

BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice

**UNIVERSITE POLYTECHNIQUE
DE BOBO DIOULASSO
(UPB)**



**INSTITUT SUPERIEUR DES
SCIENCES DE LA SANTE
(IN.S.SA)**



Année Universitaire : 2015-2016

Thèse N° 48

**CONNAISSANCES ATTITUDES ET PRATIQUES DES
TRADIPRATICIENS VIS-A-VIS DE L'ICTERE ET DES
HEPATITES VIRALES A BOBO DIOULASSO
(BURKINA FASO)**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 19 Décembre 2015

Pour l'obtention du **Grade de Docteur en MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par

BAMOUNI Sophie Fatoumata

Née le 07 Octobre 1989 à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Directeurs de Thèse

MCA SAWADOGO Appolinaire
MCA SOMBIE Issiaka

JURY

Président :

MCA SAVADOGO G.B. Léon

Membres :

MCA SOMBIE Issiaka

Dr BUSIA Kofi

Dr KOURA Mâli

MINISTRE DES
ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR

SECRETARIAT GENERAL

UNIVERSITE
POLYTECHNIQUE
DE BOBO-DIOULASSO

INSTITUT SUPERIEUR DES
SCIENCES
DE LA SANTE (IN.S.SA)
Tél. 20 98 38 52



BURKINA FASO

Unité- Progrès- Justice

ARRET DU CONSEIL SCIENTIFIQUE

PAR DELIBERATION, LE CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES DE LA SANTE (IN.S.SA.) A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS LES THESES DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'IL N'ENTEND LEUR DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION.

Pour le Conseil Scientifique

Le Directeur

Pr Ag Macaire OUEDRAOGO

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT ET
ADMINISTRATIF**

**LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS
DE L'INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES DE LA SANTE (IN.S.SA)
(ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 -2016)**

.....

1.	Directeur	MCA S. Macaire OUEDRAOGO
2.	Directeur Adjoint	MCA Léon G.B.SAVADOGO
3.	Chef du département médecine et spécialités Médicales	MCA Zakari NIKIEMA
4.	Chef du département de Gynécologie- Obstétrique	MCA Souleymane OUATTARA
5.	Chef de département de Santé publique	MCA Léon G. B. SAVADOGO
6.	Directeur des stages	MCA Patrick DAKOURE
7.	Chef du département de Chirurgie et spécialités chirurgicales	Dr Bakary SANON
8.	Chef du département de Pédiatrie	Dr K. Raymond CESSOUMA
9.	Chef du département des Sciences fondamentales et mixtes	Dr Salifo SAWADOGO
10.	Secrétaire principale	Mme Georgette YONI /SOMDA
11.	Chef du Service Administratif et Financier	M. Nazaire ZERBO
12.	Chef du Service de la Scolarité	M. Yacouba YAMBA
13.	Responsable du Service des Ressources Humaines	M. Seydou BANCE
14.	Responsable de la Bibliothèque	M. Mohéddine TRAORE
15.	Secrétaire du Directeur	Mme Fati SANGARE/OUIMINGA

LISTE DES ENSEIGNANTS PERMANENTS DE L'IN.S.SA

.....
(ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 -2016)
.....

1. PROFESSEURS TITULAIRES

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| 1. Robert T. GUIGUEMDE * | Parasitologie-Mycologie |
| 2. Blami DAO** | Gynécologie-obstétrique |

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Macaire OUEDRAOGO	Médecine interne/Endocrinologie
2. Souleymane OUATTARA	Gynécologie-obstétrique
3. Issiaka SOMBIE***	Epidémiologie
4. Jean Baptiste ANDONABA	Dermatologie-vénérologie
5. Zakary NIKIEMA	Imagerie médicale
6. Léon Blaise SAVADOGO	Epidémiologie
7. Patrick W.H. DAKOURE	Orthopédie-Traumatologie
8. Téné Marceline YAMEOGO	Médecine interne
9. Abdoulaye ELOLA	ORL
10. Sanata BAMBA	Parasitologie-Mycologie
11. Rasmané BEOGO	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale

3. MAITRES- ASSISTANTS

1. Jean Wenceslas DIALLO	Ophthalmologie
2. Armel G. PODA	Maladies infectieuses
3. Bakary Gustave SANON	Chirurgie -Anatomie
4. Carole Gilberte KYELEM	Médecine interne
5. Abdoul Salam OUEDRAOGO	Bactériologie/Virologie
6. Der Adolphe SOME	Gynécologie-obstétrique
7. Boukary DIALLO	Dermatologie-vénérologie
8. Salifou GANDEMA	Médecine physique/ Réadaptation
9. Aimé Arsène YAMEOGO	Cardiologie
10. Sa Seydou TRAORE	Imagerie médicale
11. Raymond CESSOUMA	Pédiatrie
12. Cyprien ZARE	Chirurgie
13. Ibrahim Alain TRAORE	Anesthésie Réanimation
14. Emile BIRBA	Pneumologie

4. ASSISTANTS

1. Moussa KERE	Psychiatrie
2. Salifo SAWADOGO	Hématologie
3. Sié Drissa BARRO	Anesthésie-Réanimation
4. Yacouba SOURABIE	Immunologie
5. Aimée DAKOURE/KISSOU	Pédiatrie
6. Jean Baptiste TOUGOUMA	Cardiologie
7. Ibrahim SANGARE	Parasitologie générale
8. Souleymane FOFANA	Pharmacologie générale
9. Malick DIALLO	Chirurgie orthopédie
10. Makoura BARRO	Pédiatrie
11. Richard Wend Lasida OUEDRAOGO	ORL et Chirurgie cervico-facial
12. Adama OUATTARA	Chirurgie Urologie

13. Issouf KONATE	Dermatologie
14. Valentin KONSEGRE	Anatomie pathologique
15. Mâli KOURA	Hépto-gastro-entérologie
16. Clément Zième MEDA	Epidémiologie
17. Mariam HEMA/DOLO	Ophthalmologie
18. Jacques ZOUNGRANA	Infectiologie
19. Adama DEMBELE	Gynécologie obstétrique
20. Mamoudou CISSE	Parasitologie
21. Michel GOMGNIBOU	Biologie moléculaire

* Doyen émérite

**En disponibilité

*** En détachement

LISTE DES ENSEIGNANTS VACATAIRES (2015 à 2016)

1. ENSEIGNANTS VACATAIRES DE L'UPB

1. Aboubacar TOGUYENI	Génétique
2. Ahmed SERE	Physique
3. Bétaboalé NAON	Physique
4. Georges Anicet OUEDRAOGO	Biochimie
5. Juliette DIALLO/TRANCHOT	Biologie cellulaire
6. M'Bi KABORE	Physique
7. Samadou COULIBALY	Anglais médical
8. Théodore M. Y. TAPSOBA	Maths et Statistiques
9. Younoussa MILLOGO	Chimie

2. ENSEIGNANTS VACATAIRES HORS UPB

1. Abel KABRE	Neurochirurgie
2. Adama LENGANI	Néphrologie
3. Adama TRAORE	Dermatologie
4. Alain ZOUBGA	Pneumologie
5. Alhassane SANOU	Anglais médical
6. Amadou TOURE	Histologie Embryologie
7. André SAMADOULOUGOU	Cardiologie
8. Appolinaire SAWADOGO	Pathologie digestive médicale
9. Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie

DEDICACES

DEDICACES

Nous dédions ce travail à :

- A l'Éternel Dieu, qui a toujours exaucé nos vœux et qui nous permet aujourd'hui d'accomplir ce travail. Merci mon Dieu.
- A notre mère, Al Hadja TOURE Assita, toujours soucieuse des autres, vous êtes un exemple de générosité incommensurable. Ménagère infatigable à la tâche, vous vous êtes toujours attachée à faire de nos sœurs et nous des femmes pas seulement à la tête bien pleine, mais aussi des bonnes ménagères à votre exemple. Votre affection et votre attention et vos prières à notre égard n'ont pas d'égal. Ce travail est un modeste témoignage de tous les sacrifices que vous avez consentis. Recevez à travers celui-ci, l'expression de notre profond respect et attachement. Puisse le tout puissant vous garder longtemps auprès de votre famille en parfaite santé.
- A notre père, BAMOUNI Jacques, toujours acharné et infatigable au travail, vous avez été pour nous un exemple de courage, de persévérance et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait. Parti de rien, vous vous êtes toujours battu pour nous assurer à nos frères et nous une vie et un avenir meilleur. Nous ne vous remercierons jamais assez. Recevez par ce travail le témoignage de notre profonde gratitude et attachement. Puisse le Seigneur vous garder longtemps auprès de nous dans la santé et la prospérité pour goûter au fruit de votre labeur.
- A nos frères et sœurs aînés, Edith, Bruno, Irène et Mohamed. Nous n'avons pas toujours vécu ensemble, mais nos liens de fraternité ne peuvent être nullement brisés par la distance ni l'absence. Recevez par ce travail, le témoignage de notre amour fraternel.
- A nos frères et sœurs cadets, Alexandre Issa, Aline Aïda, Didier Salif. J'espère avoir toujours été jusque-là un bon exemple pour vous. Merci pour cette joie de vivre en famille. Puisse le Seigneur vous combler de succès dans vos études.
- A nos oncles et tantes, en particulier à mon oncle KOUDANA Amadou " in memoriam", merci pour votre hospitalité lors de nos années de scolarisation à Banfora. Vous avez toujours incité vos enfants à suivre notre exemple, vous auriez été une fois de plus fier de nous aujourd'hui. Puissiez-vous reposer en paix auprès de l'Éternel !
- A nos cousins, cousines, neveux et nièces, puissions-nous toujours être une grande famille unie.
- A Serge L. GAMPENE, merci pour ton amitié et ton amour durant toutes ces années. A l'image de ces 9 années passées ensemble, nos amis ont l'habitude de dire que « nous avons un doctorat ensemble ». Voici alors venir par ce travail, notre deuxième Doctorat, fruit de toutes ces années de durs labeurs durant lesquelles tu nous as voué un amour et des encouragements sans limites.

Malgré la distance qui sépare la FRANCE et le BURKINA, tu as toujours été présent et tu nous as toujours apporté ton soutien. Puisse le Seigneur nous accorder de perdurer cet amour et de voir naître et grandir ses fruits.

- A M. Philippe GAMPENE, Mme Sophie GAMPENE, leurs enfants Cristelle et Rémi, leurs nièces Marie et Noëlla, leur belle fille Armelle et leur petit fils Nolan, vous nous avez toujours fait nous sentir dans notre famille. Puisse Dieu vous garder en bonne santé et puisse-t-il maintenir nos liens éternellement. Recevez par ce travail l'expression de mon attachement profond.
- A toute la 3^{ème} promotion de l'INSSA, vous serez toujours plus que des collègues, mais des amis. Puisse nous être des médecins acharnés au travail ayant toujours le souci des patients.
- A mes aînés de l'INSSA en particulier Jonas, Gafar, Eric, Nadia, Sonia merci pour vos encouragements et votre aide.
- A Ali Guy TOURE, merci pour le soutien et les encouragements et tous ces moments de fous rires.
- A mes amis Alice, Aïda Djamila, Binta, Arlette, Monique, Guy, Auguste, Rodrigue, Benjamin, Lass merci pour votre amitié et vos encouragements.
- A Marilyn Hope MOUTOUAMA, "in memoriam", notre amie, la mort t'a arrachée si précocement à nous, mais tu restes à jamais gravée dans nos esprits et dans nos cœurs. Puisse-tu reposer en paix auprès du père.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Ce travail est le fruit du soutien, des encouragements et de l'encadrement de plusieurs personnes. L'expression de notre profonde gratitude va à l'endroit de toutes ces personnes et en particulier à :

- **A l'ex Directeur de l'INSSA, Pr Robert T. GUIGUEMDE**, vous êtes le pilier et la forteresse de cet institut qui nous a offert cette formation et qui nous permet aujourd'hui d'accomplir ce travail. Merci pour la création de cet institut. Nous saisissons l'occasion pour vous remercier d'avoir introduit le module de médecine traditionnelle dans notre cher INSSA et pour le soutien financier et les encouragements à persévérer dans cette médecine. Soyez rassurer de sa grande utilité dans nos carrières de médecins africains. Cher maître votre rigueur et votre amour du travail bien fait, auxquels s'ajoutent votre humilité et votre générosité font de vous un modèle, une inspiration et une prestigieuse référence à tous les étudiants. Puisse Dieu vous gardez longtemps en bonne santé auprès de votre famille et de votre seconde famille qu'est l'INSSA.
- **Au Dr Kofi BUSIA** : Vous nous avez appris à comprendre et aimer la médecine traditionnelle à travers votre enseignement. Merci pour tout ce que vous faites pour le développement de la médecine traditionnelle dans la sous-région. Cher maître, merci pour votre accompagnement tout au long de l'élaboration de ce travail et pour votre soutien financier. Recevez à travers ce travail l'expression de notre profonde admiration et le mérite de tous vos efforts consentis en l'endroit de la Médecine traditionnelle et de nous vos étudiants. Puisse le Seigneur vous conférer toujours le courage, l'abnégation au travail et une santé parfaite pour l'accomplissement de votre noble mission.
- **Au Dr Appolinaire SAWADOGO**, nous vous remercions pour votre disponibilité, votre encadrement et pour l'immense honneur que vous nous faites en dirigeant cette thèse. Votre disponibilité, votre abord facile, votre générosité, vos qualités humaines forcent notre admiration et nous ont inspiré à travailler à vos côtés. Permettez-nous de vous exprimer ici, cher maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance. Que Dieu bénisse abondamment votre famille et vous !
- **Au Dr Issiaka SOMBIE**, nous vous remercions pour votre disponibilité et votre encadrement. C'est un immense honneur que vous nous faites en acceptant de codiriger cette thèse. Vous nous avez enseigné le module de Santé publique puis celui de méthodologie de la recherche, c'est grâce à vous que notre intérêt pour les problèmes majeurs de santé publique a été suscité. Cher maître, votre simplicité, votre humilité, votre grande ouverture d'esprit et votre

amour du travail bien fait font de vous un modèle qui inspire les étudiants. Soyez assurés de notre profonde gratitude. Que Dieu vous bénisse abondamment vous et votre famille!

- **Au Dr G. Léon SAVADOGO**, nous vous remercions pour votre disponibilité, votre encadrement et votre accompagnement. Malgré vos multiples occupations, vous nous avez accordé de votre temps pour la réalisation de ce travail. Vos apports ont été inestimables dans sa réalisation. Merci de votre accompagnement.
- **A l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS)**, merci pour l'accompagnement financier et pour l'intérêt porté à notre thèse. L'occasion nous a donné de remercier également cette organisation pour son œuvre de valorisation et de promotion de la médecine traditionnelle.
- **Aux enseignants de l'INSSA**, à tous et à chacun, nous disons merci du fond du cœur pour votre abnégation et de votre engagement à faire de nous des médecins excellents. Puisse Dieu bénir vos carrières respectives et vos familles
- **Au personnel de l'INSSA**, nous disons merci pour la formation.
- **Au Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou et à son personnel**, merci pour l'accueil et la formation dont nous avons bénéficiée lors de nos stages pratiques.
- **A M. Blaise DAHOUROU**, merci pour votre disponibilité et pour l'assistance informatique que vous nous avez apportée.
- **Aux présidents des associations des tradipraticiens « Sagesse » et « Relwendé », M. Moussa Sanou et M. Moussa Belem** ainsi qu'à tous leurs membres, merci d'avoir accepté participer à notre étude et merci pour les connaissances que vous nous avez apportées.
- **A M. Philippe GAMPENE**, merci pour les documents sur la pharmacopée que vous avez mis à notre disposition, sachez qu'ils nous ont été très utiles pour la réalisation de ce travail.
- **A tous ceux** qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail. Que le Dieu tout puissant vous comble au-delà de vos attentes.

Cher maître, vous avez tout de suite accepté d'accompagner cette thèse malgré vos nombreuses et importantes occupations et sollicitations. Soyez assuré de notre immense gratitude.

Nous avons bénéficié de vos enseignements sur la médecine traditionnelle en 6ème année. Vous nous y avez apporté une ouverture d'esprit sur la médecine traditionnelle.

Votre authentique humilité, votre remarquable générosité, votre sagesse africaine, l'étendue de votre savoir, et la noblesse de votre sacrifice font de vous un maître modèle et exemplaire. En quelques années vous êtes devenu une source d'inspiration intarissable pour les étudiants. En acceptant de sacrifier un peu de votre précieux temps pour juger ce modeste travail, vous nous faites un immense honneur. Que Dieu vous bénisse, vous et votre famille.

A notre maître et membre du jury

Mâli KOURA

Vous êtes :

- ❖ Médecin Spécialiste en Hépatogastro-Entérologie
- ❖ Assistant en Hépatogastro-Entérologie à l'INSSA

Grand est l'honneur que vous nous faites en acceptant juger ce travail. Nous sommes sensibles à votre disponibilité malgré vos nombreuses occupations. Nous sommes rassurés quant à l'amélioration de la qualité de notre travail.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre encadrement lors de notre stage interné dans le service d'Hépatogastro-Entérologie.

Cher maître, votre abnégation au travail, votre amour du travail bien fait, votre disponibilité, votre simplicité font de vous un maître remarquable et attachant.

Nous vous souhaitons une longue vie pleine de bonheur et de réussite à vous et à votre famille et une carrière pleine de réussite dans l'enseignement!

A notre maître et Directeur de thèse

Apollinaire SAWADOGO

Vous êtes :

- ❖ Médecin Spécialiste en Hépatogastro-entérologie,
- ❖ Maître de conférences Agrégé en Hépatogastro-entérologie à l'UFR SDS/UO
- ❖ Enseignant de Pathologie digestive médicale à l'UFR SDS et à l'IN.S.SA
- ❖ Chef de Service d'Hépatogastro-entérologie au CHUSS.

Honorable Maître, nous ne saurions exprimer notre joie et fierté pour le grand honneur que vous nous faites, en acceptant de sacrifier de votre précieux temps pour diriger ce travail. Nous sommes rassurée, avec votre accompagnement, de sa qualité. Soyez assuré de notre sincère et profonde reconnaissance.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos enseignements et de votre encadrement tout au long de notre formation. Nous avons tout de suite été impressionnée par l'étendue de vos connaissances, votre simplicité malgré le grand homme scientifique que vous êtes, mais surtout par votre accessibilité, car oui cher maître, vous êtes l'un des maîtres les plus accessibles que nous connaissons. Toutes ces qualités forcent l'admiration de vos étudiants et en particulier la nôtre.

Que Dieu vous bénisse ainsi que votre famille, qu'il vous accorde longue vie, succès et reconnaissance dans toutes vos entreprises et que votre chemin vers la titularisation ne soit plus que de quelques pas.

A notre Maître et Co-Directeur de thèse

Issiaka SOMBIE

Vous êtes :

- ❖ Médecin épidémiologiste
- ❖ Maître de Conférences agrégé en Epidémiologie à l'INSSA
- ❖ Professionnel en Charge de la Recherche à l'Organisation Ouest Africaine de la Santé
- ❖ Secrétaire Général de l'Association pour les Sciences de la Santé du Burkina (ASSB)

C'est un immense honneur que vous nous faites en acceptant de diriger cette thèse. Vous nous avez enseigné le module de Santé publique puis celui de méthodologie de la recherche, c'est grâce à vous que notre intérêt pour les problèmes majeurs de santé

publique a été suscité. Cher maître, votre simplicité, votre humilité, votre grande ouverture d'esprit et votre amour du travail bien fait font de vous un modèle qui inspire les étudiants.

Que Dieu vous bénisse ainsi que votre famille, qu'il vous accorde longue vie, succès et reconnaissance dans toutes vos entreprises et que votre chemin vers la titularisation ne soit plus que de quelques pas.

A NOS MAITRES ET JUGES

A notre maître et Président du jury

Léon G. Blaise SAVADOGO

Vous êtes :

- ❖ Médecin épidémiologiste et spécialiste en nutrition.
- ❖ Maître de Conférences Agrégé en Epidémiologie à l'INSSA
- ❖ Directeur adjoint de l'INSSA
- ❖ Chef du Département de Santé Publique de l'INSSA
- ❖ Coordonnateur de l'unité de recherche et de formation sur la nutrition la santé et la survie de la mère et de l'enfant de l'INSSA
- ❖ Chef du service d'information sanitaire du Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHUSS)

Cher maître, c'est un grand honneur et un immense privilège que vous nous accordez en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Soyez assuré de notre infinie et sincère gratitude !

Nous avons eu la chance et l'immense privilège d'avoir bénéficié de vos enseignements au cours de notre formation. Nous avons toujours été impressionnés par votre simplicité, votre sens de l'organisation, votre polyvalence, votre sincère humilité, votre générosité, et votre amour du travail bien fait. Nous avons bénéficié de vos conseils avisés emprunts de sagesse et d'amour. Ces qualités pédagogiques, humaines et scientifiques font de vous une référence dans le monde scientifique, en témoigne votre remarquable carrière d'enseignant et de chercheur. Vous êtes un éminent chercheur, une référence et un modèle pour nous, étudiants et votre réussite au concours d'agrégation 2014 en est le témoignage. Que Dieu vous bénisse abondamment vous et votre famille !

A notre maître et membre du jury

Kofi BUSIA

Vous êtes :

- ❖ Médecin phytothérapeute,
- ❖ Professionnel en charge de la médecine traditionnelle à l'Organisation Ouest africaine de la santé (OOAS),
- ❖ Chevalier de l'ordre national du Burkina Faso

SOMMAIRE

SOMMAIRE

ARRET DU CONSEIL SCIENTIFIQUE	iv
LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT ET ADMINISTRATIF	ii
DEDICACES.....	viii
SOMMAIRE	xix
RESUME.....	xxiv
ABSTRACT.....	xxvi
SIGLES ET ABREVIATIONS	xxviii
LISTE DES TABLEAUX.....	xxxii
LISTES DES GRAPHIQUES ET FIGURES.....	xxxv
INTRODUCTION ET PROBLEMATIQUE	2
.....	4
I. GENERALITES.....	5
I.1. L'ICTERE.....	5
I.1.1. Définition de concepts.....	5
I.1.2. Epidémiologie –historique de l'ictère	5
I.1.3. Physiopathologie – Classification	6
I.1.4. Etiologie des ictères	7
I.1.5. Prise en charge de l'ictère	9
I.2. LES HEPATITES VIRALES	9
I.2.1. Définitions.....	9
I.2.2. Rappels virologiques-épidémiologique et historique.....	9
I.2.3. Diagnostic	11
I.2.4. Traitement et prévention	14
I.3. LA MEDECINE TRADITIONNELLE	15
I.3.1. Définition de concepts.....	15
I.3.2. Historique de la Médecine traditionnelle	17
I.3.3. Les moyens de la médecine traditionnelle	18
II. REVUE DE LA LITTERATURE	21
II.1. Itinéraire thérapeutiques des populations	21
II.2. Caractéristiques sociodémographiques des tradipraticiens.....	21
II.3. Perceptions de l'ictère par les Tradipraticiens et les populations	23
II.4. Connaissances et pratiques des tradipraticiens et des populations vis-à-vis des hépatites	24
II.5. Les plantes utilisées pour le traitement de l'ictère en médecine traditionnelle	24

II.6. Les plantes utilisées pour le traitement des hépatites en médecine traditionnelle	27
III. QUESTION DE RECHERCHE	32
IV. OBJECTIFS	34
IV.1. Objectif général	34
IV.2. Objectifs spécifiques	34
V. CADRE ET CHAMP D'ETUDE	36
V.1. Cadre de l'étude.....	36
V.1.1. Le Burkina Faso	36
V.1.2. La région des Hauts Bassins	36
V.2. Le champ d'étude : La ville de Bobo-Dioulasso	39
VI. METHODOLOGIE.....	41
VI.1. Type d'étude et période d'étude.....	41
VI.2. Population d'étude	41
VI.3. Echantillonnage.....	41
VI.3.1. Calcul de la taille de l'échantillon.....	41
VI.3.2. Méthode et techniques.....	42
VI. 4. Description des variables étudiées	42
VI.5. Définitions opérationnelles	43
VI. 6. Collecte des données	43
VI. 6-Analyse des données.....	44
VI. 6.1. Gestion des données	44
VI. 6.2.Analyse Statistique.....	45
VII. CONSIDERATIONS ETHIQUES	49
VIII. RESULTATS	51
VIII.1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des TPS.....	51
VIII.1.1. L'âge des TPS.....	51
VIII.1.3. Le statut matrimonial des TPS.....	51
VIII.1.4. Le niveau d'étude des TPS	52
VIII.1.5. L'ancienneté dans l'exercice de la MT	52
VIII.1.6. Les types de formations reçues par les TPS pour l'exercice de la MT	53
VIII.1.7. La possession d'une autorisation d'exercice	54
VIII.1.8. La zone de couverture par les soins des TPS.....	54
VIII.1.9. Les populations cibles	54
VIII.1.10. Le nombre de maladies traitées	54

VIII.1.11. Les autres professions exercées par les TPS.....	54
VIII.1.12. Les principales maladies traitées par les TPS.....	55
VIII.2. Les connaissances des TPS sur l'ictère	56
VIII.2.1. Connaissance de la définition de l'ictère	56
VIII.2.2. Connaissances des TPS sur les causes de l'ictère.....	56
VIII.3. Les attitudes et pratiques des TPS en matière de prise en charge de l'ictère	57
VIII.3.1. Les TPS qui traitaient l'ictère.....	57
VIII.3.2. Les différents moyens utilisés pour le traitement de l'ictère par les TPS.....	58
VIII.3.3. Les parties des plantes utilisées	60
VIII.3.4. Les formes de présentation des remèdes contre l'ictère	60
VIII.3.5. Le mode d'administration.....	60
VIII.3.6. Les mesures d'accompagnement du traitement.....	60
VIII.3.7. La durée du traitement	60
VIII.3.8. Les effets secondaires du traitement.....	61
VIII.3.9. La compatibilité avec la médecine moderne	61
VIII.3.10. La disponibilité des recettes sur le marché	61
VIII.3.11. La préparation des recettes	62
VIII.3.12. La collaboration avec la médecine moderne	62
VIII.4. Les connaissances des TPS sur les hépatites virales	64
VIII.4.1. Connaissance de la définition et des sortes d'hépatites virales.....	64
VIII.4.2 Connaissances des TPS sur les aspects étiopathogéniques des hépatites virales.....	66
VIII.4.3. Connaissances sur les aspects cliniques et évolutifs des hépatites virales	68
VIII.4.4. Connaissance globale sur les hépatites virales	68
VIII.5. Les attitudes et pratiques des TPS en matière de prise en charge des hépatites virales	69
VIII.5.1. Les TPS qui traitent les hépatites virales.....	69
VIII.5.3. Les plantes médicinales utilisées pour le traitement des hépatites virales.....	70
VIII.5.4. Les parties des plantes utilisées	72
VIII.5.5. Les formes de préparation	72
VIII.5.6. Le mode d'administration des remèdes anti-hépatitiques.....	72
VIII.5.7. Les mesures d'accompagnement du traitement.....	73
VIII.5.8. La durée du traitement.....	73
VIII.5.9. La disponibilité des recettes anti-hépatitiques sur le marché	73
VIII.5.10. Le coût du traitement	74
VIII.5.11. Les effets secondaires du traitement.....	74

VIII.5.12. La compatibilité avec la médecine moderne	74
V.5.13. La collaboration avec la médecine moderne	74
IX. DISCUSSION ET COMMENTAIRES	77
IX.1. Limites et contraintes de l'étude	77
IX.2. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des TPS	78
IX.2.1. Caractéristiques sociodémographiques	78
IX.2.2. Caractéristiques professionnelles	78
IX.3. Connaissances sur l'ictère	80
IX.4. Les pratiques curatives en matière d'ictère	80
IX.5. Les connaissances sur les hépatites virales	82
IX.6. Les pratiques curatives face aux hépatites virales	83
IX.7. Justification de l'utilisation des plantes	84
IX.7.1. <i>Combretum micranthum</i>	84
IX.7.2. <i>Cochlospermum tinctorium</i>	85
IX.7.3. <i>Entada africana</i>	85
IX.7.4. <i>Terminalia macroptera</i>	85
IX.7.5. <i>Phyllanthus niruri</i>	86
IX.7.6. <i>Desmodium adscendens</i>	86
IX.8. Approche comparée de la médecine moderne et de la phytothérapie traditionnelle en matière d'hépatites	86
IX.8.1. Diagnostic	86
IX.8.2. Traitement	87
CONCLUSION	89
.....	90
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	94
ANNEXES	99
SERMENT D'HYPPOCRATE.....	114
En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.	114

RESUME

RESUME

Introduction : Les hépatites virales constituent un véritable problème de santé publique à l'échelle mondiale et au Burkina Faso. Les tradipraticiens sont largement impliqués dans sa prise en charge thérapeutique. L'ictère qui en est un des symptômes pose un problème de préjugés et de connaissance sur son étiologie par la population et les tradipraticiens dans notre contexte. L'objectif de notre étude était d'étudier les connaissances attitudes et pratiques des tradipraticiens sur l'ictère et les hépatites virales.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude transversale descriptive par questionnaire réalisée du 1^{er} février au 30 avril 2015 auprès de 100 tradipraticiens affiliés aux deux associations de tradipraticiens de Bobo Dioulasso.

Résultats : L'âge moyen des tradipraticiens était de 48,51 [\pm 14,04] ans et le sexe ratio de 1,9. Plus de la moitié (59%) n'était pas lettrée. Le nombre moyen d'années d'exercice était de 18,28 [\pm 11,43] ans, la majorité (73%) avait reçu une formation de type familial pour l'exercice de la fonction et seulement une minorité (18%) avait une autorisation d'exercice. Malgré le fait que tous (100%) savaient reconnaître un ictère, le niveau de connaissance sur les causes est apparu insuffisant chez 91% d'entre eux. Seulement 10% citaient les hépatites à l'inverse du paludisme (69%). La connaissance sur les hépatites virales était également apparue en général insuffisante chez 95%. Nous avons enregistré un bon niveau de connaissance sur la définition chez 57%, sur l'étiologie virale chez 8,8%, sur les sortes d'hépatites virales chez 3,5%. Les principales voies de contamination à savoir sexuelle et sanguine étaient connues respectivement de 44,4% et 11,1%. Concernant les aspects cliniques et évolutives, l'ictère et la fièvre n'étaient connus que respectivement de 14,03% et 3,5%. La vaccination n'était connue que de seulement 26,4%. L'alphabétisation a été associée à une connaissance globale satisfaisante sur hépatites virales ($p=0,01$) contrairement à l'ancienneté dans la pratique ($p=0,16$). Les plantes seules comme remèdes étaient majoritairement utilisées (86,5% pour l'ictère et 91,5% pour les hépatites virales). Les plus citées dans les deux traitements étaient *Cochlespermum tinctorium*, *Terminalia macroptera*, *Anogeissus leiocarpus*, *Combretum micranthum*, *Entada africana*. La plante la plus citée pour le traitement de l'ictère était *Cochlespermum tinctorium* et celle pour les hépatites virales était *Chrysanthelium americana*. Les feuilles étaient les plus utilisées (62,5%). La forme de présentation la plus utilisée était la décoction (74,7% pour l'ictère et 82,6% pour les hépatites virales). La voie d'administration la plus préconisée était la voie orale (92,7% pour l'ictère et 91,3% pour les hépatites virales). Encore 9,1% d'entre eux continuent à croire que le traitement moderne est nocif, voire, mortel en cas d'ictère. Les Analyses médicales étaient la principale raison de référence à la médecine moderne (48,7% pour l'ictère et 62,5% pour les hépatites virales).

Conclusion : Cette étude a mis en évidence une insuffisance de connaissance des TPS sur l'ictère et les hépatites virales. La bonne connaissance de ces deux entités a été associée à l'alphabétisation. Les plantes occupent une place prépondérante dans l'arsenal thérapeutique et certaines retrouvées dans notre étude devraient faire l'objet d'études pharmacologiques.

Mots clés : connaissances, ictère, hépatites virales, médecine traditionnelle, Burkina Faso



ABSTRACT

ABSTRACT

Introduction: Viral hepatitis are serious public health problem in the world and specially in Burkina. Traditional healers are widely implied in their treatment. Jaundice which is one of symptoms is a problem of prejudice and knowledges about its causes by population and traditional healers in our country. The aim of our study was to investigate the knowledge attitudes and practices of traditional healers on jaundice and viral hepatitis.

Methodology: This is a descriptive cross sectional study conducted from February 1st to April 30th 2015. It concerned 100 TH of Bobo-Dioulasso affiliated to the two associations of Traditional healers. Data were collected using a questionnaire administered by an interviewer.

