il s'est créé un vide dans l'approvisionnement des médicaments par le secteur public. Les officines privées ont continué d'assurer leur propre approvisionnement en créant un groupe d'importation de produits pharmaceutiques : le GAPOB (Groupement d'Approvisionnement en Produits Pharmaceutiques d'Officine du Bénin). Le GAPOB importe les médicaments sous noms de spécialité qui coûtent deux à quatre fois plus chers que les produits sous noms génériques. Les médicaments étaient donc toujours disponibles au Bénin mais à des coûts exorbitants. Aussi les populations se sont-elles alors orientées vers l'étal des médicaments. Eu égard à ce nouveau marché de médicaments qui ne garantit aucune qualité de conservation, l'Etat et les structures sanitaires ont commencé par s'approvisionner auprès des fournisseurs étrangers de médicaments essentiels sous noms génériques. Ce mode d'importation s'est par la suite rendu formel par la création au Ministère de la Santé Publique de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels.

1.1.3. Centrale d'achat des médicaments

Grâce à la politique des médicaments essentiels et à la création de la centrale d'achat au Bénin et à leur distribution, les médicaments essentiels sont disponibles surtout sous leur nom générique. Ces médicaments sous réserve de contrôle de qualité devraient être efficaces. Malgré cette politique pharmaceutique, le coût du médicament reste onéreux par rapport au pouvoir d'achat des populations surtout après la dévaluation de Janvier 1994.

De plus, on remarque dans certaines contrées de notre pays la non adhésion des populations aux soins de la médecine moderne (accessibilité culturelle limitée). La disponibilité des médicaments est une condition nécessaire pour une meilleure fréquentation des services. Mais elle n'est pas suffisante. Il faut garantir l'accessibilité financière et culturelle aux populations.

Bien que le Bénin ait opté pour les médicaments essentiels, il ne contrôle pas leur distribution ; même les médicaments du tableau B sont en vente libre sur les étagères des marchés et chez les vendeurs ambulants. En d'autres termes, le coût onéreux des médicaments a fait que les usagers des services de soins modernes boudent les structures formelles pour prendre d'autres itinéraires :

. l'itinéraire de la vente libre des médicaments à un prix plus abordable sur les marchés et chez les vendeurs ambulants. Cette pratique qui a gagné tout le pays et qui fait recette ne manque pas d'inconvénients pour autant puisque personne ou rien ne garantit la qualité de ces produits ;

. d'autres malades prennent l'itinéraire qui les conduit dans les systèmes de la médecine traditionnelle où ils espèrent trouver la solution à leur problème.

1.1.4. Poursuite de la réforme sanitaire

Le Bénin est en train de mettre en place un système sanitaire qui assure le rapprochement des soins des populations. C'est ainsi que pour améliorer davantage l'accessibilité aux soins, après le constat de l'insuffisance du système pyramidal, il est aujourd'hui question de renforcer ce système par la mise en place des zones sanitaires dont le point focal sera l'hôpital de zone autour duquel vont graviter les Centres de Santé Communaux.

Cette approche aura peut-être le mérite de rendre plus opérationnels et efficaces les références et les recours et répondrait à la demande de soins des populations dans une grande mesure. Cependant,, malgré cet effort, l'itinéraire qui conduit vers la médecine traditionnelle se développe davantage car le nombre de ceux qui n'ont pas accès culturellement mais surtout financièrement aux soins augmente depuis la dévaluation du franc CFA en Janvier 1994. C'est ainsi que beaucoup de fonctionnaires hypertendus n'arrivent pas à honorer les ordonnances médicales et prennent de plus en plus l'itinéraire de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles.

S'il nous est facile d'apprécier la médecine moderne parce que bien structurée et bien hiérarchisée, produisant des documents techniques et des rapports administratifs fondés sur les normes, il ne nous est pas loisible d'analyser l'organisation et le fonctionnement de la médecine traditionnelle. Avant d'aller plus loin dans notre exposé, nous devons clarifier les concepts de Médecine et de Pharmacopée Traditionnelles.

1.2. Quel est aujourd'hui l'état des lieux de la Médecine Traditionnelle et de sa pharmacopée au Bénin ?

1.2.1. Définition de concept de Médecine et Pharmacopée Traditionnelles

La Médecine traditionnelle est l'ensemble des connaissances pratiques, explicables ou non, mise en oeuvre pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social en s'appuyant exclusivement sur un long usage ancestral et autochtone et sur l'observation transmise de génération en génération, oralement ou par écrit.

