



HAL
open science

Connaissances, attitudes et pratiques face au paludisme et formations chez les praticiens de médecine traditionnelle à Abidjan, en Côte d'Ivoire

Lucie Peters

► **To cite this version:**

Lucie Peters. Connaissances, attitudes et pratiques face au paludisme et formations chez les praticiens de médecine traditionnelle à Abidjan, en Côte d'Ivoire. Santé publique et épidémiologie. 2019. dumas-02447613

HAL Id: dumas-02447613

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02447613>

Submitted on 21 Jan 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Master Sciences, Technologies, Santé
Mention Santé Publique

Parcours Santé internationale

Promotion 2018-2019

**Connaissances, attitudes et pratiques face au
paludisme et formations chez les Praticiens de
Médecine Traditionnelle à Abidjan, en Côte d'Ivoire**

Mémoire de stage réalisé du 1^{er} avril au 31 août 2019

Centre Population et Développement (CEPED) - Paris, France

Programme National de Promotion de la Médecine
Traditionnelle (PNPMT) - Abidjan, Côte d'Ivoire

Soutenu publiquement le 18 septembre 2019 à Bordeaux
Par Lucie PETERS, née le 30/07/1991

Directeur de stage : Véronique DUCHESNE

Tuteur de stage : Jean Baptiste N'TAKPE

Composition du jury de soutenance :
Renaud BECQUET, Valérie BRIAND, Joanna ORNE-GLIEMANN,
Mélanie PLAZY, Thierry TIENDREBEOGO

Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord Madame Duchesne et Monsieur Kroa, pour avoir permis ce stage en m'accordant leur confiance et une place au sein de leur travail.

Je remercie toute l'équipe du PNPM qui a suivi mon travail. Je remercie particulièrement Michel Amessan, présent chaque jour à mes côtés pour l'organisation de l'enquête, les déplacements sur le terrain et l'atteinte de la population d'étude.

Ma reconnaissance se tourne vers tous les PMT qui ont accepté de participer à l'étude, en consacrant leur temps. Pendant ces généreux échanges, ils m'ont transmis connaissances et valeurs.

Merci à Thierry Tiendrebeogo et Jean-Baptiste N'takpé pour leurs conseils et leur temps passé à répondre à mes interrogations.

Un tout grand merci à Méloé, Djamiou et Jeanne, collègues de promotion qui m'ont soutenu, écouté et m'ont orienté lors de mes moments de doute !

Pour finir, je ne peux oublier ma famille.

Ivoirienne, qui m'a accueillie avec grand cœur. Française, qui m'accompagne depuis toujours dans mes expériences à l'étranger. Et merci à Cédrick pour son soutien et ses encouragements permanents.

Table des matières

Liste des acronymes	6
Liste des tableaux	7
Liste des figures	7
I. INTRODUCTION	8
1. La Côte d’Ivoire.....	8
1.1. Contexte historique et géographique	8
1.2. Contexte économique	8
1.3. Contexte socio-démographique	9
1.4. Contexte socio-culturel	9
2. Contexte sanitaire de la Côte d’Ivoire.....	9
2.1. Organisation du système de santé et offre de soins.....	9
2.2. Financement du système de santé.....	10
2.3. Etat de santé des populations	11
2.4. Indicateurs de performance du système de santé.....	12
3. La médecine traditionnelle et son institutionnalisation	12
3.1. La médecine traditionnelle.....	12
3.2. Le recours à la médecine traditionnelle.....	13
3.3. L’institutionnalisation de la médecine traditionnelle	15
4. Médecine traditionnelle en Côte d’Ivoire : cadre institutionnel.....	18
5. Problématique	21
6. Organisme d’accueil de stage.....	22
II. OBJECTIFS ET RETOMBÉES ATTENDUES	22
1. Objectifs.....	23
2. Retombées attendues	23
3. Hypothèses.....	23
III. METHODOLOGIE	24
1. Schéma d’étude.....	24
2. Population d’étude.....	24
2.1. Population cible et source	24
2.2. Echantillonnage	25
2.3. Critères d’inclusion et de non-inclusion.....	25
3. Modes et outils de recueil.....	26
4. Analyse des données	27
5. Aspects règlementaire et éthique	28

IV. ORGANISATION DE LA MISSION	28
1. Déroulé du stage	28
2. Difficultés rencontrées et réajustements apportés	30
V. RESULTATS	31
1. Diagramme de flux	31
2. Résultats descriptifs	32
2.1. Caractéristiques socio-démographiques des PMT	32
2.2. Connaissances des PMT sur le paludisme	34
2.3. Pratiques des PMT vis-à-vis de la prévention et de la prise en charge du paludisme	36
2.4. Attitudes des PMT	38
2.5. Participation et besoins de formations des PMT	42
3. Résultats analytiques.....	46
VI. DISCUSSION	50
1. Principaux résultats.....	50
2. Forces de l'étude	52
3. Validité interne	52
4. Validité externe	54
5. Recommandations de Santé Publique	57
VII. CONCLUSION	59
Références bibliographiques	60
Liste des annexes	64

Résumé - Summary

Introduction : Les Praticiens de Médecine Traditionnelle (PMT) font partie intégrante de l'offre de soins. L'OMS encourage l'intégration de la Médecine Traditionnelle dans les systèmes de santé de façon sûre et efficace. En Côte d'Ivoire, le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT) accompagne les PMT dans ce processus d'institutionnalisation, notamment par l'organisation de formations. Cette étude s'intéresse aux formations et connaissances, attitudes et pratiques sur le paludisme, dans une région où la pathologie constitue un réel enjeu de Santé Publique.

Objectifs : L'objectif principal est de décrire les expériences face au paludisme des PMT exerçant à Abidjan, en Côte d'Ivoire, et leurs besoins en formations, en 2019. Il se décline en trois objectifs spécifiques : 1) décrire les connaissances, attitudes et pratiques des PMT face à la prévention et la prise en charge du paludisme ; 2) étudier l'association entre le fait d'avoir participé à la formation du PNPMT sur le paludisme et la pratique de diagnostic du paludisme par examen sanguin ; 3) identifier les besoins et attentes en formation des PMT.

Méthodologie : Une étude transversale a été réalisée d'avril à juin 2019. 217 PMT des districts sanitaires de Yopougon Est, Yopougon Ouest et Marcory-Treichville ont été tirés au sort de façon aléatoire dans la base de données du PNPMT. Un questionnaire leur a été administré en face-à-face ou par téléphone.

Résultats : 99,5 % des PMT déclare que le paludisme est dû aux moustiques. 34,1 % diagnostique le paludisme par examen sanguin, et 82,9 % des PMT collabore avec les professionnels de biomédecine. Les formations organisées sur le paludisme par le PNPMT sont significativement associées aux bonnes pratiques de diagnostic du paludisme chez les PMT (ORa=2,59 [1,17-5,72], p=0,019). Les principales demandes de formation exprimées concernent des pathologies.

Discussion et conclusion : Ces résultats étant encourageants, les formations au sein du PNPMT sont à poursuivre. Il semble aussi opportun de pouvoir cibler davantage les bénéficiaires des formations. Ces actions permettront d'appuyer le travail initié dans le but d'intégrer la MT au système sanitaire national.

Mots clés : Médecine traditionnelle, praticiens de médecine traditionnelle, connaissances, attitudes, pratiques, formation, paludisme.

Introduction: Traditional Health Practitioners (THPs) are an integral part of healthcare. WHO promotes the safe and effective integration of traditional medicine into health systems. In Ivory Coast, the National Program for the Promotion of Traditional Medicine (PNPMT) supports THPs in this process of institutionalization, and particularly offers them training. This study focuses on training and knowledge, attitudes and practices on malaria, in a region where the disease is a substantial public health issue.

Objectives: The main objective is to describe experiences pertaining to malaria and training needs of THPs in Abidjan, Ivory Coast, in 2019. It has three specific objectives: 1) to describe the knowledge, attitudes and practices of THPs in the prevention and management of malaria; 2) to study the association between having participated in the PNPMT training on malaria and the practice of diagnosis of malaria by blood test; 3) to identify the training needs and expectations of the THPs.

Methodology: A cross-sectional study was realised from april to june 2019. 217 THPs of the Yopougon East, Yopougon West and Marcory-Treichville health districts were randomly selected from the PNPMT database. A questionnaire was administered face-to-face or by telephone.

Results: 99.5 % of THPs claim that malaria is due to mosquito. 34.1 % of THPs diagnose malaria by blood test, and 82.9 % of THPs collaborate with hospital professionals. Also, the training courses on malaria organized by the PNPMT are significantly associated with the good diagnosis practices of malaria by the THPs (ORa=2.59 [1.17-5.72], p=0.019). The main training requests are about diseases.

Discussion and conclusion: As these results are encouraging, the PNPMT training courses should be continued. It also seems appropriate to be able to increasingly target the beneficiaries of the training. These actions will support the work initiated to integrate traditional medicine into the national health system.

Key words: Traditional medicine, traditional health practitioners, knowledge, attitudes, practices, training, malaria.

Liste des acronymes

AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CEDEAO	Communauté Economique des États de l'Afrique de l'Ouest
CEPED	Centre Population et Développement
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
GE	Goutte épaisse
HTA	Hypertension Artérielle
IC	Intervalle de Confiance
IDH	Indice de Développement Humain
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MT	Médecine Traditionnelle
MTA	Médicament Traditionnel Amélioré
MT/MC	Médecine Traditionnelle et Complémentaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OR	Odds Ratio
ORa	Odds Ratio ajusté
ORb	Odds Ratio brut
OUA	Organisation de l'Unité Africaine
PIB	Produit Intérieur Brut
PMT	Praticien de Médecine Traditionnelle
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNPMT	Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle
PPA	Parité de Pouvoir d'Achat
PSNPMT	Plan Stratégique National de Promotion de la Médecine Traditionnelle
SNIS	Système National de l'Information Sanitaire
TDR	Test de Diagnostic Rapide
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome d'Immunodéficience Acquise

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des 217 PMT d'Abidjan interrogés (2019)	33
Tableau 2 : Connaissances des PMT d'Abidjan interrogés, concernant le paludisme (2019)	35
Tableau 3 : Pratiques de prévention et prise en charge du paludisme des PMT d'Abidjan interrogés, 2019	37
Tableau 4 : Attitudes des PMT d'Abidjan interrogés vis-à-vis de la collaboration avec les professionnels des hôpitaux, 2019	38
Tableau 5 : Participation et besoins de formations des 217 PMT d'Abidjan interrogés (2019)	43
Tableau 6 : Caractéristiques des PMT d'Abidjan selon leur participation aux formations organisées par le PNPMT, 2019	44
Tableau 7 : Analyse univariée de l'association entre caractéristiques des PMT d'Abidjan et pratique du diagnostic du paludisme par examen sanguin (GE ou TDR), Côte d'Ivoire, 2019.	47
Tableau 8 : Analyse multivariée de l'association entre caractéristiques des PMT d'Abidjan et pratique du diagnostic du paludisme par examen sanguin (GE ou TDR), Côte d'Ivoire, 2019.	49

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme de flux des non-répondants à l'étude	32
Figure 2 : Pathologies citées par les 175 PMT déclarant avoir besoin de formation	126
Figure 3 : Besoins de formation exprimés par les 175 PMT déclarant avoir besoin de formation	127

I. INTRODUCTION

1. La Côte d'Ivoire

1.1. Contexte historique et géographique

Indépendante depuis 1960, la Côte d'Ivoire est une République démocratique avec un régime présidentiel (1).

La Côte d'Ivoire est un pays d'environ 322 000 km² (2), bénéficiant d'un climat équatorial au Sud, entre littoral et forêts et d'un climat tropical au Nord où l'on retrouve des savanes. La température ainsi que la pluviométrie annuelle (variant entre le Sud et le Nord) sont élevées, ce qui impacte le profil épidémiologique du pays (1).

1.2. Contexte économique

Grâce à son agriculture, l'ensemble de la population a longtemps profité du « miracle ivoirien ». En effet, bien qu'amoindri aujourd'hui, la source de revenu principale des ivoiriens est l'exportation du café, du cacao et du coton (3).

Selon la Banque Mondiale en 2017, le Produit Intérieur Brut (PIB) de la Côte d'Ivoire était d'environ 40,4 milliards de dollars. Le PIB par habitant en Parité de Pouvoir d'Achat (PPA) du pays a longtemps été supérieur à celui de l'Afrique Subsaharienne, et ce jusqu'en 2004. Depuis 2016, celui-ci dépasse à nouveau celui de l'Afrique Subsaharienne, et atteint 3 953 dollars PPA par habitant en 2017 (4). Depuis 2012, le pays est parmi ceux qui comptent le plus fort taux de croissance au monde. En effet, le taux de croissance du PIB est passé de - 4 % en 2011 à 10,7 % en 2012 (1) et se stabilise autour de 8,8 %, en 2016 (5). Fortement affecté par une crise sociopolitique que le pays a traversée de 2002 à 2011 et ayant entraîné une dégradation des conditions de vie de la population, la Côte d'Ivoire retrouve sa stabilité et sa cohésion sociale, et tente de regagner sa place de modèle économique pour l'Afrique.

Malgré cela, 46,3 % de la population vit aujourd'hui en dessous du seuil de pauvreté, ce qui reste très élevé (1). L'Indice de Développement Humain (IDH) du pays est de 0,474, le plaçant 182^{ème} sur 199. La Côte d'Ivoire fait partie des pays à développement humain faible (5).

De plus, le secteur informel est très présent en Côte d'Ivoire et affecte aussi le secteur sanitaire. Selon le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), 44 % des usagers de services de santé ont effectué des paiements informels (1).

1.3. Contexte socio-démographique

Selon le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), la population de la Côte d'Ivoire était estimée à 24,9 millions d'habitants en 2018 (6), dont environ 55 % vivant en milieu urbain (2). Le taux de croissance démographique est de 2,5 % en 2017 (4,7 % en 1975 et 1,8 % en 2003) (7). Le nombre moyen d'enfants par femme est de 4,8 (6). La majorité de la population ivoirienne est jeune : 42 % a moins de 15 ans et 74 % a moins de 25 ans (6). L'espérance de vie à la naissance est de 53 ans chez les hommes et 56 ans chez les femmes en 2018 (6). On peut donc dire que la Côte d'Ivoire est en phase de transition démographique. On compte 19 % des femmes de 15 à 49 ans qui utilisent un moyen de contraception en 2018 (dont 17 % qui utilise une méthode moderne). Aussi, 43 % de la demande en contraception des femmes est satisfaite (6).

1.4. Contexte socio-culturel

La langue officielle de la Côte d'Ivoire est le français, mais de nombreux dialectes sont utilisés, notamment le baoulé et le dioula, les deux principaux. Par ailleurs, la Côte d'Ivoire compte une soixantaine d'ethnies réparties en quatre groupes principaux. On estime à 42 % la population musulmane dans le pays et à 34 % les chrétiens. L'animisme est aussi présent à travers tout le pays (2). Aussi, la Côte d'Ivoire connaît un fort taux d'immigration, avec une estimation à 24,2 % de sa population non nationale (1).

En 2015, le budget alloué à l'éducation représentait 4,83 % du PIB. En 2017, 92 % des enfants garçons en âge d'aller à l'école primaire étaient scolarisés, contre 83 % chez les filles. Au niveau secondaire, 41 % des garçons étaient scolarisés, contre 30 % des filles. Des inégalités de genre sont donc présentes dans le pays (6).

2. Contexte sanitaire de la Côte d'Ivoire

2.1. Organisation du système de santé et offre de soins

Le système de santé ivoirien a une structure pyramidale, avec un versant administratif et un versant concernant l'offre de soins. Le niveau central (national), géré par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, définit la politique globale de santé. Le niveau intermédiaire (régional) est composé des Directions Régionales de la Santé qui ont « une mission d'appui aux districts sanitaires pour la mise en œuvre de la politique sanitaire ». Le niveau périphérique (départemental), lui, se découpe en Directions Départementales de la Santé ou Districts

Sanitaires qui sont en charge de coordonner l'action sanitaire et fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé. Le district sanitaire subdivisé en aires sanitaires, est l'unité opérationnelle du système de santé.

En ce qui concerne l'offre de soins du secteur public, on trouve au niveau périphérique 1 967 Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts, qui sont des centres de santé ruraux ou urbains, à base communautaire ou spécialisés. Le niveau secondaire comprend les Hôpitaux Généraux et les Centres Hospitaliers Régionaux et Spécialisés, 87 au total. Enfin, le niveau tertiaire est composé des établissements Publics Nationaux : les 4 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les Instituts Nationaux Spécialisés (1). Par ailleurs, d'autres Ministères participent à l'offre de soins, à travers leurs actions sur les déterminants sociaux de la santé ou leurs infrastructures sanitaires (1).

Malgré cet important déploiement de l'offre de soins publique, des « zones de silence sanitaire » persistent. En 2015, on estimait à plus de 29 % la population vivant à plus de 5 kilomètres d'un établissement de santé (8).

Le secteur privé, quant à lui, comporte 2 036 établissements. Cliniques, centres et cabinets médicaux, officines de pharmacie, infirmeries privées se développent ces dernières années, aux différents niveaux de prise en charge, et notamment en milieu urbain. Le secteur privé confessionnel et les organisations à base communautaire participent également à l'offre de soins, en particulier au niveau primaire. De même, le secteur pharmaceutique est essentiellement privé (1).

La médecine traditionnelle (MT) entre dans la politique sanitaire du pays, « comme une alternative aux besoins en santé de la population ». Plus de 8 500 Praticiens de Médecine Traditionnelle (PMT) sont recensés dans le pays et s'organisent en associations et fédérations (1). La mise en œuvre de la politique de MT s'opère à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, selon le même schéma que le système national (8).

2.2. Financement du système de santé

Les dépenses totales du budget de l'Etat consacrées à la santé étaient de 187 dollars par habitant en 2014. Malgré qu'elles aient augmenté ces dernières années, elles représentaient 5,7 % du PIB du pays, ce qui reste bien en-dessous du seuil international fixé (9).

En Côte d'Ivoire en 2013, 51 % du financement des soins se faisait par paiement direct des ménages, 24,5 % venait de l'administration publique, 14,4 % des entreprises et 10 % provenait des bailleurs bilatéraux et multilatéraux (1).

Diverses stratégies novatrices sur le financement de la santé ont été adoptées, afin de tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) : financement basé sur la performance, gratuité

ciblée des soins au lendemain de la crise. Cependant, ces mesures connaissent des difficultés dans leur mise en place et l'utilisation rationnelle des ressources financières reste un réel problème (1).

2.3. Etat de santé des populations

Actuellement en transition épidémiologique, le pays fait face à un double fardeau. Les maladies infectieuses transmissibles sont toujours présentes, tandis que l'incidence des maladies non transmissibles est en augmentation. Cette transition a des conséquences sur la mortalité et la morbidité de la population et amène une complexité de prise en charge sanitaire.

En 2017, la principale cause de décès en Côte d'Ivoire concerne les maladies néonatales, suivie du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH/SIDA), des infections respiratoires basses et du paludisme. Les diarrhées et la tuberculose arrivent respectivement aux 6^{ème} et 8^{ème} rang des causes de mortalité. Les maladies infectieuses transmissibles étant les plus mortelles dans le pays, on peut tout de même constater qu'elles sont en baisse depuis 2007 (10).

Le paludisme est le premier motif de consultation, malgré sa tendance en baisse : en 2014, il représente 33 % des consultations. L'incidence du paludisme était de 29,2 % chez les enfants de moins de 5 ans et de 15,5 % en population générale, en 2015 (1). Concernant le VIH/SIDA, la Côte d'Ivoire est l'un des pays les plus touchés de la région d'Afrique de l'Ouest et du Centre (1). La prévalence en population générale diminue, mais était encore estimée par le Programme des Nations Unies sur le VIH/SIDA (l'ONUSIDA) à 2,8 % chez les 15 - 49 ans en 2017 (11).

Par ailleurs, dix maladies tropicales négligées sont endémiques en Côte d'Ivoire, notamment la filariose lymphatique, la schistosomiase, les géohelminthiases, la trypanosomiase humaine africaine, l'ulcère de Buruli, la lèpre, et le pays est vulnérable à d'autres flambées épidémiques telles que le choléra, la méningite, la rougeole, le zika ou la dengue (1).

Les maladies non transmissibles, elles, causent de plus en plus de décès. En effet, elles sont la cause de 37 % de la totalité des décès, en particulier dus à des maladies cardiovasculaires, mais aussi à des cancers et au diabète (10,12).

Les deux premiers facteurs de risque de décès ou d'invalidité pour les ivoiriens sont la malnutrition et les mesures d'eau, hygiène et assainissement. La forme de malnutrition la plus répandue chez les ivoiriens de moins de 5 ans est la malnutrition chronique (1). Sa prévalence atteignait 27 % lors de l'enquête nutritionnelle de 2011 (13). La prévalence de la malnutrition aiguë globale, elle, était estimée à 5,4 % chez les enfants de moins de 5 ans. La situation nutritionnelle en Côte d'Ivoire est jugée « précaire », et comporte de grosses disparités entre les régions, les milieux (urbains ou ruraux), et les groupes socioéconomiques (13). La pollution de l'air, l'hypertension artérielle, le régime alimentaire et l'obésité, le tabac et l'alcool, liés à

l'urbanisation et au changement de mode de vie, constituent aussi des facteurs de risque principaux de décès ou d'invalidité des ivoiriens (10).

2.4. Indicateurs de performance du système de santé

En 2017, le taux de mortalité maternelle était de 645 décès pour 100 000 naissances vivantes (14) et le taux de mortalité infantile était de 64,2 pour 1 000 naissances vivantes (15). La couverture vaccinale de la troisième dose du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche était estimée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à 84 % en 2017 (16).

3. La médecine traditionnelle et son institutionnalisation

3.1. La médecine traditionnelle

La déclaration d'Alma Ata en 1987, mettant l'accent sur les soins de santé primaires, est le premier accord à inscrire l'équité d'accès à la santé dans la politique internationale. Les soins de santé primaires se basent sur une approche sociale, en contradiction avec le modèle biomédical, dans le but de réduire les inégalités sociales de santé. Ils sont basés sur des techniques et méthodes « pratiques, scientifiquement valables, socialement acceptables, [...] accessibles à tous » (géographiquement et financièrement). Aussi, les soins de santé primaires sont au premier niveau de la pyramide sanitaire, se rapprochant le plus possible des populations, leurs lieux de vie et de travail. La déclaration d'Alma Ata mentionne les « médecins et praticiens traditionnels », comme faisant partie intégrante de cette approche, devant travailler en partenariat avec le système de santé national et répondant aux besoins sanitaires exprimés par la communauté. En effet, connaissant la communauté, la culture et les traditions locales, ces derniers, jouissant d'un « grand prestige », pourraient être un appui pour améliorer la santé des populations (17).

Après plusieurs années favorables à la politique d'Alma Ata, on observe un regain d'attention pour des approches verticales ciblées sur des pathologies, plus faciles à mettre en œuvre. C'est en 2008 que cette dernière est remise au goût du jour, notamment en raison de l'augmentation des inégalités sociales de santé et d'accès aux soins, de nouveaux défis dus aux maladies chroniques et du manque de performance des systèmes de santé ; et dans le but d'établir la CSU (18,19). Ainsi, la déclaration d'Alma Ata, réactualisée à ce jour, préconise la collaboration, entre autres, des PMT avec les systèmes de santé nationaux, étant donné leur proximité avec les communautés.

L'OMS définit la MT comme « la somme des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture [qu'elles soient explicables ou non (20)] et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales » (21). Celle-ci est aussi parfois appelée médecine « parallèle », « alternative » ou « complémentaire ». Elle englobe diverses méthodes, dont la phytothérapie, l'utilisation de substances d'origine animale et/ou minérale (8) ou des pratiques « divinatoires » ou « magiques » (22).

En opposition au terme MT, nous emploierons dans ce travail celui de « biomédecine » pour parler de la médecine qualifiée de moderne ou occidentale.

3.2. Le recours à la médecine traditionnelle

Selon l'OMS, la MT est largement employée dans le monde (20). En effet, elle affirme par exemple qu'au Chili, 71 % de la population a recours à la MT au moins une fois dans sa vie (23), en Asie se chiffre s'élève à 80 % (24) et en Europe, il concerne 49 % des français (23). En Afrique, jusqu'à 80 % des populations a recours à la MT au moins une fois dans sa vie. Les résultats de la thèse en médecine de Kouame Akissi montrent que 91 % de la population de Yopougon, commune d'Abidjan, a régulièrement recours à la MT (25). Selon Margaret Chan, ancienne Directeur général de l'OMS, autant les praticiens que les médicaments traditionnels « constituent la principale voire l'unique source de soins de santé » pour plusieurs millions de personnes dans le monde (20).

Les principales raisons de ce recours aux soins traditionnels sont, selon l'OMS, l'accessibilité géographique et financière (abordable et flexible dans ses modalités de paiement), l'acceptabilité culturelle et la confiance lui étant accordée par la communauté (20). Ces explications se retrouvent dans différentes études. Rakotomalala affirme que la MT, prédominante à Madagascar, s'explique en particulier par des raisons d'ordre socio-économique : insuffisance des équipements sociaux, manque d'infrastructures routières, pouvoir d'achat et taux de scolarisation faibles ; mais aussi pour des raisons d'ordre culturel et identitaire. Selon les « croyances traditionnelles », la MT repose sur la distinction du corps physique et de l'esprit (22). En Côte d'Ivoire, le PMT semble aussi jouir « d'un statut social considérable au sein de sa communauté. Il est proche de son malade par le mode de vie, le contexte social dans lequel il exerce, la familiarité du langage et le partage des mêmes conceptions philosophiques » (8). Par ailleurs, dans l'étude de Makita-Ikouaya et al, il est mentionné que la reconnaissance de la MT s'explique, au-delà de l'identité culturelle, par « les limites de la biomédecine » (23).

La MT semble donc participer à l'objectif de l'accès universel aux soins, énoncé dans les Objectifs de Développement Durable des Nations Unies (26).

En Afrique, les populations utilisent principalement la MT en matière de soins de santé primaires (23). En effet, l'OMS déclare qu'à ce jour la MT a beaucoup contribué à la santé des populations au niveau communautaire (21), mais elle devient également un moyen de « faire face à l'inexorable montée de maladies chroniques non transmissibles » (20).

Une étude décrivant le recours des enfants de Treichville (en Côte d'Ivoire) aux PMT montre que ceux-ci sont essentiellement sollicités pour des pathologies ou symptômes aigus : éruptions cutanées, fièvre, toux et difficultés respiratoires, diarrhée et vomissements, plaies buccales (27). Aussi, selon Makita-Ikouaya et al, au Mali, au Ghana et au Nigeria, les plantes médicinales sont le traitement de première intention pour plus de 60 % des enfants atteints de fièvre (23). En 2004, Willcox et al, recensent dans la littérature 1277 espèces de plantes utilisées pour traiter le paludisme ou la fièvre (dont 62 études de cas, cohortes ou essais cliniques) (28).

Selon l'étude de Rakotomalala à Madagascar (2002), des PMT d'Afrique tentent de dépasser les limites actuelles des traitements de biomédecine en matière de cancer et de SIDA et couvrent aussi le champ de la santé mentale (22). En effet, ceci se retrouve dans l'étude de Makita-Ikouaya et al au Gabon (2010), où les premiers motifs de consultation dans les centres de soins traditionnels sont liés à la sexualité (faiblesse sexuelle, stérilité, éjaculation précoce, VIH/SIDA), mais aussi aux maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle (HTA)), ainsi qu'aux « maladies liées à l'esprit » (« déblocage, désenvoûtement ») (23). On retrouve ceci dans les études de Ssali et al en Ouganda (2005) et de Peltzier et al en Afrique du Sud (2006) où les principaux motifs de consultations s'articulent autour de problèmes sexuels (infertilité, impuissance sexuelle, plaies génitales, accouchements, Infections Sexuellement Transmissibles (IST)) et problèmes chroniques (accidents vasculaires cérébraux (AVC), rhumatismes), mais aussi diarrhées, céphalées, plaies, douleurs, ou encore ensorcellement, empoisonnement ou « pathologies spirituelles et ancestrales » (29,30).

Ainsi, la MT est largement utilisée et son recours semble suivre l'évolution épidémiologique des pays concernés.