Results: The mean age of participants was 48.51 [\pm 14.04] years and the sex ratio was 1.9. More of half of TH (59%) were not literate. The average number of years of experience was 18.28 [\pm 11.43] years. The majority (73%) has received a familial training and only 18% had a license for their practice. Despite of the fact that all (100%) knew jaundice, the level of knowledge about causes of jaundice of majority (91%) was insufficient. Only 10% of TH named hepatitis as a cause versus malaria named by 69%. Knowledges about viral hepatitis, in general, were also insufficient for 95% among them. We recorded a good level of knowledge on definition in 57% of them, on viral etiology in 8.8% of them, on kind of viral hepatitis in 3.5% of them. Main ways of transmission, sexual way and blood way were known respectively by 44.4% and 11.1%. Involve clinical aspects, jaundice and fever were known respectively by only 14.03% and 3.5%. Vaccination was known by only 26.4%. Literacy has been associated with a good level of global knowledge about viral hepatitis ($p=0.01$) opposite to duration in practice ($p=0.16$). Majority used only plants to cure jaundice (86.5) and hepatitis (91.5%). Most used in both treatments were *Cochlespermum tinctorium*, *Terminalia macroptera*, *Anogeissus leiocarpus*, *Combretum micranthum*, *Entada africana*. The plant use the most to cure jaundice was *Cochlespermum tinctorium* and that use the most to cure viral hepatitis was *Chrysanthelium americana*. Leaves were the most part used (62.5%). The most commonly used form of presentation was decoction (74.7% for jaundice and 82.6% for viral hepatitis). Oral route was the most recommended by traditional healers (92.7% for jaundice and 91.3% for viral hepatitis). 9.1% of them still believed that modern treatment is hurtful even lethal for patient with jaundice. Medical analyses were the main reason of reference to modern medicine (48.7% for jaundice end 62.5% for viral hepatitis).

Conclusion: This study revealed a lack of knowledge of traditional healers about jaundice and viral hepatitis. The good level of knowledge was associated with literacy. Plants took a dominant place in treatment offered by traditional healers and some of these plants mentioned in our study should be used for pharmacological studies.

Keywords: Knowledge, jaundice, viral hepatitis, traditional medicine, Burkina Faso

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADN : Acide Désoxyribonucléique

Ac: Anticorps

Ac HBc : Anticorps anti HBc

Ag: Antigène

Ag HBc: Antigène HBc

Ag HBs: Antigène HBs

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

AI: All

ALAT: Alanine Amino Transférase

ARN : Acide Ribonucléique

ASAT : Aspartate Amino Transférase

ASSB : Association pour les Sciences de la Santé du Burkina

Avant J-C : Avant Jésus-Christ

BAC : Baccalauréat

BC : Bilirubine Conjuguée

BNC : Bilirubine Non Conjuguée

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHUSS : Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou

CHUYO : Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo

CM : Centre Médical

CMA : Centre Médical avec Antenne chirurgicale

CMI : Concentration Minimale Inhibitrice

Col : Collaborateurs

CPRE : Cholangio-Pancréatographie Rétrograde Endoscopique

CRTS : Centre Régional de Transfusion Sanguine

CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale

DS : District Sanitaire

ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique

GGT : Gamma Glutamyl Transpeptidase

GT : Glucuronyl- Transférase

Ig : Immunoglobuline

IgA : Immunoglobuline A

IgG : Immunoglobuline G

IgM : Immunoglobuline M

IFN- α : Interféron Alpha

INSD : Institut National des Statistiques et de la Démographie

INSSA : Institut Supérieur des Sciences de la Santé

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IRSS : Institut de Recherche en Sciences de la Santé

LNSP : Laboratoire National de Santé Publique

MT : Médecine Traditionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OOAS : Organisation Ouest Africaine de la Santé

PAL : Phosphatases alcalines

PCR : Polymerase Chain Reaction

PIB : Produit Intérieur Brut

RGPH: Recensement général de la Population et de l'Habitation

SDS : Sciences de la Santé

TDM : Tomodensitométrie

TH : Traditionnal Healers

TP : Taux de Prothrombine

TPS : Tradipraticien de Santé

TQ : Temps de Quick

UFR : Unité de Formation et de Recherche

UPB : Université Polytechnique de Bobo Dioulasso

URSS : Union des Républiques Socialistes Soviétiques

VHA : Virus de l'Hépatite A

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VHD : Virus de l'Hépatite Delta

VHE : Virus de l'Hépatite E

LISTE DES TABLEAUX



LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des TPS selon le niveau d'étude.....	63
Tableau II : Répartition des TPS selon la zone de couverture.....	63
Tableau III : Connaissance sur les causes de l'ictère et degré d'alphabétisation du TPS.....	69
Tableau IV : Connaissance sur les causes de l'ictère et nombre d'années d'exercice du TPS.....	69
Tableau V : Récapitulatif des plantes médicinales utilisées pour le traitement de l'ictère.....	71
Tableau VI : Vente des recettes sur le marché et sexe du TPS.....	74
Tableau VII : Préparation des recettes et sexe du TPS.....	75
Tableau VIII : Raisons de référence des cas d'ictère à la médecine moderne....	76
Tableau IX : Raisons de non référence des cas d'ictère à la médecine moderne.....	76
Tableau X : Connaissance de la définition d'hépatite et degré d'alphabétisation du TPS.....	77
Tableau XI : Connaissance de la définition d'hépatite et nombre d'années d'exercice du TPS.....	78
Tableau XII : Répartition des sortes d'hépatites virales connues des TPS.....	78
Tableau XIII : Répartition des différentes voies de contamination citées par les TPS.....	80
Tableau XIV : Répartition des TPS selon le niveau de connaissance sur les mesures préventives des hépatites virales.....	81
Tableau XV : Les différents symptômes d'hépatite évoqués par les TPS.....	82
Tableau XVI : Connaissance globale sur les hépatites virales	

et degré d’alphabétisation du TPS.....	83
Tableau XVII : Connaissance globale sur les hépatites virales et ancienneté du TPS.....	83
Tableau XVIII : Récapitulatif des plantes médicinales utilisées par les TPS pour le traitement des hépatites.....	85
Tableau XIX : Variation de la durée du traitement des hépatites.....	88
Tableau XX : Variation du coût des prestations pour le traitement des hépatites.....	89

LISTE DES GRAPHIQUES ET FIGURES

LISTES DES GRAPHIQUES ET FIGURES

Figure 1 : Répartition des TPS selon les tranches d'âge.....	62
Figure 2 : Répartition des TPS selon le statut matrimonial.....	63
Figure 3 : Répartition des TPS selon les tranches d'années d'exercice de la MT	
Figure 4 : Répartition des TPS selon le type de formation reçue pour l'exercice de la fonction.....	65
Figure 5 : Répartition des professionnelles additionnelles exercées par les TPS.....	66
Figure 6 : Répartition des principales maladies traitées par les TPS.....	67
Figure 7 : Répartition des différentes causes de l'ictère citées par les TPS.....	68
Figure 8 : Les types de remèdes utilisés par les TPS pour le traitement de l'ictère.....	70
Figure 9: Les parties des plantes utilisées pour le traitement de l'ictère.....	72
Figure 10 : Les raisons d'incompatibilité du traitement traditionnelle d'avec le traitement moderne dans la prise en charge de l'ictère.....	74
Figure 11 : Répartition des différentes définitions d'hépatites données par les TPS.....	77
Figure 12 : Répartition des TPS selon le niveau de connaissance sur les sortes d'hépatites virales.....	79
Figure 13 : Répartition des différentes causes d'hépatites virales cités par les TPS.....	79
Figure 14 : Les mesures préventives contre les hépatites virales.....	81
Figure 15 : Les différents moyens thérapeutiques utilisés par les TPS contre les hépatites virales.....	84

Figure 16 : Les différents modes d'administration des remèdes contre les hépatites virales.....	87
Figure 17 : Les Raisons de référence des cas d'hépatites virale à la médecine moderne.....	90

INTRODUCTION ET PROBLEMATIQUE

INTRODUCTION ET PROBLEMATIQUE

Les hépatites virales sont un groupe de maladies du foie caractérisées par une inflammation du parenchyme hépatique secondaire à une infection virale par les 5 virus hépatotropes (virus des hépatites A, B, C, D, E) et plus rarement les virus du groupes herpès (CMV, EBV, HSV) [1].

Les hépatites virales constituent un véritable problème de santé publique à l'échelle mondiale et les hépatites B et C étant les plus pourvoyeuses de complications. L'hépatite B est la plus répandue des hépatites virales dans le monde. En effet, selon l'Organisation mondiale de la Santé, près de 350 millions de personnes sont infectées par le virus de l'hépatite B (VHB) dans le monde entier, et majoritairement dans les pays en voie de développement et plus de 240 millions d'infections chroniques par le VHB [2]. L'OMS estimait la prévalence de l'hépatite B chronique à plus de 8% en Afrique de l'Ouest en 2012 [3]. La prévalence de l'hépatite C dans les zones de forte endémicité (Japon et l'Europe du Sud) est estimée à 1.2 à 1.5%. Les prévalences de l'hépatite A et E quant à elles sont élevées dans les pays à faible niveau d'hygiène (Afrique, Asie, Amérique du sud) mais sont d'une moindre gravité que l'hépatite B et C. En raison de sa prévalence élevée du VHB, le Burkina Faso a été classé par l'OMS en 2002 comme une zone de forte endémicité. Le virus de l'hépatite C (VHC), quant à lui, au Burkina Faso est responsable d'environ 900 décès par an [3]. Une étude publiée en 2014, sur la séroépidémiologie de l'hépatite B et C dans la population générale du Burkina Faso a révélé que les porteurs d'antigène Hbs en général représentaient 14.47% de la population et la prévalence du VHC était de 1,00% [3].

Les hépatites virales se manifestent par un symptôme fréquent qu'est l'ictère et par d'autres symptômes moins spécifiques. Le diagnostic dans notre contexte se fait tardivement à des stades de complications. Le traitement proposé par la médecine moderne se fait par les analogues nucléosidiques et l'interféron pégylé, molécule très peu disponible dans notre contexte. Ce traitement est long et couteux. Ce qui justifie d'un recours fréquent à la médecine traditionnelle. En effet aujourd'hui, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), près de 80% de la population du monde dépendent de la médecine traditionnelle pour leurs besoins en matière de soins de santé primaires et en particulier les pays caractérisés par un revenu faible de la population. [4, 5]. Lors de la Conférence internationale sur la médecine traditionnelle pour les pays d'Asie du Sud-Est, en février 2013, le Directeur général de l'OMS, le Dr Margaret Chan, a affirmé que « les médecines traditionnelles dont la qualité, la sécurité et l'efficacité sont avérées, participent à la réalisation de l'objectif de donner à tous un accès aux soins. Pour plusieurs millions de personnes, les médicaments à base de plantes, les traitements traditionnels et les praticiens traditionnels constituent la principale voire l'unique source de soins de santé. Ces soins sont proches des gens,

faciles d'accès et financièrement abordables. Ils sont également culturellement acceptables et un grand nombre de personnes leur font confiance »[6]. Ces praticiens traditionnels traitent un bon nombre d'affections dont les hépatopathies qui se manifestent par un symptôme fréquent qu'est l'ictère et bon nombre d'entre eux proposent des remèdes à base de plantes médicinales contre l'hépatite B [7]. Au Burkina Faso, une étude menée en 2013 sur les ictères dans un CHU a estimé le délai moyen de consultation à $20,6 \pm 15,2$ jours depuis le début des symptômes et a trouvé que les hépatites virales représentaient la deuxième cause la plus fréquente [8]. Ces retards de consultation et de diagnostic peuvent s'expliquer par le fait d'une première consultation et prise en charge chez les tradipraticiens. Au Burkina Faso, l'intérêt porté à la Médecine Traditionnelle s'explique d'abord par le fait que cette dernière est une partie intégrante de la culture des populations qui y recourent. Aussi, les croyances culturelles laissent croire que l'ictère ne se traite pas par les médicaments modernes surtout la voie injectable le tout concourant à retarder les consultations dans les services de santé modernes.

Les tradipraticiens utilisent pour traiter les maladies des décoctions de plantes dont l'inventaire est énorme. En effet au cours des dernières décennies, il y a eu un intérêt croissant pour l'étude des plantes médicinales et leur utilisation traditionnelle dans différentes parties du monde [4]. Plusieurs études menées sur le domaine de la médecine traditionnelle ont consisté pour la plupart en des études ethnobotaniques ou ethno-pharmacologiques des plantes utilisées par les tradipraticiens mais peu d'études se sont intéressées aux connaissances même de ces Tradipraticiens sur les maladies qu'ils traitent en général et particulièrement les hépatites virales et l'ictère.

Le but de notre étude est donc l'évaluation des connaissances des Tradipraticiens, la détermination de leur attitudes et pratiques face aux cas d'ictère et d'hépatites virales qu'ils rencontrent, d'en faire ressortir la concordance et les discordances d'avec la médecine moderne afin de proposer un programme de formation adapté dans une perspective d'articulation entre les deux systèmes et d'amélioration de la précocité et de la qualité de la prise en charge des cas d'ictère et d'hépatites virales.

GENERALITES

I. GENERALITES

I.1. L'ICTERE

I.1.1. Définition de concepts

I.1.1.1. Ictère

L'ictère est caractérisé par une coloration jaune à bronze, généralisée, des téguments, essentiellement la peau et les muqueuses en rapport avec un dépôt de bilirubine due à une augmentation de la bilirubinémie. La bilirubinémie normale, presque entièrement sous forme non conjuguée, est comprise entre 5 et 17 $\mu\text{mol/L}$. Une bilirubinémie comprise entre 20 et 30 $\mu\text{mol/L}$ est anormalement élevée mais cette élévation est indétectable par l'inspection du patient. Un subictère apparaît lorsque la bilirubinémie dépasse 30 $\mu\text{mol/L}$ et est visible en regard de la sclère oculaire, endroit le plus clair des téguments. Un ictère franc apparaît au-delà de 50 $\mu\text{mol/L}$. [9,10]

I.1.1.2. Bilirubine

La bilirubine est un pigment provenant du catabolisme de l'hémoglobine des hématies sénescents (80 à 85%) et de l'érythropoïèse non efficace (15 à 20%) ou des sources extraérythroïétiques (5%). [10]

I.1.1.3. Ictère nucléaire

C'est une encéphalopathie bilirubinique due à la toxicité de la bilirubine non conjuguée pour le cerveau qui est particulièrement vulnérable dans la période néonatale et en cas d'augmentation brutale et marquée de la bilirubinémie.

Le nouveau-né y est donc particulièrement exposé au cours des hyperhémolyses de l'incompatibilité fœto-maternelle et au cours du syndrome de Crigler-Najjar. Les concentrations de bilirubine non conjuguée atteintes au cours de l'ictère physiologique observé après la naissance ne sont jamais suffisantes pour entraîner une encéphalopathie. L'encéphalopathie bilirubinique est source de séquelles graves, cognitives et motrices [10].

I.1.2. Epidémiologie –historique de l'ictère

L'ictère communément appelé jaunisse est un symptôme facilement identifiable, il paraissait bien naturel que l'homme, confronté à une modification de la couleur de ses yeux et de sa peau ait recherché les causes de cette transformation. Ainsi, le "premier traité de médecine" écrit, 3 000 ans avant J.C, décrit déjà cette coloration particulière que prennent les téguments et les conjonctives lors de l'accumulation de bilirubine dans ces tissus entraînant la jaunisse.

Hippocrate (460-370 environ avant J.C.), cite pour la première fois le mot ictère signifiant jaunisse dans le Corpus Hippocratique. Il est probable que le mot ictère provienne de l'observation d'animaux, notamment la fouine iktis ou le milan iktivos, qui tous deux ont les conjonctives jaunes, d'où le nom de icteros en grec traduit par les latins en icterus, pour désigner ce symptôme observé chez les malades présentant une jaunisse.

La première description d'une épidémie d'ictère fut réalisée en 751 à Mayence, par l'Archidiacre de Mayence Saint Boniface dans une lettre adressée au pape Zacharie qui lui conseilla d'isoler les malades.

En 1951, R. Labat publia un ouvrage : "traité acadien de diagnostics médicaux", somme des études les plus récentes effectuées dans le domaine dans lequel celui-ci parvint à isoler certaines maladies : "La jaunisse : si son corps est jaune, son visage jaune, ses yeux jaunes, si ses chairs deviennent flasques : c'est la jaunisse".

Le terme « Jaunisse des camps » a été utilisé pour désigner des épidémies d'ictère apparaissant sur les lieux où les troupes armées se regroupaient. En 1898, Georges Dieulafoy parlait plutôt de « l'ictère vernal ou automnal ».

Certains auteurs dégagèrent des facteurs prédisposant comme les carences alimentaires, d'autres théories telles que celle de JP. Herliz en 1761, qui accusait le temps humide, le manque de nourriture, la peine, la tristesse, les troubles psychiques, de même que les chocs nerveux.

La théorie de l'ictère catarrhale fut initialement développée par Rudolph Virchow (1821-1902), reprise par M. Chauffard qui lui donna pour origine des poisons putrides formés dans l'intestin (ptomaïnes) [11].

I.1.3. Physiopathologie – Classification

La bilirubine provient de la dégradation de l'hème qui est lui-même un produit de la dégradation des hématies sénescents pour majorité (80 %) et pour d'autres sources (20 %). Cette bilirubine est non conjuguée (BNC) et est transportée dans le plasma liée aux protéines (albumine). Elle est non soluble dans l'eau et n'est pas éliminée par les urines. Le complexe BNC albumine est dissocié et la BNC est captée par l'hépatocyte au niveau de la membrane sinusoïdale pour être conjuguée grâce à la glucuronyl transférase et devenir ainsi hydrosoluble : elle s'élimine dans les urines et en cas d'ictère leur confère une teinte foncée. Une fois conjuguée, la bilirubine conjuguée (BC) est excrétée au pôle biliaire de l'hépatocyte. La bilirubine conjuguée au niveau intestinal subit une série de réductions sous l'effet d'enzymes d'origine bactérienne

aboutissant à la formation d'urobilinogène, de mésobilinogène, de stercobilinogène (éliminé dans les selles après oxydation en stercobiline donne la coloration des selles).

Chez le sujet normal, l'urobilinogène peut être absorbé puis éliminé dans les urines, la BC peut être déconjuguée dans l'intestin et entrer dans le cycle entéro- hépatique.

Un ictère peut être dû à 2 mécanismes essentiels :

Une augmentation de la production de la bilirubine d'origine hématologique (hémolyse)= ictère à bilirubine non conjuguée

Un défaut d'élimination de la bile :

- Soit par un défaut héréditaire de conjugaison (syndrome de Gilbert)=ictère à bilirubine non conjuguée
- Soit par un reflux dans le milieu intérieur de la bilirubine conjuguée lié à une diminution ou un arrêt de la sécrétion biliaire (cholestase) : ictère à bilirubine conjuguée
- Soit exceptionnellement par un déficit de transport de la bilirubine par les hépatocytes dans la bile (syndrome de Dubin-Johnson, syndrome de Rotor)= ictère bilirubine conjuguée

I.1.4. Etiologie des ictères

Les causes d'ictère sont très nombreuses. Elles sont séparables en deux catégories selon la prédominance de l'augmentation sur la bilirubine non conjuguée ou sur la bilirubine conjuguée.

I.1.4.1. Les ictères à bilirubine non conjuguée

Les principales causes en sont l'hyperhémolyse ou la dysérythropoïèse et la diminution de l'activité de la bilirubine glucuronyl transférase.

➤ Hyperhémolyse et dysérythropoïèse

Toutes les causes d'hyperhémolyse peuvent donner un ictère dit alors hémolytique avec une classique triade clinique composée de : Ictère, pâleur, splénomégalie. C'est le cas dans le paludisme et la crise hémolytique drépanocytaire. L'hyperhémolyse peut ne pas s'accompagner d'anémie lorsqu'elle est compensée par une régénération médullaire accrue des hématies (les réticulocytes sont augmentés). La dysérythropoïèse est caractérisée par une destruction intramédullaire des hématies nouvellement formées (les réticulocytes ne sont pas augmentés).

➤ Diminution de la conjugaison par la bilirubine-uridine-glucuronyl-transférase

Elle a plusieurs causes. Chez le nouveau-né, la maturation complète de cette activité enzymatique peut être retardée de quelques jours expliquant en partie l'ictère néonatal dit physiologique qui n'est jamais marqué et disparaît rapidement. Deux anomalies génétiques fortes différentes déterminent une diminution constitutive de l'activité enzymatique : le syndrome de Gilbert et le syndrome de Crigler-Najjar.

- La maladie de Gilbert représente une affection et héréditaire due à un déficit partiel en enzyme de conjugaison (glucuronyl – transférase). Cette affection est sans danger et se caractérise par des poussées de subictère souvent déclenchée par le jeûne.
- La maladie de Grigler – Najjar est en revanche très rare due à un déficit profond mais non total en enzyme, marquée par un ictère plus intense.

I.1.4.2. Ictère à bilirubine conjuguée

I.1.4.2.1. Cholestase

C'est le mécanisme le plus fréquent de l'ictère à bilirubine conjuguée. La cholestase est définie par la diminution de la sécrétion biliaire. La cholestase se manifeste principalement par une augmentation du taux sérique des phosphatases alcalines et de la Gamma Glutamyl Transpeptidase. Elle peut être due : soit à une obstruction des canaux biliaires, soit à une anomalie primitive du transport canaliculaire des acides biliaires.

➤ Ictère cholestatique par obstruction des voies biliaires

Il peut résulter d'une atteinte des gros canaux ou d'une atteinte des canaux biliaires de petit ou moyen calibre.

- Obstruction de la voie biliaire principale : C'est le plus fréquent des mécanismes conduisant à un ictère. Le cancer du pancréas, le cancer primitif de la voie biliaire principale et la lithiase de la voie biliaire principale sont les principales causes d'ictère cholestatique.
- Obstruction des petits canaux biliaires : La cirrhose biliaire primitive, la cholangite sclérosante primitive et la mucoviscidose en sont les principales causes.

➤ Cholestase sans obstacle sur les canaux biliaires

Des atteintes isolées du transport canaliculaire des acides biliaires ou des transporteurs d'autres constituants de la bile peuvent déterminer une cholestase sans obstacle sur les canaux biliaires. C'est le cas de certaines atteintes génétiques et d'autres atteintes acquises au cours desquelles il y'a une inhibition du transport des acides biliaires. Ce

mécanisme explique également l'ictère observé au cours des hépatites aiguës et des infections bactériennes sévères.

I.1.4.2.2. Atteintes du transport canaliculaire de la bilirubine conjuguée sans cholestase

➤ Ictères de mécanismes multiples

Ils comprennent deux affections génétiques rarissimes et bénignes : le syndrome de Rotor et la maladie de Dubin-Johnson.

I.1.5. Prise en charge de l'ictère

La prise en charge de l'ictère est fonction de la pathologie causale. Il s'agira du traitement de la pathologie sous-jacente.

I.2. LES HEPATITES VIRALES

I.2.1. Définitions

Les hépatites virales sont un groupe de maladies du foie caractérisées par une inflammation du parenchyme hépatique secondaire à une infection par un ou plusieurs des virus alphabétiques A-B-C-D-E [1].

I.2.2. Rappels virologiques-épidémiologique et historique

Les virus responsables des hépatites virales sont les 5 virus hépatotropes (virus des hépatites A, B, C, D, E) et plus rarement les virus du groupes herpès (CMV, EBV, HSV).

I.2.2.1. Virus de l'hépatite A

C'est un virus à ARN sans enveloppe de la famille des Picornavirus à transmission essentiellement oro-fécale.

La prévalence du VHA est élevée dans les pays à faible niveau d'hygiène (Afrique, Asie). Sa contamination se fait par ingestion d'eau ou d'aliments souillés par les matières fécales= Transmission oro-fécale. Elle a lieu dans l'enfance et la quasi-totalité de la population est immunisée à l'âge adulte (Prévalence des anticorps anti-VHA 80 à 100%). En France la prévalence est de 10%.

I.2.2.2. Virus de l'hépatite B

C'est un virus à ADN, de la famille des Hepadnavirus. Son ADN est entouré d'une capsid de protéine qui est l'antigène HBc elle-même entouré par une enveloppe portant le déterminant antigénique (Antigène HBs). Le gène codant l'Ag HBc code également une protéine, l'Ag HBe qui est une forme soluble de l'Ag HBc.

La première découverte sur le virus de l'hépatite B fut la découverte de « l'Antigène Australia » en 1966 par Halton Sutnick, l'un des collaborateurs de SB Blumberg. Il s'est avéré que les sujets porteurs de « l'antigène Australia » avaient une activité sérique élevée des transaminases par rapport à ceux qui n'étaient pas porteurs et une ponction biopsie hépatique confirmant le diagnostic d'hépatite. Une association entre « l'antigène Australia » et certaines maladies telles que l'hémophilie, les thalassémies a également été établie et qui pourrait être la conséquence d'une infection virale transmise au cours de la transfusion sanguine. En 1970, DS Dane et coll. ont identifié en microscopie électronique, dans le sérum de malades porteurs de « l'antigène A », des particules "en cocarde" de 42 nm de diamètre (la particule de Dane) qui devait ultérieurement être considérée comme les particules virales infectieuses du virus de l'hépatite B. On lui décrit trois zones d'endémicité.

Dans les pays en voie de développement (Afrique et en Asie du sud-Est), 10 à 20% de la population est porteuse d'Ag HBs. Tao et al., 2014 ont estimé le portage à 14,47% au Burkina Faso dans la population générale [3]. En France la population a moins de 1% de portage. La transmission est parentérale, sexuelle et materno-fœtale. L'évolution se fait vers la chronicité, la cirrhose et le cancer du foie.

I.2.2.3. Virus de l'hépatite C

C'est un virus à ARN, de la famille des Flavivirus.

Dès 1975, soit deux ans après la découverte du virus de l'hépatite A, Stephen Feinstone et coll. publièrent dans la prestigieuse revue de Boston, le New England Journal of Medicine, un article qui posa la première pierre d'un concept nouveau: celui d'hépatite Non-A Non-B. C'est par une méthodologie nouvelle que Qui-Lim Choo et coll. s'attaquèrent au problème de la découverte de ce virus Non-A, Non-B qu'ils appelèrent virus de l'hépatite C [11].

Les zones de forte endémicité du VHC sont le Japon et l'Europe du Sud avec une prévalence de 1.2 à 1.5%. La transmission est parentérale, verticale mère-enfant lors de l'accouchement et exceptionnellement sexuelle [9]. L'évolution se fait également vers la chronicité, la cirrhose et le cancer du foie.

I.2.2.4. Virus de l'hépatite D ou Delta

Il s'agit d'un virus à ARN, de la famille des Viroïdes. Son enveloppe est constituée de l'Ag HBs entourant l'ARN et une protéine : l'antigène Delta. C'est un virus appelé défectif qui a besoin pour se multiplier de la présence du virus de l'hépatite B [9].

L'hépatite D est plus fréquente en Italie, en Afrique et en Amérique du Sud. Les populations à risque sont les toxicomanes, les homosexuels, les hémophiles.

I.2.2.5. Virus de l'hépatite E

C'est un virus à ARN, sans enveloppe, de la famille des Calicivirus à transmission oro-fécale sans évolution chronique.

L'hépatite E est responsable d'épidémies sporadiques en Afrique, en Asie et en Amérique du Sud.

I.2.3. Diagnostic

I.2.3.1. Diagnostic positif

I.2.3.1.1. Forme classique : hépatite virale aiguë ictérique

L'incubation est variable d'un virus à l'autre. On distingue deux phases successives : pré-ictérique et ictérique

- La phase pré-ictérique : elle dure 5 à 15 jours. Les manifestations cliniques au cours de cette phase sont : asthénie, anorexie, amaigrissement, fièvre, signes digestifs (douleurs abdominales diffuses ou localisée à l'hypochondre droit, nausées), arthralgies, urticaire.
- La phase ictérique : elle est d'installation progressive en 4 à 8 jours et dure 2 à 6 semaines. Elle se manifeste par un ictère cutanéomuqueux avec urines foncées et selles décolorées ou normales, prurit non systématique. Il est possible d'avoir une douleur de l'hypochondre droit et une hépatomégalie à la palpation.

I.2.3.1.2. Autres formes cliniques

- Forme anictérique : les signes cliniques de la phase ictérique sont présents mais il n'y a pas d'ictère.
- Forme cholestatique : caractérisée par un ictère intense avec prurit et cholestase biologique.
- Formes prolongée : l'ictère se prolonge au-delà de 6 semaines ou rechute après avoir régressé.
- Formes avec manifestations extrahépatiques : polyradiculonévrites, anémie hémolytique auto-immune, péricardite, pleurésie, glomérulonéphrite.
- Hépatite fulminante

C'est la complication la plus grave de l'hépatite aiguë virale. Elle est définie par l'apparition d'une encéphalopathie dans un délai deux semaines suivant l'apparition de l'ictère associé à une baisse du taux de prothrombine en dessous de 25%. Les facteurs favorisant l'apparition d'une hépatite fulminante sont : âge avancé, alcool, médicaments hépatotoxiques (paracétamol, AINS), co-infection VHB et VHD, immunodépression.

I.2.3.1.3 Formes selon le virus

- Hépatite A : elle est le plus souvent asymptomatique (80%) et la forme symptomatique se rencontre le plus souvent chez l'adulte. La guérison se fait en moyenne en 3 mois et est de 100%.
- Hépatite B : l'incubation dure 6 à 12 semaines et la virémie devient positive environ 15 jours après la contamination. Elle est le plus souvent asymptomatique et la forme symptomatique comprend les 2 phases classiques. Elle peut évoluer en hépatite B chronique qui se définit par la persistance de l'Ag HBs au-delà de 6 mois et qui comprend 3 phases :
 - Phase répliquative ou dite de tolérance immunitaire qui dure de quelques mois à quelques années et durant laquelle il y a une forte multiplication virale avec présence d'Ag HBe et d'ADN viral B
 - Phase de séroconversion ou dite de réponse immunitaire durant laquelle il apparaît une réponse immunitaire à médiation cellulaire (lymphocytes T CD4, Lymphocyte T cytotoxiques) qui entraîne une nécrose hépatocytaire. La charge virale B diminue et disparaît tandis qu'apparaît l'Ac anti-HBe. C'est pendant cette phase que vont se constituer les lésions de fibrose pouvant aller jusqu'à la cirrhose.
 - Phase non répliquative ou dite d'immunisation qui survient spontanément dans 5 à 10% des cas ou avec le traitement antiviral et au cours de laquelle l'Ag HBe a disparu et l'Ac anti HBe est présent.
- Hépatite C : Elle est le plus souvent asymptomatique. Les formes ictériques sont rares (moins de 10%).
- Hépatite D : elle est le plus souvent asymptomatique et évolue vers une hépatite fulminante dans 5% des cas.
- Hépatite E : La symptomatologie est classique avec les 2 phases.

I.2.3.1.4. Formes évolutives

- L'hépatite B chronique

Elle se définit par le portage de l'AgHBs depuis plus de six mois. Elle évolue en trois phases :

- une phase répliquative avec forte multiplication virale et présence d'Ag HBe et d'ADN viral B.
- une phase de séroconversion avec une réponse immunitaire à médiation cellulaire entraînant une nécrose hépatocytaire.
- une phase non répliquative, survenant dans 5 à 10% des cas, avec arrêt de la réplication et négativation de l'Ag HBe et de l'ADN viral B mais persistance de l'Ag HBs.

Elle est le plus souvent asymptomatique et son diagnostic se pose devant une augmentation des transaminases ou un dépistage systématique.

➤ **L'hépatite C chronique**

Elle se définit par la présence d'ARN du VHC détecté par PCR dans le sérum. Elle est le plus souvent asymptomatique et diagnostiquée devant une augmentation des transaminases sériques ou un dépistage systématique.

➤ **La cirrhose hépatique et Le cancer hépatique**

Pendant la phase de séroconversion de l'hépatite B, se constitue des lésions hépatiques de fibrose pouvant aller jusqu'à la cirrhose. 2/3 des porteurs chroniques d'Ag HBs ont une hépatite chronique avec risque d'évolution dans 20 à 30% des cas par an vers une cirrhose et risque de développement d'un carcinome hépatocellulaire dans 3% des cas par an.

Le VHC entraîne des lésions histologiques hépatiques de fibrose pouvant évoluer également dans 20% des cas vers une cirrhose avec des facteurs de risque de progression tels que l'alcool, la coinfection VIH, l'âge élevé au moment de la contamination et le sexe masculin. Cette cirrhose peut évoluer dans 1 à 3% des cas par an vers un carcinome hépatocellulaire.

I.2.3.1.5. Examens complémentaires

➤ **Biologie : les manifestations biologiques sont les suivantes :**

- Transaminases hépatiques élevées à plus de dix fois la normale prédominant sur les ALAT
- Elévation des PAL et de la GT
- Bilirubine conjugué augmentée
- Taux de prothrombine et facteur V abaissés
- NFS : anémie parfois

➤ **Sérologie virale : le diagnostic d'hépatite aiguë virale repose sur la sérologie virale. Les marqueurs sont :**

- Hépatite A : anticorps anti-VHA type IgM
- Hépatite B : antigène HBs et anticorps anti-HBc type IgM
- Hépatite C : anticorps anti-VHC
- Hépatite D : anticorps anti-Delta positif chez un sujet porteur d'Ag HBs
- Hépatite E : anticorps anti-VHE

➤ **Examens morphologiques**

- Echographie abdominale : retrouve souvent des adénopathies inflammatoires du pédicule hépatique, élimine la présence d'un obstacle sur les voies biliaires

- Ponction biopsie hépatique : retrouve des lésions hépatocytaires et un infiltrat inflammatoire fait de lymphocytes et de plasmocytes.

