

SANTE INTEGREE DANS LE CERCLE DE BANDIAGARA, MALI

*Piero Coppo, Ogobara Kodio, Aissata Nantoumé**

Contexte¹

Vers la fin des années 1960 le Ministère de la Santé de la République du Mali créa, le premier en Afrique, l'Institut de Recherche sur la Pharmacopée et la Médecine Traditionnelle. Le promoteur était un pharmacien malien, le Prof. Mamadou Koumaré, convaincu depuis toujours de l'importance d'étudier, d'évaluer et d'exploiter les ressources de la médecine locale, dite « traditionnelle » (MT, en opposition à celle importée par la colonisation, dite « conventionnelle » ou « cosmopolite », MC). Mamadou Koumaré, agrégé en Pharmacognosie, fils de l'un des premiers vétérinaires maliens et neveu d'un célèbre tradithérapeute (TT), était parfaitement en condition de juger, à partir soit du point de vue scientifique que traditionnel, de l'importance des remèdes traditionnels constitués souvent d'une association de plantes et de matières organiques et minérales. Toutefois il ne disposait pas d'instruments techniques et théoriques pour manier « scientifiquement » la composante immatérielle de la MT (rituels et autres pratiques), dont pourtant il connaissait l'importance et l'efficacité.

De sa rencontre avec un groupe de chercheurs italiens spécialisés dans les disciplines humaines appliquées (psychologues, psychiatres, anthropologues, ethnologues) a pris naissance en 1986 un projet de coopération technique internationale Mali-Italie, confié pour exécution au Conseil National de Recherche italien, Institut de Psychologie, qui avait comme objectif la création et l'implémentation d'un Centre Régional de Recherche sur la Médecine Traditionnelle à Bandiagara, Vème Région du Mali (CRMTVR). La mission de ce Centre était de recenser et d'évaluer les ressources régionales de la MT dans tous les domaines, et de proposer au Ministère de la Santé les critères pour professionnaliser les TT : fournir à ceux qui auraient été évalués positivement par les médecins locaux une carte les autorisant à la profession (la MT est reconnue au Mali). Dans cette optique, le CRMTVR a été équipé d'un laboratoire chimique (pour un premier screening phytochimique des remèdes), d'un laboratoire clinique (pour les analyses de base permettant d'évaluer l'efficacité de certains traitements), de deux salles de consultation, d'une salle de réunion, et d'un centre de documentation pour la documentation audiovisuelle des pratiques traditionnelles.

* Piero Coppo est médecin, psychiatre, Organisation Interdisciplinaire Développement et Santé (ORISS), Italie ; Ogobara Kodio est médecin, responsable du Volet Santé du Programme Valorisation Médecine Traditionnelle Mali Sénégal (PVMTMS), Bandiagara, Mali ; Aissata Nantoumé, animatrice, chargée des activités du PVMTMS impliquant les femmes TT, Bandiagara, Mali.

¹ Cet article a été écrit en septembre 2009.

A partir de 1986 jusqu'à aujourd'hui, avec une interruption de quelques années, la Coopération Italienne a été présente, sous différentes formes et avec différents projets dans ce domaine et sur le même territoire. Entre temps, d'autres acteurs sont intervenus travaillant avec les mêmes partenaires sur des objectifs complémentaires : Coopération allemande dans le domaine de la gestion de la santé, NIH des USA dans le domaine de la lutte contre le paludisme, différentes ONG provenant de pays différents pour ce qui concerne l'éducation pour la santé et la tutelle de la biodiversité, FED pour la réalisation des Jardins botaniques, Mission Culturelle (UNESCO) pour l'implication des écoles et la valorisation de la MT comme partie du patrimoine culturel, etc. A partir donc de la première intervention dont les objectifs étaient spécifiques et limités, différentes possibilités se sont manifestées et différentes voies ont été explorées.