En réalité, le parcours de soins des patients est plus complexe. On peut en effet parler de pluralisme médical. Ainsi, selon Rakotomalala, « on peut avoir, en un temps donné, des pratiques d'origines différentes qui se chevauchent ou sont pratiquées en alternance ». En effet, selon elle, on observe une complémentarité entre MT et biomédecine à Madagascar : « généralement, ils [les malgaches] les alternent ou les utilisent en même temps pour une

même maladie (22) ». Face à des populations « partagées entre conception traditionnelle et moderne de la maladie et des thérapies » (31), ces deux approches cohabitent et sont même complémentaires, sans que la population n'établisse de hiérarchie entre les deux (22). Au Gabon, Makita-Ikouaya et al disent que certains patients consultent un médecin pour des soins apparents et un PMT pour les « causes profondes », et qu'un « système de va-et-vient s'est instauré entre les deux systèmes de soins », réalisant ainsi des liens ponctuels (23). Dans son article sur le pluralisme médical au Cameroun, Wamba insiste sur la nécessité de collaboration et de travail en réseau entre les médecines, afin d'adopter une approche interculturelle des soins et d'allier savoir de la biomédecine et pouvoir des PMT (31). Makundi et al affirment que les mères interrogées dans leur étude en Tanzanie (2006) consultent pour le paludisme grave différentes sources de soins en même temps, en commençant généralement par les PMT, puis les soins biomédicaux, et continuent en alternant (32). On peut voir grâce à l'étude de Diallo et al au Mali (2006) que 34 % des mères enquêtées (N = 719) choisissent de traiter en première intention leurs enfants présentant un paludisme simple avec les deux méthodes : MT et biomédecine. En ce qui concerne le paludisme sévère, 50 % des mères (N = 224), font le choix de traitements traditionnels en première intention. Par ailleurs, l'utilisation de la MT exclusive est la plus fréquente en deuxième intention, quel que soit le type de paludisme (33). Au-delà de la MT et de la biomédecine, le recours à d'autres médecines s'ajoute à celles-ci. Le parcours d'un patient n'est pas binaire et ne se résume pas à cette alternance, étant donné que l'offre de soins est encore plus large, notamment par l'intervention de la médecine chinoise. Il est donc important de parler de médecines et non pas de deux médecines.

3.3. L'institutionnalisation de la médecine traditionnelle

Des pratiques de MT ont été reconnues par la communauté scientifique pour avoir des effets positifs sur la santé. Au Kenya, en Tanzanie et en Ouganda, le programme de l'ONUSIDA (2002) incluant à la lutte contre le VIH les PMT, en leur donnant un rôle dans la prévention, le traitement des infections opportunistes et le lien entre les médecines a été jugé efficace (34). Aussi, des études montrent l'efficacité significative de plantes médicinales sur des pathologies telles que le diabète au Nigeria (35).

Cependant, des pratiques de MT peuvent aussi constituer un risque. L'OMS mentionne que les risques de la MT peuvent être associés tant aux produits qu'aux PMT. Ils concernent principalement la qualité des traitements (médiocres, falsifiés ou contrefaits) et les effets secondaires ou interactions médicamenteuses potentielles, le manque de qualification des PMT et les erreurs de diagnostic (20). Makundi et al mentionnent aussi dans leur étude en Tanzanie (2006) que les consultations de première intention auprès des PMT constituent souvent la principale cause de retard de prise en charge vers un service de biomédecine (32). Les résultats

de l'étude de Peters et al au Nigeria (2004) montrent par ailleurs que les pratiques des PMT exposent sérieusement les populations au risque de transmission du VIH, notamment par l'usage d'instruments non stérilisés entre différents patients (36).

Relevant certains défis en termes d'accès aux soins, mais étant en même temps peu encadrée, la MT est aujourd'hui en plein processus d'institutionnalisation, nécessaire à sa reconnaissance dans le système national.

Face à l'utilisation largement répandue de la MT, voire même le regain d'intérêt porté aux produits, mais aussi aux pratiques et aux praticiens, l'OMS a établi une Stratégie pour la MT pour 2014-2023. Celle-ci a pour objectif de « promouvoir une utilisation efficace et sans danger de la Médecine Traditionnelle et Complémentaire (MT/MC) via la réglementation, la recherche et l'intégration des produits, des pratiques et des PMT dans le système de santé ». En effet, l'intégration plus étroite d'une MT de qualité aux systèmes sanitaires nationaux doit avoir pour but d'améliorer la santé des patients, répondant aux problèmes de Santé Publique actuels et s'inscrivant dans l'objectif de CSU (20).

Le rapport de l'OMS met en avant les opportunités et les difficultés de l'intégration de la MT aux systèmes sanitaires des pays intéressés. Malgré l'intérêt incontesté de la MT dans la charge des maladies chroniques qui s'accroît, les difficultés freinant sa mise en œuvre concernent principalement le manque de données, le manque de de mécanismes de contrôle et de réglementation de la publicité sur la MT et des produits à base de plantes, le manque de mécanismes de suivi et d'encadrement des PMT et de leurs pratiques, le manque de financement de la recherche sur la MT, mais aussi le manque de savoir-faire des autorités sanitaires. Chaque pays avance différemment dans son processus d'intégration de la MT au système de santé. Par exemple au Vietnam, des PMT exercent dans les hôpitaux publics et privés, et l'assurance maladie couvre intégralement certains soins (l'acupuncture) et les médicaments à base de plantes. Afin d'aider les Etats membres dans ce processus et de viser l'harmonisation, l'OMS émet certaines orientations, pouvant faciliter la prise de décisions.

La stratégie est basée sur trois objectifs :

- Renforcer la base de connaissances pour une gestion active de la MT/MC via des politiques nationales appropriées ;
- Renforcer l'assurance-qualité, la sécurité, l'usage approprié et l'efficacité de la MT/MC en réglementant les produits, pratiques et praticiens ;
- Promouvoir la CSU en intégrant de façon adéquate les services de MT/MC dans la prestation des services de santé et l'auto-prise en charge sanitaire.

Le premier objectif vise à la compréhension et la reconnaissance du rôle et du potentiel de la MT/MC, ainsi qu'à consolider les connaissances, recueillir des données et pérenniser les

ressources. Ceci passe entre autres par la description de ce secteur (prestataires, utilisateurs, pratiques) de façon quantitative et qualitative, la mise en place de programmes nationaux, la définition de bonnes pratiques et méthodes évaluant la sécurité et la qualité des produits, l'encouragement à la recherche et la réalisation de directives thérapeutiques standard sur l'utilisation de la MT/MC.

Le deuxième objectif vise à reconnaître le rôle et l'importance de la réglementation des produits ainsi qu'à élaborer des règlements pour l'éducation, la formation, le développement des compétences des PMT et les services et thérapies de MT/MC. Ceci passe notamment par l'élaboration de normes, politiques et règlements qui garantissent la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits, mais aussi par la mise en place de formations sur la base d'une évaluation des besoins, d'enseignements sous forme de formation continue, de suivi des performances, d'instauration d'un code de conduite et de délivrances d'autorisations d'exercer. Enfin, le troisième objectif vise à s'appuyer sur la potentielle contribution de la MT/MC à améliorer les services et les résultats sanitaires ainsi qu'à s'assurer que les consommateurs de MT/MC puissent effectuer des choix éclairés. Ceci passe principalement par la reconnaissance de la MT/MC comme une ressource, l'étude de son intégration au système de santé selon les capacités de celui-ci, la communication entre les PMT et les praticiens de biomédecine, mais aussi par la formation des praticiens de biomédecine sur la MT/MC et l'information des populations concernant le bon usage des médicaments et de la MT (20).

Dans le but de soutenir les Etats membres à mettre en œuvre la résolution de l'OMS, c'est-à-dire à intégrer la MT dans leur système sanitaire national, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) a établi en 2013 un manuel de formations pour les PMT, axé sur six maladies prioritaires : diabète, VIH/SIDA, HTA, paludisme, drépanocytose et tuberculose. Ce manuel vise à aider les PMT à améliorer leurs connaissances et compétences, en collaboration avec les prestataires de soins de biomédecine et les chercheurs. Les six pathologies sont présentées, correspondant au contenu conseillé des formations : bref historique, étiologie, épidémiologie, signes et symptômes, complications, diagnostic, traitement, prévention et contrôle sont abordés pour chacune. Les objectifs, résultats attendus et illustrations pouvant servir de support sont aussi explicités à destination des organisateurs des formations. Ainsi, les modules de formation sont présentés avec les lignes directives (37).

Par ailleurs, toujours dans la même optique, l'OMS encourage la participation des PMT aux formations à la surveillance intégrée des maladies et riposte, à base communautaire. Elle les mentionne en effet dans son manuel de formation de 2015, dans le but qu'ils soient efficaces dans ces activités (38).

4. Médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire : cadre institutionnel

Pendant la période précoloniale, la MT couvrait la majeure partie de l'offre de soins en Côte d'Ivoire ; celle-ci a ensuite été interdite pendant la colonisation, au profit de la biomédecine. Après l'indépendance, la MT a été revalorisée par la Côte d'Ivoire (8).

En 2001, l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) encourageait les chefs d'Etats africains à étudier et développer les potentialités de la MT et des PMT au niveau de la prévention des soins et de la gestion du VIH/SIDA, de la tuberculose, du paludisme et autres maladies infectieuses (8).

Le Gouvernement ivoirien a adopté la mise en œuvre de ce choix stratégique par la création en 2001 du Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT) (8). Ce dernier s'appuie sur les recommandations nationales en matière de MT qui, elles-mêmes, se basent sur le Cadre politique et réglementaire pour la MT de l'espace de la Communauté Economique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) de l'OOAS. Ceci s'inscrit parfaitement dans le cadre de la stratégie de l'OMS pour la MT. La mise en place de ce programme passe par le Plan Stratégique National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PSNPMT). Le premier plan, pour 2007-2011 a été révisé en 2014. Ainsi, la Politique Nationale concernant la MT est une des ressources adoptée par la Côte d'Ivoire pour réduire les disparités et inégalités d'accès des populations aux soins de qualité (8), et a pour objectif principal d'intégrer la MT au système national de santé publique, comme « partie intégrante des soins de santé primaires ». Le PNPMT vise à mettre en place une réglementation applicable aux pratiques, aux prestataires et aux produits afin de certifier l'innocuité et la qualité, à développer la recherche et à assurer la sécurité des patients en renforçant le contrôle, les compétences et les connaissances des PMT. Ainsi, de cet objectif découlent les objectifs spécifiques concernant les axes prioritaires :

- « Améliorer le cadre institutionnel ;
- Améliorer le cadre réglementaire ;
- Assurer l'intégration des données de la MT dans le Système National de l'Information Sanitaire (SNIS) ;
- Améliorer le renforcement des capacités ;
- Assurer la promotion de la santé et de la médecine de proximité ;
- Améliorer le cadre d'exercice et la capacité de recherche nationale en MT ;
- Améliorer la production locale et l'utilisation des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) ;
- Contribuer à la protection des connaissances et savoirs traditionnels ;
- Contribuer à la promotion de la culture et à la protection des plantes médicinales ;

- Assurer la mobilisation des ressources ;
- Assurer le suivi et l'évaluation. » (8)

Le PNPMT est appuyé annuellement par l'Etat pour son fonctionnement et son équipement. Il bénéficie aussi ponctuellement d'appuis techniques et financiers de l'OMS, de l'OOAS et des associations de PMT.

C'est seulement à partir de 2015 qu'une loi relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles est entrée en vigueur en Côte d'Ivoire : la loi n° 2015-536 du 20 juillet 2015, disponible en annexe 1 page 65. Celle-ci classe les profils des PMT en six catégories. Les non-spiritualistes sont composés des accoucheuses traditionnelles, herboristes, médico-droguistes, naturothérapeutes et phytothérapeutes. Les PMT spiritualistes, eux, sont qualifiés de psychothérapeutes. La définition des différents profils selon la loi est présente dans le texte de loi de l'annexe 1 page 65. Certains PMT sont aussi regroupés en fédérations et associations (8).

Dans le cadre d'un projet pilote, une unité de MT a été ouverte dans le CHU de la commune de Treichville à Abidjan en 2014. Un PMT exerçait l'argilothérapie en collaboration avec un médecin, avec un partage des tâches. Le médecin se chargeait de poser le diagnostic, prescrire ou lire les examens médicaux et le PMT était en charge de traiter avec des médicaments fabriqués à base d'argile dans une unité de production (1,39). Aujourd'hui ce service est temporairement fermé.

Les trois niveaux de la pyramide sanitaire sont donc impliqués dans la mise en œuvre de la politique nationale de promotion de la MT. Selon le PNPMT, la MT est « solidement ancrée au sein des communautés » en Côte d'Ivoire, notamment du fait de sa bonne couverture de prestataires (8).

Cependant, l'exercice de la MT en Côte d'Ivoire « ne permet pas un contrôle efficace des acteurs et des pratiques et ne garantit pas la sécurité des patients vis-à-vis des recettes traditionnelles » selon le PNPMT. Ainsi, un certain nombre de faiblesses peuvent être relevées à ce jour : l'insuffisance de données, de ressources et structures de recherche (notamment pour réaliser des tests et essais cliniques), de coordination des pratiques, de cadre institutionnel et réglementaire, de directives et de normes. Enfin, les difficultés de collaboration entre PMT et professionnels de biomédecine ne permettent pas encore d'inclure la MT au système de santé national de façon harmonieuse (8).

Les bureaux du PNPMT comportent, au-delà du service administratif et financier, quatre services : le service de la communication et des relations extérieures, le service de la réglementation et du contrôle de l'exercice de la MT, le service d'identification, de la formation, du suivi et de l'évaluation, ainsi que le service de la recherche opérationnelle et de la

valorisation des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle. Les activités du PNPMT sont réalisées par une équipe pluridisciplinaire composée de médecins chercheurs, pharmaciens, anthropologue, informaticiens, botaniste, journaliste.

Le PNPMT accueille les PMT qui se présentent dans ses bureaux pour inscription dans la base de données. Les informations socio-démographiques et celles concernant l'exercice sont relevées auprès des PMT : nombre d'années d'expérience, type de pratique et de traitements utilisés, ainsi que les pathologies principales traitées. Le code éthique de la déontologie des PMT ainsi que la loi relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles leur sont transmis. Un engagement au respect de l'éthique médicale est signé par les PMT. Enfin, une carte leur est délivrée, attestant leur recensement auprès du PNPMT. A titre indicatif, au 1^{er} janvier 2019, 4 347 PMT étaient inscrits dans la base de données du PNPMT.

Chaque district sanitaire du pays comporte des points focaux (médecins, infirmiers, sages-femmes), sous la supervision du Directeur départemental de la Santé, qui sont responsables de la collaboration entre MT et biomédecine (réunions, enregistrement des PMT, délivrance de cartes et formations). A chaque point focal est créée une association départementale des PMT. Le PNPMT tente aussi de recueillir des données sur la pratique des PMT pour les transmettre au SNIS. Des fiches de suivi biologique des patients, des fiches de transfert vers les structures sanitaires, et des trames de rapport d'activités trimestriels ont été créées, mais peinent encore à être utilisées. En effet, une des problématiques principales actuelles est l'absence de données quantitatives fiables transmises par les PMT au PNPMT. Malgré l'objectif du PNPMT de diffuser une liste de PMT sûrs et respectant les bonnes pratiques et la réglementation fixées, l'institutionnalisation de la MT reste très complexe.

Par ailleurs, le PNPMT propose aux PMT de faire analyser leurs médicaments afin de leur offrir le label MTA et leur autorisant la commercialisation. Une photographie illustrant les MTA est disponible page 120 (4^{ème} photographie). C'est au Ghana que des études de toxicité, phytochimiques, physicochimiques et microbiologiques sont réalisées. Le test d'efficacité devrait en théorie être la dernière étape pour valider les MTA. Le PNPMT insiste cependant pour que les produits soient, au minimum, non nuisibles. A ce jour, 5 MTA sont en vente dans les pharmacies en Côte d'Ivoire.

Les premières formations auxquelles doivent assister les PMT sont dédiées à la compréhension des textes de loi et d'éthique, l'utilisation de fiches de consultations, fiches de référence et rapports d'activités trimestriels standardisés, afin de recenser les données au niveau du PNPMT, mais aussi à l'hygiène et l'anatomie générale. D'autres formations sont organisées sur deux jours par le PNPMT : « technique de collecte et de conservation durable des produits à base de plantes médicinales », dans le but de sensibiliser au respect de la biodiversité, et

« normes de bonnes pratiques de fabrications et procédure d'homologation d'un médicament traditionnel », et enfin, celles sur des pathologies depuis 2018.

En début et en fin de sessions de formations, des pré-tests et post-tests sont réalisés auprès des participants (questions de connaissances sur les pathologies et bonnes pratiques). Celles-ci sont traitées à l'écrit ou à l'oral selon les capacités des participants, mais sont peu analysées et exploitées par la suite. Aussi, en fin de formation, on demande aux PMT présents sur quelles thématiques ils souhaiteraient une future formation. La plupart des formations ont lieu à Abidjan, où les PMT du pays sont invités à se rendre, et quelques-unes ont eu lieu en province, en lien avec les points focaux.

Aussi, une enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) vis-à-vis du paludisme a été réalisée auprès de 60 PMT d'Abidjan en 2001, par Diaby et certains membres du PNPMT (40). Les PMT sélectionnés, de façon non-aléatoire possédaient un cabinet et traitaient le paludisme.

5. Problématique

Comme vu précédemment, le paludisme est un réel problème de Santé Publique en Côte d'Ivoire, au vue de ses données épidémiologiques.

En 2018, le PNPMT a identifié des PMT traitant principalement le paludisme, afin de tester en laboratoire les médicaments qu'ils produisent et utilisent. Par la suite, le PNPMT a organisé en août 2018 une session de formation sur le paludisme à l'endroit de 40 de ces PMT. Les bénéficiaires de cette session de formation ont été peu évalués, seul un pré-test et un post-test ont été réalisés. A la suite de cette première formation, les PMT ont été demandeurs d'autres formations. Les pathologies choisies ont été celles parmi les plus représentées dans la base de données des PMT. Sur le modèle préconisé par l'OOAS (37), d'autres modules se sont organisés sur les pathologies prioritaires et symptômes, conçus par le PNPMT en collaboration avec des spécialistes, et validés par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (VIH/SIDA, tuberculose, IST, paludisme, diabète, HTA, anémie, drépanocytose, hémorroïdes et dysfonctionnement érectile). A titre indicatif, 278 PMT ont été formés par le PNPMT en 2018.

L'évaluation pré et post-test de la formation sur le paludisme ayant peu de puissance, car portant sur seulement 40 PMT, et étant donné que le PNPMT envisage d'autres formations sur ce sujet et d'autres thématiques, l'objet de notre étude est de faire un premier état des lieux des CAP des PMT sur le paludisme ainsi que de leurs besoins et attentes de formations (toutes thématiques de santé), avant la mise en place de nouvelles formations, à Abidjan.

L'OMS recommande de diagnostiquer tous les cas de paludisme pressenti avant traitement. Les deux pratiques de diagnostic de référence au niveau mondial sont la goutte épaisse (GE) et le frottis sanguin, ainsi que le test de diagnostic rapide (TDR). A savoir que le moyen diagnostique le plus utilisé en Afrique est le TDR, selon l'OMS. Aussi, la part des enfants fiévreux ayant reçu un test de diagnostic du paludisme avant traitement dans un établissement public comme privé augmente depuis 2010 (données de 56 enquêtes menées en Afrique Subsaharienne) (41). Lors de la formation du PNPMT sur le paludisme, ce dernier insiste sur les bonnes pratiques de diagnostic du paludisme.

Dans notre étude, nous avons donc choisi comme variable à expliquer « pratique le diagnostic du paludisme par examen sanguin (GE ou TDR) » car c'est une recommandation de l'OMS, et c'est ce qui va déterminer la prise en charge des patients. Aussi, choisir un critère de jugement sur les connaissances des PMT sur le paludisme (causes et symptômes par exemple) nous a semblé un peu trop arbitraire et surtout restrictif, excluant un trop grand nombre de PMT qui avance en cause du paludisme les moustiques, ainsi que des causes associées, notamment mystiques, et qui ont pourtant une très bonne connaissance de la maladie.

6. Organisme d'accueil de stage

Le Centre Population et Développement (CEPED) est une Unité Mixte de Recherche (associant l'Université Paris Descartes et l'Institut de Recherche pour le Développement), alliant démographie, sociologie, anthropologie, économie, géographie et sciences politiques. Il oriente ses recherches sur trois axes principaux : « Santé, vulnérabilités et relations de Genre au Sud », « Migration, Pouvoir, Développement » et « Éducation et Savoirs au Sud ».

Le programme de recherche « Devenir et recomposition de la « médecine traditionnelle » en Côte d'Ivoire » s'inscrit dans les axes de travail de la santé et de l'éducation, en partenariat avec le PNPMT. Ce projet de recherche s'intéresse à l'institutionnalisation de la MT. Il étudie particulièrement la place et l'impact des médias dans les politiques de santé valorisant la MT, l'exercice au sein de l'Unité de MT du CHU de Treichville et enfin la standardisation et la transmission des savoirs et des pratiques thérapeutiques traditionnels, notamment lors des formations organisées par le PNPMT (42).

Le présent travail de Santé Publique s'inscrit donc dans ce dernier volet qu'est la professionnalisation des PMT à travers les formations organisées par le PNPMT.

II. OBJECTIFS ET RETOMBÉES ATTENDUES

1. Objectifs

Objectif principal

Décrire les expériences face au paludisme des PMT exerçant à Abidjan, en Côte d'Ivoire, et leurs besoins en formations, en 2019.

Objectifs spécifiques

- Décrire les CAP des PMT exerçant à Abidjan, face à la prévention et la prise en charge du paludisme, en 2019.
- Etudier l'association entre le fait d'avoir participé à la formation du PNPMT sur le paludisme et la pratique de diagnostic du paludisme par examen sanguin (GE ou TDR) chez les PMT d'Abidjan, en 2019.
- Identifier les besoins et attentes en formations, sur le paludisme et autres problématiques de santé, des PMT exerçant à Abidjan, en 2019.

2. Retombées attendues

Les résultats de cette étude permettront d'adapter et d'orienter les prochaines formations des PMT au niveau du PNPMT, ainsi que d'évaluer les CAP des PMT et les formations sur le paludisme (en étudiant l'évolution des CAP un an après notre étude et en étudiant l'association entre la participation à la formation et la pratique de diagnostic). L'étude proposée ici permettra donc d'adapter la réponse de formation aux besoins et attentes des PMT, dans le but d'améliorer les connaissances et pratiques des PMT. La finalité envisagée étant d'améliorer la prise en soins des patients, dans un contexte de politique d'inclusion de la MT au système national de santé.

3. Hypothèses

Grâce à une revue systématique de la littérature réalisée en janvier 2019 sur le sujet « Connaissances et pratiques des PMT sur la prévention et le diagnostic du paludisme en Afrique Subsaharienne », les hypothèses suivantes ont pu être posées.

Connaissances sur le paludisme :

- Au moins 75 % des PMT connaît la cause du paludisme ;
- Tous les PMT connaissent les principaux signes cliniques du paludisme simple ;
- Les PMT connaissent les principaux moyens de prévention du paludisme ;

Pratiques sur la prise en charge et la prévention du paludisme :

- Le diagnostic du paludisme par les PMT repose uniquement sur les signes cliniques ;
- Le traitement du paludisme repose essentiellement sur des plantes ;
- Les PMT réfèrent peu les patients vers les services de biomédecine ;
- Les PMT réalisent peu de prévention du paludisme lors des consultations.

III. METHODOLOGIE

Afin d'envisager l'évaluation des formations dans ce travail (et guidant ainsi la création de mon questionnaire), nous nous sommes basés sur le modèle de Kirkpatrick. Celui-ci se compose de quatre niveaux de résultats à évaluer, chaque niveau complétant les informations du précédent, de façon plus fine : la réaction du formé, les apprentissages réalisés, le transfert des compétences, ainsi que les résultats organisationnels. La première étape permet d'évaluer la réaction, c'est-à-dire la satisfaction de la personne formée, ce qu'elle a apprécié. La deuxième étape correspond aux apprentissages réalisés, en déterminant ce que le formé a retenu sur le plan des connaissances (idéalement testé avant et après la formation). La troisième étape évalue les comportements, c'est-à-dire la mise en application des connaissances théoriques, l'évolution dans les attitudes de la personne formée (idéalement testé avant et après la formation). Enfin, la dernière étape du processus d'évaluation de formation s'intéresse aux résultats, c'est-à-dire à l'impact de la formation, aux effets observés au niveau de l'organisation ou de la population, chiffrable par différents indicateurs (par exemple l'amélioration de la qualité, la réduction des coûts, selon le contexte) ; celle-ci nécessite une évaluation sur la cible visée de la formation (43–45).

Dans cette étude, les trois premiers niveaux ont été évalués. Il était envisagé d'évaluer le dernier, concernant les résultats, via le transfert de connaissances des PMT aux patients concernant la prévention du paludisme. Cependant, par mesure de faisabilité, cette partie n'a pu être réalisée et pourra faire l'objet d'une future étude.

1. Schéma d'étude

La présente étude est une étude transversale.

2. Population d'étude

2.1. Population cible et source

La population cible est l'ensemble des PMT d'Abidjan enregistré dans la base de données du PNPMT au 1^{er} janvier 2019 (soit 2 114 PMT). La population source est l'ensemble des PMT des districts sanitaires de Yopougon Est, Yopougon Ouest, et Marcory-Treichville, enregistrés dans la base de données du PNPMT au 1^{er} janvier 2019.

Nous avons choisi deux districts dans une commune populaire où les PMT exercent en nombre important et un district dans une commune relativement plus aisée, à proximité du PNPMT. La base de données était disponible au PNPMT jusqu'à cette date.

2.2. Echantillonnage

La sélection des PMT a été effectuée par tirage aléatoire simple sur Excel parmi les 713 PMT des trois districts sanitaires concernés. Pour calculer la taille de l'échantillon, nous avons utilisé la formule suivante :

$$n \geq \frac{u_{\alpha}^2 \pi_y (1-\pi_y)}{\Delta^2} \quad \Leftrightarrow \quad n \geq 217$$

Avec :

- n : le nombre de PMT souhaité ;
- μ_{α} : le risque d'erreur fixé à 1,96 ;
- Δ : la précision fixée à 5 % ;
- π_y : le pourcentage estimé de PMT connaissant le vecteur du paludisme. Nous nous sommes basés sur l'étude CAP sur le paludisme réalisée à Abidjan en 2001 par Diaby et al dans le cadre du PNPMT, pour fixer celui-ci à 17 % (40).

En prenant en compte un taux de non-réponse estimé à 15 %, 255 PMT ont été sélectionnés. Le taux de non-réponse ayant été largement sous-estimé, nous avons dû continuer la sélection des PMT, par ordre de tirage sur Excel jusqu'à atteindre l'échantillon souhaité.

2.3. Critères d'inclusion et de non-inclusion

Les critères d'inclusion dans l'étude étaient les suivants :

- Être recensé dans la base de données du PNPMT avant le 1^{er} janvier 2019 et avoir été tiré au sort ;
- Accepter de répondre au questionnaire et signer le consentement (ou donner son consentement oral en cas d'impossibilité d'écrire).

Les critères de non-inclusion dans l'étude étaient les suivants :

- Ne jamais avoir pris en charge un cas de paludisme (ce critère était demandé par téléphone lors de la prise de rendez-vous et était aussi vérifié par la question 7 de la

première partie du questionnaire : si la personne enquêtée répondait ne pas prendre en charge des cas de paludisme, le questionnaire prenait fin) ;

- Être indisponible (hors Abidjan) durant toute la période d'enquête ;
- Être injoignable par téléphone (PMT ayant changé de numéro de téléphone sans avoir transmis le nouveau au PNPMT, ou PMT ne répondant pas à trois appels téléphoniques successifs espacés d'une semaine ou PMT dont le numéro de téléphone ne passait pas à cause du réseau, après trois appels successifs espacés d'une semaine) ;
- Ne plus exercer en tant que PMT ;
- Ne pas parler français, anglais ou une langue pouvant être traduite par un des accompagnateurs ou membres du PNPMT ;
- Refuser de participer à l'étude.

3. Modes et outils de recueil

La première prise de contact avec les PMT se faisait par téléphone, pour vérifier les critères d'inclusion et fixer un lieu et un jour de rendez-vous.

Un questionnaire a été administré aux PMT en face-à-face au cabinet des PMT ou au bureau du PNPMT (137 questionnaires), ou par téléphone (80 questionnaires). En cas de difficulté d'expression à cause de la langue, un membre du PNPMT ou un proche du PMT pouvait aider à la traduction de certains termes. Le questionnaire, disponible en annexe 2 page 72, comportait trois parties, abordant les sujets suivants :

- **Les caractéristiques socio-démographiques :**

Sexe, âge, années de pratique, niveau d'études, origine du savoir et catégorie de PMT.

- **Les formations reçues et à venir :**

Participation aux formations organisées par le PNPMT (lesquelles et pourquoi), satisfaction, participation à d'autres formations organisées par un autre organisme que le PNPMT, apport de connaissances, changement de pratique, besoins en formation.

- **Les CAP vis-à-vis du paludisme et la collaboration avec les professionnels de biomédecine :**

Connaissance des causes, des populations et saison à risque, des symptômes (paludisme simple et grave), de la prise en charge du paludisme à l'hôpital, pratiques de diagnostic, de traitement, de prévention, de référence, perceptions sur la réglementation de la MT et la collaboration avec les professionnels de l'hôpital.