I.2.3.2. Diagnostic différentiel

➤ **Devant un ictère :**

- Ictère à bilirubine non conjugué : hémolyse et syndrome de Gilbert
- Ictère d'origine extra-hépatique : obstacle sur les voies biliaire
- Hépatite aiguë médicamenteuse

I.2.3.3. Diagnostic étiologique

Les étiologies des hépatites virales sont les 5 virus hépatotropes (virus des hépatites A, B, C, D, E). Le diagnostic étiologique repose sur la recherche d'anticorps.

I.2.4. Traitement et prévention

I.2.4.1. L'hépatite A

Il n'y a pas de traitement spécifique. Le repos est conseillé ainsi que l'arrêt de l'alcool et des médicaments hépatotoxiques avec une surveillance clinique et du TP. La prévention se fait par les mesures d'hygiène dans les pays en voie de développement et par la vaccination (Havrix) avant un séjour en zone d'endémie.

I.2.4.2. L'hépatite B

Le but du traitement est l'arrêt de la multiplication virale qui permet de diminuer le risque de progression vers la cirrhose et ses décompensations et vers le carcinome hépatocellulaire. Le traitement se fait par :

➤ **Interféron pégylé** (interféron alpha lié à du polyéthylène glycol)

Son administration se fait par injection sous cutanée hebdomadaire

➤ **Analogie Nucléosidique**

- Entécavir (Baraclude) : c'est un analogue de la guanalazine qui a une activité inhibitrice de la transcriptase inverse
- Lamuvidine :

➤ **Analogie nucléotidique**

- **Ténofovir (Viread)**
- **Adéfovir** : n'est plus quasiment utilisé

Deux stratégies thérapeutiques :

- En cas de bonne réponse virologique (ALAT supérieure à 3N) et répllication virale faible ou modérée : interféron pégylé pendant un an

- Dans les autres cas et chez les patient ayant une cirrhose : traitement par analogues nucléotidiques ou nucléosidiques sur une durée indéterminée

Les mesures associées sont : arrêt de l'alcool et des médicaments hépatotoxiques, dépistage et vaccination de l'entourage, rapports sexuels protégés.

La prévention se fait par le vaccin contre l'hépatite B suivant le schéma de 3 injections à j0, 1mois, 6mois.

I.2.4.3. L'hépatite C

Le traitement repose sur une bithérapie par Interféron pégylé et Ribavirine associée à une troisième molécule (Télaprévir ou Bocéprévir) d'une durée variable selon le génotype.

Les mesures associées sont : arrêt de l'alcool et des médicaments hépatotoxiques, vaccination contre l'hépatite B.

I.2.4.4. L'hépatite Delta

Le traitement se fait par Interféron alpha ou Interféron pégylé en monothérapie pendant au moins un an.

I.2.4.5. L'hépatite E

Il n'existe pas de traitement spécifique. Le repos est conseillé, arrêt de l'alcool et des médicaments hépatotoxiques. La prévention se fait par les mesures d'hygiène dans les pays en voie de développement.

I.3. LA MEDECINE TRADITIONNELLE

I.3.1. Définition de concepts

- **La Médecine traditionnelle** : selon l'Organisation mondiale de la Santé, la MT est « la somme totale des connaissances, des compétences et des pratiques fondées sur les théories, croyances et expériences propres aux différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, utilisées dans le maintien de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques et mentales »[4,12].
- **Le guérisseur traditionnel** est une personne qui n'a pas de formation médicale, mais est reconnue par la communauté dans laquelle il (elle) vit comme étant compétente pour fournir des soins de santé en utilisant des plantes, des animaux et des substances minérales et certaines autres méthodes basées sur sociale, culturelle et religieuse ainsi que les connaissances, les attitudes et les croyances qui prévalent dans la communauté en matière de bien-être physique, mental et social et de la causalité de la maladie et le handicap [12,13]. Dans

beaucoup de ces communautés, les guérisseurs traditionnels agissent souvent, en partie, comme intermédiaires entre les mondes visible et invisible; entre les vivants et les morts ou les ancêtres, parfois pour déterminer quels esprits sont au travail et comment amener la personne malade à un retour en harmonie avec les ancêtres [12]. Il est encore appelé tradipraticien de santé. Le code de santé publique du Burkina Faso les classe en plusieurs groupes [14] :

- les naturothérapeutes : personne qui, sur la base des connaissances, n'utilise que des substances naturelles comme moyen thérapeutique ;
- le ritualiste : personne qui fait appel principalement aux rites (religieux ou non) pour soigner ;
- le chiro-kinésithérapeute : personne qui pratique principalement avec la main nue ou armée d'instruments, des massages ou des modifications sur le corps, afin de donner ou rendre aux parties malades ou blessées leur fonction ;
- l'herboriste : personne qui sur la base des connaissances acquises en médecine et en pharmacopée traditionnelles, conditionne et vend des matières premières végétales à des fins thérapeutiques ;
- le médico-droguiste : personne qui, sur la base des connaissances acquises en médecine et en pharmacopée traditionnelles, conditionne et vend ces matières premières animales et ou minérales à des fins thérapeutiques.

- **Une plante médicinale** est une plante qui, dans une ou plusieurs de ses organes, contient des substances qui peuvent être utilisées à des fins thérapeutiques ou qui sont des précurseurs pour la synthèse de médicaments utiles. Cette description permet de faire une distinction entre les plantes médicinales dont les propriétés thérapeutiques et électeurs ont été établis scientifiquement, et les plantes qui sont considérés comme des médicaments mais qui n'ont pas encore été soumis à une étude scientifique approfondie. Un certain nombre de plantes ont été utilisées en médecine traditionnelle pendant de nombreuses années. Certains semblent fonctionner bien qu'il n'y ait peut-être pas de données scientifiques (études à double insu, par exemple) suffisantes pour confirmer leur efficacité. Ces plantes doivent se qualifier plantes médicinales [15]
- **Une plante cholérétique** est une plante qui stimule la sécrétion de la bile dans le foie
- **Une plante cholagogue** est une plante qui favorise l'évacuation de la bile hors de la vésicule biliaire

I.3.2. Historique de la Médecine traditionnelle

La MT, diversement connu comme ethnomédecine, la médecine populaire, la guérison native, ou médecine complémentaire et alternative, est la plus ancienne forme de système de soins de santé qui a résisté à l'épreuve du temps [12]. Le recours aux plantes médicinales pour le traitement des maladies remonte à l'antiquité. L'homme de l'antiquité a appris par son expérience à faire la distinction entre les parties des plantes présentant des effets bénéfiques et celles qui étaient dangereuses ou inefficaces ainsi que les combinaisons qui donnaient les résultats les plus optimaux. C'est cette connaissance des remèdes à base de plantes qui s'est développée au fil du temps et est passé de bouche à oreille et de génération en génération [16]. Les documents de l'antiquité et les progrès scientifiques des premières ères chrétiennes permettent de comprendre comment la médecine, basée au départ sur des données surnaturelles et des données naturelles a évolué à travers l'histoire pour devenir une médecine où le mysticisme a cédé le pas à la rationalité, la tradition ou l'empirisme à la science [17]. L'essentiel de la pharmacopée de la médecine dite conventionnelle, bien plus tard au 20^e siècle, a été élaborée à partir des plantes médicinales utilisées par les populations indigènes et jusqu'à ce jour, un grand nombre de médicaments communément utilisés ont pour origine les plantes [16].

Avant l'introduction de la médecine cosmopolite, la médecine traditionnelle utilisée pour le système médical dominait la disposition de millions de personnes en Afrique dans les deux communautés rurales et urbaines. Cependant, l'arrivée des Européens a marqué un tournant important dans l'histoire de cette tradition et de la culture séculaire. Pendant plusieurs siècles de conquête et d'invasion, les systèmes européens de la médecine ont été introduits par les colonisateurs et les systèmes africains préexistants ont été stigmatisés et marginalisés. Les Systèmes de connaissances indigènes se sont vus refuser la possibilité de systématiser et de développer.

Dans certains cas extrêmes, la MT a été purement et simplement interdit. La soumission de MT a continué dans la plupart des pays africains, même après l'indépendance. Mais des efforts locaux ont été initiés pour contester la condamnation et la stigmatisation de la MT dans certaines communautés africaines pendant et après le colonialisme. En 1922, au Nigéria, a eu lieu la première protestation contre la marginalisation de la MT quand un groupe de guérisseurs indigènes a insisté pour que leur médicament soit légalement reconnu.

En Afrique, après l'indépendance, des efforts concertés ont été faits pour reconnaître que la MT avait un aspect important dans le système de soins en santé en Afrique. Par exemple, au Nigeria, le gouvernement fédéral par l'intermédiaire du Ministère de la Santé a encouragé et autorisé l'Université d'Ibadan en 1966 à mener des recherches sur les propriétés médicinales des plantes locales en vue de la normalisation et de régulation de la MT. Dans les années 1980, les politiques ont été mises en place pour accréditer et enregistrer guérisseurs indigènes et de réglementer leur pratique [12].

Au Cameroun, en 1981, la reconnaissance et l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé a été officiellement proposée. Depuis lors, la médecine traditionnelle a été reconnue, mais non réglementée par le ministère de la Santé. En 1995, un décret présidentiel no. 95-040 du 3 Juillet 1995, a donné aux TP, dans ce pays, l'autorisation de créer des associations tant au niveau provincial et national pour gérer leurs activités [13].

L'OMS et l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) prennent également une part active dans cette reconnaissance et cette intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé. En effet, à la conférence internationale d'Alma-Ata en URSS, organisée par l'OMS du 6 au 12 septembre 1978, la médecine traditionnelle fut reconnue comme l'une des composantes à part entière de la santé publique [18]. En 1988 l'OMS a adopté la Résolution AMS 41.19 (Assemblée Mondiale de la santé) sur la MT et les plantes médicinales mettant l'accent sur la nécessité d'une coordination et d'une coopération internationale en vue de jeter les bases de la conservation des plantes médicinales au profit des générations futures [16]. Dans son plan stratégique 2009-2013, l'OOAS a consacré parmi ces activités clés, la promotion de la recherche en médecine traditionnelle ainsi que la production et la conservation locale des plantes médicinales [16]. En reconnaissance du fait que la médecine traditionnelle est «le système le plus abordable et accessible des soins de santé pour la majorité de la population rurale africaine», l'Organisation de l'unité africaine (aujourd'hui Union Africaine) a déclaré les années 2001 à 2010 pour être la «décennie de la médecine traditionnelle en Afrique» [13].

Pour le cas de notre pays, le Burkina Faso, une politique de promotion de la médecine traditionnelle se développe depuis quelques années. En effet, depuis 1985, devant le coût de plus en plus élevé des produits pharmaceutiques d'importation et le faible pouvoir d'achat des populations, le Ministère de la santé du Burkina Faso a mis en place, une stratégie de valorisation de la médecine traditionnelle comme alternative au problème de médicaments qui se pose au niveau des formations sanitaires [19]. A la faveur de l'érection de la Direction des Services Pharmaceutiques en Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires en 2002, une Direction de la Promotion de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelle a été créée. Cette direction a pour missions : la coordination et le suivi des activités de la promotion de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelle ; l'organisation de l'exercice de la Médecine Traditionnelle ; et la valorisation des médicaments issus de la Pharmacopée Traditionnelle [17].

I.3.3. Les moyens de la médecine traditionnelle

La phytothérapie : La phytothérapie, étymologiquement le traitement par les plantes, est une méthode thérapeutique qui repose sur les principes actifs contenus dans les plantes médicinales. Phytothérapie traditionnelle : parfois très ancienne, basée sur

l'utilisation de plantes selon les vertus découvertes empiriquement. Selon l'OMS, cette phytothérapie est considérée comme une médecine traditionnelle et encore massivement employée dans certains pays dont les pays en voie de développement. C'est une médecine non conventionnelle du fait de l'absence d'étude clinique [17].

La géomancie : Le terme est directement issu du latin geomantia « divination par la terre ». La géomancie est une technique de divination fondée sur l'analyse de figures composées par la combinaison de quatre points simples ou doubles (ou points et traits). Ces points sont obtenus par l'observation de cailloux ou d'objets jetés sur une surface plane ou posés dans un espace donné, par des lancers de dés, par le comptage de traits dessinés dans le sable avec un bâton ou sur du papier à l'aide d'un stylo ou encore par l'observation d'éléments disposés dans la nature sans intervention humaine.

L'ergothérapie : L'ergothérapie est une profession de santé évaluant et traitant les personnes afin de préserver et développer leur indépendance et leur autonomie dans leur environnement quotidien et social. L'ergothérapie se caractérise par l'éducation, la rééducation, la réadaptation ou encore la réhabilitation, par l'activité (Ergon en grec). C'est par le biais d'activités de la vie quotidienne (soins personnels, travail et loisirs) et d'autres exercices globaux et analytiques que l'ergothérapeute organise une thérapie visant à améliorer des capacités d'agir et des compétences, cela individuellement ou en groupe.

REVUE DE LA LITTERATURE

II. REVUE DE LA LITTÉRATURE

L'étude des connaissances attitudes et pratiques des tradipraticiens en matière d'ictère et d'hépatites virales reste un thème peu connu dans la littérature. Au cours de notre recherche bibliographique nous n'avons retrouvé qu'une infime poignée de publications qui traitent directement des connaissances et pratiques des tradipraticiens en matière d'ictère et en matière d'hépatites virales. La plupart des publications retrouvées aborde surtout la question du paludisme et d'autres portent seulement sur l'étude des plantes utilisées par les tradipraticiens. Notre revue s'articulera donc sur ces quelques aspects retrouvés.

II.1. Itinéraire thérapeutiques des populations

L'étude de l'itinéraire thérapeutique des populations montre la place importante qu'ont les TPS dans nos sociétés. Ils sont les premiers consultés par les patients et les familles du fait de leur grande accessibilité [20]. En effet en 2008, YAogo et Col. dans leur étude menée au CHUYO sur l'impact du niveau socioéconomique sur le processus du recours aux soins par les familles de patients souffrant de troubles psychiques au Burkina Faso sur un échantillon de 200 familles, ont fait remarqué que les familles utilisent dans 56% des cas le guérisseur traditionnel ou les prières religieuses comme premiers recours. Le recours à la médecine moderne venant après l'échec de ce premier recours dont le choix était influencé par le niveau socio-professionnel. Ils constataient également dans cette même étude que plus le niveau d'instruction augmentait, moins le recours au guérisseur traditionnel se faisait en première intention et que les patients de familles de bas niveau socio-économique ont tendance à opter pour la tradithérapie dans 65,5% des cas [21]. Une étude menée au Mali en 2003 par Daffe S. et Col. sur les connaissances attitudes et pratiques des populations face au paludisme dans l'aire de santé de Finkolo (Sikasso) a rapporté, sur un échantillon de 280 familles, que le TP était consulté en première intention par 19.80% de la population d'étude en cas de paludisme grave ce qui représentait le deuxième recours le plus fréquent, l'automédication étant la première et les services de santé venant après l'échec de la tradithérapie [22].

II.2. Caractéristiques sociodémographiques des tradipraticiens

La plupart des TPS ont un âge supérieur à 40ans. En effet, une étude réalisée au Mali en 2011 par Drissa Diallo et Col. sur les connaissances et perceptions des praticiens de la médecine traditionnelle sur le traitement des femmes enceintes dans trois régions du Mali a rapporté, sur un échantillon de 72 TPS, que l'âge moyen était de 67 ans (extrêmes: 34-90 ans) [23]. Au Cameroun, Ashu M Agbor et Sudeshni Naidoo dans leur étude réalisée sur les connaissances et pratiques des guérisseurs traditionnels en matière de santé bucco-dentaire dans la région de Bui au Cameroun sur un échantillon de 21 TP, ont rapporté que Soixante-deux pour cent (62%) d'entre eux étaient au-dessus de 40 ans. L'âge moyen était de 46 ans (extrêmes: 20-77 ans)

[13]. Au Bénin, Sangaré et al. en 2012 dans leur étude ethnobotanique des plantes hépatotropes et de l'usage traditionnel de *Gomphrena celosioides* (Amaranthaceae), ayant porté sur 35 thérapeutes traditionnels interrogés, trouvaient que 70% avaient entre 40 et 60 ans, seulement 5% avaient moins de 40 ans et 25% avaient plus de 60 ans [24]. Au Burkina Faso, une étude réalisée par Sombié et Col. en 1991 sur les connaissances et pratiques des tradipraticiens en matière de paludisme à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso a rapporté, sur un échantillon de 301 TP, que l'âge moyen des Tradipraticiens interrogés était de 52 ans avec les extrêmes (21 à 99ans). L'âge moyen à Bobo-Dioulasso sur 150 TP était de 51ans avec les extrêmes (21 à 92ans) et à Ouagadougou sur 151 TP, de 53ans avec les extrêmes (26 à 99ans) [25].

La pratique de la médecine traditionnelle pourrait sembler, pour les profanes du milieu, être un métier masculin, mais elle est tout aussi pratiquée par les femmes. En 2011 Drissa Diallo et Col dans leur étude sur les connaissances et perceptions des praticiens de la médecine traditionnelle sur le traitement des femmes enceintes dans trois régions du Mali ont reporté sur un échantillon de 72 TP, que 63,9% étaient des femmes et 36,1% des hommes [23]. En 1991 Sombié et Col. trouvaient 50.8% de sexe masculin et 49.2% de sexe féminin avec un sexe ratio de 1.03 sur un échantillon de 301 TPS. A Bobo-Dioulasso ils comptaient 63.6% de sexe masculin et 36.4% de sexe féminin (sexe ratio=1.7) sur un échantillon de 150 TP et à Ouagadougou 38% des sexe masculin et 62% de sexe féminin (sexe ratio=0.6) sur un échantillon de 1TPS [25]. Par contre, Ashu M Agbor et Sudeshni Naidoo au Cameroun dénombraient 90% de sexe masculin et 10% de sexe féminin sur un échantillon de 21 TP [13].

Il pourrait sembler également pour certaines personnes que les tradipraticiens soient non alphabétisés mais des études démontrent le contraire. Ashu M Agbor et Sudeshni Naidoo au Cameroun comptaient sur leur échantillon de 21 TPS, soixante et onze pour cent (71%) ayant eu une éducation scolaire primaire et secondaire [13]. Une étude conduite par Thiane F. Mbacke et Col. au Sénégal en 2004 sur la connaissance de l'épilepsie, attitudes et pratiques des TPS à Dakar a rapporté que 45.5% sur l'échantillon de 36 TPS interrogés avaient été scolarisés à l'école moderne et 36.3% à l'école coranique et le reste les deux à la fois. Son échantillon comptait 47.6% de niveau primaire 28.6% de niveau secondaire, 9.5% de niveau BAC et 14.3% d'un niveau autre [20]. Pour Sombié et Col. en 1991, Seulement 9.7% des tradipraticiens étaient lettrés sur l'échantillon de 301 TPS sur lequel ils ont travaillé [25].

Le nombre d'années d'expérience de la plupart des TPS est souvent supérieur ou égal à 10ans. En effet, la durée moyenne de pratique de la tradithérapie était de 21 ans (extrêmes: 2-41 ans) dans l'étude menée par Ashu M Agbor et Sudeshni Naidoo au Cameroun [13]. Sombié et Col. rapportaient dans leur étude un nombre moyen d'années d'exercice de 10.65ans avec les extrêmes (1 à 57ans). A Bobo-Dioulasso, la moyenne était de 11.7ans et à Ouagadougou 9.51ans [25]. En 2007, Toudji-Bandje K.

et Col., dans leur étude sur les approches méthodologiques des phytothérapeutes du Togo dans le traitement de l'hépatite virale, ont travaillé avec un échantillon de 31 phytothérapeutes et trouvaient que 54% d'entre eux avaient entre 10 et 20 années d'expériences [7].

Le métier de TPS semble être un métier à caractère familial (de père en fils) comme le fut la médecine moderne à une certaine époque. En 2007 au Togo, dans leur étude sur les 31 phytothérapeutes, Toudji-Bandje K. et Col ont dénombré 84% ayant eu une formation à caractère familiale et seulement 13% qui ont été formés dans des centres de phytothérapie [7]. Ashu M Agbor et Sudeshni Naidoo au Cameroun ont trouvé que soixante et onze pour cent (71%) des TPS n'avaient aucune formation formelle pour leur profession [13].

Le domaine de la MT fait souvent appel au mystique. Ashu M Agbor et Sudeshni Naidoo au Cameroun ont trouvé que 76% des TPS utilisaient à la fois la divination et les plantes et seulement Vingt-quatre pour cent (24%) pratiquaient comme herboristes seul [14]. Toudji-Bandje K. et Col en 2007, trouvaient 3% de TPS affirmant détenir leurs connaissances grâce à des révélations de songes [7].

Il existe parfois une collaboration entre TPS et praticiens d médecine moderne. Toudji-Bandje K. et Col en 2007 84% des TPS interrogés ont parfois recours aux agents de la santé pour diverses raisons (analyses biomédicales, informations, transferts de patients) [7].

II.3. Perceptions de l'ictère par les Tradipraticiens et les populations

En 2007, Toudji-Bandje K. et Col. ont étudié les approches méthodologiques des phytothérapeutes du Togo dans le traitement de l'hépatite virale chez 31 phytothérapeutes et ont rapporté que 100% des tradithérapeutes interrogés ont cité l'ictère comme signe clinique pour reconnaître l'hépatite virale [7]. Une étude réalisée par Sombié I. et Col. en 1991 sur les connaissances et pratiques des tradipraticiens en matière de paludisme à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso a rapporté que l'ictère était cité par 25.2% des tradipraticiens comme un symptôme de paludisme. A Bobo-Dioulasso l'ictère était l'un des symptômes les plus cités. La même étude a cité l'ictère comme une entité nosologique à part entière parmi les symptômes et maladies traités par les tradipraticiens appelé en Mooré « wedroudré » et en Dioula « seye » [25].

Si les TPS semblent avoir quelques connaissances sur l'ictère, les populations, quant à elles, en ont très peu. En effet, une étude menée au Mali en 2009 par Goïta A. et Col. sur les connaissances attitudes et pratiques des populations face au paludisme dans l'aire de santé de Baguineda, en travaillant par un questionnaire adressé aux mères de 500 enfants âgés de 0 à 16ans, a rapporté que seulement 1,3% des populations citaient l'ictère comme symptôme de paludisme grave [26]. Dans notre

Le Bénin burkinabe, il est commun d'entendre certaines populations affirmer le danger d'une consultation en médecine moderne en cas d'ictère surtout en éviction d'une injection médicamenteuse qui serait mortelle pour tout patient ictérique.

II.4. Connaissances et pratiques des tradipraticiens et des populations vis-à-vis des hépatites

Au Bénin, Sangaré et al. en 2012 dans leur étude ethnobotanique des plantes hépatotropes et de l'usage traditionnel de *Gomphrena celosioïdes* (Amaranthaceae), ayant porté sur 35 thérapeutes traditionnels interrogés ont constaté que parmi les maladies traitées, les affections hépatiques ont été les plus citées (3 fois sur 11) soit de 27,27%. Dans cette même étude, ils trouvaient que le diagnostic des affections hépatiques était établi par les tradithérapeutes à partir de facteurs subjectifs et cliniques tels que : l'état général du malade (asthénie, fièvre, céphalées, insomnie, cauchemar, délire nocturne, intolérance des corps gras, accumulation de gaz, bouche pâteuse, cachexie progressive) et surtout l'ictère dont l'expression constituerait le facteur déterminant [24].

Njoya O. et col. dans leur étude des Connaissances, Perceptions et Pratiques des Femmes Enceintes Vis-à-vis de l'Hépatite Virale B en Milieu Urbain au Cameroun sur un échantillon de 273 femmes âgées de 16 à 48ans, ont rapporté que les connaissances de ces femmes sont apparues d'une manière générale, insuffisantes, notamment pour ce qui est des modes de transmission avec un taux variant de 14% (38) à 17% (48) selon les aspects. Les meilleurs scores ont été enregistrés pour les questions portant sur la symptomatologie (94% à 95%), cependant, la moitié ignorait la fièvre comme signe ou symptôme de l'hépatite virale B. La transmission sexuelle n'était connue que des femmes ayant un niveau d'instruction du supérieur. La même étude rapportaient que les femmes enceintes considèrent, tous niveaux d'instruction confondus, que l'hépatite virale B est une maladie mystique dans 56,7% des cas, et 93,4% considéraient qu'un traitement efficace ne peut être obtenu que chez les tradithérapeutes. Seulement 8,8% des femmes avaient fait un dépistage à l'occasion de la grossesse en cours (contre 90,8% pour le VIH) et Seules 4,5% avaient déclaré une vaccination les autres n'étaient pas vaccinées contre [27].

II.5. Les plantes utilisées pour le traitement de l'ictère en médecine traditionnelle

Plusieurs auteurs ont fait l'inventaire des plantes médicinales utilisées par les tradipraticiens. De nombreuses plantes ont été citées comme utilisées pour le traitement traditionnel de l'ictère et d'autres pour le traitement des hépatites.

En Iran, Mohammad sadegh Amiri et col (2014) ont trouvé que les plantes comme *Cichorium intybus*, *Salix alba*, *Cotoneaster nummularius*, *Descurainia sophia*, *Malva sylvestris*, *Berberis integririma*, *Rumex acetosella*, *Phyllanthus emblica* et *Alhagi maurorum* ont été mentionnées à plusieurs reprises par les guérisseurs traditionnels

comme les plus largement utilisées pour le traitement de l'ictère dans la zone de Mashhad. Ils ont également trouvé que les fruits ont été signalés comme la partie la plus utilisée de la plante (35%) des préparations, suivie par la semence (16%), les feuilles (16%), la manne (11%), la racine (8%) et les fleurs (6%) [4].

En Ethiopie, en 2013, Ketema Tolossa et Col. ont réalisé une étude ethnométriculaire des plantes utilisées pour le traitement de maladies humaines et animales par les guérisseurs traditionnels dans le sud de l'Omo (Ethiopie du Sud). Il s'agissait d'une étude transversale réalisée en utilisant un questionnaire semi-structuré pour documenter les connaissances de 50 guérisseurs traditionnels (40 hommes et 10 femmes) dans l'utilisation des plantes médicinales pour le traitement de maladies humaines et animales. Ils ont trouvé que *Carphalea glaucescens*, *Cissampeolos mucronata*, *Indigofera arrecta*, *Cissampelos spp.*, *Lantana trifolia*, *Luecas stachydiformis*, *Premna oligotricha*, *Droguetia iners*, *Zornia glochidiata*, *Galinsoga parviflora* étaient des plantes utilisées pour le traitement de l'ictère [28].

En Afrique de l'Ouest, le père César Fernandez de la Pradilla, dans son recueil intitulé « Plantes médicinales contre les hépatites » a cité les plantes suivantes comme utilisées pour le traitement de l'ictère: *Anogeissus leiocarpus*, *Azadirachta indica*, *Cassia tora*, , *Cochlospermum tinctorium*, *Combretum micranthum*, *Commiphora africana*, *Entada africana*, *Gardenia ternifolia*, *Ipomea batatas*, *Trichilia emetica*, *Vigna unguiculata* [29]

➤ *Cochlospermum tinctorium*

Des tests de l'activité antiplasmodique in vitro d'extraits de *C. tinctorium* obtenus par infusion et décoction qui sont les formes pharmaceutiques les plus utilisées dans la pharmacopée traditionnelle africaine ont été réalisés (Coulibaly, 1996 ; Benoit et al, 1995) [30].

➤ *Entada africana*

C'est une plante traditionnellement utilisée dans le traitement du paludisme, la toux, troubles digestifs, cicatrisant. Les racines de cette plante sont utilisées en tisane dans le traitement des syndromes ictériques et hépatiques.(Kerharo et Adams, 1974 ; Doumbia,1984 ; Bah,1998 ; Sangaré,1999 ; Diallo,2000). Les écorces interviennent dans la préparation des remèdes pour le traitement des angines et autres affections bucco- pharyngées (Adjanohoun et coll., 1981, Burkill, 1995). Les racines réduites en poudre sont fébrifuges, utilisées contre l'ictère [30, Drissa Diallo]

➤ *Combretum micranthum*

Les feuilles sont utilisées en infusé à 10% pour leurs propriétés diurétiques et cholagogues, elles sont utilisées dans le traitement de l'insuffisance hépatique, de différentes formes ictères, la dyspepsie et la constipation, des bronchites et la toux. La feuille est utilisée en association avec *Romarinus officinalis* dans le traitement du syndrome de l'insuffisance biliaire [30].

➤ *Terminalia macroptera*

C'est une plante médicinale qui est utilisée en Guinée-Bissau et dans d'autres pays africains pour traiter les maladies infectieuses. L'activité antimicrobienne des extraits à l'éthanol à partir de racine contre sept souches bactériennes de référence et contre *Candida albicans* a été testée par Silva et al en 1997. Les résultats ont montré une certaine activité contre au moins un des micro-organismes d'essai. Les meilleurs résultats ont été obtenus contre *Shigella dysenteriae* et *Vibrio cholerae*. Les concentrations minimales inhibitrices (CMI) de *T. macroptera* extrait à l'éthanol ont été également déterminées pour environ 100 souches cliniques de *Campylobacter* sp., *Escherichia coli*, *Salmonella* sp., *Shigella* sp. et *Vibrio cholerae*. L'activité de l'extrait de l'éthanol contre les souches de *Campylobacter* est similaire à celle du cotrimoxazole, mais inférieure à la tétracycline, l'érythromycine, la streptomycine et l'ampicilline [30]

Certaines plantes ont également été citées isolément dans différentes études pour leur utilisation dans le traitement de l'ictère. Ce sont :

➤ *Phyllanthus emblica* et *Phyllanthus niruri*

Mohammad Sadegh Amiri et al en 2014 ont trouvé que *Phyllanthus emblica* était mentionné à plusieurs reprises par les guérisseurs traditionnels du Mashad (Iran) comme largement utilisé pour le traitement de l'ictère [4]. Des études précliniques ont montré que *P. emblica* protège contre l'hépatotoxicité induite par l'éthanol [31].

➤ *Senna occidentalis*

Cette plante est utilisée dans beaucoup de régions d'Afrique pour traiter l'ictère et les troubles du foie. Jaffri et al. en 1999 trouvaient que l'extrait de feuilles de cette plante avait une action hépatoprotectrice. Plusieurs études scientifiques ont montré que *Senna occidentalis* a des propriétés cholagogues (Ake, 1983 ; Morton, 1981 ; Robineau, 1989 ; Chukwujekwu et al., 2006) [16].

➤ *Balanites aegyptiaca*

Anna Del Prete et al. (2012) trouvaient que l'écorce, fruits verts, et les feuilles de *B. aegyptiaca* sont utilisées dans la médecine traditionnelle pour le traitement de l'ictère, troubles du foie [30]. Le père César Fernandez de la Pradilla, dans son recueil intitulé

« Plantes médicinales contre les hépatites » a cité *B. aegyptiaca* comme utilisée pour contre les ictères au Tchad [16].

➤ *Argemone mexicana*

Les feuilles de *A. mexicana* sont traditionnellement utilisées pour le traitement de l'ictère, les dysfonctionnements du foie, les troubles hépato-biliaires, les fièvres bilieuses [16].