L'impossible évaluation scientifique d'un autre système

Par rapport au premier objectif du CRMT (mise à disposition du Ministère de la Santé de critères pour l'évaluation des TT), des recherches approfondies menées par une équipe italo-malienne multidisciplinaire (biologiste, chimiste, médecin, anthropologue, pharmacien, psychologue, psychiatre) après quatre ans d'activité sur le terrain n'ont pas permis de dégager des critères pour évaluer le système traditionnel *dans sa totalité* en utilisant les approches et méthodologies habituellement employées pour évaluer la MC. Il était possible, bien sûr, d'évaluer l'efficacité d'un remède pour une maladie donnée. Mais comme il est impossible de comparer directement les nosologies de la MC et de la MT, il était impossible, sans les trahir, de traduire directement le nom des maladies d'un système à l'autre. Mais déjà en amont il n'y avait aucune correspondance dans la structure mêmes des différentes classifications, bâties l'une sur des répertoires inclusifs et l'autre sur des classes exclusives.

En plus, tout acte thérapeutique en milieu traditionnel se veut complexe, ne se limitant jamais à la seule administration d'un remède. La cible visée en général par le TT est bien plus vaste que la seule résolution du symptôme présenté par le patient. Conscients de leurs objectifs, les TT agissent au niveau de l'individu, de la famille, de la cohésion du groupe, de la relation du groupe avec l'environnement, de l'harmonie entre dimension matérielle et immatérielle en se dotant des instruments techniques nécessaires. Nous n'étions donc pas dans les conditions, vus nos instruments techniques et théoriques se référant à la science et à une autre approche à la santé individuelle, d'évaluer le système traditionnel *dans sa totalité* et donc de fournir les critères demandés pour trier les bons et les mauvais TT.

Création des Associations

La solution trouvée, alors, a été de demander aux vieux TT, bien reconnus dans leurs communautés, ayant hérité leur savoir-faire des générations précédentes, de créer des Associations de TT, sorte d'Ordres Professionnels, regroupant les TT reconnus par les communautés. Ces Associations auraient dû, par la suite, évaluer les TT demandant de s'associer. Cette démarche associative, innovatrice par rapport à la tradition africaine (la MT était l'affaire de familles isolées n'échangeant pas leurs idées, techniques et remèdes), aurait permis aussi aux structures de la santé de faire passer les messages et les propositions de collaboration à tous les TT par une voie institutionnelle (leurs associations). Aujourd'hui

dans le Cercle de Bandiagara 30 Associations de TT (ATT) se sont créées, regroupant quelques 700 personnes, hommes et femmes, dont 200 environ sont des cliniciens et les autres des sympathisants ou supporters de la MT. Les 30 ATT sont regroupées dans la Fédération des ATT de Bandiagara (FATTB) gérée par un bureau élu tous les 5 ans. La FATTB, reconnue officiellement par le Gouvernement, est aujourd'hui le Partenaire de différents bailleurs et l'un des acteurs du développement local. Au cours des Assemblées générales (cinq par année, photo 1) les actions prioritaires, les perspectives et les modalités de collaboration avec les représentants de la Santé, l'articulation avec la MT dans des domaines spécifiques sont ainsi discutées et arrêtées par les déléguées des différentes ATT.



Photo 1 : Assemblée de la Fédération des Thérapeutes Traditionnels de Bandiagara 2009

Participation des femmes TT

Au cours de cette dynamique, la participation et l'importance des femmes TT, jusqu'à lors restées en arrière plan, sont devenues de plus en plus visibles. Spécialistes en tout ce qui concerne la sexualité des femmes, la conception, la grossesse, l'accouchement, la naissance et le développement de l'enfant, et assez souvent devineresses de renom, elles ont progressivement occupé la place qu'elles méritent dans toutes les activités impliquant les ressources de la MT. Même si pour certains fonctionnaires et techniciens de la Santé les pratiques divinatoires (ainsi que les autres pratiques rituelles et de négociation avec les entités immatérielles) n'ont pas la même dignité épistémologique que la phytothérapie

(n'ont pas le même contenu en « Vérité »), dans les sociétés africaines elles occupent la même place que dans les sociétés médicalisées et psychiatisées occupent psychologie et counselling. Sans l'œuvre capillaire des devins et des devineresses, une énorme quantité d'anxiété, de peur et de souffrance resterait libre et incontrôlée, et pourrait facilement précipiter en des problèmes plus graves.