La question portant sur la collaboration a été pensée pour pouvoir orienter certaines thématiques à aborder lors des formations, ainsi que pour d'éventuelles recommandations à émettre auprès des PMT, des professionnels des hôpitaux et des autorités sanitaires, dans le

but de l'intégration de la MT au système national. De plus, l'amélioration des CAP passe aussi par la collaboration interprofessionnelle et les échanges, qui sont déterminants de la qualité des soins selon l'OMS, et recommandés par les Etats membres.

4. Analyse des données

Les questions ouvertes du questionnaire, au même titre que les commentaires des PMT, ont été saisies sur Excel (extrait présenté en annexe 3 page 83), et l'analyse qualitative a été effectuée par thématiques, de façon descriptive. Les questions fermées du questionnaire ont été saisies sur une base de données Access (extrait disponible en annexe 4 page 85). Les analyses quantitatives ont été effectuées sur le logiciel RStudio (plan d'analyse disponible en annexe 5 page 87).

Les données ayant été recueillies par un enquêteur, la base de données ne comporte aucune donnée manquante.

De nouvelles variables ont été créées à partir des variables initiales, notamment en regroupant des classes pour faciliter certaines analyses statistiques en augmentant les effectifs.

Les variables étant toutes qualitatives, les résultats descriptifs de toutes les variables du questionnaire sont exprimés sous forme d'effectifs et pourcentages pour l'ensemble de la population de l'étude. Concernant les formations, deux sous-groupes ont été étudiés selon la participation ou non à une formation organisée par le PNPMT. Les tests statistiques bilatéraux utilisés sont le test du Chi-deux de Pearson ou le test exact de Fisher selon la distribution de la variable.

Un modèle de régression logistique a été estimé, avec pour variable explicative principale « la participation à la formation du PNPMT sur le paludisme » et pour variable à expliquer « la pratique du diagnostic par examen sanguin (GE ou TDR) ». Une analyse univariée par régression logistique a été réalisée afin de déterminer les facteurs associés à la pratique du diagnostic par GE ou TDR (et potentiellement facteurs de confusion). Les variables étudiées à l'analyse univariée sont les suivantes : district, sexe, âge, années d'expérience, niveau d'étude, participation à la formation du PNPMT sur le paludisme, participation à une formation hors PNPMT, connaissance de la cause unique du paludisme, connaissance des signes (≥ 3 signes de paludisme simple et ≥ 1 signe de paludisme grave), connaissance de la prise en charge du paludisme à l'hôpital, et le fait de citer au moins un moyen reconnu de prévention du paludisme. Nous avons fait le choix de sélectionner uniquement les caractéristiques socio-démographiques, la participation aux formations et les connaissances pour les variables explicatives. L'association entre chaque facteur associé potentiel et le critère de jugement « pratique du diagnostic par GE ou TDR » a été estimée au moyen de l'Odds Ratio (OR) et de

son intervalle de confiance (IC) à 95 %. Les variables étant associées à la pratique du diagnostic par GE ou TDR à l'analyse univariée, avec une p-valeur inférieure à 0,20 ont par la suite été introduites dans un modèle de régression logistique multivarié. Les interactions avec la variable principale « participation à la formation du PNPMT sur le paludisme » ont été recherchées et incluses au modèle de régression logistique multivarié si la p-valeur était inférieure à 0,05. A partir du modèle initial, la méthode pas-à-pas descendant a été effectuée afin d'obtenir le modèle final, estimant la mesure d'association ajustée (ORa) et son IC à 95 % pour chaque facteur retenu. Les tests statistiques bilatéraux utilisés sont le test du Chi-deux de Pearson ou le test exact de Fisher selon la distribution de la variable. Le seuil de significativité à l'analyse multivariée est fixé à 0,05.

5. Aspects règlementaire et éthique

L'étude réalisée dans le cadre de notre stage s'est inscrite dans le projet de recherche de notre maitre de stage, au sein du CEPED.

Avant l'administration du questionnaire, une présentation de l'étude et de ses objectifs était effectuée au PMT. Il était rappelé que les données étaient anonymes. Un numéro unique était administré à chacun. Ensuite, un consentement était demandé aux participants à l'étude.

IV. ORGANISATION DE LA MISSION

1. Déroulé du stage

S'inscrivant dans le cadre d'un projet de recherche anthropologique, mon stage avait pour but de recueillir des données de Santé Publique essentiellement quantitatives, permettant de compléter le travail qualitatif anthropologique. J'ai été en charge de concevoir et réaliser cette étude dans son intégralité, de la conception du questionnaire à l'analyse des données, passant par le recueil des données sur le terrain.

Le questionnaire a été construit en amont du stage, afin de répondre à l'objectif proposé par ma maitre de stage. Il a été validé par celle-ci, avant de me rendre sur le terrain.

Une fois au PNPMT à Abidjan, j'ai présenté mon projet à l'équipe. Puis j'ai réalisé cinq entretiens exploratoires auprès de PMT (présentés en annexe 6 page 100), ainsi que neuf questionnaires tests. Ces étapes m'ont permis tout d'abord d'appréhender le sujet de façon concrète, et ensuite de modifier certaines questions du questionnaire afin de les adapter au mieux à la population de mon enquête. Les modifications apportées ont essentiellement porté sur la formulation des

questions et sur les modalités de réponses. En effet, pour plusieurs questions, j'envisageais une réponse à modalité unique, alors que les PMT mentionnaient plusieurs modalités de réponse. Le questionnaire a donc été rédigé en envisageant la forme dans la base de données. Beaucoup de questions à choix multiples ont été créées sous forme de questions « oui/non » pour chaque modalité. La dichotomisation de ces variables a été réalisée pour faciliter la saisie sur Access. Une fois le questionnaire finalisé, il a été validé par deux professionnels du PNPMT, un médecin et un anthropologue. J'ai créé par la suite le questionnaire codé correspondant (disponible en annexe 2 page 72), ainsi que la base de données sur Access. Sur la base de données, les variables quantitatives ont été codées sous forme « numérique », et les questions ouvertes sous forme « texte » ; des contrôles ont été effectués, afin de limiter au maximum les erreurs de saisie (par exemple en créant des champs valides uniquement si la réponse à la question précédente était non nulle, ou « null interdit »).

Afin de réaliser les entretiens, Michel Amessan, un professionnel du PNPMT responsable des relations avec les PMT, se chargeait du premier contact avec les PMT, par téléphone. Il expliquait brièvement le motif de notre sollicitation et fixait un rendez-vous si le PMT acceptait l'entretien. La veille du rendez-vous ou le matin du jour fixé, je contactais par téléphone les PMT pour leur rappeler notre rendez-vous. Michel Amessan m'accompagnait lors de mes visites sur le terrain, dans la commune de Yopougon. Du 30 avril au 17 juin, nous alternions entre une journée à Yopougon (au domicile ou centre d'exercice des PMT) et une journée au bureau du PNPMT, où ceux-ci se rendaient pour les entretiens. Je réalisais la présentation de l'étude et l'entretien (avec si besoin l'aide d'une tierce personne présente sur place pour la langue). 220 PMT ont été enquêtés en 30 jours. Je réalisais chaque jour entre 5 et 11 entretiens, ce qui faisait une moyenne de 7 à 8 par jour. La durée des entretiens était très variable, selon les PMT : entre 15 minutes et 1 heure 30. Etant donné que les échanges étaient très riches, j'ai, en plus de mes réponses au questionnaire, réalisé une prise de note (et plus rarement un enregistrement) concernant les commentaires, explications données à certaines questions, afin de pouvoir contextualiser le travail quantitatif et illustrer les parties qualitatives du travail par des verbatims. Ceux-ci ont été recensés dans une grille au même titre que les questions ouvertes. Des photographies illustrant mon travail d'enquête sont disponibles en annexe 7 page 120. En parallèle à mon recueil de données sur le terrain, je réalisais la saisie sur Access pour les données quantitatives.

Ma dernière semaine de terrain s'est clôturée par quelques visites de centres de PMT que je n'avais rencontrés qu'au bureau du PNPMT, et par une restitution et des échanges avec ma maitre de stage, venue à Abidjan dans le cadre de ses travaux. J'ai réalisé une présentation des premiers résultats descriptifs de mon étude au PNPMT. Cette restitution m'a permis de

prendre en compte les suggestions des professionnels présents (le directeur-coordonateur, les médecins et pharmaciens) pour la suite de mon analyse.

La seconde partie de mon stage s'est effectuée en France, afin de finir la saisie des données (notamment la transcription des questions ouvertes sur Excel), l'analyse des données et la rédaction de mes résultats. Une fois la saisie des données terminée, j'ai réalisé un contrôle de celles-ci sur la base Access, en fonction de la pertinence. Etant donné le recueil en face-à-face, aucune donnée manquante n'était présente sur les questionnaires papier. J'ai donc vérifié l'adéquation sur la base, avec la fonction « `which(is.na(PMT$PRATIQ))` » lorsqu'une donnée manquait.

Par ailleurs, j'effectuais des échanges réguliers avec mes deux responsables de stage, Véronique Duchesne et Jean Baptiste N'takpé, afin de valider les étapes de mon travail, et m'orienter si besoin.

Les diagrammes de Gantt prévu et réalisé sont disponibles en annexes 8 et 9 pages 123 et 124.

2. Difficultés rencontrées et réajustements apportés

Les appels téléphoniques ont été la principale difficulté à laquelle j'ai dû faire face durant mon stage. En effet, cette prise de contact prenait énormément de temps : de nombreux numéros étaient sans réponse, et donc il nous fallait plusieurs heures pour pouvoir fixer une dizaine de rendez-vous. Par ailleurs, les PMT étaient à rappeler plusieurs fois, soit par problème de réseau téléphonique, soit par indisponibilité les jours proposés, soit par oubli de se présenter aux rendez-vous fixés. La programmation était donc en constant réaménagement. Une autre difficulté rencontrée était due au fait que les PMT étaient fréquemment mobiles, de ce fait, beaucoup de temps était passé dans les transports entre chaque PMT et au téléphone pour l'organisation des journées. Ces facteurs sont à prendre en compte pour de futures études.

Il est à mentionner que la majorité des PMT nous a reçue avec beaucoup de considération et de reconnaissance pour l'intérêt que l'on portait à leur égard.

Comme initialement prévu dans la méthodologie, un premier tirage au sort de 255 PMT a été effectué à partir de la base de données, en estimant un taux de non-réponse de 15 %. Or, ce taux de non-réponse a atteint 58 %. En effet, 107 PMT ont répondu au questionnaire parmi les 255 tirés au sort. Parmi ces 255 PMT, la majorité des non-répondants n'a pas pu être jointe à cause d'un numéro de téléphone erroné enregistré dans la base de données (changement de propriétaire du numéro) ou d'un numéro indisponible (problème de réseau). Cette difficulté ayant été exposée à mon directeur de stage, nous avons choisi d'inclure les 255 PMT suivants

de la liste au tirage au sort. Au total, 511 PMT ont donc été inclus, afin d'atteindre l'échantillon final souhaité.

Il était aussi initialement prévu de réaliser, en plus du volet de l'enquête auprès des PMT, une description des caractéristiques des patients consultant un PMT ainsi qu'une description des connaissances et pratiques des patients des PMT d'Abidjan, face à la prévention du paludisme. Ces deux points avaient été envisagés dans le but de compléter l'évaluation des besoins des PMT (par leur patientèle), afin d'orienter et d'adapter les propositions de formations, ainsi que d'évaluer le transfert de connaissances des PMT vers leurs patients. Une grille de recueil pour les caractéristiques des patients a été réalisée, renseignant l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle, la raison du choix de consultation, les signes et/ou pathologies diagnostiqués et l'orientation préconisée par le PMT. Il était prévu de recueillir ces informations dans les registres des PMT. Un questionnaire avait été créé, afin de l'administrer en face-à-face aux patients présents aux cabinets des PMT lors de notre visite, portant sur les caractéristiques socio-démographiques, les conseils de prévention prodigués par les PMT et les pratiques des patients face à la prévention du paludisme. Cependant, au vue de l'absence de registre chez la grande majorité des PMT rencontrés ou des données inexploitable car non homogènes, ainsi que du temps très limité dont j'ai disposé il m'a été impossible de recueillir les caractéristiques des patients. Lors de nos visites sur les lieux de travail des PMT, très peu de patients étaient présents. J'ai aussi jugé quelques fois la situation trop délicate pour interroger un patient, car la disposition du cabinet ne permettait pas assez de discrétion. J'ai donc recueilli trop peu de données concernant les connaissances et pratiques des patients des PMT face à la prévention du paludisme et ai donc décidé de ne pas les exploiter.

V. RESULTATS

1. Diagramme de flux

L'échantillon initial effectué par tirage au sort comprenait 511 PMT, afin de pouvoir avoir l'échantillon final souhaité, de 217 PMT. Le principal motif de non-réponse des PMT est un problème de téléphonie. En effet, 225 sur 294 non-répondants n'ont pas répondu à nos appels soit par problème de réseau, soit par changement de numéro de téléphone non transmis au PNPMT. Le détail des non-répondants est disponible dans la figure 1 ci-dessous.

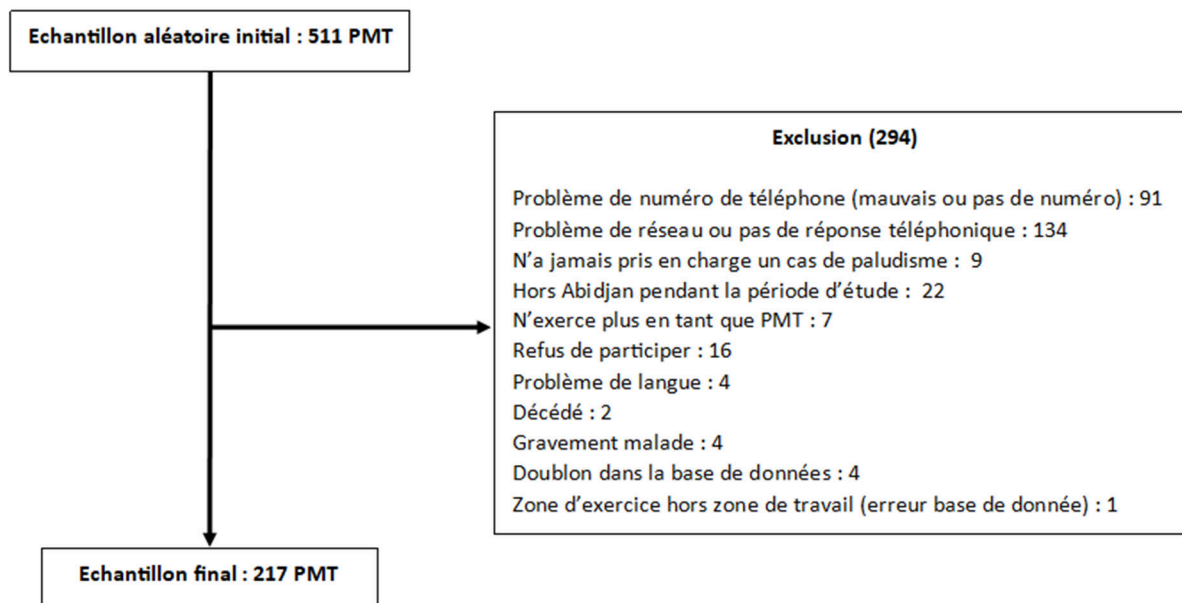


Figure 1 : Diagramme de flux des non-répondants à l'étude

Description des non-répondants

Etant donné le nombre important de non-répondants, nous avons décidé de décrire ces derniers, avec les informations à notre disposition dans la base de données du PNPMT, afin de pouvoir les comparer aux répondants, pouvant ainsi juger de la représentativité de l'échantillon. Le tableau comparant les caractéristiques socio-démographiques des répondants et des non-répondants à l'étude est disponible en annexe 10 page 125.

Les PMT ayant participé à l'étude et ceux n'ayant pas participé sont comparables au niveau du district sanitaire d'exercice, de leur âge et de leur catégorie d'appartenance ($p > 0,05$). Cependant, on note une différence statistiquement significative entre les deux groupes, à l'analyse univariée, en ce qui concerne le sexe ($p = 0,041$) et le niveau d'étude ($p < 0,001$). En effet, les PMT répondants sont significativement plus des hommes. Chez les PMT répondants, les niveaux scolaires supérieur et coranique sont plus représentés tandis que les niveaux scolaires primaire et secondaire sont moins représentés, par rapport aux PMT non-répondants.

2. Résultats descriptifs

2.1. Caractéristiques socio-démographiques des PMT

Parmi les 217 PMT enquêtés, 30,8 % a moins de 41 ans et 65,8 % a moins de 51 ans.

Concernant la pratique des PMT, 64,6 % exerce depuis moins de 21 ans et 15,7 % exerce depuis plus de 30 ans. Le niveau d'étude le plus représenté est le niveau supérieur, avec 25,8 % des PMT. Aussi, 43,8 % des PMT a un niveau égal ou supérieur au lycée.

Le savoir des PMT peut avoir des origines multiples. La plus représentée est la transmission par un parent, pour 65,9 % des PMT. L'acquisition de savoir par une formation auprès d'un autre PMT ou par des recherches personnelles est aussi importante, représentant respectivement 24,4 et 17,5 % des PMT. Les autres origines du savoir (18,9 % des PMT) sont essentiellement à la suite d'une maladie, ou une formation auprès de sociétés chinoises de vente de médicaments, ou, plus rarement, une formation médicale (médecin ou infirmier).

Les catégories de PMT définies selon le PNPMT les plus représentées sont les naturothérapeutes (39,6 %) et les phytothérapeutes (26,3 %). Cependant, les PMT se définissent, eux, essentiellement comme tradipraticien (47 %) et autre (33,6 %). Parmi la catégorie « autre », nous pouvons citer : « infirmier, biopharmacien concepteur de produits, biomédecin, docteur, généraliste, chercheur, thérapeute, manager, commercial(e), conseil(lère) en pharmacie ou magasins de produits naturels et diététiques, diététicien, naturopathe conseillé en bionutrition, vendeur, féticheur, guérisseur, voyant, homme/femme de Dieu, imam, maître en sciences coraniques, marabout, mysticiste » ; certains PMT se définissent par ailleurs avec plusieurs dénominations.

Enfin, bien que cette variable ne soit pas mentionnée dans le questionnaire, on peut relever que les PMT interrogés sont originaires de divers horizons : Ivoiriens, mais aussi Béninois, Burkinabè, Camerounais, Maliens, Nigériens et Congolais.

L'ensemble des caractéristiques socio-démographiques des PMT participant à l'étude est présenté dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des 217 PMT d'Abidjan interrogés (2019)

	Effectif	Pourcentage (%)
District		
<i>Yopougon Est</i>	92	42,4
<i>Yopougon Ouest</i>	91	41,9
<i>Marcory-Treichville</i>	34	15,7
Sexe		
<i>Hommes</i>	170	78,3
<i>Femmes</i>	47	21,7
Age		
<i>≤ 30 ans</i>	12	5,5
<i>31-40 ans</i>	55	25,3
<i>41-50 ans</i>	76	35,0
<i>51-60 ans</i>	42	19,4
<i>61-70 ans</i>	26	12,0
<i>≥ 71 ans</i>	6	2,8

Années d'expériences en tant que PMT

<i>0 à 5 ans</i>	24	11,1
<i>6 à 10 ans</i>	42	19,4
<i>11 à 15 ans</i>	35	16,1
<i>16 à 20 ans</i>	39	18,0
<i>21 à 25 ans</i>	27	12,4
<i>26 à 30 ans</i>	16	7,4
<i>31 à 35 ans</i>	11	5,1
<i>≥ 36 ans</i>	23	10,6

Niveau d'études

<i>Non scolarisé</i>	32	14,7
<i>Niveau primaire</i>	35	16,1
<i>Niveau collège</i>	29	13,4
<i>Niveau lycée</i>	39	18,0
<i>Niveau supérieur</i>	56	25,8
<i>Ecole coranique ou coranique + classique</i>	22	12

Origine du savoir

<i>Révélation dans un rêve</i>	14	6,5
<i>Initiation divine (génies ou esprits) *</i>	7	3,2
<i>Don de Dieu</i>	28	12,9
<i>Par un parent (famille)</i>	143	65,9
<i>Formation auprès d'un autre PMT</i>	53	24,4
<i>Recherches personnelles</i>	38	17,5
<i>Autre</i>	41	18,9

Catégorie d'appartenance selon les PMT

<i>Naturothérapeute</i>	43	19,8
<i>Phytothérapeute</i>	21	9,7
<i>Herboriste</i>	2	0,9
<i>Médico-droguiste</i>	16	7,4
<i>Psychothérapeute</i>	2	0,9
<i>Accoucheuse traditionnelle</i>	2	0,9
<i>Tradipraticien</i>	102	47,0
<i>Autre</i>	73	33,6

Catégorie des PMT selon le PNPMT

<i>Naturothérapeute</i>	86	39,6
<i>Phytothérapeute</i>	57	26,3
<i>Herboriste</i>	16	7,4
<i>Médico-droguiste</i>	37	17,1
<i>Psychothérapeute</i>	21	9,7

* L'initiation divine fait référence à des génies ou des esprits qui transmettent le savoir, comme l'illustre le propos du PMT 214 : « les génies m'ont abordé, j'ai fait 12 ans dans la forêt. Ils m'ont montré toutes les plantes. Quelle que soit alpha la maladie, on me montre les plantes ».

2.2. Connaissances des PMT sur le paludisme

Concernant le paludisme, 95,4 % des PMT affirme que le paludisme est une maladie qui peut avoir des conséquences graves sur la santé. 99,5 % des PMT (soit 216 sur 217) incrimine le moustique comme vecteur du paludisme. Parmi eux, 24 % (52 PMT) a aussi cité l'« anophèle » et 8,8 % (19 PMT) le « plasmodium » en cause de paludisme, sans que ces

termes ne soient proposés dans les choix de réponse. Les autres causes les plus citées après les moustiques sont un environnement sale (91,2 %), la fatigue (55,3 %), un manque d'hygiène personnelle (51,6 %) et l'alimentation (50,7 %). Les signes de paludisme simple les plus cités par les PMT sont les troubles digestifs (68,7 %), la fièvre (67,7 %) et la fatigue (46,5 %). Les signes de paludisme grave les plus cités sont l'ictère (39,2 %), l'altération de la conscience (38,2 %) et l'anémie (35,9 %). Aussi, 46,1 % des PMT a cité au moins 3 signes de paludisme simple et 1 signe de paludisme grave. Par ailleurs, 6,9 % des PMT connaît la prise en charge du paludisme à l'hôpital.

Enfin, 49,8 % des PMT définit différents types de paludisme par des couleurs, faisant référence à des symptômes. Par exemple, l'ictère s'apparente au paludisme jaune, l'anémie au paludisme blanc, les convulsions et hallucinations au paludisme noir ou « garçon ». Il est aussi à noter que 5 PMT ont mentionné la dengue lors de l'entretien, comme « nouvelle sorte de paludisme », méconnue.

Le tableau 2 décrit l'ensemble des résultats concernant les connaissances sur le paludisme des PMT participant à l'étude.

Tableau 2 : Connaissances des PMT d'Abidjan interrogés, concernant le paludisme (2019)

	Effectif	Pourcentage (%)
Le paludisme peut avoir des conséquences graves sur la santé		
<i>Oui</i>	207	95,4
<i>Non</i>	5	2,3
<i>Ne sait pas</i>	5	2,3
Cause du paludisme : Alimentation		
<i>Oui</i>	110	50,7
<i>Non</i>	101	46,5
<i>Ne sait pas</i>	6	2,8
Cause du paludisme : Soleil		
<i>Oui</i>	105	48,4
<i>Non</i>	111	51,2
<i>Ne sait pas</i>	1	0,5
Cause du paludisme : Environnement sale		
<i>Oui</i>	198	91,2
<i>Non</i>	13	6,0
<i>Ne sait pas</i>	6	2,8
Cause du paludisme : Moustiques		
<i>Oui</i>	216	99,5
<i>Non</i>	1	0,5
<i>Ne sait pas</i>	0	0,0
Cause du paludisme : Manque d'hygiène personnelle		
<i>Oui</i>	112	51,6
<i>Non</i>	92	42,4
<i>Ne sait pas</i>	13	6,0
Cause du paludisme : Mauvais sort ou esprit, cause surnaturelle ou mystique		

<i>Oui</i>	82	37,8
<i>Non</i>	129	59,4
<i>Ne sait pas</i>	6	2,8
Cause du paludisme : Fatigue		
<i>Oui</i>	120	55,3
<i>Non</i>	94	43,3
<i>Ne sait pas</i>	3	1,4
Autres causes	46	21,2
Cite uniquement la cause "moustiques" (+/- environnement sale)	47	21,7
Signes ou symptômes du paludisme simple		
<i>Céphalées</i>	69	31,8
<i>Fièvre, sueur</i>	147	67,7
<i>Fatigue, perte d'énergie</i>	101	46,5
<i>Frissons</i>	61	28,1
<i>Troubles digestifs</i>	149	68,7
<i>Courbatures</i>	60	27,6
Signes ou symptômes du paludisme grave		
<i>Vomissements</i>	32	14,7
<i>Perte de connaissance, coma ou altération de la conscience</i>	83	38,2
<i>Pâleur, anémie</i>	78	35,9
<i>Convulsions</i>	15	6,9
<i>Ictère</i>	85	39,2
Cite au moins 3 signes de paludisme simple et 1 signe de paludisme grave	100	46,1
Connaissance sur la prise en charge du paludisme à l'hôpital		
<i>Oui</i>	15	6,9
<i>Non</i>	127	58,5
<i>Partiellement</i>	75	34,6

2.3. Pratiques des PMT vis-à-vis de la prévention et de la prise en charge du paludisme

La pratique de diagnostic du paludisme la plus employée, par 87,1 % des PMT est l'interrogatoire et/ou l'observation des signes cliniques. L'examen sanguin (GE ou TDR) est réalisé par 34,1 % des PMT (seulement 5 PMT le réalisent à leur centre). Des pratiques de diagnostic mystiques sont employées par 12 % des PMT et d'autres pratiques de diagnostic par 14,3 % des PMT, parmi lesquelles on peut citer : la prise de tension, température et/ou fréquence cardiaque (3,7 %, soit 8 PMT) et l'utilisation du « quantum », appareil de microcirculation chinois (6,5 %, soit 14 PMT).

La méthode principale de traitement est à base de plantes (racines, feuilles, écorces), utilisée par 97,7 % des PMT (par voie orale, mais aussi par fumigation, lavage et purge). Aussi, 30 % des PMT a recours à des pratiques religieuses ou mystiques pour traiter le paludisme ; 8,8 % des PMT utilise des substances minérales et/ou animales (tel que le kaolin) ; 6,9 % des traitements biomédicaux (dont 4 PMT qui ne connaissent pas le contenu) ; 4,6 % des massages et 7,4 % utilise d'autres types de traitements (essentiellement la thérapie magnétique, des vitamines et minéraux, la désintoxication avec appareil chinois et l'alimentation). Aussi, 64,1 %

des PMT déclare que leurs traitements peuvent être administrés simultanément à des traitements biomédicaux. Cependant, dans leurs commentaires, on remarque que ceux-ci font souvent une confusion entre le biologique, le naturel et les effets indésirables potentiels. Les propos du PMT 156 l'illustrent : « *Oui, avec tout ce qui est bio on peut mélanger avec les traitements, parce que c'est naturel, y'a pas de produit chimique* ».

Concernant la prévention du paludisme, 48 % des PMT déclare conseiller aux patients de dormir sous moustiquaire et 57,9 % déclare conseiller l'assainissement du milieu de vie. Aussi, 66,8 % des PMT dit donner au moins l'un des conseils suivants à leurs patients : dormir sous moustiquaire, assainir le milieu, utiliser des répulsifs naturels ou industriels.

Le tableau 3 décrit l'ensemble des résultats concernant les pratiques de prévention et de prise en charge du paludisme des PMT participant à l'étude.