La pharmacopée traditionnelle est l'ensemble de remèdes fondés exclusivement sur le long usage ancestral et autochtone et sur l'observation transmise de génération en génération, oralement ou par écrit. C'est aussi l'art de préparer des substances thérapeutiques par une approche empirique, c'est-à-dire sans démarche expérimentale.

1.2.2. La couverture sanitaire de la médecine et de la Pharmacopée traditionnelles

Il n'y a pas de villages, de hameaux, si petits soient-ils, qui n'aient pas ses guérisseurs traditionnels. Souvent ce sont des personnes d'un certain âge qui, de par leurs expériences en matière de soins, font notoriété publique. De même, on rencontre à ces niveaux des femmes (accoucheuses traditionnelles) d'un certain âge qui ont l'expertise en matière d'accouchement. La remarque à faire à ce niveau est que ces professionnels de la santé ne sont pas assez performants en soins préventifs.

Cependant, dans certaines cultures de notre pays, au 3^e mois de la grossesse, on consulte le FA (pratique divinatoire très répandue en Afrique de l'Ouest) pour s'enquérir du devenir de la grossesse et conjurer les mauvais sorts par des sacrifices. On interdit à la femme la consommation de certains aliments pour ne pas compromettre l'évolution de la grossesse. "On nettoie le pays (la contrée)" lorsqu'une femme meurt avec une grossesse (pour éviter les récidives).

Somme toute, le curatif domine le préventif. La propension aux soins curatifs est plus forte. Ainsi, de nombreuses pratiques nous prouvent que la prévention n'est pas suffisamment présente dans la démarche de ces prestataires de soins. La couverture sanitaire en soins traditionnels n'est pas systématisée, structurée, hiérarchisée. Bref, nous ne pouvons pas parler d'un système formel de soins traditionnels.

Ce constat s'étaye par l'acharnement thérapeutique auquel se livrent les guérisseurs qui soumettent leurs patients à une série de thérapies sans cultiver le réflexe de référence à un autre guérisseur ou au système sanitaire public. Cette pratique est à déplorer, car

lorsqu'il y a échec thérapeutique, il devient souvent la cause d'un retard dans les soins modernes, ce qui diminue la chance de guérison du malade. Certains tradipraticiens vont jusqu'à créer des infrastructures d'hospitalisation, surtout dans le domaine de la psychiatrie.

1.2.3. Les thérapies traditionnelles

Les thérapies traditionnelles ne consistent pas seulement à dispenser des médicaments. Elles suivent une démarche et des rites. Le guérisseur a deux fonctions : il est médecin et "pharmacien" ; alors que pour la médecine moderne, les deux fonctions sont exclusives.

La démarche diagnostique n'est pas perçue dans la pratique traditionnelle. On a l'impression que le guérisseur traite plus les symptômes que les maladies. Il réfère rarement à un organe anatomique spécifique. Pour lui, le malade souffre d'une douleur abdominale. Le malade a mal à la tête. Devant cette démarche qui ne repose pas sur une structure anatomique, le tradithérapeute privilégie sa thérapie qui reste symptomatique au détriment du diagnostic. La médecine moderne va des symptômes aux diagnostics en passant par les syndromes. Nous venons de faire l'inventaire de ce plateau technique traditionnel en mettant en évidence ses forces et surtout ses faiblesses. Dans le système moderne béninois, aujourd'hui nous sommes passés de la disponibilité des médicaments à la disponibilité des soins. Mais notre gros handicap est l'insuffisance de ressources. Cette médecine traditionnelle pour laquelle nous avons stigmatisé une certaine faiblesse, pourrait être un recours à nos populations. Cela pose deux conditions préalables :

. amener le guérisseur dans une démarche diagnostique, nosologique avec à terme le développement de la notion de maladie. Il s'agit là d'une véritable gageure, une révolution, un bouleversement de toute l'approche conceptuelle de la prise en charge des malades par les guérisseurs traditionnels qui évoluent dans une conception cosmogonique et métaphysique ;

. entrer en partenariat avec ceux-ci afin de procéder ensemble à des essais cliniques et thérapeutiques pour valider l'efficacité et l'innocuité de leur thérapie.