II.6. Les plantes utilisées pour le traitement des hépatites en médecine traditionnelle

➤ *Phyllanthus spp.*

Quinze essais ont comparé *Phyllanthus spp* associé à un médicament antiviral comme l'interféron alpha, la lamivudine, l'adéfovir dipivoxil, la thymosine, la vidarabine et le traitement conventionnel avec le même médicament antiviral seul et ont constaté que le traitement combiné affecte l'ADN du VHB sérique, AgHBe sérique et la séroconversion HBe. Les auteurs concluent que *Phyllanthus spp* en combinaison avec un médicament antiviral donne de meilleurs résultats que le même médicament antiviral seul, mais des essais cliniques avec une grande taille de l'échantillon et à faible risque de biais sont nécessaires pour confirmer ces résultats. Les extraits méthanoïques de la racine et des feuilles de *P. spp* ont également été récemment étudiés pour le traitement de l'hépatite C chronique et l'extrait de racine a montré une inhibition significative de la protéase NS3 du HCV-enzyme, tandis que l'extrait de feuilles a montré une inhibition considérable de NS5B dans les essais in vitro. Les deux extraits inhibent de manière significative la réplication de l'ARN VHC de la réplication du VHC. En outre, l'addition d'extrait de racine avec l'IFN- α a montré un effet additif dans l'inhibition de la réplication de l'ARN du VHC [31]

▪ *Phyllanthus emblica* et *Phyllanthus niruri*

Des études précliniques ont montré que *P. emblica* protège contre l'hépatotoxicité induite par l'éthanol(22). Une étude récente a isolé un composé polyphénolique, 1,2,4,6-tétra-O-galloyl- β -D-glucose (1246TGG) de *P. emblica*, et ont trouvé que le traitement avec 1,2,4,6 TGG (6,25 pg / mL, 3,13 pg / mL), a réduit les niveaux d'AgHBs et AgHBe dans le surnageant de culture de cellules HepG2.2.15 [31]. Thabrew et Col., en 1996, ont démontré que l'administration d'extraits de *P. niruri* à des enfants atteints d'hépatite aigüe, a restauré la fonction hépatique dans les cinq jours. En 1994, Wang et al ont trouvé que l'ingestion d'herbe en poudre par les adultes atteints d'une hépatite chronique a montré des effets antihépatotoxiques [16]

- ***Phyllanthus amarus***

Cette plante de la famille des euphorbiacées a des activités anti hépatotoxiques. Elle est utilisée en pharmacopée africaine pour le traitement de la jaunisse et des troubles hépatiques; elle possède également une activité antivirale : inactivation de l'antigène HBs in vitro (Ott et al., 1997). L'extrait de *P. amarus* a été utilisé, en 1988, dans une étude préliminaire impliquant 37 patients atteints d'hépatite chronique B. Vingt et deux des 37 patients traités avaient éliminé le virus 2-3 semaines après la fin de la période de traitement et une seule des 23 sous placebo est devenu AgHBs négatif [31]. La **phyllanthine** et l'**hypophyllanthine** sont les principaux constituants de *Phyllanthus amarus* (Schumach et Thonn) et sont réputées contenir des propriétés antihépatotoxiques contre les rats au foie endommagé par le CCl4 et le D-galactosamine (Ip et al., 1996). Le *P. amarus* a été utilisé par les tradipraticiens pour traiter la jaunisse et d'autres maladies ; les extraits aqueux de *P. amarus* inhibent les réactions+* anticorps – antigènes induites par le virus de l'hépatite B (Syamsunder et al 1985 ; Thagrajan et al., 1982) [30]

- ***Senna occidentalis***

Cette plante est utilisée dans beaucoup de régions d'Afrique pour traiter les troubles du foie. Elle a également une activité anti hépatitique. Jaffri et al. en 1999 trouvaient que l'extrait de feuilles de cette plante avait une action hépatoprotectrice. [16]

- ***Glycyrrhiza glabra***

Plusieurs auteurs ont constaté que plusieurs produits naturels comme *Glycyrrhiza glabra*, pourraient exercer une action anti virale et des effets biochimiques dans le traitement de l'infection chronique au VHC [30]. La **glycyrrhizine** et l'**acide glycyrrhétinique** qui sont les constituants actifs de *Glycyrrhizae radix*, préviennent contre le développement de cirrhose chez les rats. La glycyrrhizine a été largement utilisée cliniquement comme un puissant médicament dans le traitement des hépatites chroniques. L'activité antihépatotoxique de l'acide glycyrrhétinique *in vivo per os* (p.o) sur les animaux traités avec le CCl4 et la galactosamine a été démontrée par une diminution du taux des transaminases (Zhao et al., 1983 ; Nose et al., 1994) [30]

- ***Euphorbia humifusa***

Anna Del Prete et al. (2012) dans leur étude sur les produits à base de plantes: avantages, limites et applications dans les maladies chroniques du foie ont cité cinq composés flavonoïques glucosides isolés de l'herbe de *Euphorbia humifusa* qui ont montré une activité anti-VHB in vitro [31].

➤ *Moringa oleifera*

Abdulrahman K. Al-Asmari et Col., dans leur étude intitulée « examen des plantes hépatoprotectrices utilisées en médecine traditionnelle en Arabie » ont mentionné que les feuilles, fleurs, racines, les gommes, les fruits et les graines de *M. oleifera* ont été largement utilisés en médecine traditionnelle pour le traitement des maladies du foie. Ils ont également mentionné que l'effet hépatoprotecteur de l'extrait éthanolique des feuilles de *M. oleifera* a été étudiée contre l'hépatotoxicité induite par les médicaments antituberculeux (isoniazide, rifampicine, pyrazinamide) chez le rat et a montré que l'extrait de *M. oleifera* a considérablement atténué l'hépatotoxicité biochimique (ASAT sérique, ALAT, PAL et de la bilirubine) et les changements histopathologiques dans le foie [32]. Pal et al., 1995 ont montré les effets hépatoprotecteurs des extraits méthanoliques chez les rats [16]

Le père César Fernandez de la Pradilla, dans son recueil intitulé « Plantes médicinales contre les hépatites » a cité les plantes suivantes comme utilisées pour le traitement des hépatites : *Anogeissus leiocarpus*, *Chrysanthelium americanum*, *Cochlospermum tinctorium*, *Combretum micranthum*, *Commiphora africana*, *Entada africana*, *Feretia apodanthera*, *Tamarindus indica*, *Terminalia macroptera*. D'autres plantes comme *Carica papaya*, *Cassia occidentalis*, *Citrus aurantifolia* ont également été cités en association avec les la première liste de plantes [29].

Sangare M. et al. en 2012, dans leur étude ethnobotanique des plantes hépatotropes et de l'usage traditionnel de *Gomphrena celosioides* (Amaranthaceae) au Bénin, ont répertorié 214 plantes hépatotropes avec leurs modes d'utilisation réparties dans 79 familles. Les plus cités étaient : *Cassia occidentalis* cité 06 fois avec une fréquence d'utilisation de 66,66% ; *Parkia biglobosa* cité 05 fois avec une fréquence d'utilisation de 55,55% ; *Cochlospermum planchonii*, *Anogeissus leptocarpus*, *Terminalia macroptera* et *Entenda africana* cités 04 fois avec une fréquence d'utilisation de 44,44% ; 15 plantes citées 03 fois dont *Gomphrena celosioides* avec une fréquence d'utilisation de 33,33% [24].

➤ *Cochlospermum tinctorium*

C'est une importante plante médicinale guinéenne utilisée dans la prévention et le traitement des affections hépatiques (Basilevkaya, 1969 ; Baldé et Diallo, 1981). Dans d'autres régions de l'Afrique de l'Ouest comme le Sénégal et le Niger, *Cochlospermum tinctorium* est connu pour la même propriété. Les extraits aqueux, hydroéthanolique et éthanolique, ont été testés par Diallo et al. Selon ces auteurs, les composés phénoliques et probablement les caroténoïdes et les triterpènes seraient responsables de l'activité antihépatotoxique (Diallo et al., 1992). La racine constitue le

médicament vraiment spécifique de toutes les affections hépatobiliaires, en particulier les ictères et les fièvres bilieuses hémoglobinuriques [32].

➤ *Entada africana*

C'est une plante polyvalente dont les diverses parties servent à préparer des médicaments pour le traitement des hépatites. Les différentes fractions d'un extrait aqueux de la racine d'*Entada africana* ont été testées. L'extrait aqueux a été fractionné en fraction BuOH et soluble en eau. Après administration de ces différentes fractions aux souris à foie endommagé par le CCl₄, les transaminases ont significativement baissé, ce qui indique la stabilisation de la membrane plasmique et également la réparation du tissu hépatique endommagé par le CCl₄ (Sanogo et al, 1998). L'effet antiviral de *E. africana* sur la multiplication du virus de l'hépatite A (VHA) *in vitro* a été testé au département de Médecine Traditionnelle de l'INRSP de Bamako au Mali. L'examen a porté sur la poudre des racines, les résultats montrent que *E. africana* inhibe significativement la multiplication du VHA à partir de 125 µg/ml (Keita et al.,1994). Une étude clinique faite par Douaré en 1991 sur les patients ayant l'hépatite B a montré qu'après un mois à un mois et demi de traitement par *E. africana*, l'ictère a disparu dans 93,33% des cas avec normalisation à 100% des transaminases. Les études réalisées sur le décocté ont montré une activité hépato-protectrice (Sanogo et al. 1998) [30].

➤ *Combretum micranthum*

Les feuilles sont utilisées en infusé à 10% pour leurs propriétés diurétiques et cholagogues, elles sont utilisées dans le traitement de l'insuffisance hépatique ,de différentes formes ictères, la dyspepsie et la constipation, des bronchites et la toux. La feuille est utilisée en association avec *Romarinus officinalis* dans le traitement du syndrome de l'insuffisance biliaire. Paris en 1942 a vérifié chez le chien l'action cholagogue par fistule du cholédoque et a émis l'hypothèse que l'action sur la sécrétion biliaire est en rapport avec la présence d'acide gallique à fort pouvoir cholagogue [30].

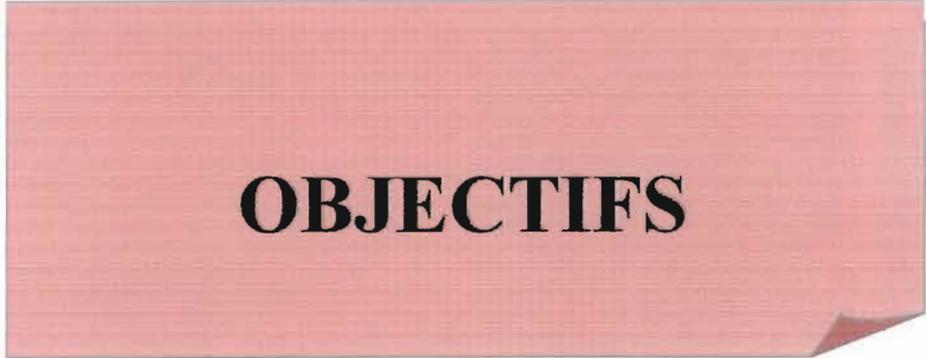
QUESTION DE RECHERCHE

III. QUESTION DE RECHERCHE

Nos questions de recherche étaient les suivantes :

Quel est le niveau de connaissance des tradipraticiens de Bobo-Dioulasso sur l'ictère et les hépatites virales ?

Quelles sont leurs approches diagnostiques et thérapeutiques faces à l'ictère et aux hépatites virales?



OBJECTIFS

IV. OBJECTIFS

IV.1. Objectif général

Etudier les connaissances attitudes et pratiques des Tradipraticiens face à l'ictère et aux hépatites virales dans l'aire de santé de Bobo-Dioulasso.

IV.2. Objectifs spécifiques

- 1. Evaluer le niveau de connaissances des Tradipraticiens sur les aspects étiopathogéniques et cliniques de l'ictère.**
- 2. Evaluer le niveau de connaissances des Tradipraticiens sur les aspects étiopathogéniques des hépatites virales**
- 3. Répertorier les principales plantes médicinales utilisées pour le traitement de l'ictère et des hépatites virales par les tradipraticiens de Bobo-Dioulasso.**
- 4. Déterminer les principales raisons de références et de non références aux structures de santé modernes par les tradipraticiens en cas d'ictère et d'hépatites virales.**

CADRE ET CHAMP D'ETUDE

V. CADRE ET CHAMP D'ETUDE

V.1. Cadre de l'étude

V.1.1. Le Burkina Faso

Le Burkina Faso est un pays enclavé, situé en Afrique de l'ouest dans la boucle du Niger. Il couvre une superficie de 274 200 km². Selon les projections de l'Institut National de la Statistique et de la démographie, le Burkina compte 18 450 494 habitants en 2015 dont 51,73% de femmes [33]. La population est en majorité jeune (46,6 % des habitants avaient moins de 15 ans en 2006). Le Burkina est classé parmi les pays en voie de développement. L'économie a évolué à un rythme moyen de l'ordre de 4,5% par an ; le pays a enregistré une croissance de 9,7% en 2012 avec un Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant de 225 259 FCFA [34]. Sur le plan socio sanitaire, le Burkina fait face à des pathologies telles que le paludisme, l'infection à VIH, les affections respiratoires. En 2012, le Burkina Faso totalisait 164 dispensaires isolés, 24 maternités isolées, 1 495 CSPS, 51 CM, 44 CMA, 9 CHR, 4 CHU, 398 formations sanitaires privées tous types confondus [35].

V.1.2. La région des Hauts Bassins

V.1.2.1. Données administratives

La Direction Régionale de la santé des Hauts Bassins épouse les limites de la région administrative. Elle couvre les provinces du Houet, du Kéné Dougou et du Tuy avec 33 départements, 33 communes dont 3 communes sont urbaines (Bobo-Dioulasso, Houndé et Orodara) et 30 communes rurales. La commune urbaine de Bobo-Dioulasso compte sept (7) arrondissements. La région compte également 493 villages administratifs avec environ 353 hameaux de cultures variant en fonction des saisons.

V.1.2.2. Données géographiques

La région sanitaire des Hauts Bassins se situe à l'Ouest du Burkina Faso entre le 11°27 de latitude Nord et le 4°21 de longitude Ouest.

La région sanitaire est située au Sud du 11° parallèle, traversée à la fois par l'axe routier Abidjan - Ouagadougou et la voie ferroviaire Ouagadougou-Kaya, la région occupe une position géographique favorable aux échanges commerciaux.

Elle couvre une superficie totale de 25 573 km² soit 9,4 % du territoire national. Elle est limitée :

- au Nord par la région sanitaire de la Boucle du Mouhoun ;
- au Sud par les régions sanitaires des Cascades et du Sud-Ouest ;
- à l'Est par les régions sanitaires de la Boucle du Mouhoun et du Sud-Ouest ;
- à l'Ouest par la région sanitaire de Sikasso dans la République du Mali.

Le relief de la région se caractérise par les plateaux et les plaines auxquels s'ajoutent quelques buttes, collines et vallées.

Le climat est tropical de type nord-soudanien et sud soudanien. Il est marqué par 2 grandes saisons : une saison humide qui dure 6 à 7 mois (mai à octobre/novembre) et une saison sèche qui s'étend sur 5 à 6 mois (novembre/décembre à avril).

La région des Hauts-Bassins se caractérise par la densité de sa végétation naturelle composée essentiellement de savane comportant tous les sous-types depuis la savane boisée jusqu'à la savane herbeuse.

V.1.2.3. Données démographiques

Au Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2006, la région avait une population de 1 469 604 habitants, soit 10,5% de la population du pays. La population féminine était majoritaire dans la région avec une proportion de 51,0%. La ville de Bobo-Dioulasso, fait que le taux d'urbanisation dans la région est de 37,6%, un taux supérieur à celui de l'ensemble du pays qui est de 22,7%. D'après les projections de l'Institut national des statistiques et de la démographie (INSD), la population de la région des Hauts-Bassins est estimée à 1 961 204 habitants en 2015. Avec un taux d'accroissement de la population de 3,6 % entre 1996 et 2006, la population de la région va doubler en 2030 par rapport à 2006.

La densité de la population était de 71,83 habitants au Km² en 2013, 74,23 en 2014 et sera estimé à 76,69 habitants au Km² en 2015. Sa répartition dans l'espace régional est hétérogène variant de 40,05 habitants au km² pour le district sanitaire de Léna à 298,66 habitants au km² au district de DAFRA

Cette population est essentiellement jeune. Un peu plus de 30 % de la population vit dans la seule ville de Bobo – Dioulasso. Le district de Dô est le plus habité avec près de 30% de la population totale de la région. Tandis que le district de Orodara est le plus vaste soit environ 32% de la superficie totale de la région et une densité de 45.54 habitants au Km²

Selon l'enquête sur les conditions de vie de la population réalisée en 2007, le taux de morbidité dans la région était de 7.8% contre 8.4% au niveau national. Ce taux était de 10,2% en 2005 contre 10,9% au niveau national. Ce taux, bien que inférieur à celui du niveau national demeure élevé

V.1.2.4. Données économiques

L'économie de la région est essentiellement basée sur l'agriculture et l'élevage qui font vivre environ 90% de la population. Les produits du secteur de l'agriculture sont

constitués pour la plupart des cultures vivrières et de rente, les produits de contre saison (fruits et légumes).

La région des Hauts-Bassins renferme également des activités industrielles et artisanales importantes. En effet, plusieurs unités de production de biens ou de services marchands sont implantées sur son territoire. Il s'agit de la SOFITEX, la BRAKINA, DAFANI, la SN-CITEC etc. Quant à l'artisanat, il regroupe diverses productions dont les principales sont la vannerie, la menuiserie, la sculpture, la poterie, le bâtiment et la teinture. Ces activités industrielles et commerciales sont plutôt développées dans la seule ville de Bobo-Dioulasso.

Traversée à la fois par l'axe routier Abidjan - Ouagadougou et la voie ferroviaire Ouagadougou-Kaya, la région occupe une position géographique favorable aux échanges commerciaux.

La variabilité due aux aléas climatiques, l'accroissement insuffisant de la productivité agricole, la faible diversification des revenus, la dégradation continue des ressources naturelles, liées aux déficiences d'organisation du cadre institutionnel et des capacités de gestion, contribuent fortement à maintenir la région dans une situation économique peu satisfaisante.

V.1.2.5. Données socio culturelles

Le taux brut de scolarisation connaît une évolution satisfaisante au cours de ces dernières années. En effet, au primaire, le taux brut de scolarisation est passé de 76,6% en 2010 à 91% en 2013. Au secondaire, ce taux est passé de 32,8% en 2010 à 34,6% en 2013. Quant au taux d'alphabétisation, il était de 30,4% pour les femmes et 46,6% pour les hommes en 2010.

Ces indicateurs bien que supérieurs aux moyennes nationales dénotent de la faiblesse de l'offre éducative caractérisée par une insuffisance de classes et d'enseignants.

Au plan ethnique, la région des Hauts-Bassins est habitée principalement par les Bobo, les Dioula, les Mossi, les Bwaba, les Sénoufo et les Peulh.

On y rencontre également quelques communautés étrangères dont les principales sont les Yorouba, les Haoussa et les Ashanti.

Les religions dominantes sont l'Islam, le christianisme et l'animisme.

Certaines pratiques culturelles néfastes persistent à savoir l'excision, les interdits alimentaires et les tabous divers.

V.1.2.6. Le secteur sanitaire public

La DRS comprend deux entités dont un organe de coordination et d'appui technique (DRS siège) et des organes d'opérationnalisation des activités que sont les districts qui sont au nombre de 08 (dont 1 non encore fonctionnel : DS N'dorola). Cinq (05) districts comportent chacun 2 échelons (réseau de CSPS et le CMA) et 02 sans 2ème échelon (DS Léna et K.Vigué).

Les autres structures et institutions de santé que l'on retrouve dans la région sont le Centre Hospitalier Universitaire Souro SANOU (CHUSS), le Centre Muraz, l'Office de Santé des Travailleurs (OST), l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP), le Service de Santé des Forces Armées, le Centre régional de transfusion sanguine (CRTS), l'Organisation Ouest africaine de la Santé (OOAS), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), l'Institut de Recherche en Science de la Santé (IRSS) et l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé (INSSA).

V.1.2.7. Le secteur privé à but lucratif et non lucratif et le secteur traditionnel

Le sous-secteur sanitaire privé a connu un essor important depuis les années 1990.

Il est composé en 2015 de 43 officines, 52 dépôts pharmaceutiques 13 cliniques ou polycliniques et une cinquantaine de cabinets de soins dont 17 sont confessionnelles. La plupart des structures privées de soins sont implantées dans la zone urbaine de la région (Bobo-Dioulasso) qui regroupe plus de 90% de l'ensemble des infrastructures.

La médecine traditionnelle prend également de l'ampleur au regard de l'intérêt accordé dans la politique nationale de santé. Le partenariat secteur public secteur privé et médecine traditionnelle doit être renforcé au cours de l'année 2015 pour faire du système de santé un cadre cohérent de la promotion et de l'amélioration de la santé des populations [37].

V.2. Le champ d'étude : La ville de Bobo-Dioulasso

Bobo-Dioulasso est la deuxième ville du Burkina Faso et est le chef-lieu de la région des Hauts-Bassin. . La commune urbaine de Bobo-Dioulasso compte sept (7) arrondissements. La population de cette ville est estimée à 1 273 939 habitants en 2015. Sur le plan sanitaire, la ville compte un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), un Centre Régionale de Transfusion Sanguine (CRTS), deux Centres Médicaux avec Antenne Chirurgicale (CMA), 133 Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), 93 formations sanitaires privées de soins et 34 officines et deux associations de TPS [35].

METHODOLOGIE

VI. METHODOLOGIE

VI.1. Type d'étude et période d'étude

Il s'est agi d'une étude descriptive quantitative de type transversale. La période de collecte des données s'est étendue sur 3 mois allant du 1^{er} février au 30 avril 2015.

VI.2. Population d'étude

L'étude a portée sur les tradipraticiens de Bobo-Dioulasso. Nous avons inclus dans notre étude les thérapeutes traditionnels résidant à Bobo-Dioulasso et présents pendant la période de l'enquête, disponibles et ayant accepté de répondre à nos questions. Les tradipraticiens que nous avons eu à enquêter occupent différents endroits de la commune de Bobo-Dioulasso mais nous avons privilégié ceux réunis dans les cadres reconnus par les autorités sanitaires et politiques principalement :

- **L'association des tradipraticiens et herboristes de la province du Houet :** Créée en 2002, elle compte aujourd'hui environ 80 membres. Elle poursuit les objectifs de promotion de la santé par les soins traditionnels à base de substances naturelles, surtout les plantes, ainsi que celui d'être à l'écoute des organisations qui œuvrent pour la promotion de la pharmacopée et médecine traditionnelle. Le siège est au secteur 1 de Bobo-Dioulasso
- **L'association des tradipraticiens de santé et herboristes « Pharmacopée Relwendé/Djigui-sèmè » :** Créée en 2011, elle compte aujourd'hui environ 100 membres actifs. Les objectifs sont de révaloriser la médecine et la pharmacopée traditionnelle, de promouvoir un regroupement des TPS ainsi qu'une bonne collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne pour une meilleure santé de la population. Le siège est au secteur 2 de Bobo-Dioulasso.

Nous avons exclu de notre étude les tradipraticiens spécialisés en pathologie traumatologique et ceux utilisant à la fois des techniques divinatoires relevant du domaine du mystique lequel est difficile à évaluer.

VI.3. Echantillonnage

VI.3.1. Calcul de la taille de l'échantillon

Nous avons interrogé les tradipraticiens en un passage transversal sur une période allant du 1^{er} Février au 30 Avril 2015. Les tradipraticiens répondant à nos critères d'inclusions ont été inclus de manière consécutive à notre étude. Un total de 100 tradipraticiens ont fait l'objet de notre enquête. Notre choix a été guidé par :

- Le souci de couverture de toute la commune de Bobo
- L'accessibilité, l'acceptabilité à collaborer avec nous et la disponibilité des tradipraticiens au cours de la période d'enquête
- La facilité de communication

- L'effectif des tradipraticiens et herboristes dans les deux associations dans une moindre mesure
- Leurs spécialités

VI.3.2. Méthode et techniques

Au cours de notre enquête, pour la collecte de données, l'approche utilisée a été l'entretien individuel. L'instrument de collecte était un questionnaire permettant d'appréhender les informations sur les affections et sur les plantes utilisées pour leur traitement. Ce questionnaire comportait six grandes rubriques à savoir : les connaissances sur l'ictère, les attitudes et pratiques dans la prise en charge de l'ictère, la satisfaction des patients après traitement, les connaissances sur les hépatites virales, les attitudes et pratiques dans la prise en charge des hépatites virales, la satisfaction des patients après traitement pour hépatite. Nous avons opté pour une association de questions ouvertes et de questions fermées. Les variables telles que les symptômes, l'étiologie de l'ictère et des hépatites virales, les sortes d'hépatites virales, les voies de contamination, les mesures préventives, les raisons de références et de non référence à la médecine moderne, le coût du traitement, ont fait l'objet de questions ouvertes afin de ne pas influencer les connaissances des TPS.

La technique de collecte utilisée était la technique d'entrevue. Avant chaque entretien, un consentement éclairé du participant a été obtenu sur écrit après explication sur le but de l'étude, son importance et la méthode d'enquête.

VI. 4. Description des variables étudiées

Les variables suivantes ont été étudiées :

- Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des tradipraticiens :
 - L'âge a été obtenu par observation de la date de naissance sur la carte d'identité du TPS ou sur déclaration du TPS lui-même.
 - Le sexe, masculin ou féminin, a été défini sur l'observation du TPS
 - Le statut matrimonial, la religion, le niveau d'instruction, le nombre d'année d'expérience, le lieu de résidence, l'historique du pouvoir de soin, le nombre de cas traités en moyenne par mois, etc..., ont été obtenus sur déclaration du TPS
- La perception des tradipraticiens sur l'ictère: définition données par les TPS, causes citées, manifestations cliniques citées, etc... ont été obtenus par réponses ouvertes.
- La perception des tradipraticiens sur les hépatites virales: définition, causes, manifestations, voies de contamination citées, mesures préventives citées, complications possibles etc... ont également été obtenus par réponses ouvertes

- La démarche et outils de soins : plantes utilisées, parties des plantes utilisées, mode de préparations des remèdes, mode d'administration, incantations, etc... ont été renseignés par réponses ouvertes.
- Les résultats de la prise en charge (Satisfaction des patients): évolution clinique, effets secondaires du traitement, complications, etc...ont également été obtenus par réponses ouvertes.
- Le paiement des soins : coût du traitement, mode et nature du paiement ont été obtenus sur déclaration du TPS
- Liens avec le système de soins modernes : références et raisons de référence ont été obtenus en posant des questions ouvertes

VI.5. Définitions opérationnelles

Les conceptions de certains symptômes ou maladies en médecine traditionnelle diffèrent parfois d'avec celles de la médecine moderne. Pour ce faire, certaines définitions ont été reconsidérées et adapté à cette conception.

- Ictère : coloration jaunes des yeux et/ou des paumes des mains et/ou des plantes des pieds.
- Causes de l'ictère : le paludisme, les hépatites, l'anémie, la cirrhose, le cancer du foie. La réponse « piqûre de moustique » a été considérée comme paludisme
- Hépatite virale : maladie du foie ou maladie inflammatoire du foie ou maladie du foie due à un virus.
- Les sortes d'hépatites virales : les hépatites A, B, C, D, E
- Cause des hépatites virales : virus ou microbe
- Les symptômes d'hépatites virales : l'ictère, la fièvre, l'asthénie, l'amaigrissement, l'anorexie, les nausée-vomissements, la douleur de l'hypochondre droit, l'arthralgie, les courbatures, les urines foncées, les selles décolorées.
- Les voies de contamination : la salive, les rapports sexuels, la transmission sanguine, la transmission mère enfant.
- Les mesures préventives des hépatites virales : la vaccination, les rapports sexuels protégés, le respect des mesures d'hygiène.
- Les complications des hépatites virales : la cirrhose, le cancer du foie. La réponse « ascite » et « destruction du foie » ont été considérées équivalentes à la cirrhose et au cancer du foie.

VI. 6. Collecte des données

Il s'est agi dans un premier lieu d'une prise de contact avec les associations avec explications détaillées sur les objectifs de l'enquête, le contenu et les résultats attendus et une distribution des fiches d'information. Ensuite une liste de tradipraticiens disponibles et acceptant de participer à l'enquête a été établi et nous a été fournis par les présidents des différentes associations. L'adresse de certains

tradipraticiens hors associations nous a été fournie par des personnes de la communauté. L'approche utilisée a été l'entretien individuel. La technique utilisée était la technique d'entrevue. Des rendez-vous ont été fixés par les présidents d'association ou ont été obtenus par appel téléphonique. Nous avons fait un entretien individuel avec les thérapeutes traditionnels soit à leur lieu de travail, au marché des plantes médicinales, à domicile ou au siège de l'association.

L'instrument de collecte était un questionnaire permettant d'appréhender les informations sur l'ictère et les hépatites virales ainsi que sur les plantes utilisées pour leur traitement.

Les thérapeutes traditionnels ayant accepté l'interview ont été interrogés par nous-même et la présence d'un traducteur de langue a été parfois nécessaire. Avant chaque entretien, un consentement éclairé écrit daté et signé du participant a été obtenu après explication sur le but de l'étude, son importance et la méthode d'enquête. Après chaque interview, une contribution symbolique, pour l'essence à ceux qui se sont déplacés ou pour la cola à certains ou des noix de cola même à d'autres, a été donnée comme le veut la tradition. Lors de l'interview, des précisions ont été recherchées sur les connaissances sur l'ictère et sur les hépatites virales, l'identification des plantes utilisées pour le traitement de ces pathologies, les parties utilisées, les modes de préparation et d'administration, la durée du traitement, les liens avec le système de soins modernes notamment les références et les raisons de références ou de non référence. L'âge du TPS, le nombre de patients traités en moyenne par mois pour ces pathologies, le nombre d'années de pratique et la formation pour la pratique n'ont pas été occultés lors de l'interview. Les noms des plantes ont été collectés en langue nationale, puis les noms français et scientifiques ont été retrouvés à l'aide de trois documents : un document de l'OOAS sur la pharmacopée de l'Afrique de l'Ouest [16], un recueil de plantes médicinales écrit par le père César Fernandez [29] et un Dictionnaire et monographies multilingues du potentiel médicinal des plantes africaines [38].

VI. 6-Analyse des données

VI. 6.1. Gestion des données

Les données ont été codées et saisies au fil de l'enquête afin d'identifier les problèmes et y remédier. La saisie a été réalisée sur un microordinateur à l'aide du logiciel EpiData Manager. Pour assurer la qualité des données, 10% des fiches ont été tirées de façon aléatoire puis vérifiées. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels Stata 12.0 et Epi-info 6. Le logiciel Microsoft Office 2010 a été utilisé pour le tracé des graphiques et des tableaux.

VI. 6.2. Analyse Statistique

Les variables âge, sexe, statut matrimonial, le niveau d'étude, l'existence d'une autorisation d'exercice, le nombre d'année d'expérience, le type de formation reçue, la zone de couverture, les populations cibles, le nombre de maladie traitées et l'existence d'une profession parallèle ont été utilisés pour caractériser notre échantillon à l'aide de tableaux et graphiques.

Pour évaluer le niveau de connaissances des TPS sur l'ictère et les hépatites virales, nous avons procédé à une notation des différentes réponses sur la base de critères de médecines modernes comme suit :

- Concernant l'évaluation de la connaissance sur la définition de l'ictère, la réponse « coloration jaunes de yeux et/ou des paumes de la mains et/ou des plantes des pieds » a été considérée comme bonne réponse.
- Concernant l'étiologie de l'ictère, les réponses suivantes ont été cotés par 1point chacune afin d'attribuer une note au répondant : paludisme, hépatite, anémie, cirrhose, cancer du foie. La réponse « piqûre de moustique » a été considérée comme paludisme et coté à 1point également. Une note sur 5point a été attribuée à chaque répondant et les notes comprises entre 0 et 1 ont été classées faibles, la note de 2 classée moyenne et celles comprises entre 3 et 5 classées bonnes. Le niveau a été classé satisfaisant à partir de la note moyenne pour la corrélation avec le degré d'alphabétisation et l'ancienneté.
- Pour l'évaluation des connaissances sur les hépatites, la définition « maladie du foie ou maladie inflammatoire du foie ou maladie du foie due à un virus » a été considérée comme bonne réponse et cotée à 1point.
- En ce qui concerne les sortes d'hépatites chaque sorte citée a été coté à 1point afin d'attribuer une note sur 5 à chaque répondant.
- La réponse « virus ou microbe » donnée à la question « quelles sont les causes des hépatites virales ? » a été coté 1point et les autres réponses à 0 point
- Les symptômes suivants ont été coté à 1point chacun afin d'obtenir une note sur 10 : ictère, fièvre, asthénie, amaigrissement, anorexie, nausée-vomissement, douleur de l'hypochondre droit, arthralgie/courbatures, urines foncées, selles décolorées. Les réponses fausses telles que ascite, ballonnement abdominal, œdèmes ont été cotées 0 point.
- Les voies de contamination citées ont été cotées comme suit pour obtenir une note sur 6points: salive=1point, rapports sexuels=2 points, transmission sanguine=2points, transmission mère enfant=1point. Les autres réponses ont été cotées 0 point
- Les mesures préventives des hépatites virales quant à elles ont été cotées comme suit pour obtenir une note sur 5points : vaccination=2points, rapports

sexuels protégés=2points, respects des mesures d'hygiène=1point. Les autres réponses ont été cotées 0 point.

- Pour l'évaluation du niveau de connaissance sur les complications des hépatites virales, nous avons coté comme bonne réponse « cirrhose » et « cancer du foie » à 2points chacune. Les réponses « ascite » et « destruction du foie » ont été jugé comme réponse acceptable et coté à 1 point chacune lorsqu'elles étaient citées seules et sans les deux précédentes. Un total sur 4 point a été obtenu pour chacun des répondants.

Chacune de ces notes a été classée dans une tranche correspondant aux niveaux bon, moyen et faible ou aux niveaux bon et mauvais selon le récapitulatif suivant :

Les niveaux de connaissance	
Liste des Variables « connaissances »	
1. Connaissances sur les causes d'ictères	Bon=3-5 Moyen=2 Faible=0-1
2. Connaissances sur la définition d'hépatites	Bon=1 Mauvais=0
3. Connaissances sur les sortes d'hépatites virales	Bon=4-5 Moyen=2-3 Faible=0-1
4. Connaissances sur les causes des hépatites virales	Bon=1 Mauvais=0
5. Connaissances sur les symptômes des hépatites virales	Bon=7-10 Moyen=5-6 Faible=0-4
6. Connaissances sur les voies de contamination des hépatites virales	Bon=4-6 Moyen=2-3 Faible=0-1

7. Connaissances sur les mesures préventives des hépatites virales	Bon=4-5 Moyen=2-3 Faible=0-1
8. Connaissances sur les complications des hépatites virales	Bon=4 Moyen=2 Faible=0-1
9. Connaissance globale	Bon= 25-32 Moyen=16-24 Faible= 0-15
10. Connaissance globale satisfaisante	Note>=16

Les analyses ont été faites pour les variables « connaissance » ci-dessus par des calculs de proportion. Les proportions pour le niveau global de connaissance ont été comparées dans les classes des variables « niveau d'étude » et « ancienneté dans la profession de TPS » pour évaluer le degré de liaison statistique. Du fait des effectifs faibles, le test exact de Fisher a été utilisé avec un niveau de signification pour $p < 0,05$.