Tableau 3 : Pratiques de prévention et prise en charge du paludisme des PMT d'Abidjan interrogés, 2019

	Effectif	Pourcentage (%)
Pratiques de diagnostic du paludisme		
<i>Interrogatoire, signes cliniques, observation et déclaration du patient</i>	189	87,1
<i>Examens sanguin (GE ou TDR) au centre ou laboratoire ou chez le PMT</i>	5	2,3
<i>Examens sanguin (GE ou TDR) de laboratoire ou d'hôpital ou centre de soins</i>	69	31,8
<i>Pratique mystique, spirituelle ou religieuse</i>	26	12,0
<i>Autre</i>	31	14,3
Traitement du paludisme		
<i>Plantes médicinales (feuilles, écorces, racines...)</i>	212	97,7
<i>Substances naturelles minérales ou animales</i>	19	8,8
<i>Rituels ou pratiques spirituelles, religieuses, mystiques, prières ou paroles</i>	65	30,0
<i>Massages</i>	10	4,6
<i>Traitements biomédicaux, de l'hôpital ou de la pharmacie</i>	15	6,9
<i>Dont</i>	sur 15	
<i>CTA</i>	5	33,3
<i>Quinine</i>	2	13,3
<i>Artémether</i>	4	26,7
<i>Antibiotique</i>	3	20,0
<i>Paracétamol</i>	5	33,3
<i>Autre</i>	5	33,3
<i>Autres traitements</i>	16	7,4
Produit des Médicaments Traditionnels Améliorés pour le paludisme	80	36,9
Prise de traitement traditionnel simultanée aux traitements biomédicaux		
<i>Oui</i>	139	64,1
<i>Non</i>	52	24,0
<i>Quelques fois</i>	24	11,1
<i>Ne sait pas</i>	2	0,9
Donne des conseils préventifs sur le paludisme à ses patients		
<i>Dont</i>	sur 202	
<i>Consommer des plantes</i>	22	10,9
<i>Utiliser des répulsifs naturels</i>	3	1,5
<i>Utiliser des répulsifs industriels</i>	19	9,4

<i>Dormir sous moustiquaire</i>	97	48,0
<i>Suivre un régime alimentaire particulier</i>	81	40,1
<i>Eviter le soleil</i>	21	10,4
<i>Assainir le milieu</i>	117	57,9
<i>Avoir une bonne hygiène corporelle personnelle</i>	26	12,9
<i>Suivre des pratiques rituelles, mystiques, spirituelles, religieuses</i>	3	1,5
<i>Se reposer</i>	16	7,9
<i>Autre</i>	58	28,7
Cite au moins un moyen reconnu de prévention du paludisme	145	66,8

2.4. Attitudes des PMT

Parmi les 217 PMT interrogés, 82,9 % déclare référer des patients à l'hôpital. Les raisons principales sont la réalisation d'examens médicaux avant (ou après) traitement et la méconnaissance de la maladie ou du traitement à adopter. 59 % des PMT déclare aussi référer des patients vers un autre PMT, essentiellement lorsqu'ils ne connaissent pas la maladie. Concernant la réglementation de la MT en Côte d'Ivoire, 36,9 % des PMT pense que la MT est assez réglementée. Concernant les ressentis sur la collaboration actuelle entre PMT et professionnels de l'hôpital, 35 % des PMT pense que la collaboration est bonne, et 35 % pense qu'elle n'est pas bonne.

Le tableau 4 décrit l'ensemble des résultats concernant les attitudes des PMT participants.

Tableau 4 : Attitudes des PMT d'Abidjan interrogés vis-à-vis de la collaboration avec les professionnels des hôpitaux, 2019

	Effectif	Pourcentage (%)
Réfère ses patients à l'hôpital	180	82,9
<i>Dont</i>	sur 180	
<i>Lorsque ne sait pas traiter, ne maîtrise pas cette maladie</i>	80	44,4
<i>Pour avoir des examens complémentaires avant ou après traitement</i>	106	58,9
<i>Lorsque les cas sont graves et/ou urgents</i>	59	32,8
<i>En cas d'échec thérapeutique</i>	30	16,7
<i>Pour suivre 2 traitements à la fois</i>	8	4,4
<i>Pour effectuer le suivi de la pathologie</i>	13	7,2
Réfère ses patients vers d'autres PMT	128	59,0
<i>Dont</i>	sur 128	
<i>Lorsque ne sait pas traiter, ne maîtrise pas cette maladie</i>	117	91,4
<i>Lorsque les cas sont graves et/ou urgents</i>	1	0,8
<i>En cas d'échec thérapeutique</i>	16	12,5
<i>Pour suivre 2 traitements à la fois</i>	2	1,6
Pense que la médecine traditionnelle est		
<i>Trop réglementée</i>	4	1,8
<i>Assez réglementée</i>	80	36,9
<i>Pas assez réglementée</i>	52	24,0
<i>En cours de réglementation</i>	27	12,4
<i>Ne sait pas</i>	54	24,9
Pense que la collaboration entre PMT et professionnels de l'hôpital est :		

Bonne	76	35,0
Moyenne	32	14,7
Pas bonne	76	35,0
En cours d'amélioration	14	6,5
Ne sait pas	19	8,8

Amélioration de la collaboration entre professionnels de l'hôpital et PMT

Les perceptions des PMT sur l'amélioration possible de la collaboration entre les professionnels de l'hôpital et les PMT, ont été regroupées en différentes thématiques.

35,9 % des PMT pense que la MT doit venir en complément, en renforcement de la biomédecine lorsque cette dernière échoue ou que la maladie est dite incurable par la biomédecine. Dans ce cas, les PMT souhaiteraient voir les patients orientés vers la MT.

« Y'a beaucoup maladies où l'hôpital peut pas, c'est médicament africain qui peut. Si c'est maladie d'hôpital, ok, mais si c'est maladie d'africain ou de sorcellerie, c'est nous et il faut faire sortir le patient [de l'hôpital]. Si y'a sorcellerie en bas, là, l'hôpital soigne pas ça. » (PMT 29)

Aussi, 1,4 % des PMT témoigne de la prise en charge des patients par la MT lorsque les soins en biomédecine sont indisponibles à cause de grèves ou embargo sur les médicaments, notamment pendant la crise récente :

« Pendant la crise y'a eu des ruptures et on a pu sauver. » (PMT 172)

Inversement, 17,5 % des PMT considère qu'il est de leur ressort de solliciter la biomédecine lorsque leurs connaissances et compétences sont limitées, faire des références vers l'hôpital, se faire connaître et aller informer les établissements sanitaires et les directeurs départementaux de leur exercice dans la zone, afin de faciliter leur insertion dans le système sanitaire.

« Collaborer avec la médecine moderne et avec toute humilité. Quelle que soit ta vision, il y a la réalité scientifique. Dans certaines maladies, la médecine moderne triomphe, ne pas entretenir d'illusions quand la médecine moderne marche. » (PMT 24) ; « Il faut absolument la médecine pour les urgences, pour éviter les dégâts et les tradipraticiens doivent comprendre ça. » (PMT 93) ; « On fait les tests à l'hôpital et nous on traite. Ensuite les patients doivent repartir pour voir si la maladie est toujours là ou pas, pour voir si ça a marché. » (PMT 129)

De plus, 19,8 % des PMT mentionne le fait d'organiser des rencontres, des séminaires entre professionnels de MT et de biomédecine comme facteur favorisant leur collaboration :

« Il faut une fréquentation, créer, organiser des activités qui peuvent nous permettre d'échanger hors heures de travail. » (PMT 144)

Le partage de connaissances entre médecins et PMT a aussi été abordé par 4,6 % des PMT, et 2,3 % estime qu'il est nécessaire « que la médecine africaine soit enseignée dans les universités de santé » (PMT 65) et/ou que les médecins doivent pouvoir prescrire des plantes à leurs patients :

« Moi qui ai fait l'enseignement supérieur, j'ai vu qu'en fac de pharmacie et médecine ils ne font pas la pharmacopée. » (PMT 124)

33,6 % des PMT pense que la collaboration viendra grâce à la volonté politique de l'Etat, et notamment par les actions du PNPMT.

« Il faut faire des démarches au niveau du Ministère de la Santé, des agréments, reconnaître la médecine traditionnelle comme une médecine douce qui accompagne la médecine moderne. » (PMT 160) ; « Avec le programme y'a des avancées notables. [...] C'est le programme qui nous aide un peu » (PMT 119) ; « La collaboration, ça peut dépendre du gouvernement s'il a une bonne politique qui dit qu'il ne faut pas exclure la médecine traditionnelle. » (PMT 138)

29 % des PMT avance l'argument de l'organisation et la classification au niveau des PMT et de leurs centres, notamment par des groupements et des responsabilités, le respect ou le renforcement de la réglementation, le suivi et le contrôle de l'exercice.

« Tous ceux qui font de la médecine traditionnelle doivent faire leurs papiers au programme : il faut mettre de l'ordre. Il faut mettre les points sur les i. » (PMT 92) ; « Faut être dans une association pour avoir des conseils pour te pousser à avancer et cadrer. [...] On travaille chacun de notre côté. Mais si on était organisé, ça allait changer beaucoup ! S'organiser, se grouper. » (PMT 104) ; « Il n'y a pas assez d'accompagnement, de suivi, de visite sur terrain, pour voir si notre méthodologie de travail est bonne. [...] Faire des contrôles pour adapter l'encadrement, par le gouvernement. Par exemple, vérifier nos registres. » (PMT 138)

Des PMT se sentent non respectés comme ils le souhaiteraient. En effet, 23,5 % des PMT déclare que plus de considération et de respect de la part des médecins mais aussi de la population, quant à leur exercice, encouragerait cette collaboration, notamment via la sensibilisation du grand public sur leurs activités et la valorisation des savoirs professionnels acquis hors formation scolaire.

« Les médecins ne considèrent pas beaucoup les tradipraticiens car ils ont fait x années d'études et ont dépensé beaucoup. Il faut dire aux médecins dès leur formation qu'ils ne doivent pas être ennemis des tradipraticiens. » (PMT 50) ; « Il faut nous laisser passer nos communiqués au niveau des médias. » (PMT 73)

Aussi, 11,5 % des PMT prône le côté humain à mettre en avant, dans le but du patient, en contradiction avec l'aspect financier, concurrentiel et de compétition entre professionnels.

« En quelque sorte c'est comme s'il y avait une rivalité. Tu vas jamais voir un médecin en dehors d'ici qui va bien parler de la médecine traditionnelle. Y'a une rivalité. » (PMT 93) ; « Moi je souhaite la réussite, l'évolution, la santé. [...] C'est l'entente pour vite avancer et que la population soit en bonne santé. Il faut se donner les mains. » (PMT 214)

Par ailleurs, 18,9 % des PMT pense qu'un département de MT au sein des hôpitaux et/ou un centre spécialisé en MT devrait être instauré au niveau du pays, afin d'être inclus au système national.

« Il faut un hôpital de médecine moderne pour suivre nos activités au sein de notre centre de médecine traditionnelle : on veut fonctionner comme ça. [...] Y'a des centres où des praticiens

de médecine naturelle sont là, comme au CHU de Treichville par exemple. [...] Mon rêve est de faire un hôpital mixte. Je cherche un local pour faire un grand centre où on trouve un peu de tout, tradi-moderne, avec un médecin et un pharmacien. Un grand centre où on trouve toutes les spécialités. » (PMT 113) ; « Dans les dispensaires et hôpitaux, il faut des cellules concernant la médecine traditionnelle, comme il y a au CHU. Former des agents de santé spécialisés dans la médecine traditionnelle dans les centres de santé, car le but est de sauver des vies. Donner des conseils chacun pour faire avancer les patients. » (PMT 65)

Cette pratique au sein du système national de santé a été comparée par 12,9 % des PMT à d'autres pays (Ghana, Chine, Inde, Mali, Guinée) où celle-ci est institutionnalisée.

« Les chinois sont en avance : ils ont une médecine tradi-moderne mais plus traditionnelle. » (PMT 95) ; « En Guinée, y'a les sages-femmes et les matrones qui sont là. Quand elles peuvent pas on amène vers les matrones. Comme au Mali et en Guinée où ils travaillent ensemble. » (PMT 185)

Aussi, 5,1 % des PMT considère que les pharmacies devraient pouvoir vendre des médicaments traditionnels, à base de plantes.

« Ce que l'on souhaite c'est qu'un jour nos médicaments soient dans leurs pharmacies. Un compartiment de médecine traditionnelle. » (PMT 101)

La nécessité de se former (notamment sur les plantes, les maladies et leur nom) a été abordée par 17,5 % des PMT, comme une condition essentielle pour se faire accepter dans le système sanitaire.

« On a besoin de formation. Y'a des très, très bons tradipraticiens mais y'a des brebis galeuses un peu partout. [...] Il faut une formation au niveau des naturothérapeutes » (PMT 216), « qui permet de mettre tout le monde sur la même longueur. » (PMT 48).

Aussi, l'amélioration des pratiques autour des médicaments proposés par les PMT, en particulier concernant la transformation des plantes, la conservation, la posologie, mais aussi l'hygiène et l'emballage a été jugée importante par 12,4 % des PMT, afin de proposer des médicaments de qualité et donc se faire reconnaître.

« Mais y'a des tradipraticiens qui font leurs médicaments sans emballages ou dans des vieilles bouteilles et vieilles boîtes, sinon, avec les étiquettes c'est bon. [...] Ce que je compte faire à la longue c'est des écrits directement sur la boîte. » (PMT 165) ; « Moi un chimiste m'a aidé pour le dosage, la production et la conservation [...] Ici on ne professionnalise pas notre domaine, on ne sait pas comment sortir des sirops, comprimés etc. » (PMT 169) ; « Et après il faudra bien emballer, etc. Pour être crédible vis-à-vis de la société et que tes médicaments soient respectés. Quand une personne achète, elle a pas peur d'utiliser. » (PMT 186)

Le test des médicaments, le contrôle et la réglementation des produits ont été évoqués par 7,8 % des PMT.

« Si c'est cadré, le praticien a fait des tests de toxicité, ça fait moins peur. [...] Faciliter l'accès au contrôle des médicaments et baisser le prix. C'est difficile de tester tous les produits parce que c'est cher ! Donc les praticiens ne le font pas, mais c'est important pour donner de la crédibilité

aux praticiens, rassurer les patients et mettre les médecins à l'aise, et donner confiance aux praticiens. L'Etat doit créer des structures pour les tests en Côte d'Ivoire. » (PMT 45)

La recherche sur les plantes et la valorisation des traitements naturels permettrait, selon 9,7 % des PMT, une collaboration plus étroite entre médecins et PMT.

« Il faut augmenter les recherches de la part des tradipraticiens notamment sur les plantes. Les médecins ont fait des années d'études, nous souvent c'est des dons des parents, mais il faut en plus faire des recherches. » (PMT 126)

Enfin, d'autres thématiques ont été abordées par les PMT, dans le but d'améliorer la collaboration : l'apport de témoignages et données auprès des médecins (8,8 %) ; le besoin de moyens financiers (7,4 %) et de matériel d'examen et locaux (5,5 %) ; la propriété intellectuelle concernant les médicaments à base de plantes (5,1 %) ; les droits des PMT, notamment la retraite, les salaires, le statut de fonctionnaire, les prêts en banque (2,3 %) ; la transmission des savoirs à la descendance (1,8 %) et enfin le reboisement et la réalisation de jardins de plantes médicinales (1,8 %).

2.5. Participation et besoins de formations des PMT

Participation aux formations

Environ la moitié des PMT interrogés (47,5 %) a déjà participé à au moins une formation organisée par le PNPMT. Les formations que les PMT déclarent avoir le plus suivies sont celles sur la loi, le code d'éthique et de déontologie, les fiches de consultation et rapports d'activité, ainsi que celles sur des pathologies, avec respectivement 36,9 % et 51,5 % des PMT qui ont suivi une formation. Parmi les PMT ayant suivi au moins une formation du PNPMT, 35 % a suivi celle sur le paludisme (ce qui correspond à 16,6 % des 217 PMT interrogés). Par ailleurs, 30,9 % des PMT déclare avoir suivi une ou des autre(s) formation(s) hors PNPMT, en lien avec leur exercice. Parmi ceux-ci, deux tiers ont aussi suivi une formation du PNPMT. Les formations hors programme sont essentiellement organisées par des entreprises chinoises de vente de médicaments ou des ONG, sur des pathologies et techniques d'utilisation de matériel de diagnostic chinois (en particulier le quantum). Enfin, 58,5 % de l'ensemble des PMT a reçu au moins une formation (organisée par le PNPMT ou non).

93,2 % des PMT se dit entièrement satisfait des formations du PNPMT et déclare avoir acquis des connaissances. Enfin, 80,6 % des PMT est en demande de formation.

Le motif principal de non-participation à une formation organisée par le PNPMT avancé par les PMT est l'absence de sollicitation de la part du PNPMT (57 % des PMT qui n'ont jamais participé aux formations du PNPMT). La mobilité (déplacements hors Abidjan) des PMT explique aussi 24,6 % de non-participation.

Le tableau 5 décrit l'ensemble des résultats concernant les formations des PMT participant à l'étude.

Tableau 5 : Participation et besoins de formations des 217 PMT d'Abidjan interrogés (2019)

	Effectif	Pourcentage (%)
Participation à une formation du PNPMT		
<i>Oui</i>	103	47,5
<i>Non</i>	114	52,5
<i>Dont</i>	sur 103	
<i>Collecte et conservation des produits à base de plantes</i>	14	13,6
<i>Normes de bonnes pratiques de fabrication des médicaments traditionnels</i>	22	21,4
<i>Loi et code d'éthique et de déontologie, fiches de consultation, rapports d'activités</i>	38	36,9
<i>Anatomie et hygiène</i>	27	26,2
<i>Pathologies</i>	53	51,5
<i>Dont formation sur le paludisme</i>	36	35,0
Satisfait des formations reçues		
	sur 103	
<i>Oui, de toutes les formations</i>	96	93,2
<i>De certaines formations</i>	0	0,0
<i>Moyennement satisfait</i>	7	6,8
<i>Non, d'aucune formation</i>	0	0,0
Raison de non participation aux formations		
	sur 114	
<i>Pas envie</i>	4	3,5
<i>N'a pas été sollicité, n'a pas eu l'information</i>	65	57,0
<i>Pas le temps</i>	11	9,6
<i>Absent, déplacement</i>	28	24,6
<i>Autre</i>	6	5,3
Participation à une formation organisée par une autre structure que le PNPMT		
<i>Oui</i>	67	30,9
<i>Non</i>	150	69,1
<i>Dont formation sur le paludisme</i>	8	
Acquisition de connaissances par la/les formation(s)		
	sur 119	
<i>Oui</i>	105	88,2
<i>Non</i>	13	10,9
<i>Ne sait pas</i>	1	0,8
Besoin de formation		
<i>Oui</i>	175	80,6
<i>Non</i>	27	12,4
<i>Ne sait pas</i>	15	6,9
Raison du non besoin de formation		
	sur 27	
<i>Pas envie</i>	12	44,4
<i>Pas le temps</i>	9	33,3
<i>Les formations ne sont pas adaptées aux besoins</i>	6	22,2

Les PMT ayant déjà participé à au moins une formation organisée par le PNPMT réfèrent significativement plus vers d'autres professionnels de biomédecine (53,3 %) et de MT (53,9 %), ont un niveau d'étude significativement plus élevé et ont significativement plus participé à des formations extérieures au PNPMT (64,2 %) que les PMT qui n'ont jamais pris part à une formation du PNPMT.

Le tableau 6 décrit la distribution et teste l'association brute entre les caractéristiques des PMT et leur statut « participation à une formation du PNPMT ».

Tableau 6 : Caractéristiques des PMT d'Abidjan selon leur participation aux formations organisées par le PNPMT, 2019.

	Participation		Non participation		p
	n	%**	n	%**	
District					0,149
<i>Marcory-Treichville</i>	13	38,2	21	61,8	
<i>Yopougon Est</i>	40	43,5	52	56,5	
<i>Yopougon Ouest</i>	50	54,9	41	45,1	
Sexe					0,276
<i>Hommes</i>	84	49,4	86	50,6	
<i>Femmes</i>	19	40,4	28	59,6	
Age					0,051
<i>≤ 30 ans</i>	6	50,0	6	50,0	
<i>31-40 ans</i>	31	56,4	24	43,6	
<i>41-50 ans</i>	41	53,9	35	46,1	
<i>51-60 ans</i>	17	40,5	25	59,5	
<i>61-70 ans</i>	7	26,9	19	73,1	
<i>≥ 71 ans</i>	1	16,7	5	83,3	
Années d'expériences en tant que PMT					0,747
<i>0 à 5 ans</i>	11	45,8	13	54,2	
<i>6 à 10 ans</i>	24	57,1	18	42,9	
<i>11 à 15 ans</i>	19	54,3	16	45,7	
<i>16 à 20 ans</i>	19	48,7	20	51,3	
<i>21 à 25 ans</i>	11	40,7	16	59,3	
<i>26 à 30 ans</i>	6	37,5	10	62,5	
<i>31 à 35 ans</i>	4	36,4	7	63,6	
<i>36 à 40 ans</i>	2	28,6	5	71,4	
<i>≥ 41 ans</i>	7	43,8	9	56,2	
Niveau d'études					< 0,001*
<i>Non scolarisé</i>	10	31,2	22	68,8	
<i>Niveau primaire</i>	11	31,4	24	68,6	
<i>Niveau collège</i>	12	41,4	17	58,6	
<i>Niveau lycée</i>	30	76,9	9	23,1	
<i>Niveau supérieur</i>	31	55,4	25	44,6	
<i>Ecole coranique (ou coranique et classique)</i>	9	34,6	17	65,4	

Participation à une formation hors PNPMT					0,001*
<i>Non</i>	60	40,0	90	60,0	
<i>Oui</i>	43	64,2	24	35,8	
Référence vers des professionnels de biomédecine					< 0,001*
<i>Non</i>	7	18,9	30	81,1	
<i>Oui</i>	96	53,3	84	46,7	
Référence vers un autre PMT					0,023*
<i>Non</i>	34	38,2	55	61,8	
<i>Oui</i>	69	53,9	59	46,1	

* *p*-valeur significatives (test du Chi-deux de Pearson)

** % = pourcentage de PMT qui a participé ou non à au moins une formation du PNPMT, dans chaque modalité des caractéristiques

Apports des formations

Parmi les 127 PMT ayant déjà participé à au moins une formation (quel que soit l'organisateur), l'apport principal avancé par 35,4 % (45 PMT) est l'organisation dans le travail, par exemple grâce à l'installation et la tenue du cabinet, l'instauration de registres et recueil de données, l'hygiène générale et autres bonnes pratiques. Par exemple, les PMT 158 et 110 déclarent : « on donne des tickets pour l'ordre de passage un à un pour les consultations. On demande maintenant si la personne est déjà venue et pourquoi » ; « on fait les consultations dans un bureau et non plus dehors, le rangement ». Concernant les médicaments proposés, 28,3 % (36 PMT) a déclaré que les formations leur ont permis d'améliorer le conditionnement, la conservation et la transformation des plantes, l'hygiène des produits et la posologie à adopter. Le PMT 35 explique : « Les marmites pour fabriquer les produits doivent être différentes de celles pour manger, et il faut faire des étagères pour mettre les produits au sec ». Selon 26,8 % (34 PMT), les formations leur ont permis d'améliorer leurs relations et comportements avec les patients. Les PMT 7 ; 39 et 14 affirment avoir « besoin d'examiner la personne avant de donner un produit » ; ne plus « donner un médicament à un malade non présent devant nous » et ne plus se nommer « docteur mais thérapeute, suivre et respecter le client », discuter avec lui. De plus, 15 % (19 PMT) a déclaré pouvoir collaborer avec la biomédecine à la suite des formations, effectuant des références, notamment pour des examens avant traitement ou lorsqu'ils reconnaissent leurs limites. Le PMT108 affirme : « Je ne prends pas tout de suite en charge. Avant je pensais qu'aller à l'hôpital n'était pas trop chose. Maintenant j'envoie d'abord en médecine conventionnelle avant la médecine traditionnelle ». Par ailleurs, des PMT déclarent avoir acquis en formation des connaissances sur des plantes et des traitements (7,9 %) : « Les habitudes de la lignée familiale étaient de mélanger les plantes, mais maintenant je connais les molécules et les différentes classes de plantes, et quelle plante a quelle propriété » (PMT 38) ; ainsi que sur des pathologies (7,1 %) : « Les convulsions, j'appelais ça oiseau alors que c'est palu » (PMT 2). Enfin, 9 PMT déclarent que les formations leur ont été utiles à des fins de confiance en eux, d'échanges de contacts et d'expériences entre

PMT mais aussi pour la mise en relation avec le PNPMT. D'autres thématiques ont été abordées, telles que la protection du PMT, l'anatomie, la prévention à promouvoir auprès des patients.

Demandes de formation exprimées

Parmi les 175 PMT exprimant avoir besoin de formation, 39,4 % (69 PMT) n'a pas d'attente particulière. La plupart des PMT exprime des besoins en termes de contenu de formation, et essentiellement concernant des pathologies. En effet, 33,7 % (59 PMT) affirme avoir besoin de se former sur le paludisme, les pathologies cardio-vasculaires (dont l'HTA, les AVC et les infarctus), le diabète, les IST (dont le VIH/SIDA et les hépatites), les cancers, la stérilité et les problèmes sexuels et gynécologiques, ainsi que d'autres maladies et symptômes. Le détail des pathologies citées est disponible en annexe 11 page 126.

Les autres principaux besoins exprimés par les PMT quant au contenu des formations concernent différentes thématiques : la botanique, notamment les noms scientifiques et principes actifs des plantes (8 %) ; la fabrication de traitements via les étapes de transformation, conditionnement et conservation (5,1 %) ; les techniques de soin telles que massage, aromathérapie, diététique, nutrition, acupuncture (4 %) ; les diagnostics différentiels de certaines pathologies (4 %) ; les aspects légaux concernant la procédure pour installer son cabinet et commercialiser ses traitements (4 %) ; l'utilisation de matériel médical (3,4 %) ; les urgences et signes de gravité (2,3 %) ; le dosage, la posologie et la toxicité des traitements (2,3 %) ; l'anatomie (2,3 %) ; les attitudes au travail et la gestion des ressources humaines (1,7 %) ; les grossesses et accouchements (1,7 %) ; les résistances des traitements, notamment les antipaludéens (1,7 %) ; la lecture d'examens (1,1 %) et autres (1,7 %).

Quant aux aspects organisationnels (support, déroulé de la formation), seulement 10 PMT se sont exprimés, soit 5,7 % des PMT exprimant des besoins de formation. Deux souhaiteraient des formations plus longues et plus intenses, et deux autres des formations diplômantes, à distance. Une personne préconise vivement la présence d'un médecin lors des séances, une personne a demandé à avoir les supports de formation à la fin des sessions, et 3 PMT attendent des formations un « partage de connaissances et une entraide entre PMT », « des contacts » ainsi qu'un « encadrement, des conseils et idées » de la part du PNPMT. Le détail de l'ensemble des besoins cités regroupés par thématiques est disponible en annexe 11 page 127.

3. Résultats analytiques

3.1. Analyse univariée

A l'analyse univariée, le district, le sexe, l'âge, l'expérience professionnelle, la connaissance des signes du paludisme (≥ 3 signes de paludisme simple et ≥ 1 signe de paludisme grave) ne sont pas significativement associées à la pratique du diagnostic du paludisme par GE ou TDR, avec des p-valeurs supérieures à 0,05.

Le fait d'avoir participé à une formation du PNPMT sur le paludisme augmente de façon significative la pratique du diagnostic du paludisme par GE ou TDR, avec un Odds Ratio Brut (ORb) égal à 3,38 (IC 95 % = [1,62 - 7,06]) et une p-valeur égale à 0,001. Le niveau d'étude des PMT est significativement associé à la pratique du diagnostic du paludisme par GE ou TDR, avec une p-valeur inférieure à 0,001. On note par ailleurs que plus le niveau d'étude augmente (non scolarisé, primaire, collège, lycée, supérieur), plus l'ORb augmente. Le fait d'avoir participé à une formation hors PNPMT augmente de façon significative la pratique du diagnostic du paludisme par GE ou TDR, avec un ORb égal à 1,95 (IC 95 % = [1,08 - 3,55]) et une p-valeur égale à 0,028. La connaissance de la cause unique du paludisme augmente de façon significative la pratique du diagnostic du paludisme par GE ou TDR, avec un ORb égal à 3,97 (IC 95 % = [2,03 - 7,79]) et une p-valeur inférieure à 0,001. La connaissance de la prise en charge du paludisme à l'hôpital est significativement associée à la pratique du diagnostic du paludisme par GE ou TDR, avec une p-valeur inférieure à 0,001. On peut noter que le fait de connaître parfaitement la prise en charge du paludisme à l'hôpital augmente de façon significative la pratique du diagnostic du paludisme par GE ou TDR, avec un ORb égal à 6,76 (IC 95 % = [2,14 - 21,36]). Le fait de citer au moins un moyen reconnu de prévention du paludisme augmente de façon significative la pratique du diagnostic du paludisme par GE ou TDR, avec un ORb égal à 5,8 (IC 95 % = [2,47 - 13,66]) et une p-valeur inférieure à 0,001.

L'analyse univariée complète de l'association entre les caractéristiques des PMT et la pratique du diagnostic du paludisme par examen sanguin (GE ou TDR) est présentée dans le tableau 7.