Création des jardins botaniques

Une des premières exigences des ATT a été la création des jardins botaniques où cultiver les espèces qui sont en voie de disparition soit à cause de leur utilisation intensive (surtout si la partie utilisée est la racine) soit à cause des changements climatiques et, en général, de la déforestation. Ainsi la FATTB a créé un jardin botanique (photo 2) sur un terrain approprié, mis à disposition par un village du Cercle, où les différentes ATT peuvent s'approvisionner en pieds des plantes nécessaires. Cette démarche a impliqué les services forestiers, les écoles (éducation à la conservation et protection de l'environnement), et les différents acteurs intéressés à la sauvegarde de la biodiversité.



Photo 2 : Jardin botanique de la Fédération des TT de Bandiagara.

Activités dans les écoles et les émissions radio

L'importance d'œuvrer pour une pacification entre soignants à l'intérieur de la culture malienne (où la MT a ses représentants et ses fidèles usagers,² qui sont toutefois souvent dénigrés par les représentants de la MC, forts de leur couverture institutionnelle)³ a amené à programmer dans les écoles primaires et secondaires des interventions des TT pour expliquer comme première chose l'utilité et la nécessité de protéger certaines plantes (photo 3). Des émissions en langues locales à la radio ont été également réalisées sur différents sujets concernant la collaboration entre les deux systèmes de soins, leur articulation dans le domaine des maladies les plus graves et la protection de l'environnement considéré comme une ressource de santé.

Nous avons aussi pu assister à une progressive ouverture culturelle jusqu'à constater que, aujourd'hui, l'Université de Médecine de Bamako prévoit de fournir aux étudiants les éléments théoriques et pratiques de base facilitant le dialogue entre les deux systèmes. Cette initiative pourrait combler un vide et augmenter l'efficacité des médecins œuvrant sur le terrain. Par exemple l'un de nous, médecin malien sortant avec mention « très honorable » et originaire de la même aire culturelle où le PVMTMS se déroule, ne disposait pas, avant sa formation sur le terrain par les consultants du PVMTMS, d'instruments théoriques et pratiques pour collaborer, et même soigner, avec les TT ; aujourd'hui il peut travailler aisément avec eux, participant par exemple aux consultations intégrées.

Activités de formation à l'articulation

L'existence de la FATTB et des ATT a permis aux institutions sanitaires de dialoguer avec le système traditionnel, le plus souvent par la médiation du CRMTVR et du PVMTMS agissant comme diplomates entre les deux systèmes. Ainsi, plusieurs activités de formation et d'information ont été réalisées par le PVMTMS auprès des différentes ATT et de la FATTB, avec la participation des représentants de la Santé. Au cours de ces initiatives, les médecins et infirmiers ont eu l'occasion d'échanger avec les TT agissant sur le même territoire, et de s'entendre sur les modalités de l'articulation. Cela a produit une amélioration de la prise en charge des maladies graves (telles que le neuropaludisme des enfants, la TBC et le VIH-SIDA) et des troubles à lourd impact social (maladies mentales, épilepsie, troubles du comportement, toxicomanies, etc.). Un système de monitoring des références des malades de la MT à la MC a été mis en place pour pouvoir, entre autre, orienter les activités de formation à l'articulation à venir.

² Une enquête menée dans les années 1990 a démontré que le recours à la MT est indépendant du degré de scolarisation, d'urbanisation et du revenu des usagers. C'est-à-dire, la MT n'est pas une ressource destinée aux paysans illettrés et à bas revenu (Coppo – Pisani – Walet Oumar 1990 « Itinéraires thérapeutiques », en Coppo PO. – A. Keita, *Médecine Traditionnelle. Acteurs et itinéraires thérapeutiques*, Ed. E, Trieste, 1990)

³ L'absence de communication entre les soignants de différents systèmes a des conséquences parfois graves pour les patients (retard dans les références, sous-utilisations des ressources appropriées, etc.) et pour la santé publique (manque de collaboration entre thérapeutes en cas d'épidémies ou autres urgences).



Photo 3 : un Thérapeute Traditionnel explique aux élèves de l'école de Bandiagara l'utilisation de certaines plantes médicinales.