Les variables âge, nombre d'année d'exercice, nombre de maladies traitées, nombre de cas d'ictère reçus par mois, nombre de cas d'hépatite reçus par mois et coût du traitement ont été analysées à travers des calculs de moyennes.

Les autres variables telles que les parties des plantes utilisées, le mode de préparation des remèdes, le mode d'administration, les effets secondaires, les raisons de référence et de non référence aux structures de santé moderne, ont fait l'objet de calcul de proportion.

CONSIDERATIONS ETHIQUES

VII. CONSIDERATIONS ETHIQUES

L'autorisation des présidents des deux associations a été obtenue avant le début de l'enquête. Avant tout interrogatoire, le consentement éclairé de la personne concernée a été obtenu après explication sur le but de l'étude, son importance, la méthode d'enquête.

Pour le respect des considérations d'ordre culturel et religieux, notre enquête a été réalisée par des équipes mixtes. Pour plus de respect de la confidentialité, nos fiches étaient anonymes et exploitées par nous-mêmes pour la saisie et l'analyse des données.

A la fin de chaque entretien, des informations complémentaires sur l'ictère et sur les hépatites virales ont été apportées à l'enquêté pour une amélioration de ses connaissances sur ces deux entités.

RESULTATS

VIII. RESULTATS

VIII.1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des TPS

Les caractéristiques sociodémographiques sont étudiées par l'âge, le sexe, le statut matrimonial, l'ethnie et le niveau d'étude. Les caractéristiques professionnelles sont étudiées par l'ancienneté de la pratique de la MT, la possession d'une attestation d'exercice, le type de formation reçue pour l'exercice de la MT, la zone de couverture, le nombre de maladies traitées et l'existence d'une autre profession parallèle. Les résultats obtenus étaient les suivants :

VIII.1.1. L'âge des TPS

L'âge moyen des TPS était de 48,51 ans [$\pm 14,04$] et variait de 18 à 88ans.

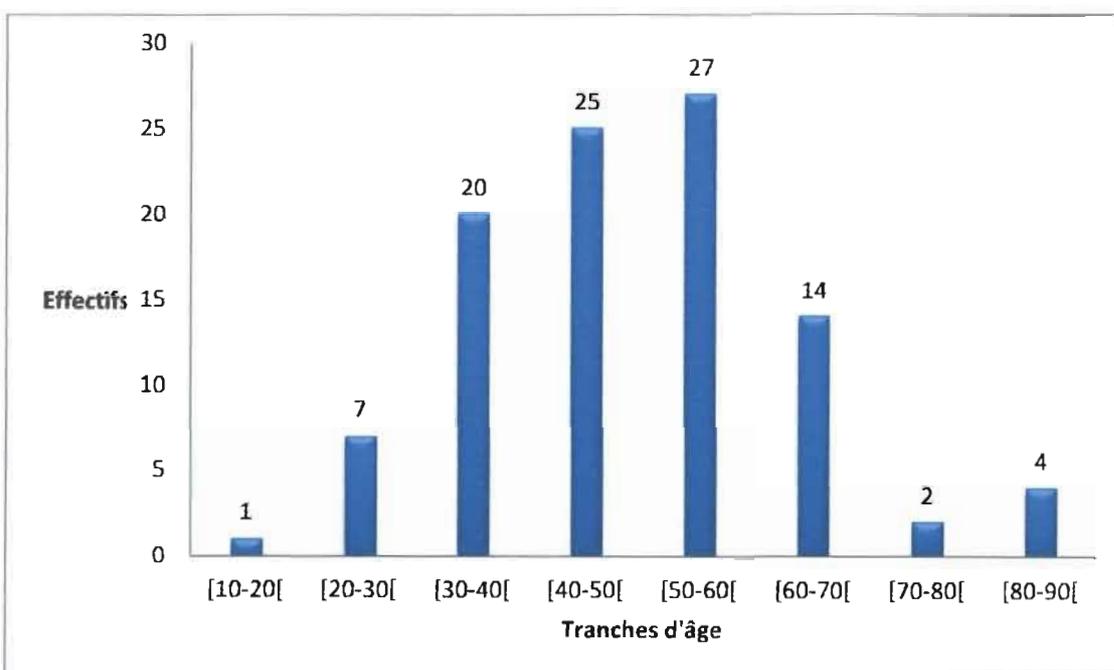


Figure 1: Répartition des TPS selon les tranches d'âge

La tranche d'âge la plus représentée était celle de [50-60[ans et près de 3TPS sur 4 (72%) avaient un âge supérieur à 40ans (Figure 1)

VIII.1.2. Le sexe des TPS

Notre échantillon était composé à 2/3 de sexe masculin et 1/3 de sexe féminin avec un sexe ratio de 1,94

VIII.1.3. Le statut matrimonial des TPS

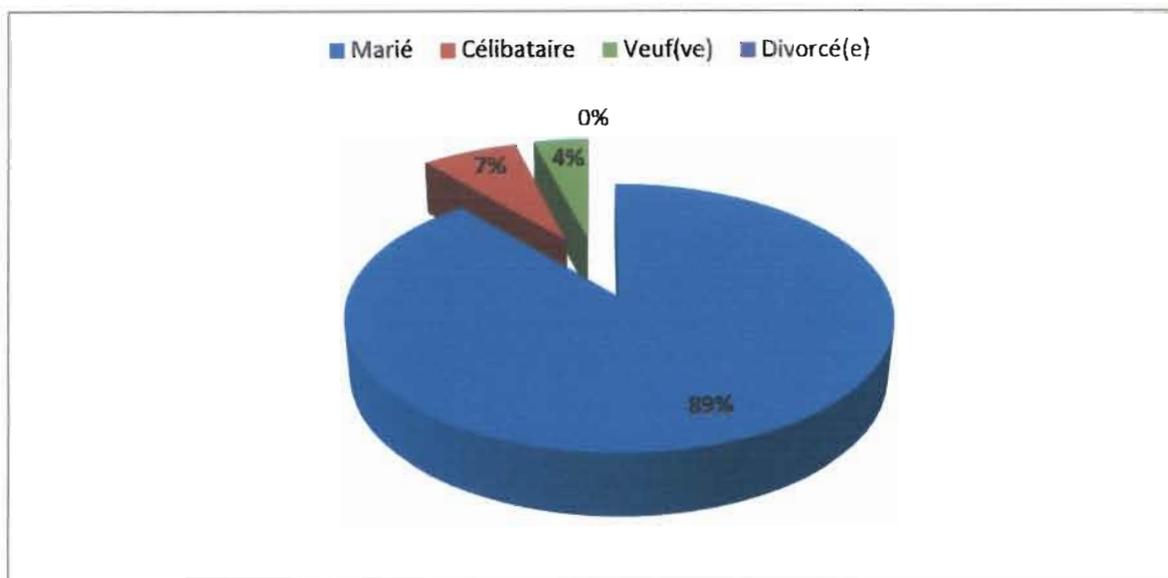


Figure 2: Répartition des TPS selon le statut matrimonial

Plus de 3 TPS sur 4 étaient mariés dans notre échantillon (Figure 2)

VIII.1.4. Le niveau d'étude des TPS

Tableau I : Répartition des TPS selon le niveau d'étude

	Effectif (N=100)	Pourcentage (%)
Non scolarisés	25	25
Primaire	22	22
Secondaire	12	12
Supérieur	2	2
Franco-arabe primaire	3	3
Franco arabe secondaire	2	2
Ecole coranique	34	34
Alphabétisation en langue nationale	0	0

Dans notre échantillon 1/4 des TPS n'était pas scolarisé et moins de la moitié était lettré (41%) (Tableau I).

VIII.1.5. L'ancienneté dans l'exercice de la MT

Le nombre d'années d'exercice de la MT était en moyenne 18,28 ans $[\pm 11,43]$ et variait de 2 et 53ans. La classe modale était celle de 10 à 20années d'expérience (figure 3)

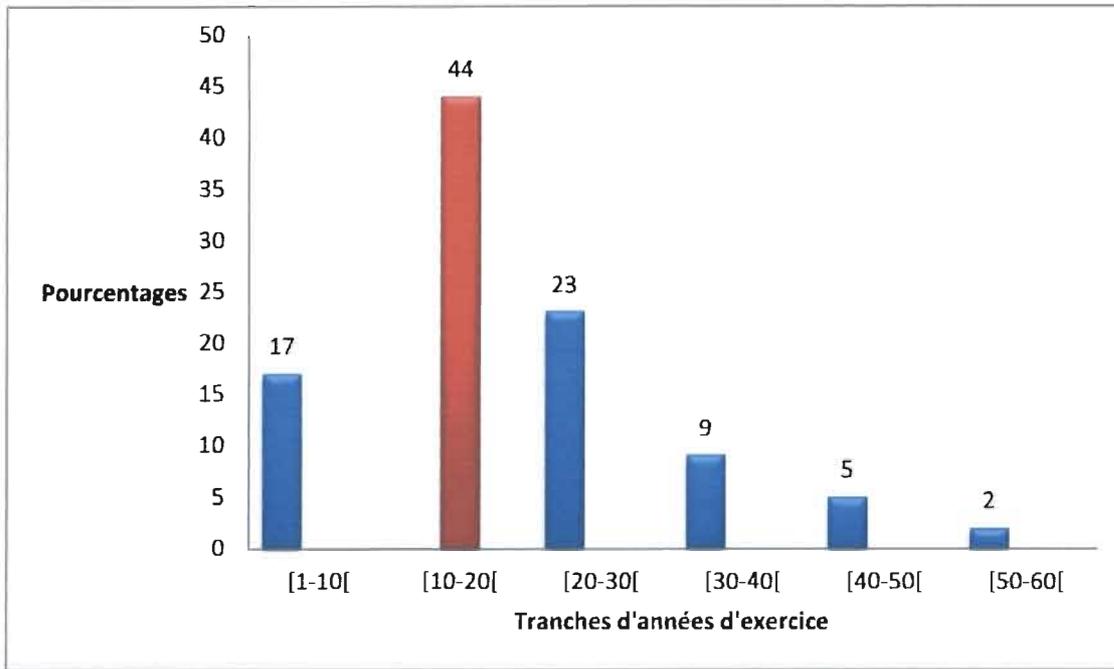


Figure 3: Répartition des TPS selon les tranches d'années d'exercice de la MT

Plus des 3/4 des TPS (83%) avaient plus de 10ans d'expérience dans la pratique de la MT et près de la moitié (44%) avaient entre 10 et 20années d'expérience (Tableau II).

VIII.1.6. Les types de formations reçues par les TPS pour l'exercice de la MT

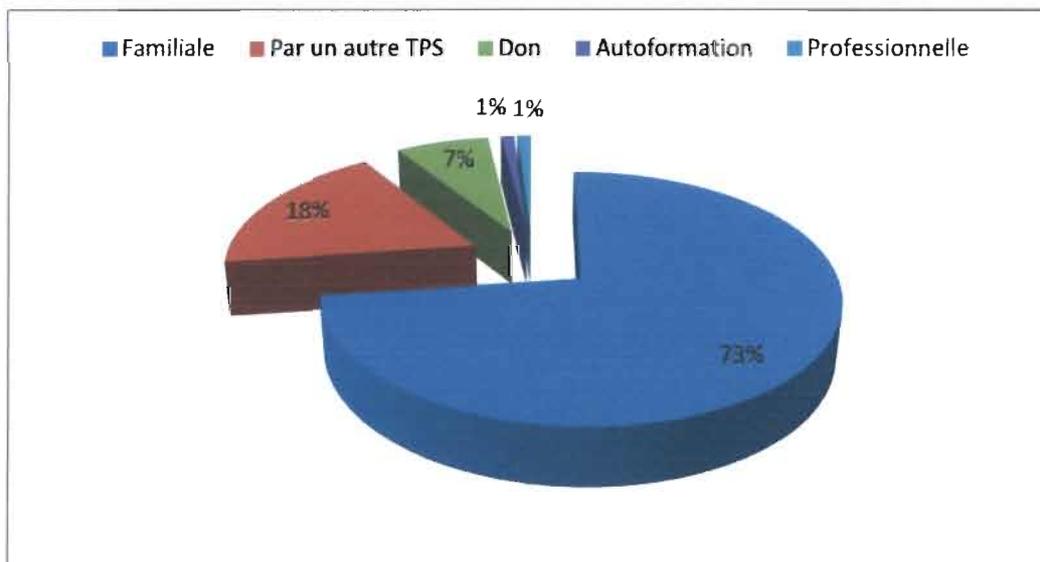


Figure 4 : Répartition des TPS selon le type de formation reçue pour l'exercice de la fonction

Près de 3 TPS sur 4 (73%) avaient reçu leur formation d'un parent proche et 1% avait une formation de type professionnel (école de phytothérapie) (Figure 4).

VIII.1.7. La possession d'une autorisation d'exercice

Parmi les TPS de notre échantillon, 18 (18%) avaient une autorisation d'exercice et 82(82%) exerçaient sans autorisation du ministère de la santé.

VIII.1.8. La zone de couverture par les soins des TPS

Tableau II : Répartition des TPS selon la zone de couverture

	Effectifs	Pourcentage
Un secteur	1	1
Plusieurs secteurs	8	8
Un village	1	1
Plusieurs villages	4	4
Plusieurs villes	30	30
Plusieurs pays	56	56

Plus de la moitié des TPS (56%) couvraient à la fois plusieurs secteurs de la ville de Bobo, plusieurs villes du Burkina et plusieurs autres pays, 9% d'entre eux avaient une zone de couverture limitée à la ville de Bobo (Tableau II).

VIII.1.9. Les populations cibles

Dans notre échantillon, 98 (98%) traitaient tout malade qui se présentaient à eux (citadins, habitants ruraux parents proches), seulement 1 (1%) ne traitait que les parents proches et 1(1%) ne traitait uniquement que les habitants ruraux.

VIII.1.10. Le nombre de maladies traitées

Dans notre échantillon les TPS étaient spécialisés dans le traitement de plusieurs maladies dont la moyenne était de 5 maladies [± 7] avec des extrêmes allant de 1 à 75 maladies.

VIII.1.11. Les autres professions exercées par les TPS

Dans notre échantillon, près de 2 TPS sur 3 (64%) exerçaient la seule profession de TPS et environ plus d'un tiers (36%) TPS exerçaient une autre profession associée.

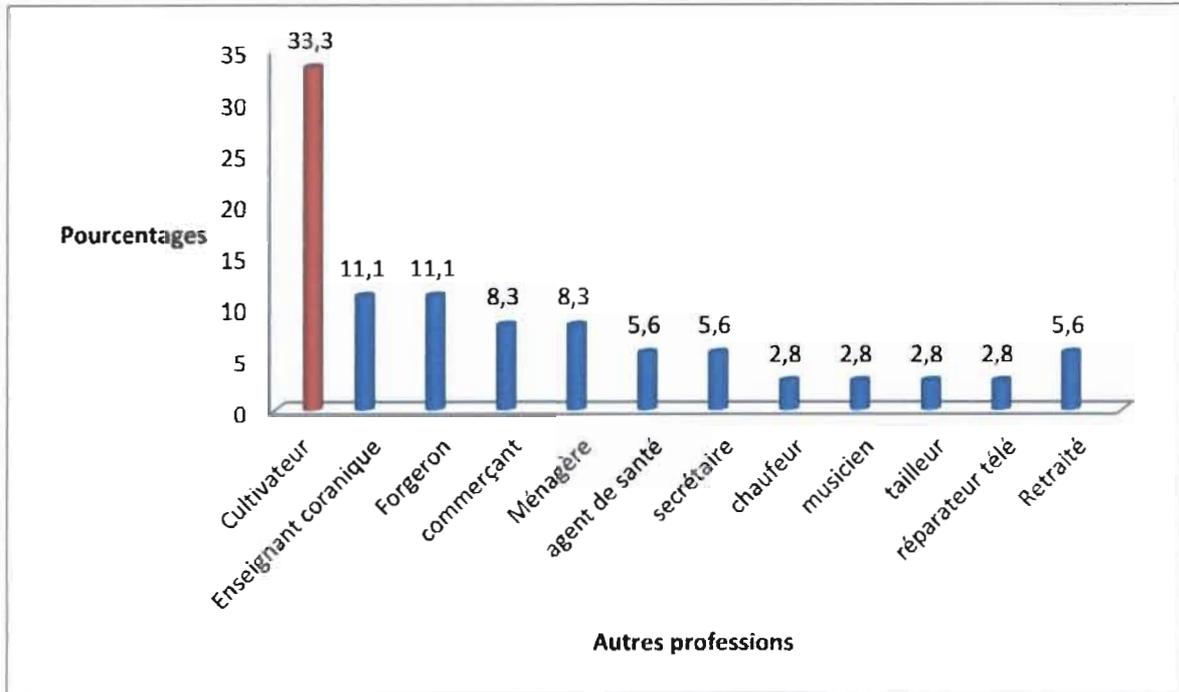


Figure 5 : Répartition des professions additionnelles exercées par les TPS

Dans notre échantillon, 1 TPS sur 3(33,3%) parmi ceux exerçant une autre profession étaient cultivateur (Figure 5).

VIII.1.12. Les principales maladies traitées par les TPS

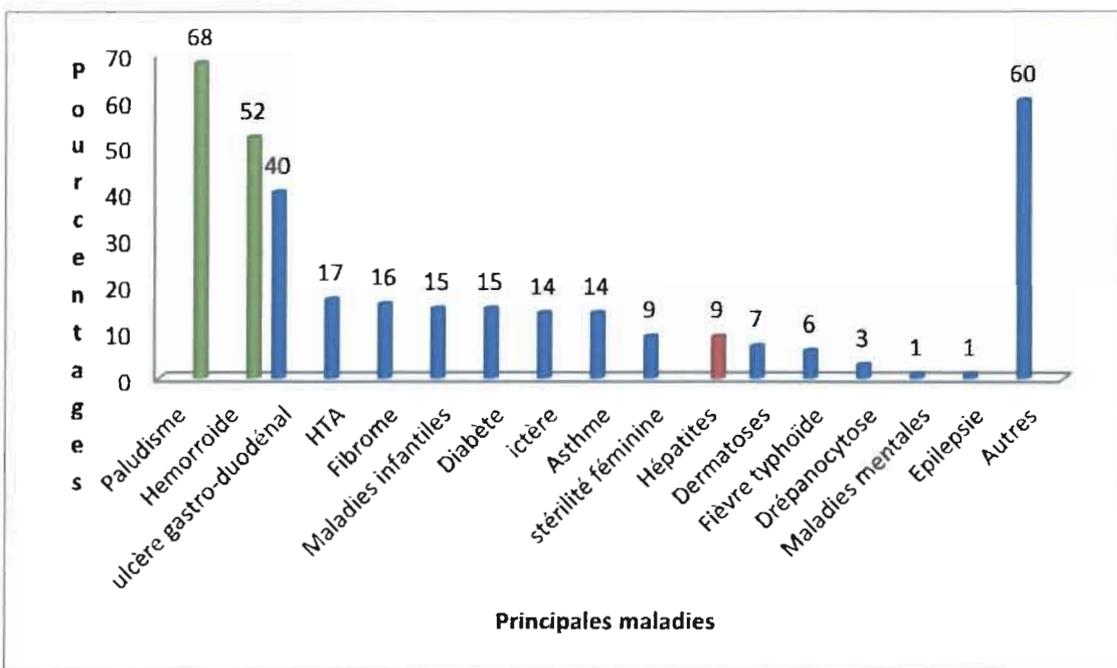


Figure 6 : Répartition des principales maladies traitées par les TPS

Tableau III : Connaissance sur les causes de l'ictère et degré d'alphabétisation du TPS

	Effectifs	Connaissance satisfaisante		p
		OUI	NON	
Degré d'alphabétisation				
Lettrés	41	19,5	80,5	0,003
Non Lettrés	59	1,7	98,3	

Il existait une différence statistiquement significative entre le niveau de connaissance sur les causes d'ictère et le degré d'alphabétisation du TPS. La proportion de lettrés ayant une connaissance satisfaisante sur les causes d'ictère (19,5%) était supérieure à celle des non lettrés ayant une connaissance satisfaisante (1,7%) (Test de Fisher : $p=0,003$) (Tableau III).

Tableau IV : Connaissance sur les causes de l'ictère et nombre d'années d'expérience du TPS

	Effectifs	Connaissance satisfaisante		p
		OUI	NON	
Ancienneté du TPS				
<18ans	57	7	93	0,5
≥18ans	43	11,6	88,4	

Il n'existait aucune différence statistiquement significative entre le niveau de connaissance sur les causes d'ictère et l'ancienneté d'exercice du TPS. Les proportions de TPS ayant un niveau de connaissance acceptable sur les causes d'ictère étaient similaires chez ceux dont l'ancienneté était en dessous de 18ans (7%) et chez ceux dont l'ancienneté était au dessus de 18ans (11,6%). (Test de Fisher : $p=0,5$) (Tableau IV).

VIII.3. Les attitudes et pratiques des TPS en matière de prise en charge de l'ictère

VIII.3.1. Les TPS qui traitaient l'ictère

Dans notre échantillon 96 (96%) des TPS prenaient en charge les cas d'ictère et 4(4%) non. Une moyenne d'environ $11[\pm 10,23]$ cas d'ictère se présentaient à eux par mois avec des extrêmes allant de 0 à 50 cas par mois.

VIII.3.2. Les différents moyens utilisés pour le traitement de l'ictère par les TPS

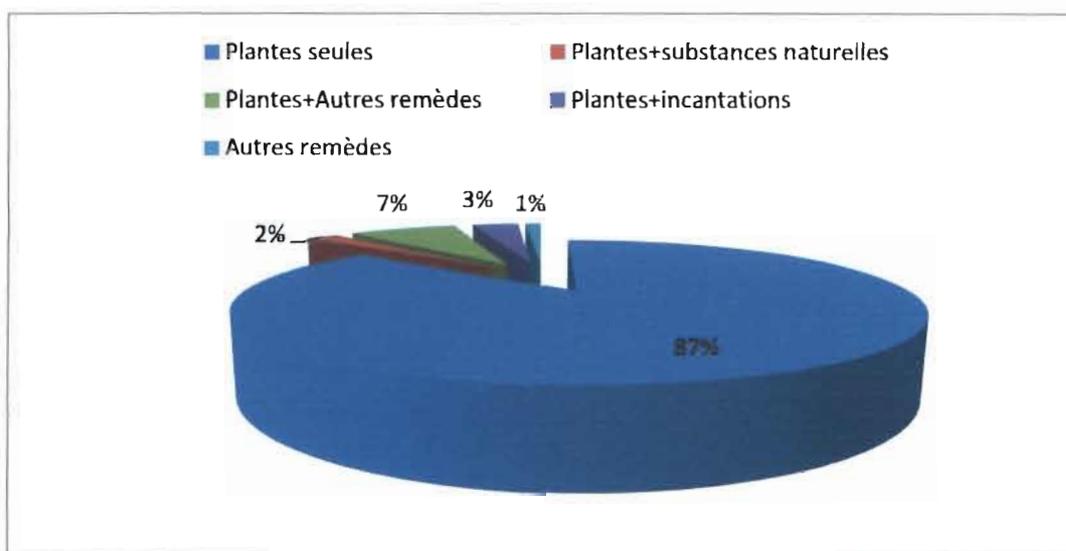


Figure 8 : Les types de remèdes utilisés par les TPS pour le traitement de l'ictère

Comme moyens de traitement de l'ictère, 83 (86,5%) des TPS n'utilisaient que des plantes. Aucun TPS dans notre échantillon n'avait signalé utiliser des médicaments modernes pour traiter l'ictère (Figure 8).

Tableau V: Récapitulatif des plantes médicinales utilisées pour le traitement de l'ictère

Noms scientifiques	Famille	Noms français	Noms vernaculaires		Parties utilisées	Nombre de fois cité
			Dioula	Moré		
<i>Cochlospermum tinctorium</i>	Cochlospermaceae		N'dribala	Sôasga	R	48
<i>Terminalia macroptera</i>	Combretaceae	Badamier du Sénégal	wolon	Kôdpoko	R, F	28
<i>Commiphora africana</i>	Burseraceae	Myrrhe africaine	Bâti	Kodentôabga	R	22
<i>Anogeissus leiocarpus</i>	Combretaceae	Bouleau d'Afrique	Ngalama	Siiga	R, F	14
<i>Combretum micranthum</i>	Combretaceae	Vrai Kinkéliba	Ngolobé	Rânga	R, F	13
<i>Cassia sieberiana</i>	Caesalpinaceae	Cassia de Sieber	Sindian	Kumbrisaka	R, F, E	13
<i>Entada africana</i>	Mimosaceae		Samanère	Sinnego	R	10
<i>Azadirachta indica</i>	Meliaceae	Neem ou Margousier	Niga	Nim	F	5
<i>Mitragyna inermis</i>	Rubiaceae	Jun	Dum	Yiilga	F	5
<i>Opilia amentaceae</i>	Opiliaceae		Nenboshi	Wagsalgo	F	5
<i>Chrysanthelium americana</i>	Asteraceae		Furakura	Waltuko	P	5
<i>Mangifera indica</i>	Anacardiaceae	Manguier	Mangoro	Manguê,	F	4
<i>Tamarindus indica</i>	Caesalpinaceae	Tamarinier	Tomi	Pousga	F	4

<i>Guiera senegalensis</i>	Combretaceae	Guiéra du Sénégal	Kounguiè	Wilinwiga	F	4
<i>Anona senegalensis</i>	Annonaceae	Pomme cannelle du Sénégal	Manden sunsun	Bakudi	R, F	3
<i>Trichilia emetica</i>	Meliaceae	Mafaure	Sula finsan	Kinkirstaanga	R	3
<i>Oxytenanthera abyssinica</i>	Poaceae	Bambou	Bô		F	3
<i>Cassia occidentalis</i>	Caesalpinaceae	faux kinkéliba	Suma kala	Kinkilba	F	3
<i>Acacia nilotica</i>	Mimosaceae	Gommier rouge	Baganan	Peg nenga	F, E	2
<i>Citrus aurantifolia</i>	Rutaceae	Citronnier	Lemuru kumuni		F, f	2
<i>Terminalia avicennioides</i>	Combretaceae	Badamier duveteux	Wolo	Koondré	R	2
<i>Parkia biglobosa</i>	Mimosaceae	Néré, Caroubier africain	nèrè	Roaga	E	2
<i>Cassia siamea</i>	Caesalpinaceae	Acacia	kaset	Kumbrisaka	F	1
<i>Faidherbia albida</i>	Mimosaceae	Kade	Balanzan	Zaangha	R, E	1
<i>Lophira alata</i>	Ochnaceae	Chêne rouge	mana		E	1
<i>Nauclea latifolia</i>	Rubiaceae	Arbre à mortier			F	1
<i>Carica papaya</i>	Caricaceae	Papayer	Mândé	Budebalod	F	1
<i>Cassia alata</i>	Caesalpinaceae	Dartrier	kontaba		F	1
<i>Cassia italica</i>	Caesalpinaceae	Senne italien	Bali bali	Kaneda	E	1
<i>Cassia nigricans</i>	Caesalpinaceae		Niokorokala	Zandré kouka	R, F	1
<i>Cissus quadrangularis</i>	Vitaceae	Vigne de Bakel	Wouloudiol ôkô	Wob-sendo	F	1
<i>Khaya senegalensis</i>	Meliaceae	Caïlcédrat	Diala	Kouka	E	1
<i>Vitex doniana</i>	Verbenaceae	Prunier noire	Kotofin	Andga	F, E	1
<i>Zanthoxylum zanthoxyloides</i>	Rutaceae	Fagara	wô	Rapeoko	R	1
<i>Ampelocissus africana</i>	Vitaceae	Vigne du Soudan	Forokofarak a	Bugsêntungu	F	1
<i>Combretum glinitisum</i>	Combretaceae	Bois d'éléphant, Kinkéliba coriace		kuilingua	R, F	1
<i>Securidaca longipedunculata</i>	Polygonaceae	Arbre à Serpent	Dioro	Pèlga	R	1
<i>Ximenia americana</i>	Olcaceae	Citronnier de mer	Ntôke	Leenga	R	1
<i>Manihot esculenta</i>	Euphorbiaceae	Manioc	Bananku		F	1
<i>Uraria picta</i>	Fabaceae		Allah gnon		F	1

R= Racine ; F= Feuilles ; f= Fruits ; E= Ecorce

La plante la plus utilisée par notre échantillon pour le traitement de l'ictère était le *Cochlospermum tinctorium* (Tableau V).

VIII.3.3. Les parties des plantes utilisées

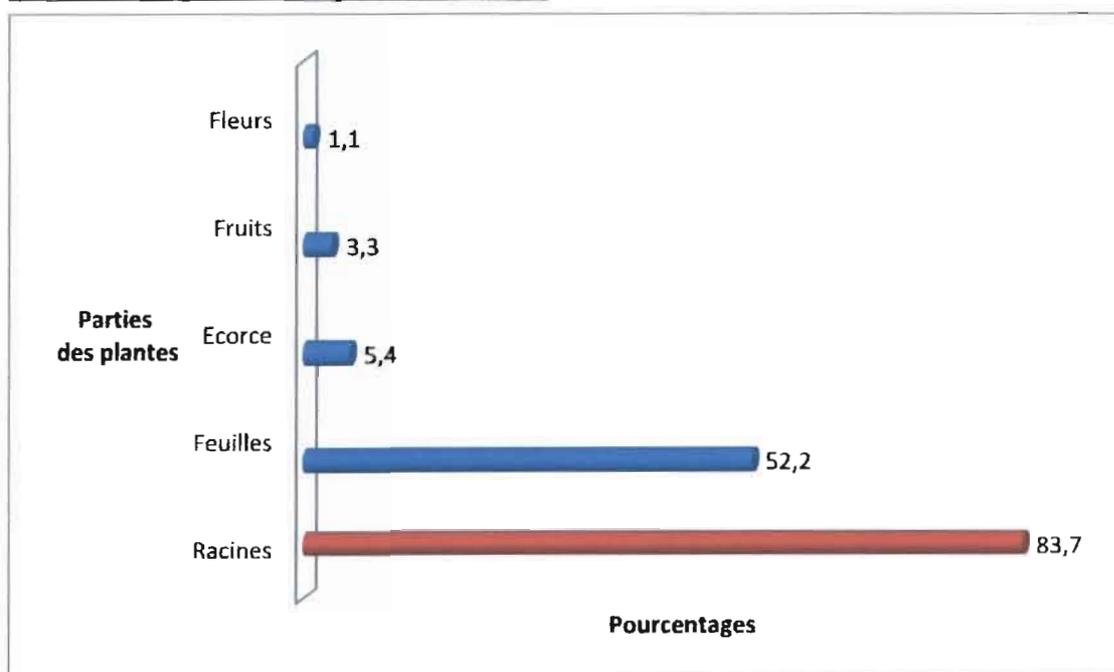


Figure 9 : Les parties des plantes utilisées pour le traitement de l'ictère

Dans notre échantillon la partie des plantes la plus utilisée était les racines par 76(83,7%) des TPS (Figure 9).

VIII.3.4. Les formes de présentation des remèdes contre l'ictère

La forme de présentation la plus utilisée était la décoction par 74,7% suivie de la poudre par 17,9% et des autres formes par 7,4%

VIII.3.5. Le mode d'administration

Les modes d'administration du traitement les plus cités pour l'ictère étaient par boisson 89 (92,7%), par bain 76 (79,2%) et par fumigation 2(2,08%).

VIII.3.6. Les mesures d'accompagnement du traitement

Au sein de notre échantillon, 83(87,37)% des TPS qui prenaient en charge l'ictère préconisaient des mesures d'accompagnement du traitement en cas d'ictère et 12(12,63%) n'avaient aucune mesure d'accompagnement.

Les régimes alimentaires les plus préconisés étaient ceux avec éviction de l'huile ou des aliments gras par 67(39,7%), éviction du sucre par 33(19,5%), éviction de la viande par 27 (16%) éviction du lait par 13(7,8%).

VIII.3.7. La durée du traitement

La durée moyenne de traitement était de 1,8 semaine avec une durée de traitement variant entre 1 à 7 semaines.

VIII.3.8. Les effets secondaires du traitement

Plus des 3/4 des TPS (81=84,38%) signalait que leur traitement n'avait aucun effet secondaire. Les effets secondaires souvent signalés par 15,63% étaient la diarrhée, le vertige, la douleur abdominale...