Tableau 7 : Analyse univariée de l'association entre caractéristiques des PMT d'Abidjan et pratique du diagnostic du paludisme par examen sanguin (GE ou TDR), Côte d'Ivoire, 2019.

	n/N *	% **	ORb	IC à 95 %	p
Participation à une formation paludisme par le PNPMT					0,001
<i>Non</i>	53/181	29,3	1	-	
<i>Oui</i>	21/36	58,3	3,38	[1,62 - 7,06]	
District					0,056
<i>Marcory-Treichville</i>	6/34	17,6	1	-	
<i>Yopougon Est</i>	32/92	34,8	2,49	[0,93 - 6,64]	
<i>Yopougon Ouest</i>	36/91	39,6	3,05	[1,15 - 8,11]	
Sexe					0,992
<i>Hommes</i>	58/170	34,1	1	-	
<i>Femmes</i>	16/47	34,2	1	[0,50 - 1,97]	

Age					0,227
≤ 40 ans	18/67	26,9	1	-	
41-60 ans	46/118	39,0	1,74	[0,9 - 3,35]	
≥ 61 ans	10/32	31,2	1,24	[0,49 - 3,11]	
Années d'expériences en tant que PMT					0,839
0 à 5 ans	7/24	29,2	1	-	
6 à 10 ans	16/42	38,1	1,49	[0,51 - 4,39]	
11 à 15 ans	13/35	37,1	1,44	[0,47 - 4,38]	
16 à 20 ans	15/39	38,5	1,52	[0,51 - 4,52]	
21 à 25 ans	10/27	37,0	1,43	[0,44 - 4,63]	
26 à 30 ans	4/16	25,0	0,81	[0,19 - 3,39]	
31 à 35 ans	4/11	36,4	1,39	[0,31 - 6,29]	
≥ 36 ans	5/23	21,7	0,67	[0,18 - 2,54]	
Niveau d'études					< 0,001
Non scolarisé	6/32	18,8	1	-	
Niveau primaire	7/35	20,0	1,08	[0,32 - 3,65]	
Niveau collège	13/29	44,8	3,52	[1,11 - 11,12]	
Niveau lycée	18/39	46,2	3,71	[1,25 - 11,03]	
Niveau supérieur	27/56	48,2	4,03	[1,44 - 11,31]	
Ecole coranique (ou coranique et classique)	3/26	11,5	0,57	[0,13 - 2,52]	
Participation à une formation hors PNPMT					0,028
Non	4/17	23,5	1	-	
Oui	21/36	58,3	1,95	[1,08 - 3,55]	
Connaissance de la cause unique du paludisme					< 0,001
Non	46/170	27,1	1	-	
Oui	28/47	59,6	3,97	[2,03 - 7,79]	
Connaissance ≥ 3 signes de paludisme simple et ≥ 1 signe de paludisme grave					0,16
Non	35/117	29,9	1	-	
Oui	39/100	39,0	1,5	[0,85 - 2,63]	
Connaissance de la prise en charge du paludisme à l'hôpital					< 0,001
Non	29/127	22,8	1	-	
Oui	10/15	66,7	6,76	[2,14 - 21,36]	
Partielle	35/75	46,7	2,96	[1,6 - 5,47]	
Cite au moins un moyen reconnu de prévention du paludisme					< 0,001
Non	7/57	12,3	1	-	
Oui	65/145	44,8	5,8	[2,47 - 13,66]	

* n/N = nombre de PMT qui diagnostiquent par GE ou TDR / nombre de PMT dans la modalité de réponse

** % = pourcentage de PMT qui diagnostiquent par GE ou TDR dans la modalité de réponse

3.2. Analyse multivariée

Pour l'analyse multivariée, les variables incluses (significativement associées à la pratique du diagnostic par GE ou TDR au seuil de significativité de 20 %) étaient les suivantes : participation à une formation du PNPMT sur le paludisme (variable principale d'intérêt), district d'exercice, niveau d'études, participation à une formation hors PNPMT, connaissance de la cause unique du paludisme, connaissance des signes du paludisme (≥ 3 signes de paludisme simple et ≥ 1 signe de paludisme grave), connaissance de la prise en charge du paludisme à l'hôpital, fait de citer au moins un moyen reconnu de prévention du paludisme. L'interaction incluse (significativement associée à la pratique du diagnostic par GE ou TDR au seuil de significativité de 5 %) était « niveau d'étude x participation à une formation du PNPMT sur le paludisme ».

Après avoir appliqué la méthode du pas à pas descendant, les variables associées à la pratique du diagnostic par GE ou TDR, ajustées sur les autres sont la participation à une formation du PNPMT sur le paludisme, la connaissance de la cause unique du paludisme, et le fait de citer au moins un moyen reconnu de prévention du paludisme.

Nous pouvons cependant émettre l'hypothèse que ces deux dernières variables, s'apparentant à des connaissances ont un effet indirect sur la pratique de diagnostic, car semblent découler des formations.

La participation à une formation du PNPMT sur le paludisme est significativement associée à la pratique de diagnostic du paludisme par GE ou TDR, avec un ORa à 2,59 (IC 95 % = [1,17-5,72] et p-valeur = 0,019), ajustée sur les variables « connaissance de la cause unique du paludisme » et « cite au moins un moyen reconnu de prévention du paludisme ».

L'analyse multivariée de l'association entre les caractéristiques des PMT et la pratique du diagnostic du paludisme par GE ou TDR est présentée dans le tableau 8 ci-dessous.

Tableau 8 : Analyse multivariée de l'association entre caractéristiques des PMT d'Abidjan et pratique du diagnostic du paludisme par examen sanguin (GE ou TDR), Côte d'Ivoire, 2019.

	n/N *	% **	ORa	IC à 95 %	p
Participation à une formation paludisme par le PNPMT					0,019
Non	53/181	29,3	1	-	
Oui	21/36	58,3	2,59	[1,17 - 5,72]	
Connaissance de la cause unique du paludisme					0,007
Non	46/170	27,1	1	-	
Oui	28/47	59,6	2,71	[1,32 - 5,6]	
Cite au moins un moyen reconnu de prévention du paludisme					0,001
Non	7/57	12,3	1	-	
Oui	65/145	44,8	4,39	[1,81 - 10,65]	

* n/N = nombre de PMT qui diagnostiquent par GE ou TDR / nombre de PMT dans la modalité de réponse

** % = pourcentage de PMT qui diagnostiquent par GE ou TDR dans la modalité de réponse

VI. DISCUSSION

1. Principaux résultats

Caractéristiques socio-démographiques des PMT

Le premier constat que nous pouvons observer est la difficulté d'atteindre la population des PMT, en partie à cause de la téléphonie mobile, du manque de suivi de leur identification, ainsi que de leur mobilité. Malgré une grande diversité dans les profils de PMT, ces derniers sont majoritairement des hommes, entre 30 et 50 ans, avec un niveau d'étude plutôt élevé et une expérience de moins de 21 ans dans la pratique de la MT. Très peu d'entre eux (19,4 %) se reconnaissent dans les termes de classification utilisés par la loi relative à la MT en Côte d'Ivoire.

CAP des PMT et collaboration avec la biomédecine

Concernant les connaissances sur le paludisme, 99,5 % des PMT sait que le moustique transmet le paludisme. Cependant, seulement 21,7 % ne cite que cette cause. De nombreuses autres causes sont donc à l'origine du paludisme selon les PMT. Les signes de paludisme simple sont plus connus des PMT que les signes du paludisme grave. Par ailleurs, très peu de PMT connaissent la prise en charge du paludisme recommandée à l'hôpital.

Concernant les pratiques, le diagnostic du paludisme se fait essentiellement par les signes cliniques et interrogatoires des patients (87,1 % des PMT), et environ un tiers des PMT interrogés réalise soit une GE soit un TDR. Les traitements les plus largement utilisés sont à base de plantes, et 30 % des PMT utilise aussi couramment des pratiques religieuses et/ou mystiques. Environ 37 % des PMT produisent des MTA pour le paludisme. Notre étude soulève aussi l'existence d'une confusion de la part des PMT concernant les effets des substances naturelles sur la santé. Au niveau de la prévention, plus de la moitié des PMT interrogés déclare conseiller de dormir sous moustiquaire. D'autres conseils sont donnés, en référence aux causes du paludisme avancées.

Concernant les attitudes des PMT, la majorité d'entre eux travaille avec l'hôpital ou d'autres PMT pour effectuer des références. Cependant, les perceptions sont très partagées quant à la collaboration entre PMT et professionnels de l'hôpital. Les PMT interrogés ont une force de proposition pour effectivement améliorer cette collaboration, notamment par un système de référence à double sens, la communication et le partage de connaissances entre professionnels, l'organisation de la MT, l'aide politique et la reconnaissance de la MT au niveau national via son intégration au système de santé de façon matérielle.

Il est par ailleurs à noter que les PMT disposent peu de données concernant leur activité (notamment les registres des patients).

Association entre participation à la formation du PNPMT sur le paludisme et diagnostic du paludisme par GE ou TDR

Le fait d'avoir suivi une formation du PNPMT sur le paludisme est significativement associé à une bonne pratique de diagnostic du paludisme, avec un ORa à 2,59 (IC 95 % = [1,17-5,72] et p-valeur = 0,019), ajusté sur les variables « connaissance de la cause unique du paludisme » et « cite au moins un moyen reconnu de prévention du paludisme ». Ceci montre que cette formation semble bénéfique pour les PMT.

Formations

Concernant la participation aux formations, un peu moins de la moitié des PMT a déclaré avoir suivi au moins une formation organisée par le PNPMT. Plus de la moitié de ceux qui n'ont pas participé l'explique du fait de ne pas avoir été sollicité par le PNPMT. Les PMT qui participent aux formations du PNPMT sont plus formés par ailleurs (scolarité et formations extérieures au PNPMT) et plus collaboratifs avec les autres professionnels. On remarque donc deux sortes de profils de PMT : ceux qui sont « habitués » du PNPMT, impliqués, se présentant régulièrement pour des réunions et/ou rencontres informelles, entretenant un lien quasi permanent, et ceux qui sont plus en marge du PNPMT et ont peu connaissance des activités du PNPMT. Par ailleurs, la grande majorité des PMT ayant participé à une formation du PNPMT s'en dit satisfaite et ayant acquis des connaissances ; et plus de 80 % des PMT déclare avoir besoin de se former davantage.

Concernant les besoins de formation, beaucoup de PMT ont du mal à s'exprimer sur ce point et n'ont pas de demande particulière. Les besoins les plus exprimés concernent les pathologies : paludisme, maladies cardio-vasculaires, diabète, IST, cancers, stérilité et problèmes sexuels, ce qui est assez représentatif de la situation épidémiologique du pays. Peu de besoins quant au déroulement et à l'organisation des formations ont été exprimés.

Il est à noter, qu'au vue des différences de profils des PMT, les besoins de formation de ces derniers varient considérablement. Comme nous le voyons, certains ont besoin des bases (sur des pathologies, l'hygiène, l'organisation d'un centre) et d'autres demandent un apport de connaissances plus pointu dans des domaines précis et spécialisés (sur des pathologies rares, des pratiques de soins alternatives, les noms scientifiques des plantes).

Au vue des connaissances et pratiques des PMT vis-à-vis du paludisme, il en ressort différents besoins de formation sur cette pathologie : la cause unique du paludisme et la prévention à faire en conséquent, les signes cliniques du paludisme et en particulier les signes

de gravité (ainsi que la différenciation entre les degrés de paludisme et entre symptômes et maladie), la pratique de diagnostic de référence (GE ou TDR) qui se fait à l'hôpital, des notions sur les effets secondaires et la toxicité des plantes, la définition du naturel et du biologique.

2. Forces de l'étude

Des études en Santé Publique ont été publiées sur les CAP des PMT face au paludisme en Afrique Subsaharienne, mais leurs échantillons sont généralement plus faibles que le nôtre et sont sélectionnés de façon non aléatoire. Par ailleurs, aucune de ces études ne présente de résultats statistiques analytiques. Ce travail est donc un plus, apportant des données quantitatives de Santé Publique sur une thématique plus souvent étudiée sous l'angle socio-anthropologique.

Cette enquête s'inscrit dans un travail de recherche anthropologique sur l'institutionnalisation de la MT et sur la place de la formation des PMT dans leur professionnalisation. Elle servira de support pour dialoguer sur ces formations de façon scientifique, grâce à des données chiffrées. Elle permettra aussi une description représentative des PMT d'Abidjan, et pourra être le point de départ d'autres recherches sur certaines thématiques mises en exergue.

D'un point de vue opérationnel, s'adressant à une population ciblée et s'inscrivant dans le cadre d'un programme national qui coordonne les PMT, cette recherche permet un premier recueil des besoins des PMT, pouvant orienter l'organisation de futures formations par le PNPMT.

3. Validité interne

Echantillonnage

Le biais principal de l'étude est un biais de sélection, au niveau de l'échantillonnage. En effet, en raison du pourcentage élevé de non-réponse, on ne peut être certain que l'échantillon soit représentatif de la population cible. Le sexe et le niveau d'étude diffèrent de façon significative entre les répondants et les non-répondants. En lien avec le niveau d'étude, il se peut que les non-répondants à l'étude aient en commun une ou des autres caractéristiques étudiées ou ayant un impact sur la pratique étudiée. Cependant, ni le sexe ni le niveau d'étude se retrouvent être significatifs dans l'analyse multivariée. Il est à noter que l'étude a été réalisée en période de Ramadan, ce qui peut en partie expliquer des non-réponses et potentiellement biaiser l'étude. Malgré le taux de non-réponse important, l'échantillonnage a été effectué de façon aléatoire, permettant de minimiser les biais et tendre vers le plus de représentativité

possible. La taille de l'échantillon calculée a pu être respectée, cependant, un échantillon plus important aurait permis plus de puissance pour les analyses statistiques.

Le choix des trois districts d'Abidjan a été fait de façon à diversifier les types de communes sources. On peut donc penser que l'étude est généralisable à la population des PMT d'Abidjan ; cependant, elle ne l'est pas au niveau du pays. En effet, la diversité (économique, culturelle, sanitaire et épidémiologique) entre les zones géographiques (urbaines et rurales, du Sud et du Nord) au sein du pays est telle qu'aucun résultat ne peut être extrapolé aux PMT de Côte d'Ivoire.

Mode de recueil

Les biais d'information sont aussi à considérer dans cette étude. En effet, le recueil étant basé uniquement sur du déclaratif, les PMT interrogés ont potentiellement pu répondre selon la désirabilité sociale : le biais de prévarication peut se retrouver notamment dans les questions sur les apports et besoins de formation, ou les pratiques de prévention et de référence, qui sont donc à prendre avec recul. Le fait d'avoir des questions pour lesquelles les modalités de réponse étaient citées incite aussi au biais de prévarication. De plus, le fait que l'enquêteur soit une personne d'une autre nationalité ou le fait d'être accompagnée d'une personne du PNPM (peut-être perçus comme non neutres) peut biaiser les informations recueillies. Cependant, ces biais d'information sont identiques tout au long de l'enquête et pour tous les PMT, et donc non différentiels, ce qui minimise l'effet, étant donné qu'une seule enquêtrice était présente et interrogeait toujours de la même façon.

Par ailleurs, la langue peut aussi venir interférer la compréhension de certains PMT. C'est d'ailleurs pour cela que les questions sur les facteurs de risque ont peu été analysées, car souvent mal comprises lors de l'enquête.

Enfin, le fait d'avoir réalisé certains entretiens par téléphone est aussi un biais considérable, étant donné que le mode recueil varie selon les PMT. Au téléphone, les PMT peuvent être plus concis, et le non verbal est inexistant. Ici, les biais sont différentiels entre les répondants par face-à-face et ceux par téléphone.

Choix méthodologique

En complément du déclaratif, l'observation des pratiques des PMT aurait constitué des données intéressantes à analyser, mais le temps ne l'a pas permis.

Pour finir, afin d'évaluer les formations des PMT, il aurait été pertinent d'ajouter, en plus de l'évaluation purement statistique, un volet du travail évaluant directement le contenu, la pédagogie, les supports, les modes d'interactions durant les formations. Ceci pourrait faire l'objet d'un travail ultérieur.

Enfin, nous avons ici étudié les CAP des PMT. Bien que n'étant pas l'objectif ici, il serait intéressant de pouvoir les comparer à celles des professionnels de santé de biomédecine.

4. Validité externe

Caractéristiques socio-démographiques des PMT

Les caractéristiques socio-démographiques des PMT interrogés dans cette étude ne sont pas comparables à celles des études de Fawole et al (46) en milieu urbain et rural au Nigéria (2008), Diallo et al (47) en milieu rural au Mali (2007) et Traoré et al (48) en milieu urbain en Guinée (2013). En effet, seul le sexe à majorité masculine est similaire entre les études. Le niveau d'éducation est essentiellement bas : 91 % des PMT dans l'étude de Fawole et al (46) et 93,8 % dans celle de Traoré et al (48) a un niveau scolaire inférieur ou égal au primaire ; alors que cela concerne 30,8 % des PMT dans notre étude. L'âge et les années d'expériences sont aussi nettement plus élevés dans ces trois études que dans la nôtre, avec de nombreux PMT de plus de 60 ans. On peut alors se demander si le profil des PMT n'est pas en mutation, en lien avec le contexte actuel démographique et économique d'Abidjan.

CAP des PMT et collaboration avec la biomédecine

Concernant les causes du paludisme, on retrouve un pourcentage élevé de PMT connaissant le moustique dans d'autres études, comme celles de Stangeland et al (49) en Ouganda (2011), Adia et al (50) en Ouganda (2014), Ngarivhume et al (51) au Zimbabwe (2014) et Traoré et al (48) en Guinée (2013), allant de 85 à 100 %. Ceci va dans le même sens que nos résultats, s'élevant à 99,5 %. D'autres causes du paludisme avancées par les PMT de notre étude se retrouvent dans celles d'Okeke et al (52) au Nigéria (2005), Diallo et al (47) au Mali (2007), Diarra et al (53) au Mali (2015) et Diaby et al (40) en Côte d'Ivoire (2001) : le soleil et autres conditions climatiques, l'alimentation (nourriture grasse, fruits), le travail difficile, la fatigue, le manque d'hygiène. Dans notre étude, 37,8 % des PMT pense que le paludisme peut avoir une origine mystique. Celle-ci a aussi été abordée par 18,8 % des PMT dans l'étude d'Orwa et al (54) au Kenya (2007) et dans celle de Ngarivhume et al au Zimbabwe (2014) où 37,5 % des PMT pense que les échecs de traitement s'expliquent par des mauvais esprits (51). Dans l'étude CAP de Diaby et al à Abidjan (2001), 53,4 % des PMT connaissait le moustique comme vecteur du paludisme, mais seulement 16,7 % ne citait que le moustique, non associé à d'autres causes (40). Ce pourcentage est légèrement supérieur dans notre étude, 17 ans plus tard : 21,7 %.

Dans notre étude, la fièvre et les troubles digestifs sont les symptômes du paludisme simple les plus cités par les PMT et ceux-ci ont une plus grande connaissance des signes de

paludisme simple que de paludisme grave. Ces résultats se retrouvent aussi dans les études de Diarra et al (53) au Mali (2015), Traoré et al (48) en Guinée (2013), Diallo et al (47) au Mali (2007), Adia et al (50) en Ouganda (2014), Stangeland et al (49) en Ouganda (2011) et Okeke et al (52) au Nigéria (2005). L'ictère est aussi un des principaux symptômes du paludisme grave cité par les PMT de ces études (39,2 % dans notre étude).

Dans la présente étude réalisée, 87,1 % des PMT déclare diagnostiquer le paludisme grâce aux signes cliniques du malade, 34,1 % par GE ou TDR et 12 % par une pratique spirituelle. En comparaison, l'OMS estime sur la période 2015-2017 que 63 à 74 % des enfants fiévreux reçoivent un test de diagnostic du paludisme avant traitement antipaludique (selon le caractère privé ou public de la structure) et que ce taux était de 35 à 41 % en 2010-2012 (41). Dans la littérature, on retrouve la pratique de diagnostic grâce aux signes cliniques par la majorité des PMT dans les articles de Ngarivhume et al (51) au Zimbabwe (2014), Adia et al (50) en Ouganda (2014), Traoré et al (48) en Guinée (2013) et Fawole et al (46) au Nigéria (2008). Les pratiques spirituelles sont minoritaires mais se retrouvent dans l'article de Fawole et al où 22 % des PMT consultent les oracles ou reçoivent le diagnostic en rêve (46) et dans celui d'Adia et al où quelques PMT disent que les esprits les aident à poser le diagnostic (50). En 2001 à Abidjan, selon Diaby et al (40), l'interrogatoire et l'examen physique étaient réalisés par 78,3 % des PMT et les pratiques de diagnostic par « consultation divinatoire » étaient réalisées par 13,3 % des PMT, ce qui semble avoir peu changé aujourd'hui. Enfin, dans les articles de Foster et al (55) en Tanzanie (2009) et Adia et al (50) en Ouganda (2014), les PMT réfèrent leurs patients dans un service de biomédecine pour réaliser un test de paludisme, avant de les traiter (ceci concerne 13/18 PMT en milieu urbain et rural en Tanzanie et certains PMT suivant une formation en Ouganda). Cette bonne pratique semble alors se retrouver dans des contextes plutôt urbains ou lorsque les PMT sont formés.

Concernant les pratiques de traitement du paludisme, 97,7 % des PMT de notre étude utilise des plantes médicinales. Ceci se retrouve dans l'étude de Diaby et al en Côte d'Ivoire (2001) où ce taux atteignait 95 % (40). L'étude de Fawole et al au Nigéria (2008) révèle aussi que le mode de traitement des fièvres et convulsions repose essentiellement sur des plantes (bouillies ou en poudre). On y retrouve aussi d'autres thérapies minoritaires : scarifications, incantations, crèmes et savons, ainsi que les traitements biomédicaux (46).

L'assainissement du milieu ainsi que dormir sous moustiquaire sont les deux méthodes préventives les plus citées par les PMT de notre étude (respectivement 57,9 % et 48 %). Les résultats de l'étude d'Adia et al en Ouganda (2014) concordent parfaitement avec ces derniers : 43 % mentionne conseiller de dormir sous moustiquaire et 60 % d'assainir le milieu de vie, en enlevant herbes, eaux stagnantes et déchets alimentaires (50).

La majorité des PMT de notre étude, soit 82,9 % d'entre eux, déclare référer des patients vers les services de biomédecine (pour toutes pathologies comprises). Dans l'étude de Fawole et al au Nigéria (2008), beaucoup moins de PMT, soit 32,3 % avait référé au moins un enfant atteint de paludisme vers les services de biomédecine durant l'année précédente. Les raisons principales étaient l'échec de traitement ainsi que l'urgence ou la gravité de la situation (46) ; dans notre étude, celles-ci représentent les 4^{ème} et 3^{ème} places respectives des raisons de référence vers la biomédecine. Dans l'étude d'Okeke et al au Nigéria (2005), 16 PMT sur 23 (soit 69,6 %) ne réfèrent pas leurs patients. Ces derniers sont essentiellement (13 PMT) sans éducation scolaire et âgés entre 50 et 70 ans (52). Dans l'étude de Peltzer et al en Afrique du Sud (2006), évaluant une formation des PMT sur les IST, 43 à 44 % des PMT déclare avoir référé un patient vers un professionnel de biomédecine lors des trois derniers mois (29). Les références sont plus courantes vers un autre PMT que vers un professionnel de biomédecine, ce qui est l'inverse dans notre étude. Cette différence peut peut-être s'expliquer du fait que les PMT de notre étude ont des caractéristiques socio-démographiques différents, semblent plus formés et exercent en milieu urbain, donc à proximité de services de biomédecine.

Enfin, les thématiques abordées par les PMT de notre étude dans le but d'améliorer la collaboration avec les professionnels de biomédecine se retrouvent dans l'étude de Fawole et al au Nigéria (2008), où les PMT ont émis des suggestions permettant d'améliorer les services de santé traditionnels et de biomédecine : une meilleure reconnaissance du gouvernement, l'hygiène lors de la préparation des médicaments, la communication, la formation des PMT, la mise en place d'institutions de MT et l'introduction des thérapies à base de plantes dans les hôpitaux, ainsi que la création d'associations (46).

Association entre participation à la formation du PNPMT sur le paludisme et diagnostic du paludisme par GE ou TDR

L'étude de Peltzer et al portant sur l'expérimentation d'une formation sur les IST et la tuberculose auprès de PMT d'Afrique du Sud (2006), conclue que celle-ci est significativement associée (à l'analyse univariée) à de bonnes connaissances des pathologies concernées et de bonnes pratiques de prise en charge globale (dont le test en structure sanitaire) (29). Cependant, dans leur étude au Nigéria (2008), Fawole et al trouvent que l'âge et l'expérience sont significativement associés ($p < 0,05$) à la pratique de référence des patients vers un service de biomédecine à l'analyse univariée (46) (ils n'étudient pas la pratique de diagnostic en particulier), résultat que nous n'avons pas retrouvé dans notre étude.

Formations

Dans notre étude, 58,5 % des PMT a déjà participé à une formation (organisée par le PNPMT ou un autre organisme). Dans l'étude de Fawole et al au Nigéria (2008), c'est seulement 35,4 % des PMT qui a déjà suivi au moins une formation (46). Cette différence peut être à l'origine du PNPMT qui déploie ses activités à Abidjan. Les PMT de notre étude ayant suivi une ou des formation(s) organisée(s) par le PNPMT ont principalement un niveau d'étude élevé ($p < 0,05$), ayant participé à d'autres formation hors PNPMT ($p < 0,05$), collaborent plus avec les professionnels de biomédecine et les PMT ($p < 0,05$) et sont plutôt jeunes ($p > 0,05$). Dans l'étude de Fawole et al au Nigéria (2008), les PMT ayant le plus eu l'opportunité de participer à une formation sont aussi plus jeunes ($p < 0,05$) et avec un niveau d'éducation plus élevé ($p > 0,05$) (46).

Les demandes des PMT de notre étude en matière de formation sont orientées vers le paludisme, le diabète, les pathologies cardio-vasculaires, les IST et les cancers. Celles principalement abordées par les PMT dans l'étude de Matsabisa et al en Afrique du Sud (2009) sont proches : on retrouve principalement le VIH/SIDA, la tuberculose, les cancers et le diabète (56). Les demandes de formations des PMT d'Abidjan semblent correspondre aux pathologies prévalentes dans le pays, actuellement en transition épidémiologique. Les besoins en formation des PMT ne peuvent cependant être extrapolés et comparés à d'autres zones, car ils concernent ici une population bien définie de PMT avec ses spécificités épidémiologiques de la zone étudiée.

5. Recommandations de Santé Publique

Dans le but d'accompagner l'intégration de la MT au système de santé national, de façon efficace, sûre et scientifique, les recommandations suivantes permettront à chaque partie prenante d'envisager des pistes d'actions concrètes. Celles-ci sont formulées à court et moyen terme, étant donné que le secteur est en plein manieement.

Pour l'Etat Ivoirien et son Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

A court terme :

- Encourager les médecins à réaliser le suivi des patients vus en MT, notamment par le système de contre-référence
- Sensibiliser les médecins à la MT, dès leur formation initiale, afin d'amener à une collaboration de qualité

A moyen terme :

- Encourager la recherche sur les plantes médicinales
- Expérimenter à nouveau la mise en place des départements de MT au sein des hôpitaux

- Fournir un appui financier à l'organisation de formations des PMT par le PNPMT

Pour le PNPMT, au niveau interne

A court terme :

- Effectuer un suivi et une mise à jour des informations des PMT recensés dans la base de données du PNPMT
- Encourager les PMT à fournir des données concernant leur activité
- Organiser des rencontres en invitant les PMT les plus en marge pour un échange et un rapprochement du PNPMT
- Cibler les PMT les moins formés et en marge du PNPMT pour leur proposer des formations
- Continuer de proposer des formations aux PMT
- Proposer deux types de formations, selon le profil des PMT participants, leur niveau scolaire et de connaissances (formations basiques et formations plus spécialisées)
- Au niveau du contenu des formations sur le paludisme :
 - o Apporter des connaissances sur la cause unique du paludisme, et par conséquent les moyens de prévention efficaces
 - o Apporter des connaissances sur la différenciation entre les symptômes et les maladies ainsi que sur le diagnostic différentiel
 - o Apporter des connaissances sur les signes du paludisme grave et les conduites à tenir dans ce cas
 - o Insister sur les références vers la biomédecine, notamment en cas d'urgences, de gravité et pour effectuer les tests de diagnostic
- Intensifier la proposition de formation abordant les sujets suivants : les effets potentiels des plantes et interactions médicamenteuses, les notions de biologique et de naturel, les IST notamment le VIH/SIDA, la stérilité et problèmes sexuels, les cancers, les pathologies cardio-vasculaires, le diabète.

A moyen terme :

- Renforcer le suivi des PMT par des visites sur les lieux d'exercice, notamment auprès des PMT qui ne sont pas en lien avec le PNPMT
- Effectuer l'évaluation des formations proposées, notamment par des enquêtes CAP avant et un an après la formation (dont l'enquête CAP sur le paludisme en mai 2020)

Pour les PMT

A court terme :

- Se rapprocher du PNPMT pour être reconnu et suivre les recommandations préconisées
- Entretenir des liens avec le PNPMT, l'informer de son activité
- Fournir des données au PNPMT concernant l'activité des PMT au sein de leur cabinet

VII. CONCLUSION

La MT occupe une place considérable aujourd'hui dans l'offre de soins en Côte d'Ivoire. Elle connaît en effet un regain d'intérêt, notamment par une nouvelle catégorie de personnes jeunes et scolarisées, proposant de multiples pratiques de soins. Il est donc important d'étudier les PMT et recueillir des données de qualité concernant leur exercice, afin d'assurer l'intégration de cette médecine au système national de façon sécurisée. L'institutionnalisation de la MT passe en partie par la formation des PMT au sein du PNPMT. Notre étude a montré que les formations organisées sur le paludisme ont déjà un impact sur les bonnes pratiques de diagnostic du paludisme chez les PMT. Cela étant encourageant, les formations au sein du PNPMT sont à poursuivre. Un accent semble devoir être mis sur les causes et la prévention, les signes de gravité, le diagnostic différentiel du paludisme et les notions d'interactions médicamenteuses. Pour ce faire, il nous semble aussi opportun de pouvoir cibler les bénéficiaires des formations, par rapport à leurs rapports avec le PNPMT et leur niveau d'instruction (scolaire et extra-scolaire). Aussi, la production de données concernant les PMT et leur activité reste à ce jour une priorité à encourager, permettant une reconnaissance scientifique, toujours dans ce contexte d'institutionnalisation de la MT.