Consultations intégrées

Auprès du CRMT un service de consultations intégrées a été mis en place. Un médecin, des médiateurs culturels et un laboratoire d'analyses cliniques sont un jour par semaine à la disposition des TT engagés dans le traitement de malades posant des problèmes qu'ils n'arrivent pas à gérer. La présence du TT est nécessaire pour que le malade soit admis à la consultation, qui est gratuite. Autour du patient et de sa famille le dialogue entre thérapeutes de la MC et de la MT se traduit toujours dans une prise en charge plus globale, satisfaisante, et efficace. Le plus souvent, si le cas ne demande pas une hospitalisation, à la fin de la consultation le TT est encouragé à poursuivre ses traitements (surtout pour ce qui concerne les pratiques ayant à faire avec la dimension immatérielle, invisible) tandis que le médecin associe, si nécessaire, le traitement pharmacologique indispensable. Les consultations intégrées se soldent toujours avec une meilleure prise en charge et aussi avec un gain de connaissance et d'échange réciproque entre les thérapeutes des différents systèmes : cette meilleure collaboration profite à la réussite du traitement. Tous les patients pris en charge ont apprécié les soins intégrés. Les populations concernées en général pensent que le médecin soigne ce qu'il voit et que les TT guérissent ce que le médecin n'a pas pu voir. Dans les grands hôpitaux des capitales africaines, plusieurs malades hospitalisés font recours aux soins traditionnels à l'insu de leurs médecins traitants, et cela malgré leur réticence.

La prise en charge intégrée est un besoin réel de nos populations, dans le domaine de l'amélioration de la santé en Afrique. A partir de Janvier 2008, 55 dossiers ont été ouverts concernant les patients bénéficiaires des consultations intégrées, concernant surtout des troubles classés en MC comme « psychiques », qu'il est possible d'utiliser à des fins de recherche. Les consultations intégrées font donc trois bénéficiaires : les TT augmentent leur savoir et expérience dans l'interaction avec le médecin, et vice-versa ; et le souhait du malade de recevoir les deux traitements se réalise.

Formation-suivi

Parmi ses autres activités, le PVMTMS a effectué la « Formation-suivi » de 31 TT (dont 14 hommes et 17 femmes). Cette activité permet aux acteurs des deux médecines de travailler dans une étroite collaboration et consiste dans des visites rapprochées (d'abord hebdomadaires, après mensuelles) de l'équipe du PVMTMS auprès des TT pour échanger à propos des malades soignées et pour consulter ensemble des malades particulièrement difficiles. Le TT est encouragé à remplir un cahier avec les activités de soins menées entretemps : il est ainsi possible de recueillir des données quantitatives et qualitatives concernant ses activités. Au cours de ces rencontres et sur la base des informations recueillies, des indications sur les modalités de référence de certains malades aux Centres de Santé peuvent ressortir et être conjointement arrêtées. A partir de Janvier 2008, 125 patients ont été consultés par le médecin et le TT dans ce cadre (photo 4).

Production des Médicaments Traditionnels Améliorés

A partir des remèdes signalés par les TT positivement évalués suite à des enquêtes pharmacognosiques et des essais cliniques effectués auprès du Département de Médecine Traditionnelle de l'Institut National Recherche en Santé Publique de Bamako, quelques Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) ont été mis en production auprès du CRMT de Bandiagara et du Département Médecine Traditionnelle (un antitussif, un antiparasitaire, un antipaludéen, un cholagogue, un laxatif, un anti-ulcéreux), et certains d'entre eux ont été inclus dans la liste des médicaments essentiels . Ils se trouvent auprès des dépôts de médicaments des structures de santé et dans les principales pharmacies. Les recettes générées par leur vente constituent une des principales ressources garantissant le fonctionnement du CRMT.