VIII.3.9. La compatibilité avec la médecine moderne

Selon près d'1 TPS sur 4 traitant l'ictère dans notre échantillon (18=18,75%), leur traitement traditionnel était incompatible avec le traitement moderne en cas d'ictère et ceux pour diverses raisons.

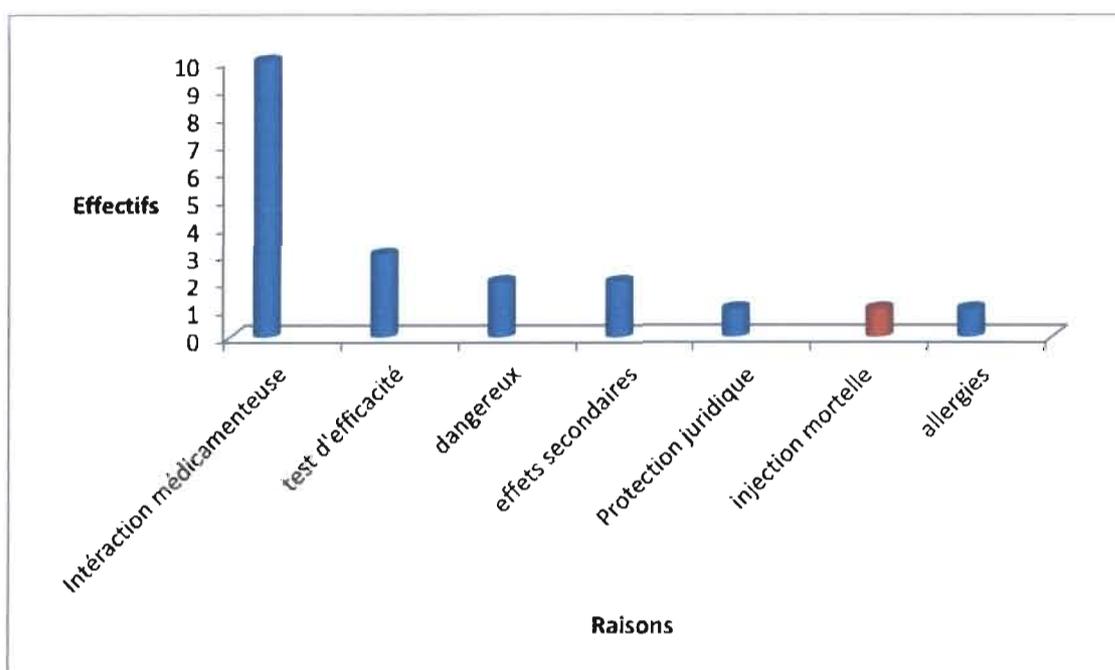


Figure 10 : Les Raisons d'incompatibilité du traitement traditionnel d'avec le traitement moderne dans la prise en charge de l'ictère

La principale raison de non association du traitement moderne à leur traitement traditionnel était la crainte des interactions médicamenteuses (n=10) (Figure 10).

VIII.3.10. La disponibilité des recettes sur le marché

Dans notre échantillon plus de la moitié des TPS (49=59,04%) rendaient disponible leur recette au marché tandis que l'autre moitié les préparaient à la demande à domicile.

Tableau VI : Vente des recettes sur le marché et sexe du TPS

	Effectifs	Vente des recettes au marché		p
		OUI	NON	
Sexe du TPS				
Masculin	62	32,3	67,7	<0,001
Féminin	34	85,3	14,7	

Il existait un lien statistique entre la vente des recettes au marché et le sexe du TPS. La proportion de TPS de sexe féminin vendant leurs recettes au marché (85,3%) était plus élevée que celle des TPS de sexe masculin (32,3%) ($p < 0,001$) (Tableau VI)

VIII.3.11. La préparation des recettes

Dans notre échantillon 92 (95,8%) TPS préparaient leurs recettes eux même et 4(4,2%) se faisaient aider par un tiers.

Tableau VII : Préparation des recettes et sexe du TPS

	Effectifs	Préparation des recettes		p
		OUI	NON	
Sexe du TPS				
Masculin	62	95,2	4,8	1,00
Féminin	34	97	3	

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre le sexe masculin et le sexe féminin pour la préparation des recettes. La proportion de TPS de sexe masculin préparant eux même leurs recettes (95,2%) était similaire à celle des TPS de sexe féminin préparant leur recettes elles même (97%). (Test de Fisher : $p=1$) (Tableau VII)

VIII.3.12. La collaboration avec la médecine moderne

Au sein de notre échantillon de TPS prenant en charge l'ictère, 76(79,2%) référaient à la médecine moderne, les patients présentant un ictère et 20 (20,8%) ne référaient pas. Les raisons de références et de non références sont représentées dans les tableaux suivants :

Tableau VIII : Raisons de référence des cas d'ictère à la médecine moderne

	Effectif (N=76)	Pourcentage
Analyses médicales	37	48,68
Cas de complications	18	23,68
Echec thérapeutique	9	11,84
Collaboration	4	5,26
Cas graves	22	28,95
Transfusion	4	5,26
Traitement parallèle	4	5,26
Autres	8	10,52

Près de la moitié (48,68%) des TPS référant les cas d'ictère le faisaient en vue de la réalisation d'analyses médicales (Tableau VIII).

Tableau IX : Raisons de non références des cas d'ictère à la médecine moderne

	Effectifs (N=22)	Pourcentage
Capacité de traitement	15	68,2
Eviction des injections	2	9,1
Choix au malade	2	9,1
Déjà vu à l'hôpital	2	9,1
Référence à un autre	1	4,5

Dans notre échantillon, 2 des TPS (9,1%) traitant l'ictère continuaient à croire que le traitement moderne, notamment par injection, était nocif en cas d'ictère et à conseiller aux patients présentant un ictère d'éviter les structures de santé moderne (Tableau IX).

VIII.4. Les connaissances des TPS sur les hépatites virales

VII.4.1. Connaissance de la définition et des sortes d'hépatites virales

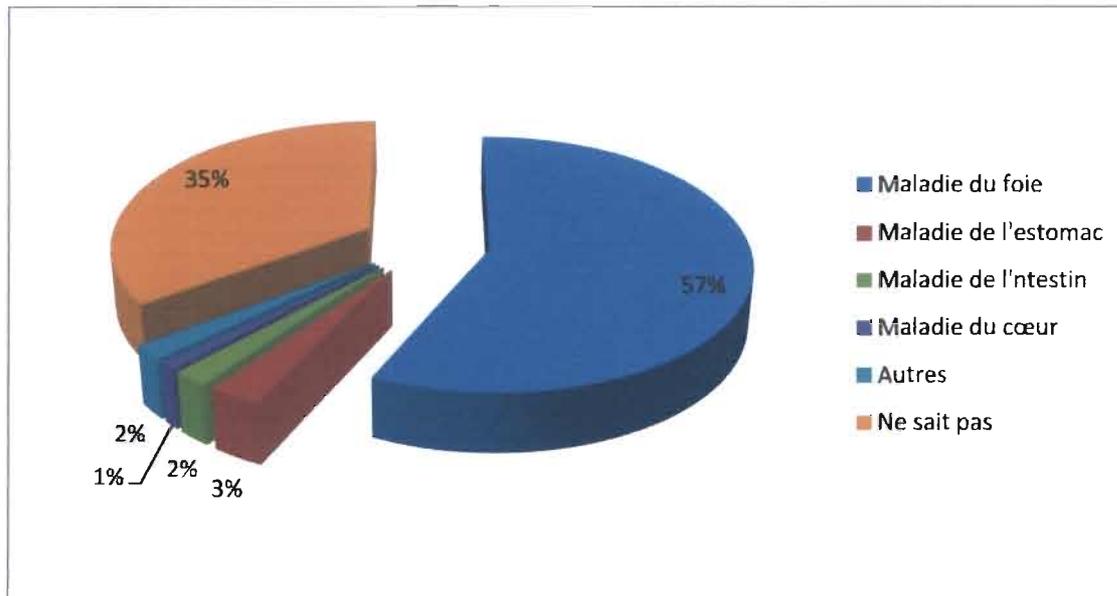


Figure 11: Répartition des différentes définitions de l'hépatite citées par les TPS

Dans notre échantillon, seulement la moitié des TPS (57%) avaient donné une bonne définition d'hépatite (Figure 11).

Tableau X : Connaissance de la définition d'hépatite et degré d'alphabétisation du TPS

	Effectifs	Connaissance satisfaisante		p
		OUI	NON	
Degré d'alphabétisation				
Lettrés	41	73,2	26,8	0,006
Non Lettrés	59	45,8	54,2	

Il existait un lien statistique entre la connaissance de la définition d'hépatite et le degré d'alphabétisation du TPS ($p=0,006$). La proportion de TPS lettrés connaissant la définition d'hépatite (73,2%) était supérieure à celle des non lettrés (45,8%) (Tableau X)

Tableau XI : Connaissance de la définition d'hépatite et nombre d'années d'expérience du TPS

	Effectifs	Connaissance définition		p
		OUI	NON	
Ancienneté du TPS				
<18ans	57	52,6	47,3	0,5
≥18ans	43	62,8	37,2	

Il n'existait aucun lien statistique entre la connaissance de la définition d'hépatite et l'ancienneté du TPS ($p=0,3$) (Tableau XI).

Tableau XII : Répartition des sortes d'hépatites virales connues des TPS

	Effectif (N=57)	Pourcentage
Hépatite A	23	40,37
Hépatite B	28	49,12
Hépatite C	20	35,08
Hépatite D	3	5,26
Hépatite E	2	3,5
Ne sait pas	28	49,12

Près de la moitié des TPS connaissant les hépatites ne connaissaient pas les différentes sortes d'hépatites virales. Les hépatites D et E n'étaient connues que respectivement de 3(5,26%) et 2(3,5%) d'entre eux (Tableau XII).

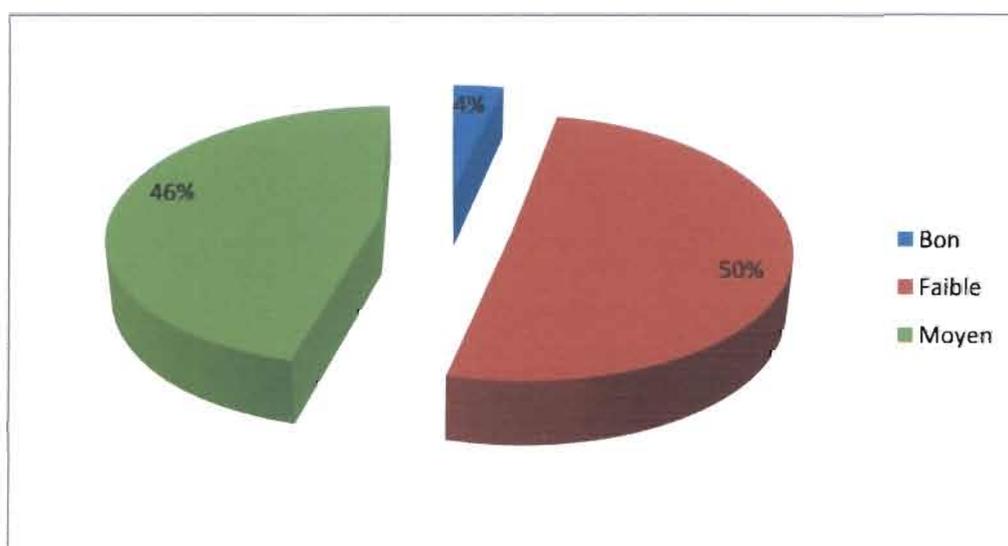


Figure 12 : Répartition des TPS selon le niveau de connaissance sur les sortes d'hépatites virales.

Dans notre échantillon de TPS connaissant les hépatites seulement 2 TPS (3,5%) avaient un bon niveau de connaissance sur les sortes d'hépatites virales (Figure 12).

VIII.4.2 Connaissances des TPS sur les aspects étiopathogéniques des hépatites virales

VIII.4.2.1. Connaissances sur les causes des hépatites virales

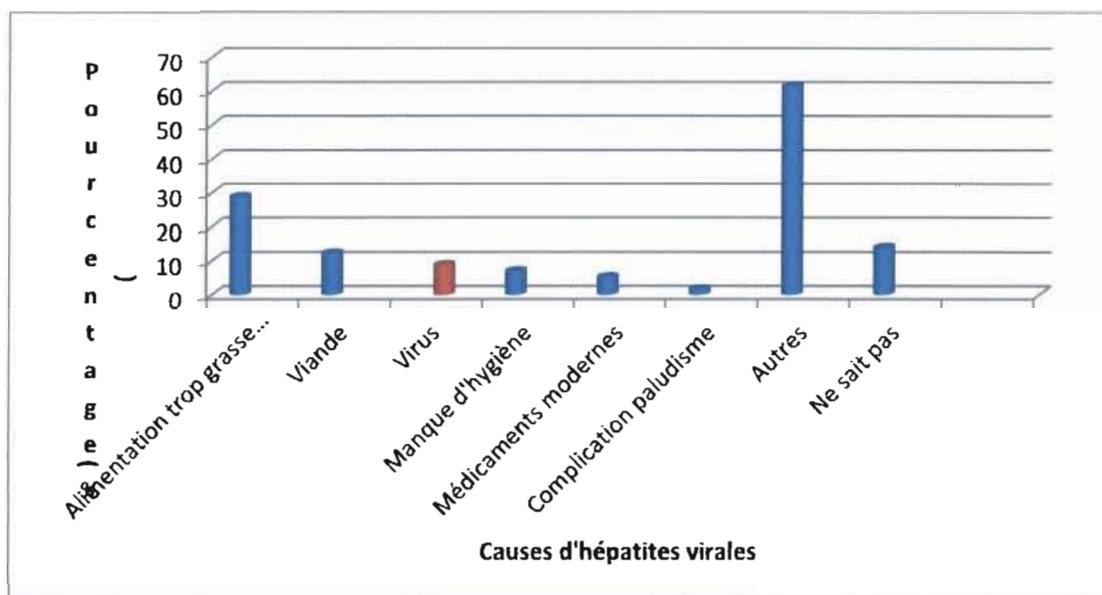


Figure 13: Répartition des différentes causes d'hépatites virales citées par les TPS

Le niveau de connaissance sur les causes d'hépatites virales était faible chez 91,2% des TPS. En effet seulement 5(8,8%) des TPS avaient cité les virus comme cause. (Figure 13).

VIII.4.2.2. Connaissance sur l'épidémiologie des hépatites virales

Dans notre échantillon des 57 TPS connaissant la définition d'hépatite, seulement 18(31,6%) connaissaient l'aspect contagieux des hépatites virales et 39(68,4%) l'ignoraient. Les différentes voies de contamination citées sont réparties dans le tableau suivant :

Tableau XIII : Répartition des différentes voies de contamination citées par les TPS

	Effectif (N=18)	Pourcentage
Salive	11	61,1
Rapports sexuels	8	44,4
Air	3	16,7
Contact	2	11,1
Sang	2	11,1
Mère enfant	1	5,5
Sueur	1	5,5

Les voies de contamination les plus citées étaient la salive par 61,1% des TPS et les rapports sexuels par 44,4%. Seulement 11,1% connaissaient la transmission par le sang et 5,5% la transmission mère-enfant (Tableau XIII).

Le niveau de connaissance sur les voies de contaminations est apparu faible chez 79% des TPS, moyen chez 19,3% et faible chez 1,7%.

VIII.4.2.3. Connaissance des mesures préventives pour les hépatites virales

Pour environ 2/3 (38=67,9%) des TPS connaissant les hépatites, il existait des mesures préventives des hépatites virales et pour 1/3(18=32,1%) d'entre eux il n'en existait pas.

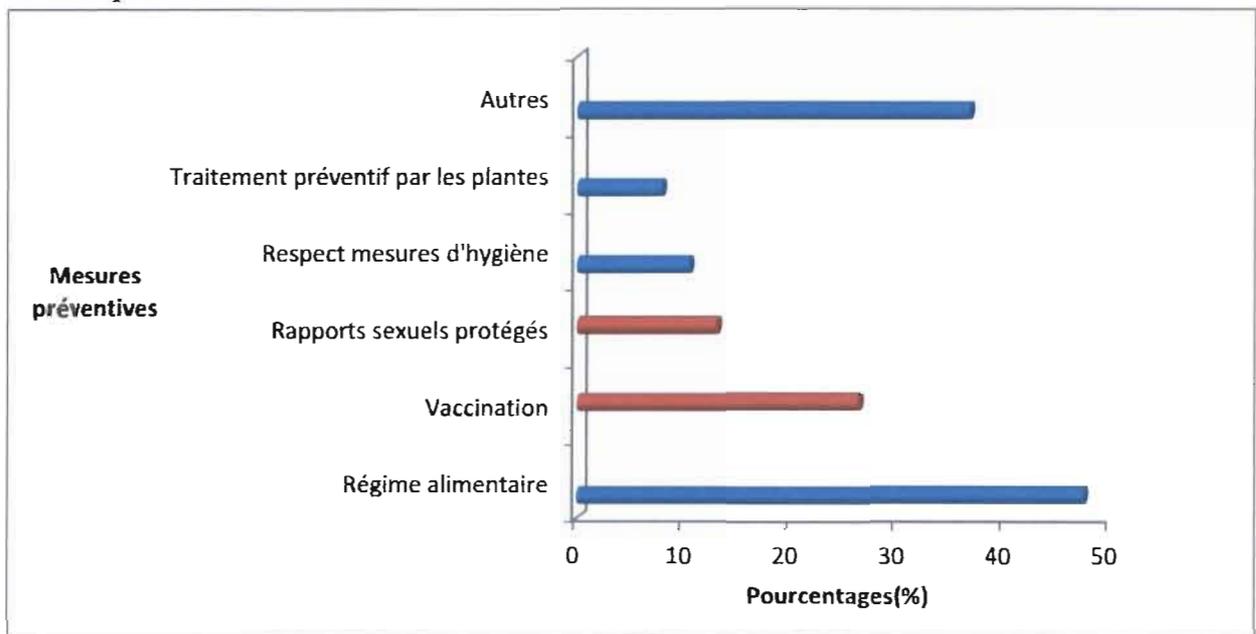


Figure 14: Les mesures préventives contre les hépatites virales évoquées par les TPS

Comme mesures préventives des hépatites virales, la vaccination n'était connue que de d'environ 1TPS sur 4 (26,3%) parmi ceux connaissant l'existence de mesures préventives et les rapports sexuels protégés connus que de moins d'environ un TPS sur 10 d'entre eux(13,1%) (Figure 14).

Tableau XIV : Répartition des TPS selon le niveau de connaissance des mesures préventives contre les hépatites virales.

	Effectif (N=57)	Pourcentage
Bon	2	3,5
Moyen	11	19,3
Faible	44	77,2

Seulement moins d'un TPS sur 10 (3,5%), parmi ceux connaissant les hépatites, avait un bon niveau de connaissance sur la prévention des hépatites virales (Tableau XIV).

VIII.4.3. Connaissances sur les aspects cliniques et évolutifs des hépatites virales

Tableau XV : Les symptômes d'hépatite évoqués par les TPS

	Effectif	Pourcentage
Ballonnement abdominal	16	28,1
Œdèmes	16	28,1
Asthénie	15	26,3
Douleur hypochondre droit	13	22,8
Ictère	8	14,03
Anorexie	8	14,03
Amaigrissement	8	14,03
Frisson	7	12,28
Nausée-vomissement	5	8,8
Fièvre	2	3,5
Constipation	2	3,5
Autres	47	82,4
Ne sait pas	3	5,3

Les symptômes justes les plus cités étaient l'asthénie par 15 TPS (26,3%), la douleur de l'hypochondre droit par 13 TPS (22,8%). L'ictère n'était cité que par moins d'1 TPS sur 4 (14,03%) et la fièvre que par moins d'1 TPS sur 10 (3,5%) (Tableau XV).

Aucun des TPS de notre échantillon n'avait un bon niveau de connaissance sur les signes des hépatites virales. Près de la totalité des TPS (95%) connaissant la définition d'hépatite avaient un faible niveau de connaissances sur les signes cliniques.

Parmi les TPS connaissant les hépatites, 53(93%) avaient une faible connaissance des complications évolutives et 7% avait un niveau moyen.

VIII.4.4. Connaissance globale sur les hépatites virales

Dans notre échantillon 95% des TPS avaient un faible niveau de connaissance globale sur les hépatites virales et 5% un niveau moyen.

Tableau XVI : Connaissance globale des hépatites virales et degré d'alphabétisation du TPS

	Effectifs	Connaissance satisfaisante		p
		OUI	NON	
Degré d'alphabétisation				
Lettrés	41	12,2	87,8	0,003
Non Lettrés	59	0	100	

Il existait une différence statistiquement significative entre le niveau de connaissance globale satisfaisant sur les hépatites virales et le degré d'alphabétisation du TPS (Test de Fischer : $p=0,01$). La proportion de TPS lettrés ayant une connaissance globale satisfaisante sur les hépatites virales (12,2%) était supérieure à la proportion des non lettrés ayant cette connaissance satisfaisante (0%) (Tableau XVI).

Tableau XVII : Connaissance globale sur les hépatites virales et ancienneté du TPS

	Effectifs	Connaissance satisfaisante		p
		OUI	NON	
Ancienneté du TPS				
<18ans	57	1,8	98,2	0,16
≥18ans	43	9,3	90,7	

Il n'existait aucune différence statistiquement significative entre le niveau de connaissance globale sur les hépatites virales et le nombre d'année d'expérience du TPS (Test de Fisher : $p=0,16$) (Tableau XVII).

VIII.5. Les attitudes et pratiques des TPS en matière de prise en charge des hépatites virales

VIII.5.1. Les TPS qui traitent les hépatites virales

Dans notre échantillon, parmi les TPS connaissant les hépatites virales, plus des 3/4 (47=82,5%) d'entre eux prenaient en charge les cas d'hépatites avec un nombre moyen de 7,94cas par mois [$\pm 7,21$]. Les dix autres (17,5%) ne les prenaient pas en charge et les réfèrent donc soit à un collègue soit à la médecine moderne.

VIII.5.2. Les différents moyens utilisés pour le traitement des hépatites virales par les TPS

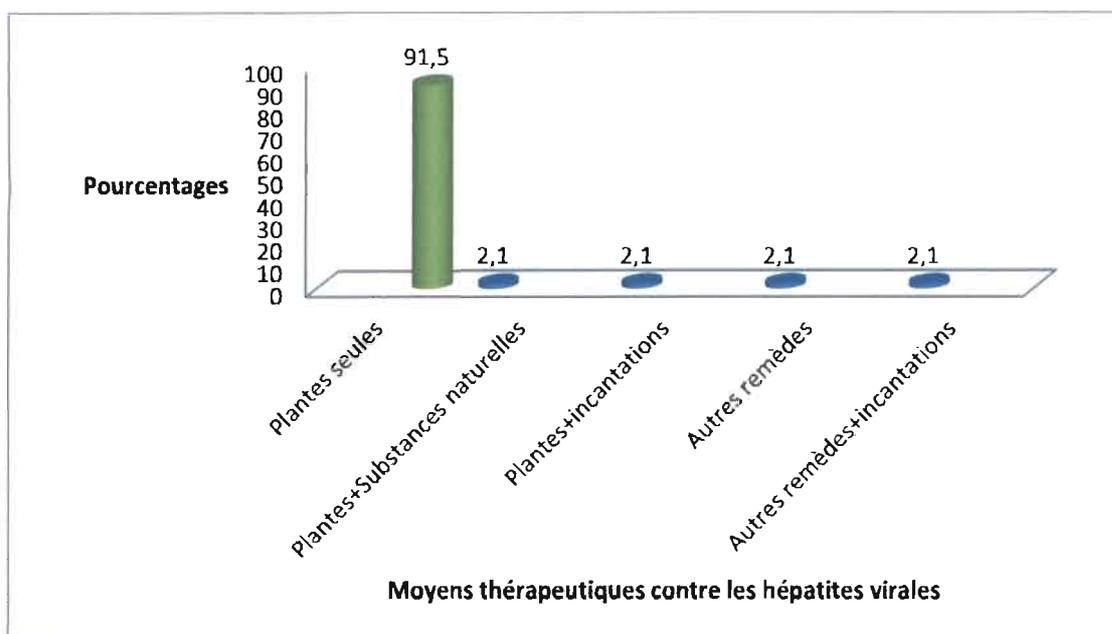


Figure 15 : Les différents moyens thérapeutiques utilisés par les TPS contre les hépatites virales

Au sein de notre échantillon de TPS qui traitaient les hépatites virales 43 (91,5%) d'entre eux utilisaient les plantes comme seul moyen thérapeutique. Aucun TPS dans notre échantillon n'a signalé utiliser des médicaments modernes pour traiter l'hépatite (Figure 15).

VIII.5.3. Les plantes médicinales utilisées pour le traitement des hépatites virales

Tableau XVIII : Récapitulatif des plantes utilisées par les TPS pour le traitement des hépatites virales

Nom scientifique de la plante	Familles	Nom Français	Nom Vernaculaire		Parties utilisées	Nombre de fois citée
			Dioula	Moré		
<i>Chrysanthelium americana</i>	Asteraceae		Furakuna	Waltuko	P	14
<i>Combretum micranthum</i>	Combretaceae	Vrai Kinkéliba	Ngolobé	Rânga	F, R	9
<i>Cochlespermum tinctorium</i>	Cochlospermaceae		N'dribala	Sôasga	R	8
<i>Anogeissus leiocarpus</i>	Combretaceae	Bouleau d'Afrique	Ngalama, kérékété	Siiga	F, R	7
<i>Terminalia macroptera</i>	Combretaceae	Badamier	wôlon	Kôdpôko	F, R	6

		du Sénégal				
<i>Carica papaya</i>	Caricaceae	Papayer	Mândé	Budebalod	F	4
<i>Entanda africana</i>	Mimosaceae		Samanèrè	Sinnego	R	3
<i>Citrus aurantifolia</i>	Rutaceae	Citronnier	Lemuru kumuni		F, f	3
<i>Khaya senegalensis</i>	Meliaceae	Caïlcédrat	Diala	Kouka	E	2
<i>Phyllanthus niruri</i>	Euphorbiaceae				P	2
<i>Commiphora africana</i>	Burseraceae	Myrrhe africaine	Bâti	Kodentôabga	F	2
<i>Desmodium adscendens</i>	Fabaceae	Trèfle Savane	Tahé		F	2
<i>Burkea africana</i>	Fabaceae		siri	Sêga	E	2
<i>Vitellaria paradoxa</i>	Sapotaceae		shi			2
<i>Mitracarpus scaber</i>	Rubiaceae		Kuguru ba	Yoadda	F	2
<i>Anona senegalensis</i>	Annonaceae	Pomme cannelle du Sénégal	Manden sunsun	Bakudi	F, R	2
<i>Erythrina senegalensis</i>	Fabaceae	Erythrine du Sénégal, Arbre corail	Leur	Kulem-tiiga Bobo-pempèn è	E	1
<i>Tamarindus indica</i>	Caesalpinaceae	Tamarinier	Tomi	Pousga	f	1
<i>Ximenia americana</i>	Olacaceae	Citronnier de mer	Ntôke	Leenga	R	1
<i>Trichillia emetica</i>	Meliaceae	Mafauraire	Sula finsan	Kinkirs taanga	R	1
<i>Cassia occidentalis</i>	Caesalpinaceae	faux kinkéliba	Suma kala	Kinkilba	F	1
<i>Cassia sieberiana</i>	Caesalpinaceae		Sindian			1
<i>Guiera senegalensis</i>	Combretaceae	Guiéra du Sénégal	Kounguiè	Wilinwiga	F	1
<i>Parkia biglobosa</i>	Mimosaceae	Néré, Caroubier africain	nèrè	Roaaga	Ecorce	1
<i>Oxytenanthera abyssinica</i>	Poaceae	Bambou	Bô		Feuille	1
<i>Spondias mombi</i>	Anacardiaceae	Prune mombin	Minkon		F, f	1
<i>Hibiscus sabdariffa</i>	Malvaceae	Oseille de Guinée, Bissap	Dâ wuleni	Wegderé	F	1
<i>Ficus sur</i>	Moraceae	Petit sycamore	Toroba	Bobo :Koo Kajija	F	1
<i>Adasonia</i>	Bombacaceae	Baobab	Sira	Twèga	E, R, G	1

<i>digitata</i>						
<i>Sclerocarya birrea</i>	Anacardiaceae	Marula	Kunâ	Noabga	E	1
<i>Mitragyna inermis</i>	Rubiaceae	Jun	Dum	Yiilga	F	1
<i>Piliostigma reticulatum</i>	Caesalpinaceae	Semelier	Niama	Teenga	F et E	1
<i>Pterocarcus erinaceus</i>	Fabaceae	Vêne, Santal du Sénégal	Guénou	Nwega	F	1
<i>Manihot esculenta</i>	Euphorbiaceae	Manioc	Bananku		F	1
<i>Zea mays</i>	Poaceae	Maïs	kaba	Kamana	Feuille	1

R= Racine ; F= Feuilles ; f= Fruits ; E= Ecorce

VIII.5.4. Les parties des plantes utilisées

Dans notre échantillon la partie des plantes la plus utilisée pour le traitement des hépatites étaient les feuilles par 25 TPS (62,5%), suivie des racines par 23 (57,5%), de l'écorce par 16 (40%) et dans une moindre mesure les fruits par 1(2,5%).

VIII.5.5. Les formes de préparation

La décoction représentait la forme de préparation la plus courante (82,6%), suivie de la poudre (13%) et des autre formes (4,4%).

VIII.5.6. Le mode d'administration des remèdes anti-hépatiques

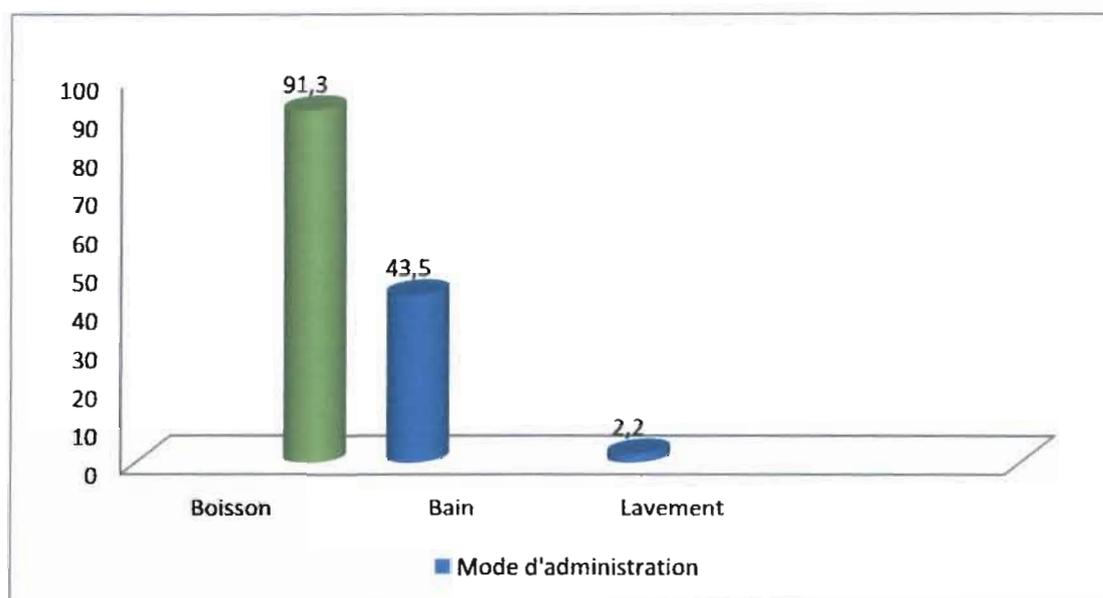


Figure 16 : Les différents modes d'administration des remèdes contre les hépatites virales

Le mode d'administration du traitement le plus cités pour les hépatites était par boisson par 91,3% des TPS (Figure 16)

VIII.5.7. Les mesures d'accompagnement du traitement

Au sein de notre échantillon prenant en charge les hépatites virales, 42 (89,4%) préconisaient des mesures d'accompagnement du traitement en cas d'hépatite et 5(10,6%) n'en préconisaient aucune.

Les régimes alimentaires avec éviction de l'huile ou des aliments gras étaient préconisé par 31 (73,8%), éviction de la viande par 18 (42,8%), éviction du lait par 10 (23,8%) éviction des boissons gazeuses par 10 (23,8%), éviction du sucre ou des aliments sucrés par 6 (14,3%) et des aliments lourds tels que l'igname et le haricot par 6(14,3%).

Comme conseils donnés aux patients, l'abstinence sexuelle était préconisée par 4(9,5%), la protection lors des rapports sexuels par 1 (2,4%), l'arrêt ou éviction de l'alcool par 12 (28,6%),l'arrêt ou l'éviction du tabac par 6 (28,6%)...

VIII.5.8. La durée du traitement

La durée moyenne de traitement était de 7,02 semaines [$\pm 6,28$] avec des extrêmes de 1 à 24 semaines.