Le travail au sein du CEPED et du PNPMT a été pour moi une réelle opportunité professionnelle et humaine. J'ai pu, grâce à la confiance que l'on m'a accordée, réaliser une étude de terrain dans son intégralité. Bien que de petite échelle, ce travail de recherche m'a permis d'avoir un aperçu de chaque étape nécessaire à sa réalisation. Aussi, cette expérience m'a confirmé le fait que je me destine plutôt à un travail opérationnel.

Malgré les contraintes matérielles et organisationnelles, j'ai su faire preuve d'adaptation au contexte et ai réussi à mener à bien la mission confiée.

Le fait de pouvoir travailler sur le sujet de la MT, m'a permis d'appréhender de nouvelles connaissances, d'avoir des échanges très riches avec les PMT, et d'avoir des apports au-delà du champ de la Santé Publique, sur un volet à la limite de la socio-anthropologie. Lors de mes enquêtes sur le terrain, j'ai été en permanence confrontée à un regard différent du regard « occidental » sur la médecine, la façon de voir les choses, les origines de la maladie, et la santé ; ce qui était très enrichissant.

Références bibliographiques

1. Ministère Ivoirien de la Santé et de l'Hygiène Publique. Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020. [en ligne]. https://childrenandaids.org/sites/default/files/2017-11/pnds_2016-2020.pdf
2. Boniface P. L'année stratégique 2019 : Analyse des enjeux internationaux. Paris : A.Colin; 2018.
3. Nguyen E. Géopolitique de l'Afrique. Connaissances essentielles. Les grands enjeux. Levallois-Perret : Studyrama; 2017.
4. Banque Mondiale. (page consultée le 23/04/2019). Côte d'Ivoire, [en ligne]. <https://donnees.banquemondiale.org/pays/cote-d%27ivoire>
5. PopulationData.net. (page consultée le 06/12/2018). Côte d'Ivoire, [en ligne]. <https://www.populationdata.net/pays/cote-divoire/>
6. United Nations Population Fund. (page consultée le 27/11/2018). Population mondiale Côte d'Ivoire, [en ligne]. <https://www.unfpa.org/fr/data/world-population/CI>
7. Banque Mondiale. (page consultée le 18/05/2019). Indicateurs de développement dans le monde - Taux de croissance de la population, [en ligne]. https://www.google.com/publicdata/explore?ds=d5bncppjof8f9_&met_y=ny_gdp_pcap_cd&hl=fr&dl=fr#!ctype=l&strail=false&bcs=d&nselm=h&met_y=sp_pop_grow&scale_y=lin&ind_y=false&rdim=region&idim=country:CIV&ifdim=region&hl=fr&dl=fr&ind=false
8. Ministère Ivoirien de la Santé et de la Lutte contre le SIDA. Plan Stratégique National De Promotion De La Médecine Traditionnelle. Genève : Organisation Mondiale de la Santé (OMS);2014.
9. OMS. (page consultée le 18/05/2019). Côte d'Ivoire, [en ligne]. <http://www.who.int/countries/civ/fr/>
10. Institute for Health Metrics and Evaluation. (page consultée le 27/11/2018). Cote d'Ivoire, [en ligne]. <http://www.healthdata.org/cote-divoire>
11. ONUSIDA. (page consultée le 09/12/2018). Côte d'Ivoire, [en ligne]. <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/ctedivoire>
12. World Health Organization. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles Côte d'Ivoire. 2018. [en ligne]. https://www.who.int/nmh/countries/civ_en.pdf
13. République de Côte d'Ivoire. Analyse de la situation nutritionnelle en Côte d'Ivoire. 2015.[en ligne] http://www.nutrition.gouv.ci/fichier/doc/Analyse_situationnelle_15_08_16.pdf
14. Banque Mondiale. (page consultée le 09/12/2018). Ratio de décès maternel (estimation par modèle, pour 100 000 naissances vivantes), [en ligne]. <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.STA.MMRT?locations=CI>

15. Banque Mondiale. (page consultée le 09/12/2018). Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), [en ligne]. <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.DYN.IMRT.IN?locations=CI>
16. Gavi The Vaccine Alliance. (page consultée le 08/08/2019). Côte d'Ivoire, [en ligne]. <https://www.gavi.org/pays/cote-divoire/>
17. OMS, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Alma-Ata 1978, les soins de santé primaires. Genève: OMS; 1978.
18. OMS. (page consultée le 01/12/2018). Retour à Alma-Ata, [en ligne]. <http://www.who.int/dg/20080915/fr/>
19. OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2008 Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais. Genève : OMS; 2008.
20. OMS. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève: OMS; 2013.
21. OMS. (page consultée le 30/11/2018). Thèmes de santé - Médecine traditionnelle, [en ligne]. https://www.who.int/topics/traditional_medicine/fr/
22. Rakotomalala M. Transformations du politique et pluralité thérapeutique. Journal des anthropologues. 2002 Jun 1;(88-89):41-52.
23. Makita-Ikouaya E, Milleliri J-M, Rudant J-P. Place de la médecine traditionnelle dans le système de soins des villes d'Afrique subsaharienne : le cas de Libreville au Gabon. Cahiers santé. 2010 Oct;20(4):179-88.
24. OMS. (page consultée le 30/11/2018). Médecine traditionnelle: des textes anciens aux nouveaux médicaments, [en ligne]. <https://www.who.int/bulletin/volumes/90/8/12-020812/fr/>
25. Kouamé Akissi SP. Evaluation de la collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle dans les districts sanitaires de Yopougon. Thèse de doctorat en médecine : UFR sciences médicales : Abidjan : 2010 : 5168/10.
26. Nations Unies. (page consultée le 08/08/2019). Objectifs de Développement Durable 3 Bonne santé et bien-être, [en ligne]. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>
27. Niangué-Beugré M-N, Oulaï S-M, Cissé L, Diarrassouba B, Couitchéré L, Aholi J-M, et al. Le recours à la médecine traditionnelle chez l'enfant malade en milieu urbain dans la commune de Treichville à Abidjan (Côte d'Ivoire). Arch Pédiatr. 2006 Mar;13(7):1069-70.
28. Willcox ML, Bodeker G. Traditional herbal medicines for malaria. BMJ. 2004 Nov 13;329(7475):1156-9.
29. Peltzer K, Mngqundaniso N, Petros G. A Controlled Study of an HIV/AIDS/STI/TB Intervention with Traditional Healers in KwaZulu-Natal, South Africa. AIDS Behav. 2006 Oct 11;10(6):683-90.
30. Ssali A, Butler LM, Kabatesi D, King R, Namugenyi A, Kanya MR, et al. Traditional Healers for HIV/AIDS Prevention and Family Planning, Kiboga District, Uganda: Evaluation of a Program to Improve Practices. AIDS Behav. 2005 Dec;9(4):485-93.

31. Wamba A. Entre religion, tradition et modernité : la construction d'un réseau de compétences thérapeutiques au Cameroun. *L'Autre*. 2005;6(2):227–37.
32. Makundi EA, Malebo HM, Mhame P, Kitua AY, Warsame M. Role of traditional healers in the management of severe malaria among children below five years of age: the case of Kilosa and Handeni Districts, Tanzania. *Malar J*. 2006 Jul 18;5:58–66.
33. Diallo D, Graz B, Falquet J, Traoré AK, Giani S, Mounkoro PP, et al. Malaria treatment in remote areas of Mali: use of modern and traditional medicines, patient outcome. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2006 Jun;100(6):515–20.
34. ONUSIDA. Des remèdes ancestraux pour une maladie nouvelle: l'intégration des guérisseurs traditionnels a la lutte contre le SIDA accroît l'accès aux soins et à la prévention en Afrique de l'Est. Genève: ONUSIDA; 2003.
35. Campbell-Tofte JIA, Mølgaard P, Josefsen K, Abdallah Z, Hansen SH, Cornett C, et al. Randomized and double-blinded pilot clinical study of the safety and anti-diabetic efficacy of the Rauvolfia-Citrus tea, as used in Nigerian Traditional Medicine. *J Ethnopharmacol*. 2011 Jan;133(2):402–11.
36. Peters EJ, Immananagha KK, Essien OE, Ekott JU. Traditional Healers' Practices and the Spread of HIV/AIDS in South Eastern Nigeria. *Trop Doct*. 2004 Apr 1;34(2):79–82.
37. Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS). Manuel de formation des tradipraticiens. Bobo-Dioulasso: OOAS; 2013.
38. OMS Afrique. Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte dans la Région Africaine - Manuel de formation à la surveillance à base communautaire. Brazzaville: OMS/AFRO; 2015.
39. Duchesne V. L'argilo-thérapie dans un hôpital ivoirien. Collaboration thérapeutique et co-construction d'un savoir alternatif. Presses de l'INALCO : sous presse.
40. Diaby B, Kroa E, Niaré A, Coulibaly D, Traoré Y, Giani S, et al. Connaissances, attitudes et pratiques des tradipraticiens de la santé de la ville d'Abidjan sur le paludisme. *Mali Med*. 2011;26(3):8–12.
41. OMS. (page consultée le 16/01/2019). Paludisme. Le rapport de cette année en un clin d'œil, [en ligne]. <http://www.who.int/malaria/media/world-malaria-report-2018/fr/>
42. Centre Population et Développement (CEPED). (page consultée le 10/07/2019). Devenir et recomposition de la « médecine traditionnelle » en Côte d'Ivoire, [en ligne]. <https://www.ceped.org/fr/Projets/Projets-Axe-1/article/devenir-et-recomposition-de-la>
43. Monnot A. Les pratiques d'évaluation de la formation professionnelle et leurs déterminants dans les entreprises du SBF 120. *Manag Avenir*. 2014 May 14;68(2):92–111.
44. Capite Corpus. (page consultée le 22/01/2019). Le modèle Kirkpatrick Un dispositif d'évaluation global et efficient, [en ligne]. <https://www.capitecorpus.com/pedagogie-évaluation/le-modele-kirkpatrick>
45. Skillway. (page consultée le 22/01/2019). Le modèle de Kirkpatrick, [en ligne]. <http://www.skillway.org/spip.php?article32>

46. Fawole OI, Akinboye DO, Falade CO, Arulogun OS, Adeniyi JD. Case management of childhood fever by traditional healers in southwest Nigeria: identification of training and collaborative needs. *Int Q Community Health Educ.* 2008;28(4):319–35.
47. Diallo D, Diakité C, Mounkoro PP, Sangaré D, Graz B, Falquet J, et al. Knowledge of traditional healers on malaria in Kendi (Bandiagara) and Finkolo (Sikasso) in Mali. *Mali Med.* 2007;22(4):1–8.
48. Traore MS, Baldé MA, Diallo MST, Baldé ES, Diané S, Camara A, et al. Ethnobotanical survey on medicinal plants used by Guinean traditional healers in the treatment of malaria. *J Ethnopharmacol.* 2013 Oct 31;150(3):1145–53.
49. Stangeland T, Alele PE, Katuura E, Lye KA. Plants used to treat malaria in Nyakayojo sub-county, western Uganda. *J Ethnopharmacol.* 2011 May 06;137(1):154–66.
50. Adia MM, Anywar G, Byamukama R, Kamatenesi-Mugisha M, Sekagya Y, Kakudidi EK, et al. Medicinal plants used in malaria treatment by Prometra herbalists in Uganda. *J Ethnopharmacol.* 2014 Jun 11;155(1):580–8.
51. Ngarivhume T, Van't Klooster CIEA, de Jong JTVM, Van der Westhuizen JH. Medicinal plants used by traditional healers for the treatment of malaria in the Chipinge district in Zimbabwe. *J Ethnopharmacol.* 2014 Nov 18;159:224–37.
52. Okeke TA, Okafor HU, Uzochukwu BSC. Traditional healers in Nigeria: perception of cause, treatment and referral practices for severe malaria. *J Biosoc Sci.* 2005 Jul 11;38(4):491–500.
53. Diarra N, Klooster CV, Togola A, Diallo D, Willcox M, Jong J de. Ethnobotanical study of plants used against malaria in Sélingué subdistrict, Mali. *J Ethnopharmacol.* 2015 Mar 06;166:352–60.
54. Orwa JA, Mwitari PG, Matu EN, Rukunga GM. Traditional healers and the management of malaria in Kisumu district, Kenya. *East Afr Med J.* 2007 Feb 2;84(2):51–5.
55. Foster D, Vilendrer S. Two treatments, one disease: Childhood malaria management in Tanga, Tanzania. *Malar J.* 2009 Oct 27;8(1):240–6.
56. Matsabisa MG, Spotose T, Hoho D, Javu M. Traditional health practitioners' awareness training programme on TB, HIV and AIDS: A pilot project for the Khayelitsha area in Cape Town, South Africa. *J Med Plants Res.* 2009 Mar;3(3):142–7.

Liste des annexes

Annexe 1 : Texte de loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles.....	p. 65
Annexe 2 : Questionnaire administré aux PMT de l'étude, Abidjan, 2019 (présenté sous forme du questionnaire codé).....	p. 72
Annexe 3 : Extraits des réponses aux questions ouvertes et commentaires des PMT enquêtés (Abidjan, 2019), transcrits sur Excel.....	p. 83
Annexe 4 : Extraits de la base de données créée sur Access pour la saisie des données quantitatives de l'étude, Abidjan, 2019.....	p. 85
Annexe 5 : Plan d'analyse statistique, réalisé sur le logiciel RStudio.....	p. 87
Annexe 6 : Entretiens exploratoires réalisés avec 5 PMT à Abidjan, 2019.....	p. 100
Annexe 7 : Photographies illustrant le travail d'enquête de terrain à Yopougon, Abidjan, 2019.....	p. 120
Annexe 8 : Diagramme de Gantt des activités prévues pour la période de stage (avril à août 2019)	p. 123
Annexe 9 : Diagramme de Gantt des activités réalisées pour la période de stage (avril à août 2019)	p. 124
Annexe 10 : Comparaison descriptive et statistique des caractéristiques socio-démographiques des répondants et des non-répondants à l'étude, Abidjan, 2019.....	p. 125
Annexe 11 : Demandes de formations exprimées par les 175 PMT déclarant avoir besoin de formation, Abidjan, 2019.....	p. 126

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union-Discipline-Travail

LOI N° 2015-536 DU 20 JUILLET 2015
RELATIVE A L'EXERCICE ET A L'ORGANISATION DE LA MEDECINE
ET DE LA PHARMACOPEE TRADITIONNELLES

L'ASSEMBLEE NATIONALE a adopté,

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

Chapitre I : Définitions

Article 1 : Au sens de la présente loi, on entend par :

accoucheuse traditionnelle, toute personne reconnue comme compétente pour prodiguer à une femme et à son nouveau-né, pendant et après l'accouchement, des soins de santé basés sur les concepts prévalant dans la société où elle vit ;

centre de consultation et de soin traditionnel, tout établissement dans lequel des consultations sont effectuées, des traitements et conseils donnés en matière de médecine traditionnelle ;

centre de médecine traditionnelle, tout établissement dans lequel l'ensemble de toutes les connaissances et pratiques, matérielles ou immatérielles, explicables ou non, sont utilisées pour diagnostiquer, prévenir, stabiliser ou éliminer un déséquilibre physique, mental, psychique et social, en s'appuyant exclusivement sur des expériences vécues et sur des connaissances transmises de génération en génération, oralement ou par écrit ;

herboriste, toute 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 ;

herboristerie, tout établissement de conseil dans lequel des matières végétales, animales ou minérales sont vendues à des fins thérapeutiques ;

médicaments traditionnels, tout médicament conçu et développé par un praticien de médecine traditionnelle ou un chercheur à partir des connaissances ou informations issues de la pharmacopée traditionnelle. Ce sont aussi des produits médicinaux finis et étiquetés contenant des matières végétales, animales, minérales ou leurs préparations et possédant des propriétés thérapeutiques ou prophylactiques ;

médecine traditionnelle, l'ensemble de toutes les connaissances et pratiques, matérielles ou immatérielles, explicables ou non, utilisées pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental, psychique et social, en s'appuyant exclusivement sur des connaissances transmises de génération en génération, oralement ou par écrit, et sur des expériences vécues ;

médico-droguiste, toute personne qui, sur la base des connaissances acquises en médecine et en pharmacopée traditionnelles, conditionne et vend des matières premières animales et/ou minérales à des fins thérapeutiques

naturothérapeute, toute personne qui, sur la base des connaissances, n'utilise que des substances naturelles comme moyen thérapeutique ;

praticien de médecine traditionnelle, toute personne reconnue par la communauté dans laquelle elle vit, comme compétente pour diagnostiquer des maladies et invalidités y prévalant, dispenser des soins de santé et utilisant des méthodes et des produits traditionnels d'origine végétale, animale et/ou minérale ;

phytothérapeute, toute personne qui, sur la base des connaissances acquises au sein de la famille, par révélation ou auprès d'un autre phytothérapeute, utilise les vertus des plantes médicinales pour traiter les malades ;

psychothérapeute, toute personne qui soigne les troubles mentaux et établit l'équilibre spirituel à partir des plantes médicinales et de pouvoirs surnaturels ou magiques ;

plante médicinale, toute plante entière ou partie de plante délivrée en l'état pour un usage thérapeutique ;

unité de production de médicaments traditionnels, tout établissement dans lequel des médicaments traditionnels de qualité ou raffinés sont produits, distribués et vendus. C'est également une unité de production industrielle ou semi-industrielle qui transforme les matières premières d'origine végétale ou toute autre substance

d'origine animale ou minérale en formes pharmaceutiques élaborées.

Chapitre II : Objet et champ d'application

Article 2 : La présente loi a pour objet de fixer les règles relatives à l'exercice et à l'organisation de la médecine traditionnelle.

Article 3 : Sont soumis aux dispositions de la présente loi, les praticiens de médecine traditionnelle, les centres de médecine traditionnelle et les unités de production de médicaments traditionnels.

TITRE II: EXERCICE DE LA MEDECINE ET DE LA PHARMACOPÉE TRADITIONNELLES

Article 4 : L'exercice de la médecine traditionnelle est reconnu en Côte d'Ivoire. Les praticiens de médecine traditionnelle sont classés dans l'une des catégories suivantes par arrêté du Ministre chargé de la Santé :

- accoucheuses traditionnelles ;
- naturothérapeutes ;
- phytothérapeutes ;
- psychothérapeutes ;
- herboristes ;
- médico-droguistes ;

Article 5 : Nul ne peut exercer la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire et porter le titre de praticien de médecine traditionnelle, s'il n'est ivoirien et n'a obtenu l'autorisation d'exercer.

Toutefois, des personnes de nationalité étrangère pourront bénéficier d'une autorisation d'exercice de la médecine traditionnelle conformément aux traités et accords inter Etats en la matière.

Article 6 : La demande d'autorisation d'exercice de la médecine traditionnelle est adressée au Ministre chargé de la Santé

Article 7 : L'autorisation d'exercice de la médecine traditionnelle est délivrée par le Ministre chargé de la Santé. Cette autorisation est personnelle, incessible et révocable.

Article 8 : L'autorisation d'exercice de la médecine traditionnelle étant délivrée pour un nombre précis de pathologies, l'extension de cette autorisation à d'autres pathologies est soumise à nouvelle d'autorisation.

Article 9 : Le praticien de médecine traditionnelle peut se faire assister par des collaborateurs.

Les collaborateurs du praticien de médecine traditionnelle doivent avoir effectué un stage d'au moins six mois dans le domaine de la médecine traditionnelle, assorti d'une attestation de formation, et être munis d'une carte délivrée par la structure en charge de la promotion de la médecine traditionnelle.

Article 10 : Il est institué par la présente loi, une organisation nationale des praticiens de médecine traditionnelle dont les attributions, l'organisation et le fonctionnement sont déterminés par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 11 : il est créé un cadre permanent de concertation sur l'évolution de la médecine traditionnelle,

Article 12 : Un décret pris en Conseil des Ministres institue un code d'éthique et de déontologie des praticiens de médecine traditionnelle.

Article 13 : Le principe de la collaboration entre la médecine traditionnelle et médecine moderne est admis. Des textes réglementaires déterminent les termes et conditions de cette collaboration.

Dans cette collaboration, les savoirs traditionnels et les inventions issues de la pharmacopée traditionnelle sont garantis par les droits de propriété intellectuelle ou tout autre texte relatif à la protection des savoirs traditionnels en vigueur.

TITRE III : ORGANISATION DE LA MEDECINE ET DE PHARMACOPEE TRADITIONNELLES

Chapitre I : Les centres de médecine traditionnelle

Article 14 : La médecine traditionnelle est exercée dans les centres de médecine traditionnelle.

Les centres de médecine traditionnelle regroupent :

- les centres de consultations et de soins traditionnels ;
- les herboristeries.

Article 15 : Les consultations, les soins ou les ventes de médicaments traditionnels se font dans les centres de consultations de médecine traditionnelle.

La vente de médicaments traditionnels se fait également dans les herboristeries.

Article 16 : Ne peuvent être autorisés par le Ministre chargé de la Santé à ouvrir un centre de médecine traditionnelle que les praticiens de médecine traditionnelle munis d'une autorisation d'exercice de la médecine traditionnelle.

L'autorisation d'ouverture d'un centre de médecine traditionnelle peut être accordée à une association de praticiens de médecine traditionnelle légalement constituée.

Cette autorisation est incessible et révocable.

Article 17 : Les plantes médicinales peuvent être vendues dans les herboristeries sous forme de tisane, de poudre, d'extrait, d'huile essentielle ou d'huile grasse.

Les médicaments traditionnels délivrés dans les herboristeries doivent être conditionnés dans des emballages, des pots ou des flacons uni-doses ou multi-doses, de premier usage et étiqueté conformément à la réglementation en vigueur.

Article 18 : L'étiquetage des médicaments traditionnels est obligatoire et comporte :

- le nom du médicament ;
- le nom scientifique de la plante ;
- l'indication thérapeutique ;
- le nom de tout autre produit ajouté à la préparation ;
- le mode d'emploi et la posologie ;
- la méthode de conservation et la date de péremption ;
- les effets indésirables et les contre-indications.

Article 19 : Les médicaments traditionnels peuvent être disponibles chez un fabricant agréé ou chez un pharmacien.

Article 20 : Les médicaments traditionnels peuvent être importés, conformément à la réglementation en vigueur.

Chapitre II : Unités de production de médicaments traditionnels

Article 21 : La fabrication de médicaments traditionnels se réalise dans des unités de production de médicaments traditionnels agréées par le Ministre chargé de la Santé.

Les conditions d'agrément sont déterminées par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 22 : Toute exploitation à l'échelle industrielle de plantes médicinales ne peut se faire que si elles font l'objet de culture conformément à la loi portant Code forestier, Code de l'environnement et tous autres textes en vigueur en la matière.

Toute exploitation à l'échelle industrielle de substances d'origine animale ne peut se faire que si les animaux concernés font l'objet d'élevage.

Article 23 : La liste des plantes médicinales est déterminée par le Ministre chargé de la Santé.

Les conditions de contrôle et d'homologation des médicaments traditionnels sont déterminées par décret pris en Conseil des Ministres.

TITRE IV : SANCTIONS ADMINISTRATIVES ET DISPOSITIONS PENALES

Chapitre I : Sanctions administratives

Article 24 : Le Ministre chargé de la Santé peut retirer l'autorisation d'exercice de la médecine traditionnelle :

- s'il apparaît que les pratiques du praticien de médecine traditionnelle ou ses médicaments traditionnels présentent un danger pour la santé publique ;
- en cas d'infraction aux règles d'hygiène ;
- si le praticien de médecine traditionnelle exploite son centre de médecine traditionnelle à des fins autres que celles prévues à l'article 12 de la présente loi ;
- si le praticien de médecine traditionnelle vend ses médicaments traditionnels dans un lieu autre que son centre de médecine traditionnelle ou une herboristerie ;
- lorsque le praticien de médecine traditionnelle cède à titre onéreux ou gratuit son autorisation d'exercice à une tierce personne ;
- lorsque le praticien de médecine traditionnelle ou le centre de médecine traditionnelle font l'objet d'une condamnation pénale ou civile même si cette condamnation n'est pas devenue définitive ;
- lorsque le centre de médecine traditionnelle ne satisfait pas aux exigences de l'article 13 de la présente loi.

Le Ministre chargé de la Santé peut également retirer cette autorisation à tous les praticiens d'une association de praticiens de médecine traditionnelle, lorsque l'un d'entre eux accomplit l'un des faits susmentionnés pour son compte ou celui de l'association.

Article 25 : L'autorisation d'exercice de la médecine traditionnelle est suspendue de plein droit lorsque son bénéficiaire a fait l'objet d'une condamnation pénale ou civile en raison de ses pratiques ou de la mauvaise qualité de ses médicaments, même si cette condamnation n'est pas devenue définitive.
Cette suspension peut être levée par le Ministre chargé de la santé dans les conditions fixées par décret pris en Conseil des Ministres.

Article 26 : Le Ministre chargé de la Santé peut retirer l'agrément d'une unité de production de médicaments traditionnels en cas de violation des dispositions de l'article 18 de la présente loi.
Cet agrément est suspendu et levé dans les conditions déterminées à l'article précédent.

Article 27 : Le Ministre chargé de la Santé peut ordonner la fermeture du centre de médecine traditionnelle ou de l'unité de production de médicaments traditionnels en cas d'infraction aux règles d'hygiène.

Chapitre II : Dispositions pénales

Article 28 : Est puni d'un emprisonnement de 3 mois à 5 ans et d'une amende de 300 000 à 500 000 francs, quiconque pratique illégalement la médecine traditionnelle. La tentative est punissable.
Le maximum de la peine encourue est porté au double en cas de récidive.

Article 29 : Est puni d'un emprisonnement de 1 à 6 mois et d'une amende de 50 000 à 100 000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque vend des médicaments traditionnels sans autorisation ou dans un lieu autre qu'un centre de médecine traditionnelle ou herboristerie.

Article 30 : Est puni d'une amende de 100 000 à 300 000 francs, tout manquement aux dispositions de l'article 15 de la présente loi.

Article 31 : Est puni d'une d'amende de 10 000 000 à 20 000 000 francs, toute unité de production de médicaments traditionnels qui viole les dispositions de l'article 18 de la présente loi.
La tentative est punissable.

TITRE V: DISPOSITIONS FINALES

Article 32 : Des décrets précisent les modalités d'application de la présente loi.

Article 33 : La présente loi sera publiée au Journal Officiel de la République de Côte d'Ivoire et exécutée comme loi de l'Etat.

Copie certifiée conforme à l'original
Le Secrétaire Général du Gouvernement

Fait à Abidjan, le 20 juillet 2015



Sansan KAMBILE
Magistrat N° 1570570

Alassane OUATTARA

Identifiant du district |__|__| **ID_DISTRICT**

Yopougon Est **YE** ; Yopougon Ouest **YO** ; Marcory-Treichville **MT**

Numéro d'identifiant du praticien |__|__|__| **ID_PMT**

Evaluation des formations et CAP sur le paludisme des praticiens de médecine traditionnelle à Abidjan

Bonjour,

Je suis étudiante en Santé Publique en France, et j'effectue un stage au Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle à Abidjan.

Nous menons une étude sur les pratiques des praticiens de médecine traditionnelle et leur rôle dans la santé des populations. Je m'intéresse particulièrement aux formations qui sont proposées aux praticiens et à la prise en charge du paludisme.

Il n'y a absolument pas de réponse juste ou fausse à mes questions, le but est simplement de vous donner la parole et faire un état des lieux, sans jugement. Toutes vos réponses resteront anonymes. Aucun nom n'est mentionné dans le questionnaire.

Merci de répondre de la façon la plus libre et réelle possible.

L'administration du questionnaire dure environ 15-20 minutes.