L'ouverture à la santé mentale

Les ressources de la MT sont incontournables dans la réalité rurale où le CRMT et le PVMTMS opèrent surtout dans deux domaines. Les fractures, luxations et autres troubles d'intérêt orthopédique ne sont soignés que par des TT avec des résultats que les évaluations faites jugent satisfaisants par rapport aux autres ressources localement disponibles. Dans le cas de fractures ouvertes, la collaboration entre médecin (faisant la première toilette chirurgicale et garantissant la couverture antibiotique) et le TT (s'occupant de la réduction, de l'immobilisation et du suivi) est essentielle.



Photo 4 : Le médecin (Dr. O. Kodio) visite un patient en présence du Thérapeute Traditionnel au cours d'une "consultation intégrée"

Egalement, dans les domaines des troubles mentaux, des troubles du comportement et du malaise « psychique », le TT sont les seuls à travailler efficacement. Il connaissent en faite le background culturel des malades et de leurs familles et partagent avec eux les mêmes théories sur le monde, la personne et l'invisible. Il sont les principaux acteurs non seulement à cause de l'absence, sur le territoire, de psychologues ou psychiatres ; mais en tant que porteurs d'un savoir-faire *culture-bound*, et donc adapté, partagé, et dont l'efficacité n'est plus à démontrer. Dans ce domaine, le rôle de la MC consiste à côtoyer le TT spécialiste prenant en charge les maladies organiques souvent à l'origine ou accompagnant les troubles psychiques, où, en cas d'agitation ou angoisse grave, administrant les psychotropes nécessaires permettant au TT d'éviter la contention physique et ouvrant le malade à la relation thérapeutique.

Vers une approche intégrée à la santé

Ce qui est donc en train de se dessiner dans le Cercle de Bandiagara, au Mali, est un modèle de santé intégrée qui organise la pluralité des ressources, spécialistes et laïques, présentes sur le territoire, valorisant leur articulation. Le point de départ (la recette-clé de cette intervention) est l'identification des personnes, groupes ou institutions locales qui puissent

jouer le rôle de diplomates, organisateurs, activateurs entre les différents acteurs.⁴ Ce n'est pas une tâche facile, et une formation à la pluralité, à la renonce à la présomption de Vérité, à la capacité de s'engager dans un dialogue radical⁵ est nécessaire pour pouvoir efficacement résider dans les interstices entre systèmes. Une fois identifiés ceux qui peuvent jouer ce rôle, il s'agit de les soutenir dans leur travail de diplomates, faisant que les différents thérapeutes trouvent leur intérêt dans le partage du pouvoir de guérir, et acceptent de collaborer avec les ressources non spécialistes présentes. La santé est l'affaire de tous.

Résultats et perspectives

Les activités réalisées au Mali et Sénégal par le PVMTMS sont décrites dans les rapports publiés, entre autre, sur le site <http://medtrad.oriss.org>. La présence sur le même territoire et pendant une si longue période (de 1986 à aujourd'hui) d'activités de soutien à la MT et à son articulation avec la MC (activités gérées soit par les institutions nationales que par quelques coopérations internationales), a fait du Cercle de Bandiagara le terrain idéal d'expérimentation, d'observation et d'évaluation des politiques d'articulation. Ce terrain est devenu aujourd'hui un lieu privilégié de formation (pour les techniciens nationaux et internationaux) à une démarche qui, ayant fait au cours des années la preuve de son efficacité, s'est stabilisée devenant progressivement une approche reconnue et adoptée à Bandiagara comme ailleurs. Au cours de ce processus, les principaux résultats des recherches et des actions menées ont été publiés sur la presse scientifique et de divulgation. A la fin de cette année, le PVMTMS arrive à sa conclusion. Il devrait, dans les années à venir, se transformer dans un Projet Régional (Vème Région du Mali) généralisant, pérennisant et rendant visibles et partageables approches, méthodologies et résultats.

⁴ Les institutions chargées de l'éducation de base et les acteurs s'occupant de la sauvegarde de la salubrité, de la biodiversité et de la tutelle de l'environnement doivent par exemple être dès le début impliquées.

⁵ Le « dialogue radical » est défini, en ethnopsychiatrie et en philosophie interculturelle, comme le type de dialogue où les participants n'ont pas comme but prioritaire celui de convaincre les autres, mais celui d'apprendre des autres ; et d'où ils se rendent disponibles à sortir transformés.