Tableau XIX : Variation de la durée du traitement des hépatites virales (semaines)

	Effectif (N=46)	Pourcentage
Durée (semaines)		
[1-3]	13	28,26
]3-4]	14	30,43
] 4-8]	7	15,2
] 8-12]	6	13,04
] 12-16]	3	6,5
] 16-20]	0	0
] 20-24]	3	6,5

La durée de traitement de 4semaines représentait celle donnée par 30,43% des TPS et 93,5% d'entre eux donnaient moins de 24 semaines de traitement (Tableau XIX).

VIII.5.9. La disponibilité des recettes anti-hépatitiques sur le marché

Dans notre échantillon de TPS soignant les hépatites virales, 29(63%) vendaient leurs recettes au marché et 17(37%) les préparaient à la demande à domicile.

VIII.5.10. Le coût du traitement

Le coût du traitement variait d'un TPS à l'autre et dépendait de la durée du traitement. Dans notre échantillon des 47 TPS prenant en charge les hépatites virales, 41 (87,25%) percevaient un prix fixe pour le traitement et les 6 autres (12,8%) recevaient des dons en natures (animaux domestiques, provisions..) ou en espèces (somme fixée par le patient lui-même). Le coût moyen du traitement était de 13.139,5 FCFA [16.033,3] et variait entre 1000 et 60.000FCF

Tableau XX: Variation du coût des prestations des TPS (FCFA)

	Effectifs (N=41)	Fourcentage
[0 à 5000]	20	48,78
] 5000-10000]	9	21,95
] 10000-15000]	2	4,88
] 15000-20000]	2	4,88
] 20000-25000]	1	2,44
] 25000-30000]	1	2,44
] 30000-35000]	1	2,44
] 35000-40000]	2	4,88
] 45000-50000]	1	2,44
] 50000-55000]	1	2,44
] 55000-60000]	1	2,44

Les coûts allant jusqu'à 10.000F CFA étaient les plus représentatifs (Tableau N°...),

VIII.5.11. Les effets secondaires du traitement

Parmi les TPS traitant les hépatites virales, près de 9 TPS sur 10 (40=85,1%) signalaient que leur traitement n'avait aucun effet secondaire. Les effets secondaires souvent signalés par 7 (14,9%) étaient la diarrhée, l'insomnie, les nausées, vomissement, douleur abdominale...

VIII.5.12. La compatibilité avec la médecine moderne

Selon 36 (76,6%) des TPS prenant en charge les hépatites virales, leur traitement traditionnel était compatible avec le traitement moderne en cas d'hépatite et pour 11(23,64%) les 2 étaient incompatibles.

V.5.13. La collaboration avec la médecine moderne

D'un point de vue collaboration, 48 (92,3%) référaient à la médecine moderne, les patients présentant des symptômes évocateurs d'hépatite et 4(7,7) % ne référaient pas. Les raisons de références sont représentées dans le graphique suivant :

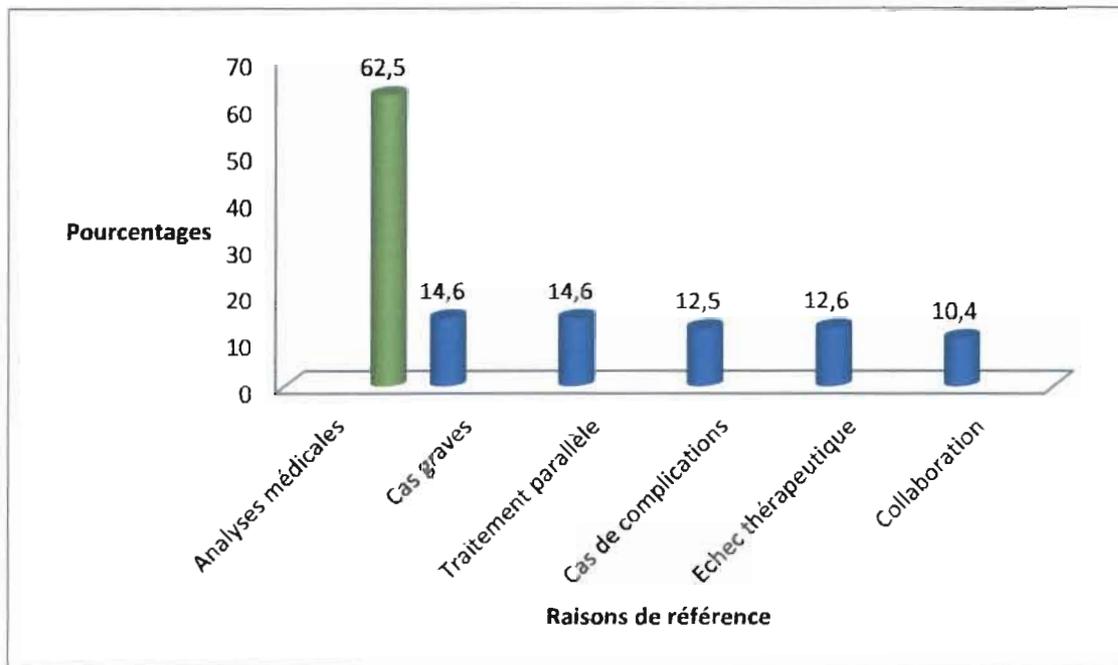


Figure 17 : Les raisons de référence des cas d'hépatites virales à la médecine moderne

Plus de la moitié des TPS (62,5%) soignant les hépatites réfèrent à la médecine moderne pour des analyses médicales en vue d'un diagnostic préalable au traitement ou pour évaluer le traitement (Figure 17).



DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES

IX. DISCUSSION ET COMMENTAIRES

IX.1. Limites et contraintes de l'étude

Concernant la validité externe de l'étude, notre échantillonnage n'était pas aléatoire, il convient donc d'émettre des réserves quant à la généralisation des résultats. Cependant cette étude peut servir d'exemple pour être réalisée dans d'autres localités pour avoir une vue d'ensemble sur les connaissances des TPS sur l'ictère et les hépatites. Des contraintes d'ordre temporel et financier nous ont également fait limiter la taille de l'échantillon de l'étude qui n'était plus aussi représentative de la ville de Bobo, réduisant ainsi la validité externe de notre étude. Ceci peut s'expliquer par le fait que nous avons voulu travailler seulement qu'avec les TPS en association.

D'un point de vue technique d'enquête, la technique par entretien individuel a des limites. Le comportement et la personnalité de l'enquêteur peuvent avoir une influence sur les réponses. Le questionnaire a été administré à 90% par une personne de sexe féminin ce qui pouvait influencer sur la disposition à communiquer avec l'enquêteur. Le questionnaire a été administré dans la majeure partie des cas en langue dioula ou française, ce qui pouvait entraîner des erreurs de compréhension du contenu des questions par les personnes interrogées ne maîtrisant pas bien la langue dioula. L'administration des questionnaires en exclusivité par nous-même avait pour but de réduire ce biais de distorsion de contenu des questions car nous comprenons le dioula, langue la plus parlée et comprise par les TPS.

D'un point de vue type d'enquête, les enquêtes CAP (Connaissances attitudes et pratiques) comportent des limites portant sur la validité fiable de leurs résultats. La Quasi-totalité de nos questions étaient ouvertes permettant donc d'avoir un large éventail de réponses améliorant ainsi la validité.

Sur le plan de l'analyse, nous avons fixé des critères de médecine moderne pour apprécier leurs connaissances alors que les conceptions des maladies et des symptômes diffèrent dans les deux domaines surtout celle de l'ictère considérée comme symptôme en médecine moderne et plutôt comme maladie en médecine traditionnelle ce qui entraîne donc des difficultés d'interprétation des réponses données pour les causes d'ictère. Pour réduire ce biais ou pallier à cette difficulté, la réponse « piqure de moustique » comme cause a été considérée comme « paludisme ».

Malgré ses limites, notre étude garde quand même une importance à savoir qu'elle permet d'avoir une vue sur les connaissances et pratiques des TPS en matière d'ictère et d'hépatites virales.

IX.2. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des TPS

IX.2.1. Caractéristiques sociodémographiques

Il ressort de notre étude que l'âge moyen des TPS était de 48,51ans, ce qui est superposable aux résultats de Ashu M Agbor au Cameroun qui trouvait un âge moyen de 46ans et à ceux de Sombie à Bobo Dioulasso en 1994 qui rapportait 51ans d'âge moyen [13,25]. La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude était celle de 40 à 60ans (52%). C'est aussi le constat qu'avait fait Sangaré qui rapportait dans son étude 62% de TPS de cette tranche d'âge [24]. Ces âges avancés pourraient s'expliquer par la lenteur de l'acquisition du savoir et du savoir-faire pour l'exercice autonome du métier. Les TPS passent plusieurs années d'apprentissage sous la houlette d'un autre TPS avant de commencer à exercer seul.

Le sexe ratio de notre échantillon était de 1,9. Ce chiffre est comparable à celui de Sombie à Bobo Dioulasso en 1994 qui trouvait 1,7[25]. Cette faible proportion de femme qui semble être différente sur le terrain, pourrait s'expliquer par une faible adhésion des femmes dans les cadres associatifs. Mais notre chiffre est différent de celui de Drissa Diallo qui rapportait plutôt 63,9% de femmes et 36,1% d'hommes (sexe ratio=0,6) [23]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'étude de Drissa Diallo portait sur le traitement des femmes enceintes et que cette prise en charge est beaucoup plus assurée par les TPS de sexe féminin que masculin.

Nos résultats rapportent que 89% des TPS étaient mariés et 7% étaient célibataires. Ces résultats sont comparables à ceux de Sombie qui trouvaient 82,1% de mariés et 5,3% de célibataires à Bobo Dioulasso en 1994 [25].

Dans notre étude, 37% des TPS avaient été à l'école moderne et 34% à l'école coranique. Ces résultats sont similaires à ceux de Thiane Fallou Mbacke au Sénégal en 2004 qui rapportait 45,5% scolarisés à l'école moderne et 36,3% à l'école coranique [20]. Nous rapportons également 41% de lettrés. Ce chiffre est à l'inverse de celui de Sombie en 1994 qui trouvait un plus petit pourcentage de lettrés (9,7%) à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso [25]. Cette supériorité de nos chiffres par rapport aux siens pourrait trouver une explication dans l'accroissement du taux d'alphabétisation dans notre pays au cours des deux dernières décennies. Ce taux est passé de 18,9% en 1994 à 28,2% en 2009 pour les 15ans et plus [33]. Ashu M Agbor lui trouvait au Cameroun un pourcentage plus élevé d'alphabétisés que le nôtre (71%) [13]. Le taux d'alphabétisation au Cameroun pour les 15 ans et plus est en effet plus élevé soit 82,7% en 2011[38].

IX.2.2. Caractéristiques professionnelles

Nos résultats rapportent que le nombre moyen d'années d'expérience était de 18,28ans. Ce résultat est comparable à celui de Ashu M. Agbor au Cameroun

(21ans) [13]. Près de la moitié (44%) de notre échantillon avait un nombre d'années d'expérience compris entre 10 et 20ans. Ceci est similaire aux résultats de Toudji-Bandje au Togo en 2007 qui trouvait 54% ayant entre 10 et 20 années d'expérience [7]. La notoriété s'acquiert avec l'ancienneté.

Il ressort de notre étude que 73% des TPS avait acquis leur connaissance d'un parent proche et dans la plupart des cas des parents directs ou des grands parents. Ce constat est superposable à celui de Toudji-Bandje (84%) au Togo en 2007 [7]. Ce constat pourrait trouver sa justification par les réalités historiques et socioculturelles qui sous-tendent la pratique de la médecine traditionnelle. Les guérisseurs traditionnels et herboristes, en particulier en Afrique, ont une base de connaissances détaillées qui est transférée oralement d'une génération à l'autre par les guérisseurs professionnels et les aînés à travers un apprentissage qui se fait au niveau du noyau de la famille (de père en fils). Ceci pourrait s'expliquer aussi par le fait qu'il existe peu d'école de formation en tradithérapie. Il ressort également que 7% d'entre eux avaient acquis leurs connaissances par un don par révélation de songes. Toudji Bandje k. au Togo lui rapportait 3% d'acquisition par songe [7]. L'infériorité de ses chiffres pourrait s'expliquer par la taille même de son échantillon plus petite que la nôtre. Ces résultats témoignent de l'implication d'un volet mystique à la médecine traditionnelle.

Dans notre étude les TPS traitaient en moyenne 5 maladies. Ceci est supérieur à la moyenne de 3maladies retrouvées par Sombie au Burkina en 1994 [25] et qui pourrait se justifier par l'éclosion de nouvelles maladies depuis ces 20 dernières années que les tradipraticiens ont ajouté à leur catalogue de maladies soignées notamment les maladies cardio-vasculaires et métaboliques.

Parmi les principales maladies traitées, le paludisme et les hémorroïdes occupaient les places prépondérantes avec respectivement 68% et 52% de TPS. Toudji Bandje en 2007 avait fait le même constat avec 29% et 32% [7]. Ceci pourrait être en corrélation avec la place même qu'occupe le paludisme parmi les problèmes de santé des populations.

Au sein de notre échantillon, seulement 18% avaient une autorisation d'exercice de la fonction et 82% exerçaient sans aucune autorisation du ministère de la santé. Ce constat pourrait s'expliquer par le manque d'information sur le sujet, la réticence et l'appréhension de certains face à la lenteur de la procédure. Cependant ces 18% témoignent de l'intérêt que portent certains d'entre eux quant au développement de la médecine traditionnelle et à la collaboration avec les autorités sanitaires. Ce taux pourrait se voir augmenter car au ministère de la santé il existe depuis quelques années une politique en faveur de la médecine traditionnelle et même un département ou une direction a été créée.

IX.3. Connaissances sur l'ictère

Nos résultats montrent que tous les TPS de notre étude savent reconnaître un ictère. Ceci réside certainement dans la facilité de reconnaissance de ce symptôme et de la fréquence des cas qui viennent à eux (environ 11 cas par mois).

De notre étude, il ressort qu'aucun des TPS n'avaient un bon niveau de connaissances sur les causes d'ictère et seulement 9% avait un niveau moyen de connaissance. Ceci pourrait découler du fait que la notion de cause diffère dans nos deux médecines et est plus large en médecine traditionnelle en ce sens qu'elle inclut parfois les facteurs déclenchant ou aggravant. Aussi l'ictère est-il considéré parfois en médecine traditionnelle comme une maladie « jaunisse » et non un symptôme de maladie comme dans la médecine moderne. On note que 69% des TPS incriminaient le paludisme grave comme cause d'ictère. Ce constat s'explique par la conception commune même de penser que l'ictère est toujours dû au paludisme.

L'alimentation a été rapportée comme cause d'ictère par 34% des TPS. Ce chiffre est proche des 40,4%, qui liaient cette même cause au paludisme, retrouvé par Sombié en 1994 à Bobo Dioulasso [25]. Cette similitude pourrait s'expliquer par le fait que plus des 2/3 de notre échantillon liait l'ictère au paludisme et donc incriminaient l'alimentation. Le niveau de connaissance sur les causes d'ictère a été lié au niveau d'étude du TPS dans notre étude. Cela pourrait découler du fait de l'acquisition de certaines informations sanitaires à l'école et aussi de la plus grande tendance des lettrés à s'informer par les médias et à comprendre les informations données dans ces médias.

IX.4. Les pratiques curatives en matière d'ictère

De notre étude il ressortait que environ 99% utilisaient les plantes pour le traitement de l'ictère, associé ou non à d'autres types de remèdes. Ceci dénote de l'importance d'utilisation des plantes en médecine traditionnelle.

Les plantes que nous avons recensées dans notre étude comme étant les plus utilisées pour le traitement de l'ictère étaient : *Cochlospermum tinctorium*, *Terminalia macroptera*, *Commiphora africana*, *Anogeissus leiocarpus*, *Combretum micranthum*, *Cassia sieberiana*, *Entada africana*, *Azadirachta indica*, *Mitragyna inermis*, *Opilia amentaceae*. D'autres plantes ont été rapporté en Iran par Mohammad sadegh Amiri et col : *Cichorium intybus*, *Salix alba*, *Cotoneaster nummularius*, *Descurainia sophia*, *Malva sylvestris*, *Berberis integrima*, *Rumex acetosella*, *Phyllanthus emblica* et *Alhagi maurorum* [4]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les plantes diffèrent selon les régions et les climats.

Les parties des plantes les plus utilisées pour les préparations médicamenteuses étaient les racines (83,7%) et les feuilles (52,2%). Ces résultats sont différents de ceux de Sombié (1994) qui trouvait 54,2% pour les racines et 77,4% pour les feuilles et de ceux de Sangaré qui rapportait que les feuilles étaient majoritairement utilisées (35,29%) [24,25].

La forme de présentation la plus préconisée dans notre étude était la décoction (74,74%) suivie par la forme poudre (17,89%). Ces résultats sont superposables à ceux de Sombié en 1994 qui trouvait 84% de décoctés et 24,3% de poudre [25]. Sangaré (2012) avait également constaté que la décoction était le mode de préparation le plus préconisé (45,45%) [24], de même que El Hafian en 2014 au Maroc [35]. Cette tendance à la forme décocté et poudre pourrait s'expliquer par la facilité de préparation, de conservation. Sombié en 1994 liait cette préférence de forme au fait que la forme décoctée permet d'obtenir le principe actif de la plante [25].

Le mode d'utilisation des remèdes le plus préconisé était la boisson (92,7%) suivi du bain (79,2%). Sombié en 1994 avait fait le même constat à Bobo Dioulasso avec 95,4% pour la boisson et 71,5% pour le bain et de même pour Sangaré en 2012 avec 63,63% d'utilisation de la voie orale et El Hafian au Maroc en 2014 avec 77% de voie orale [24,25, 38].

Les mesures d'accompagnement portant surtout sur le régime alimentaire avec éviction des graisses, du sucre, de la viande et du lait étaient les plus préconisées par les TPS dans notre étude. Ceci pourrait être justifié par le fait que ces aliments ont été cités comme cause d'ictère. Sombié en 1994 trouvait également dans son étude que les graisses et les boissons sucrées étaient interdites par les TPS comme mesure d'accompagnement du traitement [25].

La mise à disposition des recettes sur le marché dans notre étude a été liée au sexe féminin. Sombié 1994 faisait le même constat dans son étude à Bobo-Dioulasso et à Ouagadougou [25].

Il ressort de notre étude qu'aucun des TPS n'utilisait des médicaments modernes en addition au traitement traditionnel. Au Burkina, Sombié (1994) et Couliadiaty (2014) faisaient le même constat [17,25]. Ceci traduit leur attachement et leur confiance en leur médicament et aussi à une connaissance de leurs limites quant à la maîtrise des médicaments modernes.

Il ressort également que 18,75% trouvaient les deux types de traitements (moderne et traditionnel) sont incompatibles. Cela dénote d'un manque de confiance en la médecine moderne et d'une réticence à la collaboration encore persistante.

IX.5. Les connaissances sur les hépatites virales

Il ressort de notre étude que peu de TPS avait un bon niveau de connaissance sur les hépatites virales tant sur le plan de la définition (57%), des sortes (3,5%), de l'étiologie (8,8%), des signes (0%), des voies de contamination (1,7%) et de la prévention (3,5%). Il existe un lien entre connaissance de la définition d'hépatite et connaissance globale sur les hépatites virales (les sortes d'hépatites virales, l'étiologie, les signes, les voies de contamination, la prévention) et le niveau d'étude du TPS. Njoya O. en 2013 au Cameroun avait évoqué le même lien dans son étude mais il trouvait des niveaux de connaissance plus élevés (signes et symptômes (82,7% à 95,9%), transmission sexuelle (17,6%), transmission de la mère à l'enfant (14,6% de l'ensemble des femmes enceintes et 64,6% des femmes enceintes ayant un niveau d'instruction élevé). [27]. Cela découle du fait que certaines informations sur des maladies sont parfois abordées à l'école et que ceux ayant été scolarisés à l'école moderne ont eu la chance d'acquérir. Aussi ont-ils plus tendance à s'informer et à comprendre les informations données par les médias (journaux, télévision, radio). La supériorité des proportions de bonnes réponses trouvées par Njoya O. par rapport aux nôtres pourrait résider dans le fait qu'il avait 98% de niveau d'étude allant du primaire au supérieur.

Aucun TPS de notre étude n'avait un bon niveau de connaissance sur les signes d'hépatite virale. Seulement 14,03% de ceux connaissant les hépatites avaient cité l'ictère comme signe et 3,5% la fièvre. Ce résultat est inférieur à celui de Toudji Bandje qui rapportait 100% de phytothérapeutes ayant cité l'ictère comme signe et 35% la fièvre [7]. Cette différence notable pourrait se justifier par le fait que l'échantillon de Toudji Bandje était composé de spécialistes en traitement des hépatites virales.

Nos résultats montrent que 30 (52,6%) TPS posent le diagnostic d'hépatite virale sur la base de symptômes et d'analyses médicales et pour les 27 autres (47,4%) les symptômes seuls servaient à établir le diagnostic. Ce résultat est supérieur à celui de Toudji Bandje qui rapportait 26% de TPS réclamant des analyses médicales pour le diagnostic [7]. Cette infériorité pourrait s'expliquer par la taille plus petite de son échantillon(31) par rapport au nôtre(100). Force est de constater ici que certains se réfèrent à la médecine moderne pour diagnostiquer.

Les signes d'hépatite virale reconnus en médecine conventionnelle et cités par les TPS dans notre étude étaient l'asthénie (26,3%), la douleur de l'hypochondre droit (22,8%), ictère (14,03%), l'anorexie (14,03%), amaigrissement (14,03%) et la fièvre (3,5%). Ces signes étaient également rapportés par Sangaré (2012) et Toudji Bandje

(2007) [7,24]. Cette similitude témoigne que les TPS ont quand même quelques notions concernant les signes d'hépatite virale et les maladies qu'ils traitent en général.

D'autres signes cités étaient le ballonnement abdominal, l'ascite, les œdèmes. Ceci pourrait trouver une explication en une confusion entre hépatite virale et cirrhose - hépatique ou cancer du foie par les TPS.

IX.6. Les pratiques curatives face aux hépatites virales

Dans notre étude 91,5% utilisaient les plantes seules comme moyen thérapeutique contre les hépatites virales. Thiane Fallou Mbacke en 2004 à Dakar rapportait 100% d'utilisation de plantes associées ou non [20]. Ce résultat témoigne de la place prépondérante qu'occupent les plantes dans l'arsenal thérapeutique des TPS. Seulement 2,1% associaient des incantations au traitement végétal dans notre étude. Thiane Fallou Mbacke, lui, rapportait 31,25% d'association plantes et incantations [20]. Cette infériorité de nos chiffres pourrait s'expliquer par le fait l'hépatite virale est considérée comme une maladie naturelle par les TPS à l'inverse de l'épilepsie qui est considérée comme une maladie mystique et d'autant plus qu'aucun n'a cité un mauvais sort comme cause d'hépatite dans notre étude.

Les plantes les plus citées dans notre étude pour le traitement des hépatites virales étaient : *Chrysanthelium americana*, *Combretum micranthum*, *Cochlospermum tinctorium*, *Anogeissus leiocarpus*, *Terminalia macroptera*, *Carica papaya*, *Entada africana*, *Commiphora africana*, *Phyllanthus niruri*, *Desmodium ascendens*, *Cassia occidentalis*, *Parkia biglobosa*. Ces résultats confirment ceux de Sangaré (2012) au Bénin qui a rapporté *Cassia occidentalis*, *Parkia biglobosa*, *Cochlospermum planchonii*, *Anogeissum leptocarpus*, *Terminalia macroptera* et *Entenda africana* et de César Fernandez au Burkina qui citaient les mêmes plantes dans le traitement des hépatites (*Anogeissus leiocarpus*, *Chrysanthelium americanum*, *Cochlospermum tinctorium*, *Combretum micranthum*, *Commiphora africana*, *Entada africana*, *Terminalia macroptera*) [24, 29].

Les feuilles étaient les plus utilisées (62,5%) et la forme de présentation la plus courante était la décoction (82,6%). Ces résultats sont proches de ceux de Sangaré(2012) qui trouvait également dans son étude que les feuilles étaient majoritairement utilisées par les TPS (35,29%) et que le mode de préparation le plus sollicité était la décoction (45,5%) [24]. Ceci réside certainement dans le fait que les feuilles sont plus accessibles et portent une plus grande concentration de principes actifs et que la forme décoctée est facilement réalisables.

La durée de traitement la plus représentative était celle de 1 mois (30,43%) et 93,5% avaient une durée de traitement inférieure à 6mois. Toudji Bandje en 2007 au Togo

faisait le même constat dans son étude en 2007 pour le traitement égal à un mois avec 29%, mais il rapportait 70% de durée de traitement inférieure à 6mois [7] ce qui est inférieur à notre proportion (93,5%) et qui pourrait s'expliquer par le fait que dans son étude il s'agissait de TPS spécialisés dans le traitement des hépatites virales ayant plus de connaissances sur la maladie et qu'il avait dans son échantillon un plus grand nombre de TPS formés dans des centres de phytothérapie (13 dans son étude et 1 dans le nôtre). Cette courte durée de traitement par rapport au traitement moderne réside dans le fait de la confiance même qu'ont les phytothérapeutes en leurs médicaments et aussi dans le fait qu'ils ne se basent pas sur les mêmes critères de guérison que la médecine moderne et lesquels critères sont pour la plus part d'entre eux la disparition des signes cliniques.

Les TPS signalaient des effets secondaires du traitement tels que la diarrhée, les nausées vomissements, insomnie, douleur abdominale. Toudji Bandje rapportait les mêmes effets secondaires similaires (diarrhée, vomissement...) [7].

Concernant le coût du traitement dans notre étude, il ressort que 87,2% fixaient un prix pour le traitement et les coûts allant jusqu'à 10.000F CFA étaient les plus représentatifs (70,7%) avec un coût moyen de traitement de 13.139,5F CFA. Cette même représentativité de cet intervalle de coût a été constatée par Toudji Bandje en 2007 avec un coût moyen de traitement de 23.040F CFA supérieur au nôtre [7]. Les 6 autres de notre échantillon percevaient des dons en nature (animaux domestiques, provisions...). Toudji Bandje rapportait également ce type de paiement en nature par 3 thérapeutes [7].

D'un point de vue collaboration avec la médecine moderne, il ressort de notre étude que 48(92,3%) avaient recours à la médecine moderne. Ce chiffre est comparable à celui de Toudji Bandje qui rapportait 84% de recours à la médecine moderne [7].

IX.7. Justification de l'utilisation des plantes

IX.7.1. *Combretum micranthum*

Kerharo et Adams en 1974[32] dans leur étude trouvaient que les feuilles de *C. micranthum* sont utilisées en infusé à 10% pour leurs propriétés diurétiques et cholagogues, elles sont utilisée dans le traitement de l'insuffisance hépatique, de différentes formes ictères, la dyspepsie et la constipation, des bronchites et la toux. La feuille est utilisée en association avec *Romarinus officinalis* dans le traitement du syndrome de l'insuffisance biliaire. Paris en 1942 a vérifié chez le chien l'action cholagogue par fistule du cholédoque et a émis l'hypothèse que l'action sur la sécrétion biliaire est en rapport avec la présence d'acide gallique à fort pouvoir cholagogue [32]

IX.7.2. *Cochlospermum tinctorium*

Baldé et Diallo en 1981[32] dans leur étude trouvaient que *C. tinctorium* était une importante plante médicinale guinéenne utilisée dans la prévention et le traitement des affections hépatiques. Sangaré, 1999 ; Diallo, 2000 trouvaient que les racines de cette plante sont utilisées en tisane dans le traitement des syndromes ictériques et hépatiques ainsi que dans le traitement du paludisme, la toux, les troubles digestifs. Les écorces interviennent dans la préparation des remèdes pour le traitement des angines et autres affections bucco- pharyngées (Adjanooun et coll., 1981, Burkill, 1995). Les extraits aqueux, hydroéthanolique et éthanolique de cette plante ont été testés par Diallo et al. . Selon eux les composés phénoliques et probablement les caroténoïdes et les triterpènes seraient responsables d'une activité antihépatotoxique (Diallo et al., 1992. Thiombiano et Pousset en 1984 ont réalisé une étude toxicologique des extraits aqueux de racines de *C. tinctorium* sur les rats de 200g, après avoir administré aux rats des doses allant de 100mg/kg de poudre jusqu'à 2g/kg dissous dans 2ml d'eau pendant 10 jours et n'ont constaté aucun signe d'intoxication ni aucun effet nocif sur le foie. Ils ont également noté une légère diminution de bilirubine du sixième au dixième jour du traitement [32].

IX.7.3. *Entada africana*

L'effet antiviral d'*E. africana* sur la multiplication du virus de l'hépatite A (VHA) *in vitro* a été testé au Département Médecine Traditionnelle au Mali en 1994 par Keita et al. L'examen a porté sur la poudre des racines, les résultats ont montré que *E. africana* inhibe significativement la multiplication du VHA à partir de 125 µg/ml (Keita et al.,1994). Un essai clinique mené par Douaré et al. en 1991 sur 45 malades souffrant d'hépatite virale et d'ictère pendant 1-6 semaines de traitement par *E. africana* a entraîné une normalisation des transaminases chez 100 % des malades et une disparition des symptômes chez 93 % des patients (Douaré, 1991). Les différentes fractions d'un extrait aqueux de la racine d'*Entada africana* ont été testées par Sanogo et al. en 1998 pour en démontré l'activité hépatoprotectrice. L'extrait aqueux a été fractionné en fraction BuOH et soluble en eau. Après administration de ces différentes fractions aux souris à foie endommagé par le CCl₄, les transaminases ont significativement baissé, ce qui indiquait la stabilisation de la membrane plasmique et également la réparation du tissu hépatique endommagé par le CCl₄ (Sanogo et al, 1998).[32]

IX.7.4. *Terminalia macroptera*

C'est une plante médicinale utilisée en Guinée-Bissau et dans d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest pour traiter les maladies infectieuses. L'activité antimicrobienne des extraits à l'éthanol à partir de racine contre sept souches bactériennes de référence et contre *Candida albicans* a été testée par Silva et al en 1997. Les résultats ont montré une certaine activité contre au moins un des micro-organismes d'essai. Les meilleurs

résultats ont été obtenus contre *Shigella dysenteriae* et *Vibrio cholerae*. Les concentrations minimales inhibitrices (CMI) de *T. macroptera* extrait à l'éthanol ont été également déterminée pour environ 100 souches cliniques de *Campylobacter* sp., *Escherichia coli*, *Salmonella* sp., *Shigella* sp. et *Vibrio cholerae*. L'activité de l'extrait de l'éthanol contre les souches de *Campylobacter* est similaire à celle du cotrimoxazole, mais inférieure à la tétracycline, l'érythromycine, la streptomycine et l'ampicilline [32].

IX.7.5. *Phyllanthus niruri*

Thabrew et Col., en 1996, ont démontré que l'administration d'extraits de *P. niruri* à des enfants atteints d'hépatite aigüe, a restauré la fonction hépatique dans les cinq jours. En 1994, Wang et al ont trouvé que l'ingestion d'herbe en poudre par les adultes atteints d'une hépatite chronique a montré des effets antihépatotoxiques [16].

IX.7.6. *Desmodium adscendens*

C'est une plante herbacée de la zone équatoriale, rampante ou grimpante sur les troncs d'arbre, de la famille des fabacées dont Kéita, 1995 trouvait que la décoction faite avec les parties aériennes servait à traiter l'hépatite B et C [7].

IX.8. Approche comparée de la médecine moderne et de la phytothérapie traditionnelle en matière d'hépatites

IX.8.1. Diagnostic

En médecine conventionnelle il existe les hépatites toxiques et médicamenteuses, les hépatites dues à l'obstruction des voies biliaires, les hépatites virales aiguës et chroniques. Tous ces hépatopathies sont décelées à partir d'examen cliniques et d'analyses biologiques et biochimiques bien précises. La phase aiguë des différentes formes d'hépatite virale est caractérisée par les signes tels que l'ictère, l'anorexie, la fièvre, la douleur à l'hypochondre droit, l'asthénie... Pour confirmer une hépatite virale aiguë ou chronique active il faut mettre en évidence la présence des marqueurs virologiques (antigènes HBs, HBe...). Il convient également de s'interroger sur le stade de la cytolysé hépatique par le dosage des transaminases sériques. Cependant chez les phytothérapeutes, pour près de la moitié (47,4%) les seuls signes cliniques servent à établir le diagnostic. Cette situation comporte un grand écart par rapport à la situation idéale car les signes cliniques précités peuvent avoir d'autres origines. Une majorité de thérapeutes (56,2%) ont cité des signes tels que ballonnement abdominal, ascite, œdèmes et cela dénote une confusion totale entre hépatite virale et cirrhose hépatique et cancer du foie par ces derniers.

IX.8.2. Traitement

En médecine moderne l'hépatite B chronique active se traite de 6 mois à 1 an voire plus (David et Smuth, 2007). Les analogues nucléosidiques inhibiteurs de la polymérase du VHB tels que la lamivudine ou l'adéfovir dipivoxil associés à une cytokine du système immunitaire (l'interféron alpha) sont les molécules couramment utilisées. Cependant leur efficacité est limitée en raison des effets secondaires et des rechutes fréquentes [7]. D'après notre enquête la durée du traitement de l'hépatite virale chez les TPS variait d'une semaine à 6 mois, avec 93,5% des phytothérapeutes traitant la maladie en moins de 6 mois et 30,43% traitant en 1 mois. Ce délai est trop court pour espérer une réponse virologique durable. Cependant, il faut remarquer qu'une partie des phytothérapeutes semble connaître les différentes formes de la maladie. La preuve est donnée par la variabilité des traitements et de leur durée en fonction des cas. Le traitement de certains phytothérapeutes s'étend sur 6 mois.