Consentement :

« J'accepte de répondre au questionnaire suivant »

« Je refuse de répondre au questionnaire suivant »

Date :

Signature :

I. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1. Sexe : **SEXE**

- M ¹
- F ²

2. Age : **AGE**

- ≤ 30 ans ¹
- 31-40 ans ²
- 41-50 ans ³
- 51-60 ans ⁴
- 61-70 ans ⁵
- ≥ 71 ans ⁶

3. Depuis combien d'années pratiquez-vous comme praticien de médecine traditionnelle ? **PRATIQ**

- Moins d'1 an ¹
- 1 à 5 ans ²
- 6 à 10 ans ³
- 11 à 15 ans ⁴
- 16 à 20 ans ⁵
- 21 à 25 ans ⁶
- 26 à 30 ans ⁷
- 31 à 35 ans ⁸
- 36 à 40 ans ⁹
- Plus de 40 ans ¹⁰

4. Quel est votre niveau d'études ? **ETUD**

- Non scolarisé ¹
- Niveau primaire ²
- Niveau collège ³
- Niveau lycée ⁴
- Niveau supérieur ⁵
- Ecole coranique ⁶
- Autre ⁷, précisez **ETUD_AUTR** :

5. D'où vient votre savoir, votre connaissance de praticien ? (*plusieurs choix possibles*)

5.a. Révélation dans un rêve **ORIG_REV**

- Oui ¹
- Non ⁰

5.b. Initiation divine (génies ou esprits) **ORIG_INIT**

- Oui ¹
- Non ⁰

5.c. Don de Dieu **ORIG_DIEU**

- Oui ¹
- Non ⁰
- 5.d. Par un parent (famille) **ORIG_PAREN**
 - Oui ¹
 - Non ⁰
- 5.e. Formation auprès d'un autre PMT **ORIG_PMT**
 - Oui ¹
 - Non ⁰
- 5.f. Recherches personnelles **ORIG_PERSO**
 - Oui ¹
 - Non ⁰
- 5.g. Autre **ORIG_AUTR**
 - Oui ¹, précisez **ORIG_AUTR_PREC** :
 - Non ⁰

6. De quelle catégorie de praticiens faites-vous partie ? Quel type de praticien êtes-vous ? **CAT**

- Accoucheuse traditionnelle ¹
- Herboriste ²
- Mé dico-droguiste ³
- Naturothérapeute ⁴
- Phytothérapeute ⁵
- Psychothérapeute ⁶
- Chiropracteur ⁷
- Rebouteur ou rebouteur ⁸
- Ritualiste ⁹
- Agent de santé ¹⁰
- Tradipraticien ¹¹
- Autre ¹², précisez : **CAT_AUTR**

7. Soignez-vous le paludisme ? **PALU**

- Oui ¹
- Non ⁰

II. FORMATIONS

1. Avez-vous déjà participé à une formation organisée par le programme ?

FORM_PNPMT

- Oui ¹
- Non ⁰

Si oui, sur quelles thématiques ?

1.a. Collecte et conservation des produits à base de plantes **FORM_PLANT**

- Oui ¹
- Non ⁰

1.b. Normes de bonnes pratiques de fabrication des médicaments traditionnels **FORM_BPF**

- Oui ¹
- Non ⁰

1.c. Loi et code d'éthique et de déontologie, fiches de consultation, rapports d'activités

FORM_LOI

- Oui ¹
- Non ⁰

1.d. Anatomie et hygiène **FORM_HYG**

- Oui ¹
- Non ⁰

1.e. Pathologies **FORM_PAT**

- Oui ¹, précisez **FORM_PAT_PREC** :
- Non ⁰

1.f. Si oui, avez-vous été satisfait des formations reçues (contenu, support, organisation) ?

FORM_SATIS

- Oui, de toutes les formations ³
- De certaines formations ²
- Moyennement satisfait ¹
- Non, d'aucune formation ⁰

1.g. Si non, pourquoi ? **FORM_PQ**

- Pas envie ¹
- N'a pas été sollicité, n'a pas eu l'information ²
- Pas le temps ³
- Absent, en déplacement ⁴
- Autre ⁵, précisez : **FORM_PQ_AUTR**

2. Avez-vous déjà participé à une formation organisée par une autre structure que le PNPMT ? **FORM_EXT**

- Oui ¹
- Non ⁰

2.a. Si oui, sur quelles thématiques ? **FORM_EXT_THEM**

.....

Si formation(s) suivie(s) :

3. Pensez-vous que la ou les formation(s) vous ont permis d'acquérir des connaissances ?

FORM_CNCS

- Oui ¹
- Non ⁰
- Ne sait pas ³

4. Qu'est-ce que la/les formation(s) vous ont apportée(s), qu'est-ce qui a changé dans votre pratique à la suite de la/des formation(s) ? **FORM_APPORT**

.....
.....
5. Avez-vous besoin de vous former davantage sur certains sujets ? **BESOIN**

- Oui ¹
- Non ⁰
- Ne sait pas ³

5.a. Si oui, sur quel(s) sujet(s) (Pathologie, public, thématique...) ? **BESOIN_QUOI**

.....
.....

5.b. Si non, pourquoi ? **BESOIN_PQ**

- Pas besoin, pas envie ¹
- Pas le temps ²
- Les formations ne sont pas adaptées aux besoins ³
- Ne sait pas ⁴

III. CAP PALUDISME ET COLLABORATION

Connaissances

1. Selon vous, est-ce que le paludisme peut avoir des conséquences graves sur la santé ?

PALU_GRAV

- Oui ¹
- Non ⁰
- Ne sait pas ³

2. Quelles sont les causes du paludisme ? (*donner les choix de réponse*)

2.a. L'alimentation **C_ALIM**

- Oui ¹
- Non ⁰
- Ne sait pas ³

2.b. Le soleil **C_SOLE**

- Oui ¹
- Non ⁰
- Ne sait pas ³

2.c. Un environnement sale **C_SAL**

- Oui ¹
- Non ⁰
- Ne sait pas ³

2.d. Les moustiques **C_MOUST**

- Oui ¹
 - Non ⁰
 - Ne sait pas ³
- 2.e. Le manque d'hygiène personnelle **C_HYG**
- Oui ¹
 - Non ⁰
 - Ne sait pas ³
- 2.f. Un mauvais sort, un mauvais esprit, une cause surnaturelle ou mystique **C_SPIRIT**
- Oui ¹
 - Non ⁰
 - Ne sait pas ³
- 2.g. La fatigue **C_FATIG**
- Oui ¹
 - Non ⁰
 - Ne sait pas ³
- 2.h. Autre, précisez : **C_AUTR**
3. Est-ce que le paludisme s'attrape plus en saison des pluies ? **PALU_PLUI**
- Oui ¹
 - Non ⁰
 - Ne sait pas ³
4. Qui est plus à risque d'attraper le paludisme ?
- 4.a. Les enfants sont plus à risque d'attraper le paludisme **RISQ_ENFT**
- Oui ¹
 - Non ⁰
 - Ne sait pas ³
- 4.b. Les personnes qui travaillent beaucoup sont plus à risque d'attraper le paludisme **RISQ_W**
- Oui ¹
 - Non ⁰
 - Ne sait pas ³
- 4.c. Les femmes enceintes sont plus à risque d'attraper le paludisme **RISQ_GROSS**
- Oui ¹
 - Non ⁰
 - Ne sait pas ³
- 4.d. Les personnes porteuses du VIH sont plus à risque d'attraper le paludisme **RISQ_VIH**
- Oui ¹
 - Non ⁰
 - Ne sait pas ³
5. Selon vous, existe-t-il plusieurs sortes de paludisme ? **PALU_DIFF**
- Oui ¹, précisez **PALU_DIFF_PREC** :
 - Non ⁰
 - Ne sait pas ³

6. Pouvez-vous citer les symptômes ou signes du paludisme simple ? *(ne pas donner les choix de réponse)*

6.a. Céphalées **SS_CEPHAL**

- Oui ¹
- Non ⁰

6.b. Fièvre, sueur **SS_FIEVR**

- Oui ¹
- Non ⁰

6.c. Fatigue, perte d'énergie **SS_FATIG**

- Oui ¹
- Non ⁰

6.d. Frissons **SS_FRISS**

- Oui ¹
- Non ⁰

6.e. Troubles digestifs (douleurs abdominales, nausées, diarrhées, constipation, perte d'appétit, vomissements) **SS_DIG**

- Oui ¹
- Non ⁰

6.f. Courbatures **SS_COURB**

- Oui ¹
- Non ⁰

6.g. Autres, précisez : **SS_AUTR**

7. Pouvez-vous citer les symptômes ou signes du paludisme grave ? *(ne pas donner les choix de réponse)*

7.a. Vomissements **SG_VOMI**

- Oui ¹
- Non ⁰

7.b. Perte de connaissance, coma ou altération de la conscience **SC_COMA**

- Oui ¹
- Non ⁰

7.c. Pâleur, anémie **SG_ANEMI**

- Oui ¹
- Non ⁰

7.d. Convulsions **SG_CONV**

- Oui ¹
- Non ⁰

7.e. Ictère **SG_ICTER**

- Oui ¹
- Non ⁰

7.f. Autres, précisez : **SG_AUTR**

8. Savez-vous comment se passe la prise en charge à l'hôpital d'une personne qui a le paludisme ? **PEC_PALU**

- Oui ¹
- Non ⁰

- Partiellement ²

Pratiques

9. Comment diagnostiquez-vous le paludisme ? (Plusieurs choix possibles) *(ne pas donner les choix de réponse)*

9.a. Interrogatoire, signes cliniques, observation et déclaration du patient **D_CLINIQ**

- Oui ¹
 Non ⁰

9.b. Examens sanguin (GE ou TDR) dans votre centre ou votre laboratoire ou chez vous

D_LABO_INT

- Oui ¹
 Non ⁰

9.c. Examens sanguin (GE ou TDR) de laboratoire ou d'hôpital ou centre de soins **D_LABO_EXT**

- Oui ¹
 Non ⁰

9.d. Pratique mystique, spirituelle ou religieuse **D_SPIRIT**

- Oui ¹
 Non ⁰

9.e. Autre, précisez : **D_AUTR**

10. Comment traitez-vous le paludisme ? (Plusieurs choix possibles) *(donner les choix de réponse)*

10.a. Par des plantes médicinales (feuilles, écorces, racines...) **TTT_PLANT**

- Oui ¹
 Non ⁰

10.b. Par des substances naturelles minérales ou animales **TTT_NATUR**

- Oui ¹
 Non ⁰

10.c. Par des rituels ou pratiques spirituelles, religieuses, mystiques, des prières ou paroles

TTT_SPIRIT

- Oui ¹
 Non ⁰

10.d. Par des massages **TTT_MASS**

- Oui ¹
 Non ⁰

10.e. Par des traitements biomédicaux, de l'hôpital ou de la pharmacie **TTT_BIO**

- Oui ¹
 Non ⁰

10.f. Si oui, lesquels ? **TTT_BIO_SPE**

- CTA ¹
 Quinine ²
 Artémether ³
 Antibiotique ⁴
 Paracétamol ⁵
 Autre ⁶

10.g. Autre, précisez : **TTT_AUTR**

11. Produisez-vous des Médicaments Traditionnels Améliorés pour traiter le paludisme ?

PALU_MTA

- Oui ¹
- Non ⁰

12. Est-ce que vos traitements peuvent être pris en même temps que des traitements prescrits par des médecins de l'hôpital ? **TTT_SIMULT**

- Oui ¹
- Non ⁰
- Quelques fois ²
- Ne sait pas ³

13. Donnez-vous des conseils préventifs sur le paludisme à vos patients ? **P_PALU**

- Oui ¹
- Non ⁰

Si oui lesquels ? *(ne pas donner les modalités de réponses possibles)*

13.a. Consommer des plantes **P_PLANT**

- Oui ¹
- Non ⁰

13.b. Utiliser des répulsifs naturels **P_REP_NAT**

- Oui ¹
- Non ⁰

13.c. Utiliser des répulsifs industriels **P_REP_IND**

- Oui ¹
- Non ⁰

13.d. Dormir sous moustiquaire **P_MOUST**

- Oui ¹
- Non ⁰

13.e. Suivre un régime alimentaire particulier (éviter ou consommer certains aliments)

P_ALIM

- Oui ¹
- Non ⁰

13.f. Eviter le soleil **P_SOLE**

- Oui ¹
- Non ⁰

13.g. Assainir le milieu **P_ASSAI**

- Oui ¹
- Non ⁰

13.h. Avoir une bonne hygiène corporelle personnelle **P_HYG**

- Oui ¹
- Non ⁰

13.i. Suivre des pratiques rituelles, mystiques, spirituelles, religieuses **P_SPIRIT**

- Oui ¹
- Non ⁰

13.j. Se reposer **P_REPO**

- Oui ¹
- Non ⁰

13.k. Autre, précisez : **P_AUTR**

14. Vous-arrive-t-il de référer/d'envoyer vos patients à l'hôpital ? **REFH**

- Oui ¹
- Non ⁰

Si oui, dans quel cas ? *(ne pas donner les modalités de réponses possibles)*

14.a. Lorsque vous ne savez pas diagnostiquer ou ne traitez / ne maîtrisez pas cette maladie

REFH_DIAG

- Oui ¹
- Non ⁰

14.b. Pour avoir des examens complémentaires avant ou après traitement **REFH_EXAM**

- Oui ¹
- Non ⁰

14.c. Lorsque les cas sont graves et/ou urgents **REFH_URG**

- Oui ¹
- Non ⁰

14.d. En cas d'échec thérapeutique **REFH_ECHEC**

- Oui ¹
- Non ⁰

14.e. Pour suivre 2 traitements à la fois **REFH_ASSO**

- Oui ¹
- Non ⁰

14.f. Pour effectuer le suivi de la pathologie **REFH_SUIVI**

- Oui ¹
- Non ⁰

15. Vous-arrive-t-il de référer/d'envoyer vos patients vers d'autres Praticiens de Médecine Traditionnelle ? **REFP**

- Oui ¹
- Non ⁰

Si oui, dans quel cas ? *(ne pas donner les modalités de réponses possibles)*

15.a. Lorsque vous ne savez pas diagnostiquer ou ne traitez / ne maîtrisez pas cette maladie

REFP_DIAG

- Oui ¹
- Non ⁰

15.b. Lorsque les cas sont graves et/ou urgents **REFP_URG**

- Oui ¹
- Non ⁰

15.c. En cas d'échec thérapeutique **REFP_ECHEC**

- Oui ¹
- Non ⁰

15.d. Pour suivre 2 traitements à la fois **REFP_ASSO**

- Oui ¹

- Non ⁰

Attitudes et perceptions

16. Pensez-vous que la médecine traditionnelle est : **REGL**

- Trop règlementée ¹
- Assez règlementée ²
- Pas assez règlementée ³
- En cours de règlementation ⁴
- Ne sait pas ⁵

17. Pensez-vous que la collaboration entre PMT et médecins, pharmaciens de l'hôpital est : **COLLABO_EVAL**

- Bonne ¹
- Moyenne ²
- Pas bonne ³
- En cours d'amélioration ⁴
- Ne sait pas ⁵

18. Selon vous, comment améliorer la collaboration avec les médecins et pharmaciens de l'hôpital ? **COLLABO_AMELIO**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe 3 : Extraits des réponses aux questions ouvertes et commentaires des PMT enquêtés (Abidjan, 2019), transcrits sur Excel

A	B	C	V	
Numéro ID	Apport des formations FORM_APPORT	Besoin de formation BESOIN	COLLABORATION	
1				
160	158 On donne des tickets pour l'ordre de passage un à un pour les consultations. On demande maintenant si la personne est déjà venue et pourquoi. On envoie à l'hôpital si c'est pas pour nous.	pas d'attente	On travaille déjà ensemble. C'est du courage. Qu'on se croise pour parler entre nous.	
161	159		Un médecin ne conseille pas de prendre des plantes. Les patients n'osent même pas dire aux médecins qu'ils prennent des plantes. Il faut faire des démarches au niveau du Ministère de la Santé, des agréments, reconnaître la médecine traditionnelle comme une médecine douce qui accompagne la médecine moderne. Depuis 2002 vraiment on a eu de bons résultats avec les hépatites. Les plantes marchent.	
162	160	Conseils, comment parler avec les clients	anatomie en profondeur, hépatite, HTA, diabète et glycémie, créatinine, acide urique, comment lire les résultats d'analyse	
163	161			
D	E	F	G	H
PALU_GRAV	Cause alimentaire C_ALIM	Causes	Cause plasmodium ou anophèle C_MOUST	Cause spirituelle, sort C_SPIRIT
1				
208		Oui, la malnutrition.	Oui, eux c'est des spécialistes !!	
209	Le palu tue beaucoup que le SIDA !			
210				Non, mais il peut aggraver.
211	Bien entendu. Une maladie faut pas la négliger.	Oui, l'alimentation va avec tout, c'est la base.	Soleil : Non. Nos parents au village disent mais c'est pas vérifié, c'est pas fondé. Aucune étude dessus.	Non. Bon, les africains avec leurs trucs, mais moi j'suis pas parlant pour ça.




	Q	R	S	
	Traitement par pratiques spirituelles, religieuses	Production de MTA pour le palu	Prise de ttt traditionnels et biomédicaux ensemble	PREVENTION
1	TTT_SPIRIT		TTT_SIMULT	
165	Je prie sur le médicament comme moi je vais à l'église. C'est une prière simple et je donne.		Non, moi je veux pas qu'on mélange, je n'ai pas fait d'études pour ça. Pour ne pas que ça crée des problèmes dans le corps, c'est pour ça que je fais envoyer toujours à l'hôpital d'abord. Ya des produits qui vont pas ensemble.	
166	Quand quelqu'un est malade, je prie pour lui, on prie Dieu parce que ça marche aussi. + Sacrifices de poulets, cabris, moutons, les yeux en bas pour me protéger.	Non, on n'a pas de machines pour faire ça. Avec le délai ça peut fermenter donc on fait au fur et à mesure.	Oui, mais il faut prendre pour moi matin et pour hôpital le soir.	
167	Toujours accompagné par la prière, je suis un catholique.			

Nom du champ	Type de données	Description (facultative)
ID_PMT	Texte court	Numéro d'identifiant du praticien
ID_DISTRICT	Texte court	Numéro d'identifiant du district
SEXE	Numérique	1. Sexe
AGE	Grand nombre	2. Age
PRATIO	Numérique	3. Depuis combien d'années pratiquez-vous comme praticien de médecine traditionnelle ?
ETUD	Numérique	4. Quel est votre niveau d'études?
ETUD_AUTR	Texte court	Autres études, précisez
ORIG_REV	Numérique	5.a. L'origine de votre savoir est un rêve ?
ORIG_INIT	Numérique	5.b. L'origine de votre savoir est une initiation divine ?
ORIG_DIEU	Numérique	5.c. L'origine de votre savoir est un don de Dieu ?
ORIG_PAREN	Numérique	5.d. L'origine de votre savoir est un parent ?
ORIG_PMT	Numérique	5.e. L'origine de votre savoir est un PMT ?
ORIG_DPRSN	Numérique	5.f. L'origine de votre savoir est d'ac r'arharharhae narennallae ? Propriétés du champ

Général		Liste de choix
Taille du champ		50
Format		
Masque de saisie		
Légende		
Valeur par défaut		
Valide si		
Message si erreur		
Null interdit		Oui
Chaine vide autorisée		Oui
Indexé		Non
Compression unicode		Non
Mode IME		Aucun contrôle
Mode de formulation IME		Aucun
Aligner le texte		Général

Un nom de champ peut compter jusqu'à 64 caractères, espaces inclus. Pour obtenir de l'aide, appuyez sur F1.

Visualisation sous forme création

  		Numéro d'identifiant PMT <input type="text" value="158"/> Identifiant du district <input type="text" value="YE"/>	<h2>Formations et Connaissances, Attitudes et Pratiques sur le paludisme des Praticiens de Médecine Traditionnelle d'Abidjan</h2>		
I. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES		II. FORMATIONS		III. CAP PALUDISME ET COLLABORATION	
1. Sexe	<input type="text" value="1"/>	1. Avez-vous déjà participé à une formation organisée par le PNPMT ?	<input type="text" value="1"/>	1. Le paludisme peut avoir des conséquences graves sur la santé ?	<input type="text" value="1"/>
2. Age	<input type="text" value="2"/>	Si oui, sur quelles thématiques ?		2. Quelles sont les causes du paludisme ?	
3. Années d'expérience PMT	<input type="text" value="4"/>	1.a. Collecte, conservation plantes	<input type="text" value="0"/>	2.a. L'alimentation	<input type="text" value="1"/>
4. Niveau d'études	<input type="text" value="6"/>	1.b. Normes de BPF des MT	<input type="text" value="0"/>	2.b. Le soleil	<input type="text" value="3"/>
Autre étude, précisez	<input type="text"/>	1.c. Loi, éthique et déontologie, rapports	<input type="text" value="1"/>	2.c. Un environnement sale	<input type="text" value="1"/>
5. D'où vient votre savoir de PMT ?		1.d. Anatomie et hygiène	<input type="text" value="0"/>	2.d. Les moustiques	<input type="text" value="1"/>
5.a. Révélation dans un rêve	<input type="text" value="0"/>	1.e. Pathologies	<input type="text" value="0"/>	2.e. Le manque d'hygiène personnelle	<input type="text" value="1"/>
5.b. Initiation divine	<input type="text" value="0"/>	Si pathologies, précisez	<input type="text"/>	2.f. Un mauvais sort, un mauvais esprit, une cause surnaturelle ou mystique	<input type="text" value="0"/>
5.c. Don de Dieu	<input type="text" value="0"/>	1.f. Si oui, satisfait des formations ?	<input type="text" value="3"/>	2.g. La fatigue	<input type="text" value="1"/>
5.d. Par un parent (famille)	<input type="text" value="1"/>	1.g. Si non, pourquoi ?	<input type="text"/>	2.h. Autre, précisez	<input type="text"/>
5.e. Formation auprès PMT	<input type="text" value="0"/>	Autre raison de non participation	<input type="text"/>	3. Le paludisme s'attrape t-il plus en saison	<input type="text" value="0"/>
5.f. Recherches personnelles	<input type="text" value="0"/>				

Visualisation sous forme masque de saisie

Ouverture du fichier, installation des packages et vérification des types de variables

```
setwd("C:/Users/Lucie/Desktop/UE ISPED/M2/Stage M2/Analyses")
PMT <- read.csv2(file="TAB_PPL.csv",header=T,sep=";")

library(epiDisplay)
library(epiR)
library(questionr)

str(PMT)
```

Transformation des variables en qualitatif

```
PMT$ID_PMT<-as.factor(PMT$ID_PMT)
PMT$SEXE<-as.factor(PMT$SEXE)
PMT$AGE<-as.factor(PMT$AGE)
PMT$PRATIQU<-as.factor(PMT$PRATIQU)
PMT$ETUD<-as.factor(PMT$ETUD)
PMT$ETUD_AUTR<-as.character(PMT$ETUD_AUTR)
PMT$ORIG_REV<-as.factor(PMT$ORIG_REV)
PMT$ORIG_INIT<-as.factor(PMT$ORIG_INIT)
PMT$ORIG_DIEU<-as.factor(PMT$ORIG_DIEU)
PMT$ORIG_PAREN<-as.factor(PMT$ORIG_PAREN)
PMT$ORIG_PMT<-as.factor(PMT$ORIG_PMT)
PMT$ORIG_PERSO<-as.factor(PMT$ORIG_PERSO)
PMT$ORIG_AUTR<-as.factor(PMT$ORIG_AUTR)
PMT$ORIG_AUTR_PREC<-as.character(PMT$ORIG_AUTR_PREC)
PMT$CAT_AT<-as.factor(PMT$CAT_AT)
PMT$CAT_HERB<-as.factor(PMT$CAT_HERB)
PMT$CAT_MD<-as.factor(PMT$CAT_MD)
PMT$CAT_NATUR<-as.factor(PMT$CAT_NATUR)
PMT$CAT_PHYTO<-as.factor(PMT$CAT_PHYTO)
PMT$CAT_PSYCH<-as.factor(PMT$CAT_PSYCH)
PMT$CAT_CHIRO<-as.factor(PMT$CAT_CHIRO)
PMT$CAT_REB<-as.factor(PMT$CAT_REB)
PMT$CAT_RIT<-as.factor(PMT$CAT_RIT)
PMT$CAT_AS<-as.factor(PMT$CAT_AS)
PMT$CAT_TRAD<-as.factor(PMT$CAT_TRAD)
PMT$CAT_AUTR<-as.factor(PMT$CAT_AUTR)
PMT$CAT_AUTR_PREC<-as.character(PMT$CAT_AUTR_PREC)
PMT$PALU<-as.factor(PMT$PALU)
PMT$FORM_PNPMT<-as.factor(PMT$FORM_PNPMT)
PMT$FORM_PLANT<-as.factor(PMT$FORM_PLANT)
PMT$FORM_BPF<-as.factor(PMT$FORM_BPF)
PMT$FORM_LOI<-as.factor(PMT$FORM_LOI)
PMT$FORM_HYG<-as.factor(PMT$FORM_HYG)
PMT$FORM_PAT<-as.factor(PMT$FORM_PAT)
PMT$FORM_PAT_PREC<-as.character(PMT$FORM_PAT_PREC)
PMT$FORM_SATIS<-as.factor(PMT$FORM_SATIS)
PMT$FORM_PQ<-as.factor(PMT$FORM_PQ)
PMT$FORM_PQ_AUTR<-as.character(PMT$FORM_PQ_AUTR)
PMT$FORM_EXT<-as.factor(PMT$FORM_EXT)
PMT$FORM_EXT_THEM<-as.character(PMT$FORM_EXT_THEM)
PMT$FORM_CNCS<-as.factor(PMT$FORM_CNCS)
PMT$FORM_APPORT<-as.character(PMT$FORM_APPORT)
PMT$BESOIN<-as.factor(PMT$BESOIN)
PMT$BESOIN_QUOI<-as.character(PMT$BESOIN_QUOI)
```


PMT\$BESOIN_PQ<-as.factor(PMT\$BESOIN_PQ)
 PMT\$Modifiable254<-as.factor(PMT\$Modifiable254)
 PMT\$C_ALIM<-as.factor(PMT\$C_ALIM)
 PMT\$C_SOLE<-as.factor(PMT\$C_SOLE)
 PMT\$C_SAL<-as.factor(PMT\$C_SAL)
 PMT\$C_MOUST<-as.factor(PMT\$C_MOUST)
 PMT\$C_HYG<-as.factor(PMT\$C_HYG)
 PMT\$C_SPIRIT<-as.factor(PMT\$C_SPIRIT)
 PMT\$C_FATIG<-as.factor(PMT\$C_FATIG)
 PMT\$C_AUTR<-as.character(PMT\$C_AUTR)
 PMT\$PALU_PLUI<-as.factor(PMT\$PALU_PLUI)
 PMT\$RISQ_ENFT<-as.factor(PMT\$RISQ_ENFT)
 PMT\$RISQ_W<-as.factor(PMT\$RISQ_W)
 PMT\$RISQ_GROSS<-as.factor(PMT\$RISQ_GROSS)
 PMT\$RISQ_VIH<-as.factor(PMT\$RISQ_VIH)
 PMT\$PALU_DIFF<-as.factor(PMT\$PALU_DIFF)
 PMT\$PALU_DIFF_PREC<-as.character(PMT\$PALU_DIFF_PREC)
 PMT\$SS_CEPHAL<-as.factor(PMT\$SS_CEPHAL)
 PMT\$SS_FIEVR<-as.factor(PMT\$SS_FIEVR)
 PMT\$SS_FATIG<-as.factor(PMT\$SS_FATIG)
 PMT\$SS_FRISS<-as.factor(PMT\$SS_FRISS)
 PMT\$SS_DIG<-as.factor(PMT\$SS_DIG)
 PMT\$SS_COURB<-as.factor(PMT\$SS_COURB)
 PMT\$Texte251<-as.character(PMT\$Texte251)
 PMT\$SG_VOMI<-as.factor(PMT\$SG_VOMI)
 PMT\$SC_COMA<-as.factor(PMT\$SC_COMA)
 PMT\$SG_ANEMI<-as.factor(PMT\$SG_ANEMI)
 PMT\$SG_CONV<-as.factor(PMT\$SG_CONV)
 PMT\$SG_ICTER<-as.factor(PMT\$SG_ICTER)
 PMT\$Texte299<-as.character(PMT\$Texte299)
 PMT\$PEC_PALU<-as.factor(PMT\$PEC_PALU)
 PMT\$D_CLINIQ<-as.factor(PMT\$D_CLINIQ)
 PMT\$D_LABO_INT<-as.factor(PMT\$D_LABO_INT)
 PMT\$D_LABO_EXT<-as.factor(PMT\$D_LABO_EXT)
 PMT\$D_SPIRIT<-as.factor(PMT\$D_SPIRIT)
 PMT\$Texte301<-as.character(PMT\$Texte301)
 PMT\$TTT_PLANT<-as.factor(PMT\$TTT_PLANT)
 PMT\$TTT_NATUR<-as.factor(PMT\$TTT_NATUR)
 PMT\$TTT_SPIRIT<-as.factor(PMT\$TTT_SPIRIT)
 PMT\$TTT_MASSAG<-as.factor(PMT\$TTT_MASSAG)
 PMT\$TTT_BIO<-as.factor(PMT\$TTT_BIO)
 PMT\$TTT_BIO_SPE<-as.factor(PMT\$TTT_BIO_SPE)
 PMT\$TTT_AUTR<-as.character(PMT\$TTT_AUTR)
 PMT\$PALU_MTA<-as.factor(PMT\$PALU_MTA)
 PMT\$TTT_SIMULT<-as.factor(PMT\$TTT_SIMULT)
 PMT\$P_PALU<-as.factor(PMT\$P_PALU)
 PMT\$P_PLANT<-as.factor(PMT\$P_PLANT)
 PMT\$P_REP_NAT<-as.factor(PMT\$P_REP_NAT)
 PMT\$P_REP_IND<-as.factor(PMT\$P_REP_IND)
 PMT\$P_MOUST<-as.factor(PMT\$P_MOUST)
 PMT\$P_ALIM<-as.factor(PMT\$P_ALIM)
 PMT\$P_SOLE<-as.factor(PMT\$P_SOLE)
 PMT\$P_ASSAI<-as.factor(PMT\$P_ASSAI)
 PMT\$P_HYG<-as.factor(PMT\$P_HYG)
 PMT\$P_SPIRIT<-as.factor(PMT\$P_SPIRIT)
 PMT\$P_REPO<-as.factor(PMT\$P_REPO)
 PMT\$P_AUTR<-as.character(PMT\$P_AUTR)
 PMT\$REFH<-as.factor(PMT\$REFH)
 PMT\$REFH_DIAG<-as.factor(PMT\$REFH_DIAG)
 PMT\$REFH_EXAM<-as.factor(PMT\$REFH_EXAM)

```

PMT$REFH_URG<-as.factor(PMT$REFH_URG)
PMT$REFH_ECHEC<-as.factor(PMT$REFH_ECHEC)
PMT$REFH_ASSO<-as.factor(PMT$REFH_ASSO)
PMT$REFH_SUIVI<-as.factor(PMT$REFH_SUIVI)
PMT$REFP<-as.factor(PMT$REFP)
PMT$REFP_DIAG<-as.factor(PMT$REFP_DIAG)
PMT$REFP_URG<-as.factor(PMT$REFP_URG)
PMT$REFP_ECHEC<-as.factor(PMT$REFP_ECHEC)
PMT$REFP_ASSO<-as.factor(PMT$REFP_ASSO)
PMT$Modifiable246<-as.factor(PMT$Modifiable246)
PMT$COLLABO_EVAL<-as.factor(PMT$COLLABO_EVAL)
PMT$COLLABO_AMELIO<-as.character(PMT$COLLABO_AMELIO)