Pour la médecine traditionnelle, les soins existent, les coûts sont accessibles et le traitement s'inscrit dans une atmosphère culturelle et sociale appropriée. C'est l'efficacité de ces soins qu'il reste à prouver.

1.2.4. Tentatives de rapprochement des deux pratiques médicales au Bénin

Au Bénin, une politique de promotion et de valorisation de la médecine traditionnelle figure dans le discours programme de 1972. La mise en oeuvre de cette politique a suivi trois itinéraires :

. l'un a consisté à organiser les guérisseurs traditionnels en associations. Mais il ne s'agissait pas d'une organisation systématique au sein de laquelle existerait une certaine spécialisation avec la notion d'interdépendance, mais plutôt d'association de professionnels "sans déontologie" et sans hiérarchie de compétence. Cela a conduit à l'association de guérisseurs traditionnels peu fonctionnelle ;

. l'autre itinéraire a consisté à la tentative de création de lien entre certains médecins et certains guérisseurs. Cette tentative de travailler en commun n'était pas formalisée et le résultat n'a pas été heureux ;

. enfin, il y a eu des médecins modernes qui ont intégré des tradipraticiens dans leur institution. Mais le fait que les deux types de soins ne suivent pas la même démarche et la même approche, le fruit de cette expérience audacieuse et inédite n'a pas tenu la promesse des fleurs.

Malgré l'absence d'un système sanitaire propre à la médecine traditionnelle, force est d'espérer, puisqu'en Afrique, des travaux sont faits et des résultats probants d'essais thérapeutiques ont été publiés. Pour nous en convaincre, voici quelques faits thérapeutiques résumés.

2. RAPPEL DE QUELQUES TRAVAUX SCIENTIFIQUES SUR LA PHARMACOPÉE TRADITIONNELLE

2.1. Du paludisme

. La décoction de la plante entière d'AGERATUM se boit.

. Rasoanaivo et ses collaborateurs ont essayé : *Avicennia marina*, *Strychnines mastoïdes*, *Ficus pyrifolia*, *Rhus taratana*, *Urophyllum lyallii*, *Evodoa fatraina* et *Psychotria bulota*. Les tests *in vitro* et *in vivo* ont été significatifs, sauf pour *Psychotria bulota*. Ceci atteste le bien fondé de la connaissance traditionnelle.

. Les feuilles de *Aframomum melegueta* en infusion per os sont utilisées comme fébrifuges.

. On peut moulin ensemble des feuilles de *Citrus aurantifolia*, de *Euphorbia hirta*, les fruits de *Capsicum frutescens*, du sel et des échalotes et confectionner des pilules qu'on absorbe avec de l'eau chaude ou de la bouillie.

2.2. Des maladies diarrhéiques

. Les feuilles d'*Ageratum conyzoides* sont triturées avec celles de *Parquetina nigrescens* dans de l'eau qui est bue à raison d'un verre à bière toutes les heures.

. La décoction de deux grosses racines d'*Ageratum* dans une tasse d'eau est bue à raison de deux cuillerées à soupe par jour.

. Le jus de l'ensemble de feuilles fraîches d'*Ocimum gratissimum*, de *Momordica charantia* et d'*Ageratum conyzoides* obtenu par pilage peut être bu à la dose de deux à trois petites cuillerées par jour.

. La décoction de trois à quatre tiges feuillées d'*Ageratum conyzoides* dans un litre d'eau peut être bue en totalité au cours d'une même journée contre la dysenterie.

. Au Bénin, Adjanonhoun et coll. ont indiqué que les parties aériennes de *Aristolochia albidu* sont utilisées avec une gousse de *Aframomum melegueta* ; des feuilles de *Cassytha filiformis* et des éléments de serpent contre la dysenterie. Le fruit ou la graine de *Aframomum melegueta* associé à *Cnestis ferruginea* sont aussi antidysentérique per os.

2.3. Des affections broncho-pulmonaires

L'hydrodistillation des feuilles de *Melaleuca leucadendron* réalisée au laboratoire suivie d'une analyse par le principe de chromatographie en phase gazeuse couplée avec la spectrométrie de masse, a permis d'identifier les différents constituants de l'huile essentielle. Cette huile associée à l'eau distillée s'est révélée très efficace contre les infections pulmonaires, urinaires, génitales et intestinales. L'huile essentielle extraite des jeunes feuilles de *Melaleuca leucadendron* a une puissance antimicrobienne beaucoup plus forte que celle extraite des feuilles âgées (de SOUZA et coll.).