Le coût moyen du traitement de l'hépatite virale par les phytothérapeutes s'élevait à 13.139,5 FCFA d'après les données de l'enquête. Un traitement mensuel de l'hépatite B chronique sans les frais de consultation, par l'interféron alpha associé à la lamivudine coûte 122.000 FCFA par mois [7]. Cet écart est assez significatif et justifie que la pharmacopée ou la médecine traditionnelle soit parfois la seule source de soins de santé financièrement abordable particulièrement pour les populations pauvres. C'est la même remarque qui a été faite lors d'une étude sur le traitement du paludisme au Ghana par Ahorlu en 1997 et par Toudji Bandje en 2007 sur les hépatites virales [7].

CONCLUSION

CONCLUSION

La médecine traditionnelle occupe encore une place prépondérante dans les sociétés africaines. Elle constitue le principal recours de la majorité des populations des pays en voie de développement comme le nôtre.

Notre étude a eu pour but l'appréciation des connaissances des TPS, la détermination de leur attitudes et pratiques face à l'ictère et aux hépatites virales. Pour cela elle a porté sur 100 TPS membres des deux associations de TPS de Bobo Dioulasso. Ces TPS ont été soumis à un questionnaire élaboré par nos soins, amélioré et validé par des médecins.

Notre travail nous a permis de constater que les TPS ont en général un faible niveau de connaissance sur l'ictère (91%) et sur les hépatites virales (93%) et que ces faibles connaissances étaient liées à l'analphabétisme. Cependant, ils ont quelque peu des connaissances encourageantes sur l'ictère et les hépatites virales qu'il faut améliorer. Pour la prise en charge de l'ictère et des hépatites virales les TPS utilisent des substances d'origine animale, minérale mais surtout végétale et qui dénote de l'importance des plantes dans la MT. Les plantes les plus utilisées pour le traitement de l'ictère dont nous avons fait l'inventaire dans notre étude étaient : *Cochlospermum tinctorium*, *Terminalia macroptera*, *Commiphora africana*, *Anogeissus leiocarpus*, *Combretum micranthum*, *Cassia sieberiana*, *Entada africana*, *Azadirachta indica*, *Mitragyna inermis*, *Opilia amentaceae*, *Chrysanthelium americana*. Celle utilisées pour la prise en charge des hépatites étaient : *Chrysanthelium americana*, *Combretum micranthum*, *Cochlospermum tinctorium*, *Anogeissus leiocarpus*, *Terminalia macroptera*, *Carica papaya*, *Entada africana*, *Commiphora africana*, *Phyllanthus niruri*, *Desmodium ascendens*, *Cassia occidentalis*, *Parkia biglobosa*. Certaines de ces plantes (*Combretum micranthum*, *Cochlospermum tinctorium*, *Entada africana*) ont fait l'objet d'études qui ont démontré des propriétés antivirales contre les virus des hépatites A, B et C, des propriétés anti-plasmodiques et des propriétés anti bactériennes et ont même servies à l'élaboration de médicaments au Mali.

Pour une meilleure prise en charge de l'ictère et des hépatites virales, une collaboration entre les tradipraticiens et médecins modernes s'impose. Ceci passera par une intégration de la médecine traditionnelle au système de santé moderne selon l'organisation mondiale de la santé. Au Burkina Faso, depuis la création d'une Direction de la Promotion de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelle, il est apparu une volonté manifeste de valoriser la MT et les plantes médicinales. Dans tous les cas, la première étape est l'évaluation des connaissances et pratiques des tradipraticiens et c'est dans ce cadre que s'inscrit cette présente étude.



SUGGESTIONS

SUGGESTIONS

A l'issue de cette étude, nous formulons les suggestions suivantes:

1. Au Directeur général de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS)

- ❖ Former les TPS sur l'ictère et les hépatites virales à travers le programme de médecine traditionnelle
- ❖ Proposer des voies d'intégration de cette médecine traditionnelle aux systèmes de santé des pays membres
- ❖ Contribuer à la recherche de phytomédicaments afin d'apporter de nouveaux remèdes aux principaux problèmes de santé publique et d'accroître l'accès des populations aux médicaments.

2. Au ministre de la santé du Burkina Faso

- ❖ Renforcer la promotion et la valorisation de la médecine traditionnelle,
- ❖ Intégrer les tradipraticiens dans le système de soins,
- ❖ Organiser des programmes d'alphabétisation en langues nationales pour les tradipraticiens afin de leur faciliter un accès aux informations
- ❖ Promouvoir un rapprochement des tradipraticiens et des professionnels de santé moderne par le biais de rencontre et séminaires autour des problèmes majeurs de santé publique de notre pays.
- ❖ Sensibiliser les agents de santé sur l'importance de la médecine traditionnelle afin de réduire la négativation et la stigmatisation du domaine.

3. Au Ministre de l'Environnement

- ❖ Renforcer la flore botanique avec les plantes utilisées dans la pharmacopée traditionnelle
- ❖ Promouvoir la création de jardins botaniques destinés à la pharmacopée traditionnelle et notamment avec les plantes utilisées dans le traitement de l'ictère et des hépatites virales.
- ❖ S'inspirer du modèle du Dr Dakuyo pour la vulgarisation des plantes médicinales dans les champs des agriculteurs.

4. Au Directeur Régional de la Santé des Hauts Bassins

- ❖ Renforcer la promotion et la valorisation de la médecine traditionnelle dans la région des Hauts Bassins
- ❖ Mettre en œuvre l'alphabétisation des tradipraticiens
- ❖ Organiser des séances de formations et de mise à niveau des tradipraticiens sur les maladies qu'ils traitent en particulier sur l'ictère et les hépatites virales.

- ❖ Promouvoir les bonnes pratiques à travers des réglementations dans le domaine de la médecine traditionnelle
5. Aux Doyens des facultés de médecine de l'Université de Ouagadougou et de L'Université Saint Thomas d'Aquin
- ❖ Inclure l'enseignement sur la médecine traditionnelle dans le cursus de formation des étudiants afin de les sensibiliser à cette médecine
 - ❖ Encourager des recherches dans le domaine de la médecine traditionnelle.
6. Au Doyen de l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé
- ❖ Renforcer la valorisation de la médecine traditionnelle déjà en vigueur dans cet institut.
 - ❖ Encourager et en financer des thèses sur le sujet.
7. Aux chercheurs
- ❖ Intensifier les recherches dans le domaine de la médecine traditionnelle
 - ❖ Etudier les principes actifs des plantes citées dans le traitement de l'ictère et des hépatites virales
 - ❖ Elaborer des phytomédicaments
8. Aux tradipraticiens
- ❖ Se former en phytothérapie,
 - ❖ Renforcer leurs connaissances sur l'ictère et les hépatites virales
 - ❖ S'ouvrir au changement et à la collaboration avec le système de soins moderne.
 - ❖ Adhérer aux programmes d'alphabétisation

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Zeitoun JD, Chryssostalis A., Lefèvre J. Les hépatites virales. Editions Vernazobres-Gregoire(VG). Hépatologie Gastro-Entérologie Chirurgie digestive. Edition 2013- 2014. Paris (France); 2013. P
2. Bado G., Penot P., Hema A., Kamboulé EB, Sawadogo AB, N'Diaye M.D., et al. Séroprévalence de l'hépatite B dans une cohorte de patients infectés par le VIH suivis à l'hôpital de jour de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *Médecine et maladies infectieuses* 2013 (43) :202-207
3. Tao I., Compaoré T.R., Diarra B., Djigma F., Zohoncon T.M., Assih M., et al. Seroepidemiology of hepatitis B and C viruses in the general population of Burkina Faso. *Hepat Res Treat.* 2014; 781843. (PubMed)
4. Mohammad Sadegh Amiri, Mohammad Reza Joharchi, Mohammad Ehsan, TaghavizadehYazdi. Ethno-Medicinal Plants Used to Cure Jaundice by Traditional Healers of Mashhad, Iran. *Iran J Pharm Res.* 2014; 13(1): 157–162. (PubMed).
5. BAMBANA Sanata. Activité antiplasmodique des plantes utilisées dans le traitement des affections palustres dans la région de Bobo Dioulasso/ Burkina Faso (Mémoire de DEA de parasitologie). Université Polytechnique de Bobo Dioulasso ; 2011
6. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève : OMS ; 2013
7. Kodjo Sefako TOUDJI-BANDJE. Approches méthodologiques des phytothérapeutes du Togo dans le traitement de l'hépatite virale: cas d'hépatite B chronique soumis à un traitement à base de phytomédicaments (Mémoire). Université de Ouagadougou ; 2008
8. Sawadogo A., Yaméogo T. M., Kyelem C. G., Nikiéma Z., Ouédraogo S. M., Millogo A., et al. Caractéristiques des ictères à bilirubine conjuguée chez l'adulte dans un CHU au Burkina Faso. *Journal Africain d'Hépatogastroentérologie* . 2013 ; Volume 7, Issue 1, p. 27-31.
9. Benhamou JP, Erlinger S. Exploration du foie. Edition Médecine-Sciences Flammarion. Maladies du foie et des voies biliaires.5ème édition. Paris (France) ; 2007. p10

10. Université Virtuelle Francophone. Item 320 : ictère. Disponible sur : campus.cerimes.fr/hépto-gastro-entérologie/enseignement/.../cours.pdf. Consulté le 20 Janvier à 10h40.
11. Payen Jean Louis. CHU Toulouse. L'histoire de la jaunisse: Des sumériens à nos jours. Communication faite à la Journée d'Hépatologie de l'Hôpital Henri Mondor 2001. Disponible sur : http://www.bmlweb.org/dhumeaux_018.htm. Consulté le 17 Février 2015 à 9h30.
12. Ali Arazeem Abdullahi. Trends and Challenges of Traditional Medicine in Africa. Afr J Tradit Complement Altern Med. 2011; 8(5): 115–123. (PubMed)
13. Ashu M Agbor, Sudeshni Naidoo. Knowledge and practice of traditional healers in oral health in the Bui Division, Cameroun. J Ethnobiol Ethnomed. 2011; 7: 6. (PubMed)
14. Ministère de la santé. Code de santé publique du Burkina Faso. Ougadougou : ministère de la santé ; 19 mai 1994.
15. Abayomi Sofowora, Eyitope Ogunbodede, Adedeji Onayade. Le rôle et la place des plantes médicinales dans les stratégies de prévention des maladies. Afr J Tradit Complement Altern Med. 2013; 10(5): 210–229. (PubMed)
16. OOAS. Pharmacopée d'Afrique de l'Ouest. OOAS ; 2013
17. Couliadiaty A.G. Prise en charge traditionnelle des maladies mentales à Diapaga/ Burkina Faso (Thèse de médecine N°). Université Polytechnique de Bobo Dioulasso ; 2014
18. Ministère de la Santé et de la Population de la République du Congo. Politique Nationale de Médecine Traditionnelle. Congo : Ministère de la Santé ; 2006
19. Dakuyo Z. P. Rôle des connaissances traditionnelles dans le développement socio-économique : cas de la médecine traditionnelle au Burkina Faso. Réunion d'experts sur les systèmes et les expériences nationales pour protéger les savoirs traditionnels, innovations et pratiques ; 30 Octobre – 1 Novembre 2000 ; Genève, Suisse ; 2000. p2
20. Thiane El hadji Fallou Mbacke. Connaissance de l'épilepsie, attitude et pratique des tradipraticiens de Dakar (Thèse de pharmacie N°95). Université Cheikh Anta Diop de Dakar ; 2004. p4
21. Yaogo A., Sommer A., Moulaï P., Chebili S., Abaoub-Germain A. L'impact du niveau socioéconomique sur le processus du recours aux soins par les familles

- de patients souffrant de troubles psychiques au Burkina Faso. Pan Afr Med J. 2014; 17: 207. (PubMed)
22. DAFPE S. Connaissances attitudes et pratiques des populations face au paludisme dans l'aire de santé de Finkolo (Sikasso) Mali (Thèse de médecine). Université de Bamako ; 2005. p30
 23. Diallo D., Nordeng H., Al-Zayadi W., Ballo N., Paulsen BS. Traditional medicine practitioners' knowledge and views on treatment of pregnant women in three regions of Mali. J Ethnobiol Ethnomed. 2013; 9: 67. (PubMed)
 24. Sangaré M., Sina H., Dougnon J., Bayala B., Ategbo JM., Dramane K. Etude ethnobotanique des plantes hépatotropes et de l'usage traditionnel de *Gomphrena celosioides* Mart. (Amaranthaceae) au Bénin. Int. J. Biol. Chem. Sci. 2012; 6(6): 5008-5021. (disponible en ligne sur <http://ajol.info/index.php/ijbcs>). Consulté le 16/02/2015 à 10h16
 25. Sombié I. Connaissances Attitudes et Pratiques des tradipraticiens face au paludisme à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso (Thèse de médecine N°3). Université de Ouagadougou ; 1994. p36
 26. Goïta A. Connaissances Attitudes et Pratiques des populations face au paludisme dans l'aire de santé de Baguineda, Mali (Thèse de médecine). Université de Bamako ; 2010. p69
 27. Njoya O., Essi MJ, Ongolo B., Obama M. Connaissances et pratiques des femmes enceintes sur l'hépatite B au Cameroun. Health Sci. Dis: Vol 14 (2) Juin 2013. p2-3
 28. Ketema T., Etana D., Spiridoula A., Adugna T., Gebeyehu G., Houdijk Jos GM. Ethno-medicinal study of plants used for treatment of human and livestock ailments by traditional healers in South Omo, Southern Ethiopia. J Ethnobiol Ethnomed. 2013; 9: 32 (PubMed)
 29. César Fernandez de la Pradilla. Plantes médicinales contre les hépatites ; Séminaire de Pabré (Ouagadougou, Burkina Faso). 1989. p13
 30. Sangaré O. Evaluation de *Cochlospermum tinctorium*, *Entada africana*, *Combretum micranthum* dans le traitement des hépatites A. (Thèse de pharmacie). Université de Bamako (Mali) ; 2005. p40-85
 31. Del Prete A., Scalera A., Iadevaia MD, Miranda A., Zulli C., Gaeta L., et al. Herbal Products: Benefits, Limits, and Applications in Chronic Liver Disease. Evid Based Complement Alternat Med. 2012; 2012: 837939. (PubMed)

32. Abdulrahman K. Al-Asmari, M. Abdulrahman Al-Elaiwi, Md Tanwir Athar, Mohammad Tariq, Ahmed Al Eid, Saeed M. Al-Asmary. A Review of Hepatoprotective Plants Used in Saudi Traditional Medicine. Evid Based Complement Alternat Med. 2014; 2014: 890842. (PubMed)
33. Institut national de la statistique et de la démographie (INSD). Projections démographiques de 2007 à 2020 par région et province. Ouagadougou : INSD ; 2009.
34. Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST (CNLS). Document de la mise en œuvre du plan multisectoriel de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST (PNM). Ouagadougou : CNLS, 2014 :163
35. Direction générale de l'information et des statistiques. Annuaire statistique 2012. Ouagadougou : Ministère de la santé, 2013 : 225
36. Institut National de la Statistique et de la démographie (Burkina Faso). Annuaire statistique 2013. Ouagadougou : INSD ; 2014. [Consulté le 16/06/15 à 10h]
URL:http://www.insd.bf/n/contenu/pub_periodiques/annuaires_stat/Annuaire_stat_nationaux_BF/Annuaire_stat_2013.pdf
37. Direction Régionale de la Santé (DRS) des Hauts Bassins. Plan d'action 2014. Bobo Dioulasso : Ministère de la santé ; Novembre 2014
38. Institut National de la Statistique (Cameroun). Journée Internationale de la Femme : Autonomiser les femmes rurales pour éradiquer la faim et la pauvreté. Yaoundé : INS ; 2012. [Consulté le 16/06/15 à 10h40].
URL:http://www.statistics-cameroon.org/downloads/JIF/JIFem_8mars2012__fr.pdf
39. El hafian et al. Étude floristique et ethnobotanique des plantes médicinales utilisées au niveau de la préfecture d'Agadir-Ida Outanane , Maroc. J. Appl. Biosci. 2014 ; 81:7198 – 7213
40. EKLUNATEY Raphaël D., BALET Annie, ADJANOHOOUN Edouard J., AKE ASSI Laurent, AHYI Michel A., DIALLO Drissa, et al. Dictionnaire et Monographies Multilingues du potentiel médicinal des plantes africaines, Afrique de l'Ouest. Edition Tradition et Médecine T&M, Genève. Volume 1 et 2. Genève (Suisse) 2012

ANNEXES

ANNEXES

1. Outils de collecte

Annexe 1 : Questionnaire

CONNAISSANCES ATTITUDES ET PRATIQUES DES TRADIPRATICIENS VIS-A-VIS DE L'ICTERE ET DES HEPATITES VIRALES A BOBO-DIOULASSO

FICHE DE COLLECTE

Date ____/____/ 2015

N° Fiche /_____/

DECLARATION DE CONFIDENTIALITE : Les informations transmises entre nous sont confidentielles et sont présentées aux membres de l'équipe de cette étude. En cas de publication, une autorisation doit être obtenue du président de votre association.

INTERVIEWEUR.....

INTERVIEWEE.....

IDENTIFICATION DU TRADIPRATICIEN	
1	Secteur N°/_____/ Ou nom du quartier :/_____/
2	Ethnie : /_____/
3	Nationalité :/_____/
4	Age /_____/ans Religion /_____/
5	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
6	Situation matrimoniale Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/>
7	Ancienneté dans l'exercice de la MT /_____/ans
8	Avez-vous bénéficié d'une formation pour l'exercice de la MT ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si Oui, par qui ?
9	Disposez-vous d'une attestation d'exercice ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Précisez la date ____/____/ 201

10	Lieu de Travail : Secteur N° / _____ / Ou nom du quartier / _____ /	
11	Quelle est votre zone de couverture ? Votre secteur <input type="checkbox"/> Plusieurs secteurs <input type="checkbox"/> Votre village <input type="checkbox"/> Plusieurs villages <input type="checkbox"/> Plusieurs villes <input type="checkbox"/> Plusieurs pays <input type="checkbox"/>	
12	Quelle est la population concernée par votre métier de T ? Parents proches <input type="checkbox"/> Habitants ruraux <input type="checkbox"/> Citadins <input type="checkbox"/> Tout malade <input type="checkbox"/>	
13	Exercez-vous une autre profession ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui lequel ? Cultivateur <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Ménagère <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Préciser:	
14	Niveau d'étude: Aucun <input type="checkbox"/> Ecole primaire <input type="checkbox"/> Lycée <input type="checkbox"/> Enseignement supérieur <input type="checkbox"/> Ecole Coranique <input type="checkbox"/>	
CONNAISSANCES SUR L'ICTERE		
15	Quelles sont les différentes maladies que vous traitez ? Indiquez juste le nombre : / _____ / et les principales :	
16	Connaissez-vous l'Ictère (Jaunisse, Seye, Woedoudre) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si Oui, Qu'est ce que c'est?	
17	Avez-vous déjà vu des cas d'Ictère ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si Oui, Combien de cas recevez-vous par mois? / _____ /	
18	Quelles sont les causes possibles ?	- - - -
19	Quels sont les signes accompagnateurs ?	- - - -
20	Qui sont les plus touchés ? enfants <input type="checkbox"/> Adultes femmes <input type="checkbox"/> Adultes hommes <input type="checkbox"/>	
21	Est-ce que l'ictère est contagieux ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si Oui, Quelles sont les voies de Contamination que vous connaissez? - - -	
22	Peut-on prévenir l'ictère ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, comment?	

ATTITUDES ET PRATIQUES															
23	Traitez-vous l'Ictère? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>														
24	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">Quels remèdes proposez-vous ?</td> <td style="width: 30%;">Plantes <input type="checkbox"/> Incantations <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 30%;">Substances naturelles <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>: préciser - -</td> </tr> </table>	Quels remèdes proposez-vous ?	Plantes <input type="checkbox"/> Incantations <input type="checkbox"/>	Substances naturelles <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> : préciser - -											
Quels remèdes proposez-vous ?	Plantes <input type="checkbox"/> Incantations <input type="checkbox"/>	Substances naturelles <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> : préciser - -													
25	Pouvez-vous nous énumérez les différentes plantes et substances naturelles que vous utilisez pour traiter l'Ictère ?														
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Plantes (<i>précisez les parties utilisées</i>)</th> <th style="width: 30%;">Substances naturelles</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1-</td><td>1-</td></tr> <tr><td>2-</td><td>2-</td></tr> <tr><td>3-</td><td>3-</td></tr> <tr><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>6</td></tr> </tbody> </table>	Plantes (<i>précisez les parties utilisées</i>)	Substances naturelles	1-	1-	2-	2-	3-	3-	4	4	5	5	6	6
Plantes (<i>précisez les parties utilisées</i>)	Substances naturelles														
1-	1-														
2-	2-														
3-	3-														
4	4														
5	5														
6	6														
26	Où cueillez-vous ces plantes ?														
27	Trouve t- on ces plantes en toute saison ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>														
Ramener une partie de la plante pour l'herbier															
28	Préparez-vous vos recettes vous-même ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si non, qui?														
29	Quelle est la forme de présentation de vos recettes? Poudre <input type="checkbox"/> Pâte <input type="checkbox"/> Décoction <input type="checkbox"/> feuilles brutes <input type="checkbox"/> Racines brutes <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Citer :														
30	Quels sont leur mode d'utilisation ? Boisson <input type="checkbox"/> Bain <input type="checkbox"/> Lavement (purge) <input type="checkbox"/> Fumigation <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Citer:														
31	Quelle est la durée du traitement ? / _____ /														
32	Existe-t-il un régime alimentaire ou conseils accompagnant le traitement ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels sont interdits ? Conseils :														
33	Vos recettes sont-elles vendues sur le marché ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>														
34	Si oui, par qui ?														
35	Utilisez-vous parfois des médicaments modernes pour le traitement de l'ictère ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si Oui lesquels ?														
36	Référez-vous parfois à la Médecine moderne les cas d'ictère ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si Oui, quelles sont les Raisons de Références? - - - Si non, pourquoi ?														

	-		
49	Peut-on prévenir les hépatites virales ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, comment?		
	ATTITUDES ET PRATIQUES		
50	Traitez-vous les hépatites virales? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
51	Quels remèdes proposez-vous ?	Plantes <input type="checkbox"/> Incantations <input type="checkbox"/>	Substances naturelles <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> : préciser - -
52	Pouvez-vous nous énumérez les différentes plantes et substances naturelles que vous utilisez pour traiter les hépatites virales ?		
	Plantes (<i>précisez les parties utilisées</i>)	Type D'hépatite	Substances naturelles
	1-		1-
	2-		2-
	3-		3-
	4-		4
	5-		5
	6-		6
53	Où cueillez-vous ces plantes ?		
54	Trouve t- on ces plantes en toute saison ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Ramener une partie de la plante pour l'herbier		
55	Quels sont leur mode d'utilisation ? Boisson <input type="checkbox"/> Bain <input type="checkbox"/> Application sur la peau <input type="checkbox"/> Lavement (purge) <input type="checkbox"/> Fumigation <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Citer:		
56	Quelle est la durée du traitement ? / _____ /		
57	Existe-t-il un régime alimentaire ou des conseils accompagnant le traitement ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels sont interdits ? Conseils :		
58	Vos recettes sont-elles vendues sur le marché ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, par qui ?		
59	Utilisez-vous des médicaments modernes pour le traitement des hépatites virales ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels ?		
60	Référez-vous parfois à la Médecine moderne en cas d'hépatites ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si Oui, quelles sont les Raisons de Références?		

	- - - Si non, pourquoi ?
SATISFACTION DES PATIENTS AVEC LE TRAITEMENT	
61	Les patients sont-ils satisfaits ? Guérison : sur 10cas /_/ Décès : sur 10 cas /_/
62	Y a-t-il parfois des effets secondaires signalés ? ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si Oui lesquels ? - -
63	Le traitement est – il compatible avec le traitement moderne ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si Non, Pourquoi?
64	Les patients peuvent-ils parfois avec des complications des hépatites viales ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si Oui, Lesquelles? - - -
65	Que faites-vous dans ces cas ?
66	Quel est le coût du traitement ?

MERCI POUR VOTRE DISPONIBILITE

Annexe 2 : Fiche d'information du participant pour l'obtention du consentement éclairé

Fiche d'information du participant pour l'obtention de son consentement

Titre de l'étude

CONNAISSANCES ATTITUDES ET PRATIQUES DES TRADIPRATICIENS VIS-A-VIS DE L'ICTERE ET DES HEPATITES VIRALES A BOBO-DIOULASSO

On vous demande de lire ou d'écouter attentivement ce document. Dans la première partie, vos droits et les responsabilités des investigateurs vous sont expliqués de façon détaillée. En cas de doute ou si vous avez des questions concernant l'étude, n'hésitez pas à demander aux investigateurs toutes les explications nécessaires. Il est très important que vous compreniez bien les objectifs et les procédures de cette étude, avant de prendre une décision quant à votre participation à l'étude. Si vous acceptez de

participer, vous signez deux exemplaires de ce document, (Consentement Eclairé) dont un exemplaire vous sera rendu après la signature.

VEUILLEZ GARDER UNE COPIE DE CE DOCUMENT SUR VOUS PENDANT TOUTE LA DUREE DE L'ETUDE

Objectif de l'étude

Cette étude est organisée pour Evaluer vos connaissance, vos attitudes et vos pratiques Bobo-Dioulasso pour le traitement des cas d'ictère et d'hépatites que vous recevez.

Notre enquête sera menée à un niveau : chez les tradipraticiens.

Organisation de l'étude

Vous pouvez refuser de participer à cette étude et retirer votre consentement à tout moment sans avoir à vous justifier et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Procédures de l'étude

Aujourd'hui, les enquêteurs vont discuter avec vous sur le concept de l'enquête. Notre enquête consistera à s'entretenir avec vous sur vos connaissances attitudes et pratiques face aux cas d'ictère et d'hépatites que vous recevez. Nous utiliserons comme outil de collecte de données l'entretien individuel approfondi.

Quels sont donc les bénéfices de votre participation à la présente étude ?

Bénéfices

1. Le principal bénéfice potentiel de votre participation à l'étude est que l'on pourrait démontrer que vos connaissances sont en accord avec la médecine moderne ainsi que les plantes que vous utilisées et nous allons vous aider dans le futur à mieux améliorer la conduite de vos activités ;
2. L'étude contribuera à améliorer vos connaissances sur les causes de l'ictère et des hépatites et cela aidera la communauté scientifique à proposer un programme de formation adapté en vue d'améliorer la précocité et la qualité de la prise en charge des cas d'ictère et d'hépatites.
3. Quels peuvent être donc d'éventuels risque et des désagréments de la présente étude ?

Risques et désagréments

Vous ne courez aucun risque en participant. Il existe quelques désagréments tels que la disponibilité pour l'enquêteur, contrainte de temps pour répondre au formulaire.

Confidentialité de données collectées:

La participation à une telle étude pourrait impliquer une violation de l'intimité, mais l'information vous concernant et vos plantes seront traitées le plus confidentiellement possible. Seuls les participants à la présente étude seront autorisés à consulter les informations recueillies pour les besoins du travail.

Coûts et paiements

Après l'inclusion dans l'étude, vous ne devrez payer aucun frais. Vous ne serez pas non plus payé/es pour votre participation à l'étude.

Alternatives à la participation à l'étude

Votre participation à l'étude est complètement volontaire. Si vous décidez de ne pas accepter, ou si vous décidez, à n'importe quel moment et pour n'importe quelle raison, d'arrêter votre participation à l'étude. Vous êtes libre de le faire

Pendant l'étude, vous serez mis/e au courant de toutes les nouvelles connaissances et d'informations sur les plantes que vous utiliserez.

Conséquences du retrait de l'étude

Si vous décidez de retirer votre consentement à tout moment, vous pouvez le faire sans avoir à vous justifier et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Utilisation des résultats

Les résultats de cette étude pourront être publiés dans une revue médicale. Votre identité ne sera pas révélée. Quand l'étude sera terminée, vous aurez le droit de demander à connaître les résultats.

Implication de votre signature

Si vous donnez votre consentement à participer à l'étude, vous devrez signer le formulaire de Consentement Eclairé. Si vous ne pouvez pas écrire, vous pouvez utiliser l'empreinte de votre doigt. Le fait de signer ce formulaire signifie que vous avez reçu et compris toutes les informations concernant votre participation à l'étude.

On vous demandera de signer deux copies du Consentement Eclairé : la première vous sera remise, et la deuxième sera gardée dans l'archive de l'étude.

Annexe 3 : Fiche de consentement éclairé pour la participation à l'étude

Consentement éclairé pour la participation à l'étude

Titre de l'étude

CONNAISSANCES ATTITUDES ET PRATIQUES DES TRADIPRATICIENS VIS-A-VIS DE L'ICTERE ET DES HEPATITES VIRALES A BOBO-DIOULASSO

Promoteur de l'étude:

Investigateur Principal de l'étude :

Adresse: _____

Téléphone: _____

Numéro de la fiche d'enquête: _____

Nom et prénom (s) de l'enquêté: _____

Age (approximatif) de l'enquêté: _____

Sexe de l'enquêté: _____

Téléphone : _____

Enquêteur _____

Adresse: _____

Téléphone et contacts: _____

Je soussigné(e),.....Tradipraticien(e) à Bobo Dioulasso, déclare que j'ai compris les objectifs et les procédures de l'étude. Je donne mon accord pour participer à l'étude.

Je pourrai retirer ce consentement à n'importe quel moment, sans avoir à vous justifier et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Signature ou empreinte du l'enquêté (e) /

Date /Heure

Signature de l'enquêteur /

Date /Heure

Annexe 4 : Iconographies



Iconographie 1 : Photographie de *Cochlospermum tinctorium*

(Source : P. Poilecot, 2005)

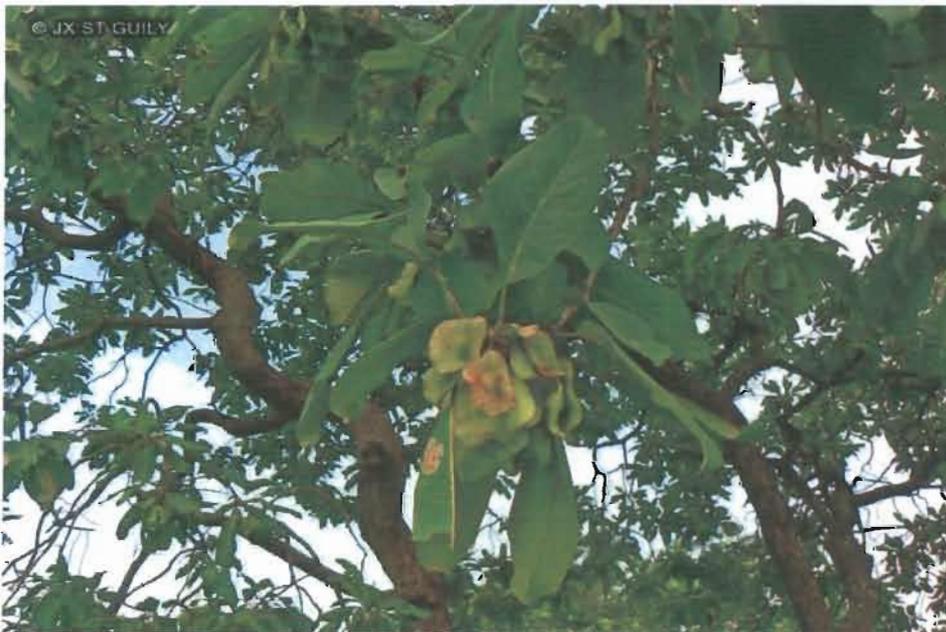


Iconographie 2 : Photographie de Racines de *Cochlospermum tinctorium* (Source : abc Burkina, 2012)



Iconographie 3 : Photographie de *Combretum micranthum*

(Source : J. Tiquet, 2005)



Iconographie 4 : Photographie de *Terminalia macroptera*

(Source : J. Tiquet, 2005)



Iconographie 5 : Photographie de *Entada africana*

(Source : J. Tiquet, 2005)



Iconographie 6 : Photographie de *Anogeissus leiocarpus*

(Source : P. Poilecot, 2005)



Iconographie 7 : Photographie de *Cassia occidentalis* (Source : M. Dafa, 2007)



Iconographie 8 : Photographie de *Cassia sieberiana*
(Source : J. Tiquet, 2005)



Iconographie 9 : Photographie de *Chrysanthelium americana*
(Source : J. Tiquet, 2005)



Iconographie 10 : Photographie de *Commiphora africana* (Source : P. Poilecot, 2005)



SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai, gratuit, mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

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 les crimes.

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 resté fidèle à mes promesses.

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