2.4. Des plaies traumatiques infectées

- . Le sulfate de cuivre nature est utilisé pour soigner les plaies, la lèpre et le rhumatisme de la colonne vertébrale. Réduit en poudre, il est répandu sur la plaie ou frotté sur les scarifications faites sur le dos.
- . Le chlorure de sodium, en cas de blessure est mis sur la plaie comme antiseptique.
- . Les poils de cobaye (*Cavia cobaya*) appliqués sur une brûlure induisent une guérison rapide.
- . La cendre de la peau de lapin (*Oryctologus ciniculus*, leporidae) ou ses poils guérissent les brûlures.
- . La graisse de la vache (*boos taurus*, bovidae) est utilisée pour soigner la gale et les plaies ou toute autre irruption cutanée.
- . La graisse du python est enduite sur les abcès, les adénites et sur toute autre inflammation comme médicament anti-inflammatoire.

2.5. De l'hypertension artérielle

Dans le domaine de l'HTA, les recettes font légion.

- . Feuilles d'avocat (séchées ou vertes) bouillies ; boire 250 CC du décocté quatre fois par jour pendant sept jours sous contrôle de l'hypertension artérielle.
- . Un extrait aqueux de saponines totales et des feuilles du *Musanga cecropiades* a été testé chez les rats et a donné des résultats encourageants.

2.6. Du diabète

- . L'extrait obtenu par macération aqueuse pendant 48 heures de la poudre des parties découvertes de *Chrozophora senegalensis* à 10% provoque une baisse d'hyperglycémie provoquée. Ces résultats pourraient justifier l'utilisation par voie orale de *Chlozophora senegalensis* comme antidiabétique. Ces travaux se poursuivent.
- . Le décocté de l'ARMOISE blanche a une action hypoglycémiant à long terme. Les auteurs suggèrent qu'une recherche soit entreprise sur le mode et le site d'action de cette plante.

. La décoction des racines d'*Ageratum* peut être bu contre le diabète.

. L'activité hypoglycémiant d'extrait aqueux de *Marrubium vulgareae* L. d'*Artemissia herba-alba*, d'*Olea europeae*, de *Zygophyllum vulgareae* L. et de *Zygophyllum cormutum* a été étudiée. Sous forme de décocté, le produit a été administré par gavage à des rats soumis à une hyperglycémie provoquée. L'effet de cette plante a été comparé à un sulfamide hypoglycémiant.

La baisse importante de la Glycémie chez les animaux traités par *Zygophyllum* à la 60^e minute est significative par rapport aux témoins. Il en est de même pour l'Armoise pour laquelle le test de "t" de Student révèle que cet effet est significatif à la 30^e minute.

L'action hypoglycémiant de l'ARMOISE a été étudiée d'une part chez des souris rendues diabétiques par l'Alloxane et d'autre part chez des diabétiques non-insulino-dépendants. Dans les deux cas, elle causait une réduction considérable de la glycémie sans aucun effet secondaire signalé pendant ou après le traitement.

Ces rappels sommaires et variés prouvent à suffisance que des recherches thérapeutiques sont entreprises çà et là en Afrique et ailleurs. Ceci constitue un signe encourageant car c'est de cette manière seulement que certaines recettes thérapeutiques seront validées. Cependant, il serait souhaitable qu'un programme volontariste de recherche thérapeutique soit élaboré et exécuté dans une approche multicentrique.

3. DISCUSSION

La plupart des pays africains ont adopté dans leur politique de réforme du système sanitaire, la stratégie des Soins de Santé Primaires. Trois des dix caractéristiques de ces Soins sont concernés plus particulièrement dans ce travail : la fourniture des médicaments essentiels, l'acceptabilité des soins et leur validité scientifique.

L'accessibilité aux soins comporte plusieurs composantes : l'accessibilité géographique - l'accessibilité financière - l'accessibilité culturelle (acceptabilité). A l'accessibilité aux soins, il faut assortir deux conditions fondamentales à savoir: les soins qui doivent être scientifiquement éprouvés d'une part et dispensés avec la pleine participation de la communauté d'autre part.

Nous avons fait le postulat que les médicaments de la médecine moderne sont scientifiquement valables. De toutes les façons, ils ont été testés et validés. Mais, ils ne sont pas géographiquement accessibles car les structures d'importation, de distribution et