```

```
str(PMT)
```

```
### Création de nouvelles variables
```

```
# A participé à la formation paludisme du PNPMT
```

```

PMT$FORM_PALU_PNPMT<-NA
PMT$FORM_PALU_PNPMT[grepl("paludisme",PMT$FORM_PAT_PREC)]<-"1"
PMT$FORM_PALU_PNPMT[grepl("paludisme",PMT$FORM_PAT_PREC, invert=TRUE)]<-"0"
PMT$FORM_PALU_PNPMT[PMT$FORM_PAT=="0"|is.na(PMT$FORM_PAT)]<-"0"
PMT$FORM_PALU_PNPMT<-as.factor(PMT$FORM_PALU_PNPMT)
str(PMT$FORM_PALU_PNPMT)
PMT$FORM_PALU_PNPMT
freq(PMT$FORM_PALU_PNPMT)

```

```
# A participé à une formation paludisme par autre que le PNPMT
```

```

PMT$FORM_PALU_AUTR<-NA
PMT$FORM_PALU_AUTR[grepl("paludisme",PMT$FORM_EXT_THEM)]<-"1"
PMT$FORM_PALU_AUTR[grepl("paludisme",PMT$FORM_EXT_THEM, invert=TRUE)]<-"0"
PMT$FORM_PALU_AUTR[PMT$FORM_EXT=="0"]<-NA
PMT$FORM_PALU_AUTR<-as.factor(PMT$FORM_PALU_AUTR)
str(PMT$FORM_PALU_AUTR)
PMT$FORM_PALU_AUTR

```

```
# A déjà participé à au moins une formation (par le PNPMT ou autre)
```

```

PMT<-transform(PMT,FORM=ifelse(FORM_PNPMT=="1"|FORM_EXT=="1",yes=1,no=0))
PMT$FORM<-as.factor(PMT$FORM)
str(PMT$FORM)
PMT$FORM

```

```
# A déjà participé à au moins une formation du PNPMT et une formation extérieure au PNPMT
```

```

PMT<-transform(PMT,FORM_DEUX=ifelse(FORM_PNPMT=="1"&FORM_EXT=="1",yes=1,no=0))
PMT$FORM_DEUX<-as.factor(PMT$FORM_DEUX)
str(PMT$FORM_DEUX)
PMT$FORM_DEUX

```

```
# Cite uniquement les moustiques (avec ou sans l'environnement) en cause de paludisme
```

```

PMT<-transform(PMT,CAUSE=ifelse(C_MOUST=="1"&C_ALIM=="0"&C_SOLE=="0"&C_HYG=="0"&
C_SPIRIT=="0"&C_FATIG=="0"&C_AUTR=="",yes=1,no=0))
PMT$CAUSE<-as.factor(PMT$CAUSE)
str(PMT$CAUSE)
PMT$CAUSE

```

```
# Cite au moins 3 signes de paludisme simple et 1 signe de paludisme grave
```

```

PMT$SS<-0
PMT$SS<-as.numeric(PMT$SS)
PMT<-transform(PMT,SS=ifelse(SS_CEPHAL=="1",yes=PMT$SS+1,no=PMT$SS+0))

```

```

PMT<-transform(PMT,SS=ifelse(SS_FIEVR=="1",yes=PMT$SS+1,no=PMT$SS+0))
PMT<-transform(PMT,SS=ifelse(SS_FATIG=="1",yes=PMT$SS+1,no=PMT$SS+0))
PMT<-transform(PMT,SS=ifelse(SS_FRISS=="1",yes=PMT$SS+1,no=PMT$SS+0))
PMT<-transform(PMT,SS=ifelse(SS_DIG=="1",yes=PMT$SS+1,no=PMT$SS+0))
PMT<-transform(PMT,SS=ifelse(SS_COURB=="1",yes=PMT$SS+1,no=PMT$SS+0))
PMT$SS

PMT$SG<-0
PMT$SG<-as.numeric(PMT$SG)
PMT<-transform(PMT,SG=ifelse(SG_VOMI=="1",yes=PMT$SG+1,no=PMT$SG+0))
PMT<-transform(PMT,SG=ifelse(SC_COMA=="1",yes=PMT$SG+1,no=PMT$SG+0))
PMT<-transform(PMT,SG=ifelse(SG_ANEMI=="1",yes=PMT$SG+1,no=PMT$SG+0))
PMT<-transform(PMT,SG=ifelse(SS_CONV=="1",yes=PMT$SG+1,no=PMT$SG+0))
PMT<-transform(PMT,SG=ifelse(SS_ICTER=="1",yes=PMT$SG+1,no=PMT$SG+0))
PMT$SG

PMT<-transform(PMT,SIGNE=ifelse(SS>="3"&SG>="1",yes=1,no=0))
PMT$SIGNE<-as.factor(PMT$SIGNE)
str(PMT$SIGNE)
PMT$SIGNE

# Diagnostique le paludisme par GE ou TDR (chez lui ou à l'extérieur)
PMT<-transform(PMT,D_LABO=ifelse(D_LABO_EXT=="1"|D_LABO_INT=="1",yes=1,no=0))
PMT$D_LABO<-as.factor(PMT$D_LABO)
str(PMT$D_LABO)
PMT$D_LABO

# Cite au moins un moyen reconnu de prévention du paludisme
PMT<-
transform(PMT,PREV=ifelse(P_REP_NAT=="1"|P_REP_IND=="1"|P_MOUST=="1"|P_ASSAI=="1",yes
=1,no=0))
PMT$PREV<-as.factor(PMT$PREV)
str(PMT$PREV)
PMT$PREV

# Age en 3 classes (<=40 ; 41-60 ; >=61 ans)
PMT$AGE3<-NA
PMT$AGE3[PMT$AGE=="1"|PMT$AGE=="2"]<-1
PMT$AGE3[PMT$AGE=="3"|PMT$AGE=="4"]<-2
PMT$AGE3[PMT$AGE=="5"|PMT$AGE=="6"]<-3
PMT$AGE3<-as.factor(PMT$AGE3)
str(PMT$AGE3)
PMT$AGE3

# Niveau d'étude en 6 classes (corannique et autre ensemble) :
PMT$ETUD6<-NA
PMT$ETUD6[PMT$ETUD=="1"]<-1
PMT$ETUD6[PMT$ETUD=="2"]<-2
PMT$ETUD6[PMT$ETUD=="3"]<-3
PMT$ETUD6[PMT$ETUD=="4"]<-4
PMT$ETUD6[PMT$ETUD=="5"]<-5
PMT$ETUD6[PMT$ETUD=="6"]<-6
PMT$ETUD6[PMT$ETUD=="7"]<-6
PMT$ETUD6<-as.factor(PMT$ETUD6)
str(PMT$ETUD6)
PMT$ETUD6

# Niveau d'étude en 5 classes (non scolarisé et primaire ensemble) :
PMT$ETUD5<-NA
PMT$ETUD5[PMT$ETUD=="1"]<-1
PMT$ETUD5[PMT$ETUD=="2"]<-1

```

```

PMT$ETUD5[PMT$ETUD=="3"]<-2
PMT$ETUD5[PMT$ETUD=="4"]<-3
PMT$ETUD5[PMT$ETUD=="5"]<-4
PMT$ETUD5[PMT$ETUD=="6"]<-5
PMT$ETUD5[PMT$ETUD=="7"]<-5
PMT$ETUD5<-as.factor(PMT$ETUD5)
str(PMT$ETUD5)
PMT$ETUD5

```

```

# Années d'expérience en 8 classes :
PMT$PRATIQU8<-NA
PMT$PRATIQU8[PMT$PRATIQU=="1"]<-1
PMT$PRATIQU8[PMT$PRATIQU=="2"]<-1
PMT$PRATIQU8[PMT$PRATIQU=="3"]<-2
PMT$PRATIQU8[PMT$PRATIQU=="4"]<-3
PMT$PRATIQU8[PMT$PRATIQU=="5"]<-4
PMT$PRATIQU8[PMT$PRATIQU=="6"]<-5
PMT$PRATIQU8[PMT$PRATIQU=="7"]<-6
PMT$PRATIQU8[PMT$PRATIQU=="8"]<-7
PMT$PRATIQU8[PMT$PRATIQU=="9"]<-8
PMT$PRATIQU8[PMT$PRATIQU=="10"]<-8
PMT$PRATIQU8<-as.factor(PMT$PRATIQU8)
str(PMT$PRATIQU8)
PMT$PRATIQU8

```

```

# Connait la PEC à l'hôpital en 2 classes (oui-partiellement et non) :
PMT$PEC_PALU2<-NA
PMT$PEC_PALU2[PMT$PEC_PALU=="1"]<-1
PMT$PEC_PALU2[PMT$PEC_PALU=="2"]<-1
PMT$PEC_PALU2[PMT$PEC_PALU=="0"]<-0
PMT$PEC_PALU2<-as.factor(PMT$PEC_PALU2)
str(PMT$PEC_PALU2)
PMT$PEC_PALU2

```

```

### Description des variables

```

```

epi.descriptives(PMT)
summary(PMT)
head(PMT)

```

```

freq(PMT$ID_DISTRICT)
freq(PMT$SEXE)
freq(PMT$AGE)
freq(PMT$AGE3)
freq(PMT$PRATIQU)
freq(PMT$PRATIQU8)
freq(PMT$ETUD)
freq(PMT$ETUD6)
freq(PMT$ETUD5)

```

```

freq(PMT$ORIG_REV)
freq(PMT$ORIG_INIT)
freq(PMT$ORIG_DIEU)
freq(PMT$ORIG_PAREN)
freq(PMT$ORIG_PMT)
freq(PMT$ORIG_PERSO)
freq(PMT$ORIG_AUTR)
table(PMT$ORIG_AUTR_PREC)

```

freq(PMT\$CAT_AT)
freq(PMT\$CAT_HERB)
freq(PMT\$CAT_MD)
freq(PMT\$CAT_NATUR)
freq(PMT\$CAT_PHYTO)
freq(PMT\$CAT_PSYCH)
freq(PMT\$CAT_CHIRO)
freq(PMT\$CAT_REB)
freq(PMT\$CAT_RIT)
freq(PMT\$CAT_AS)
freq(PMT\$CAT_TRAD)
freq(PMT\$CAT_AUTR)
table(PMT\$CAT_AUTR_PREC)

freq(PMT\$FORM_PNPMT)
freq(PMT\$FORM_PLANT)
freq(PMT\$FORM_BPF)
freq(PMT\$FORM_LOI)
freq(PMT\$FORM_HYG)
freq(PMT\$FORM_PAT)
freq(PMT\$FORM_PALU_PNPMT)
freq(PMT\$FORM_SATIS)
freq(PMT\$FORM_PQ)
freq(PMT\$FORM_EXT)
freq(PMT\$FORM_PALU_AUTR)
freq(PMT\$FORM)
freq(PMT\$FORM_DEUX)
freq(PMT\$FORM_CNCS)
freq(PMT\$BESOIN)
freq(PMT\$BESOIN_PQ)

freq(PMT\$Modifiable254)

freq(PMT\$C_ALIM)
freq(PMT\$C_SOLE)
freq(PMT\$C_SAL)
freq(PMT\$C_MOUST)
freq(PMT\$C_HYG)
freq(PMT\$C_SPIRIT)
freq(PMT\$C_FATIG)
freq(PMT\$CAUSE)
table(PMT\$C_AUTR)

freq(PMT\$PALU_PLUI)
freq(PMT\$RISQ_ENFT)
freq(PMT\$RISQ_W)
freq(PMT\$RISQ_GROSS)
freq(PMT\$RISQ_VIH)

freq(PMT\$PALU_DIFF)
freq(PMT\$SS_CEPHAL)
freq(PMT\$SS_FIEVR)
freq(PMT\$SS_FATIG)
freq(PMT\$SS_FRISS)
freq(PMT\$SS_DIG)
freq(PMT\$SS_COURB)
freq(PMT\$SG_VOMI)
freq(PMT\$SC_COMA)
freq(PMT\$SG_ANEMI)
freq(PMT\$SG_CONV)

freq(PMT\$SG_ICTER)
freq(PMT\$SIGNE)

freq(PMT\$PEC_PALU)
freq(PMT\$PEC_PALU2)

freq(PMT\$D_CLINIQU)
freq(PMT\$D_LABO_INT)
freq(PMT\$D_LABO_EXT)
freq(PMT\$D_LABO)
freq(PMT\$D_SPIRIT)
table(PMT\$Texte301)

freq(PMT\$TTT_PLANT)
freq(PMT\$TTT_NATUR)
freq(PMT\$TTT_SPIRIT)
freq(PMT\$TTT_MASSAG)
freq(PMT\$TTT_BIO)
freq(PMT\$TTT_BIO_SPE)
table(PMT\$TTT_AUTR)

freq(PMT\$PALU_MTA)
freq(PMT\$TTT_SIMULT)

freq(PMT\$P_PALU)
freq(PMT\$P_PLANT)
freq(PMT\$P_REP_NAT)
freq(PMT\$P_REP_IND)
freq(PMT\$P_MOUST)
freq(PMT\$P_ALIM)
freq(PMT\$P_SOLE)
freq(PMT\$P_ASSAI)
freq(PMT\$P_HYG)
freq(PMT\$P_SPIRIT)
freq(PMT\$P_REPO)
table(PMT\$P_AUTR)
freq(PMT\$PREV)

freq(PMT\$REFH)
freq(PMT\$REFH_DIAG)
freq(PMT\$REFH_EXAM)
freq(PMT\$REFH_URG)
freq(PMT\$REFH_ECHEC)
freq(PMT\$REFH_ASSO)
freq(PMT\$REFH_SUIVI)

freq(PMT\$REFP)
freq(PMT\$REFP_DIAG)
freq(PMT\$REFP_URG)
freq(PMT\$REFP_ECHEC)
freq(PMT\$REFP_ASSO)

freq(PMT\$Modifiable246)
freq(PMT\$COLLABO_EVAL)

Comparaison des PMT selon leur participation ou non à au moins une formation du PNPMT :
description et tests statistiques

Sexe et FORM_PNPMT

```

test100<-chisq.test(PMT$SEXE,PMT$FORM_PNPMT)
test100$expected
test100<-chisq.test(PMT$SEXE,PMT$FORM_PNPMT,correct=FALSE)
test100
reglog100<-glm(FORM_PNPMT~SEXE,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog100)
table(PMT$SEXE,PMT$FORM_PNPMT)
lprop(table(PMT$SEXE,PMT$FORM_PNPMT))

# District et FORM_PNPMT
reglog101<-glm(FORM_PNPMT~ID_DISTRICT,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog101)
table(PMT$ID_DISTRICT,PMT$FORM_PNPMT)
lprop(table(PMT$ID_DISTRICT,PMT$FORM_PNPMT))

# Age et FORM_PNPMT
reglog102<-glm(FORM_PNPMT~AGE,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog102)
table(PMT$AGE,PMT$FORM_PNPMT)
lprop(table(PMT$AGE,PMT$FORM_PNPMT))

# Expérience et FORM_PNPMT
reglog103<-glm(FORM_PNPMT~PRATIQU,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog103)
table(PMT$PRATIQU,PMT$FORM_PNPMT)
lprop(table(PMT$PRATIQU,PMT$FORM_PNPMT))

# Niveau d'études et FORM_PNPMT
reglog104<-glm(FORM_PNPMT~ETUD6,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog104)
table(PMT$ETUD6,PMT$FORM_PNPMT)
lprop(table(PMT$ETUD6,PMT$FORM_PNPMT))

# A suivi une formation extérieure au PNPMT et FORM_PNPMT
reglog105<-glm(FORM_PNPMT~FORM_EXT,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog105)
table(PMT$FORM_EXT,PMT$FORM_PNPMT)
lprop(table(PMT$FORM_EXT,PMT$FORM_PNPMT))

# Référence vers professionnels de biomédecine et FORM_PNPMT
reglog106<-glm(FORM_PNPMT~REFH,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog106)
table(PMT$REFH,PMT$FORM_PNPMT)
lprop(table(PMT$REFH,PMT$FORM_PNPMT))

# Référence vers autre PMT et FORM_PNPMT
reglog107<-glm(FORM_PNPMT~REFP,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog107)
table(PMT$REFP,PMT$FORM_PNPMT)
lprop(table(PMT$REFP,PMT$FORM_PNPMT))

### Tests d'association entre 2 variables

# District et diagnostic par GE ou TDR
test1<-chisq.test(PMT$ID_DISTRICT,PMT$D_LABO)
test1$expected
test1<-chisq.test(PMT$ID_DISTRICT,PMT$D_LABO,correct=FALSE)
test1
reglog1<-glm(D_LABO~ID_DISTRICT,PMT,family=binomial)

```

```

logistic.display(reglog1)
table(PMT$ID_DISTRICT,PMT$D_LABO)
lprop(table(PMT$ID_DISTRICT,PMT$D_LABO))

# Sexe et diagnostic par GE ou TDR
test2<-chisq.test(PMT$SEXE,PMT$D_LABO)
test2$expected
test2<-chisq.test(PMT$SEXE,PMT$D_LABO,correct=FALSE)
test2
reglog2<-glm(D_LABO~SEXE,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog2)
table(PMT$SEXE,PMT$D_LABO)
lprop(table(PMT$SEXE,PMT$D_LABO))

# Age et diagnostic par GE ou TDR
test3<-chisq.test(PMT$AGE,PMT$D_LABO)
test3$expected
test3<-fisher.test(PMT$AGE,PMT$D_LABO)
  #(car 1 effectif théorique<2,5)
test3
reglog3<-glm(D_LABO~AGE,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog3)

# Age3 (en 3 classes) et diagnostic par GE ou TDR
test4<-chisq.test(PMT$AGE3,PMT$D_LABO)
test4$expected
test4<-chisq.test(PMT$AGE3,PMT$D_LABO,correct=FALSE)
test4
reglog4<-glm(D_LABO~AGE3,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog4)
table(PMT$AGE3,PMT$D_LABO)
lprop(table(PMT$AGE3,PMT$D_LABO))

# Experience et diagnostic par GE ou TDR
test5<-chisq.test(PMT$PRATIQ,PMT$D_LABO)
test5$expected
test5<-fisher.test(PMT$PRATIQ,PMT$D_LABO)
  #(car 1 effectif théorique<2,5)
test5
reglog5<-glm(D_LABO~PRATIQ,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog5)

# Experience en 8 classes et diagnostic par GE ou TDR
test6<-chisq.test(PMT$PRATIQ8,PMT$D_LABO)
test6$expected
test6<-chisq.test(PMT$PRATIQ8,PMT$D_LABO,correct=TRUE)
  #(car 1 effectif théorique <5 et >2,5)
test6
reglog6<-glm(D_LABO~PRATIQ8,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog6)
table(PMT$PRATIQ8,PMT$D_LABO)
lprop(table(PMT$PRATIQ8,PMT$D_LABO))

# Niveau d'étude et diagnostic par GE ou TDR
test7<-chisq.test(PMT$ETUD,PMT$D_LABO)
test7$expected
test7<-fisher.test(PMT$ETUD,PMT$D_LABO)
  #(car 1 effectif théorique<2,5)
test7
reglog7<-glm(D_LABO~ETUD,PMT,family=binomial)

```



```

logistic.display(reglog7)
table(PMT$ETUD,PMT$D_LABO)
lprop(table(PMT$ETUD,PMT$D_LABO))

# Niveau d'étude en 6 classes et diagnostic par GE ou TDR
test8<-chisq.test(PMT$ETUD6,PMT$D_LABO)
test8$expected
test8<-chisq.test(PMT$ETUD6,PMT$D_LABO,correct=FALSE)
test8
reglog8<-glm(D_LABO~ETUD6,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog8)
table(PMT$ETUD6,PMT$D_LABO)
lprop(table(PMT$ETUD6,PMT$D_LABO))

# Niveau d'étude en 5 classes et diagnostic par GE ou TDR
test9<-chisq.test(PMT$ETUD5,PMT$D_LABO)
test9$expected
test9<-chisq.test(PMT$ETUD5,PMT$D_LABO,correct=FALSE)
test9
reglog9<-glm(D_LABO~ETUD5,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog9)
table(PMT$ETUD5,PMT$D_LABO)
lprop(table(PMT$ETUD5,PMT$D_LABO))

# Participation à une formation du PNPMT et diagnostic par GE ou TDR
test10<-chisq.test(PMT$FORM_PNPMT,PMT$D_LABO)
test10$expected
test10<-chisq.test(PMT$FORM_PNPMT,PMT$D_LABO,correct=FALSE)
test10
reglog10<-glm(D_LABO~FORM_PNPMT,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog10)
table(PMT$FORM_PNPMT,PMT$D_LABO)
lprop(table(PMT$FORM_PNPMT,PMT$D_LABO))

# Participation à une formation du PNPMT sur le paludisme et diagnostic par GE ou TDR
test11<-chisq.test(PMT$FORM_PALU_PNPMT,PMT$D_LABO)
test11$expected
test11<-chisq.test(PMT$FORM_PALU_PNPMT,PMT$D_LABO,correct=FALSE)
test11
reglog11<-glm(D_LABO~FORM_PALU_PNPMT,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog11)
table(PMT$FORM_PALU_PNPMT,PMT$D_LABO)
lprop(table(PMT$FORM_PALU_PNPMT,PMT$D_LABO))

# Participation à une formation hors PNPMT et diagnostic par GE ou TDR
test12<-chisq.test(PMT$FORM_EXT,PMT$D_LABO)
test12$expected
test12<-chisq.test(PMT$FORM_EXT,PMT$D_LABO,correct=FALSE)
test12
reglog12<-glm(D_LABO~FORM_EXT,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog12)

# Participation à une formation hors PNPMT sur le paludisme et diagnostic par GE ou TDR
test13<-chisq.test(PMT$FORM_PALU_AUTR,PMT$D_LABO)
test13$expected
test13<-chisq.test(PMT$FORM_PALU_AUTR,PMT$D_LABO,correct=TRUE)
#(car effectifs entre 2,5 et 5)
test13
reglog13<-glm(D_LABO~FORM_PALU_AUTR,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog13)

```

```

# Connaissance de la cause unique (moustique) du paludisme et diagnostic par GE ou TDR
test14<-chisq.test(PMT$CAUSE,PMT$D_LABO)
test14$expected
test14<-chisq.test(PMT$CAUSE,PMT$D_LABO,correct=FALSE)
test14
reglog14<-glm(D_LABO~CAUSE,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog14)
table(PMT$CAUSE,PMT$D_LABO)
lprop(table(PMT$CAUSE,PMT$D_LABO))

# Connaissance d'au moins 3 signes de paludisme simple + 1 signe de paludisme grave et diagnostic
par GE ou TDR
test15<-chisq.test(PMT$SIGNE,PMT$D_LABO)
test15$expected
test15<-chisq.test(PMT$SIGNE,PMT$D_LABO,correct=FALSE)
test15
reglog15<-glm(D_LABO~SIGNE,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog15)
table(PMT$SIGNE,PMT$D_LABO)
lprop(table(PMT$SIGNE,PMT$D_LABO))

# Connaissance de la PEC du paludisme à l'hôpital et diagnostic par GE ou TDR
test16<-chisq.test(PMT$PEC_PALU,PMT$D_LABO)
test16$expected
test16<-chisq.test(PMT$PEC_PALU,PMT$D_LABO,correct=FALSE)
test16
reglog16<-glm(D_LABO~PEC_PALU,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog16)
table(PMT$PEC_PALU,PMT$D_LABO)
lprop(table(PMT$PEC_PALU,PMT$D_LABO))

# Production de MTA pour le paludisme et diagnostic par GE ou TDR
test17<-chisq.test(PMT$PALU_MTA,PMT$D_LABO)
test17$expected
test17<-chisq.test(PMT$PALU_MTA,PMT$D_LABO,correct=FALSE)
test17
reglog17<-glm(D_LABO~PALU_MTA,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog17)

# Promotion auprès des patients d'au moins un conseil préventif reconnu contre le paludisme et
diagnostic par GE ou TDR
test18<-chisq.test(PMT$PREV,PMT$D_LABO)
test18$expected
test18<-chisq.test(PMT$PREV,PMT$D_LABO,correct=FALSE)
test18
reglog18<-glm(D_LABO~PREV,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog18)
table(PMT$PREV,PMT$D_LABO)
lprop(table(PMT$PREV,PMT$D_LABO))

# Référence de patients vers l'hôpital et diagnostic par GE ou TDR
test19<-chisq.test(PMT$REFH,PMT$D_LABO)
test19$expected
test19<-chisq.test(PMT$REFH,PMT$D_LABO,correct=FALSE)
test19
reglog19<-glm(D_LABO~REFH,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog19)

# Référence de patients vers un autre PMT et diagnostic par GE ou TDR

```

```

test20<-chisq.test(PMT$REFP,PMT$D_LABO)
test20$expected
test20<-chisq.test(PMT$REFP,PMT$D_LABO,correct=FALSE)
test20
reglog20<-glm(D_LABO~REFP,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog20)
table(PMT$REFP,PMT$D_LABO)
lprop(table(PMT$REFP,PMT$D_LABO))

# Perception sur la collaboration hôpital-PMT et diagnostic par GE ou TDR
test21<-chisq.test(PMT$COLLABO_EVAL,PMT$D_LABO)
test21$expected
test21<-chisq.test(PMT$COLLABO_EVAL,PMT$D_LABO,correct=TRUE)
  #(car 1 effectif théorique compris entre 2,5 et 5)
test21
reglog21<-glm(D_LABO~COLLABO_EVAL,PMT,family=binomial)
logistic.display(reglog21)
table(PMT$COLLABO_EVAL,PMT$D_LABO)
lprop(table(PMT$COLLABO_EVAL,PMT$D_LABO))

### Tests d'interaction avec la variable X principale "FORM_PALU_PNPMT"

# District et FORM_PALU_PNPMT
reglog22<-glm(D_LABO~ID_DISTRICT+FORM_PALU_PNPMT+ID_DISTRICT:FORM_PALU_PNPMT,
family=binomial,data=PMT)
logistic.display(reglog22)

# Niveau d'étude (6 catégories) et FORM_PALU_PNPMT
reglog23<-glm(D_LABO~ETUD6+FORM_PALU_PNPMT+ETUD6:FORM_PALU_PNPMT,
family=binomial,data=PMT)
logistic.display(reglog23)

# Participation à une formation hors PNPMT et FORM_PALU_PNPMT
reglog24<-glm(D_LABO~FORM_EXT+FORM_PALU_PNPMT+FORM_EXT:FORM_PALU_PNPMT,
family=binomial,data=PMT)
logistic.display(reglog24)

# Participation à une formation sur le paludisme hors PNPMT et FORM_PALU_PNPMT
reglog25<-glm(D_LABO~FORM_PALU_AUTR+FORM_PALU_PNPMT+
FORM_PALU_AUTR:FORM_PALU_PNPMT,family=binomial,data=PMT)
logistic.display(reglog25)

# Connaissance de la cause unique (moustique) du paludisme et FORM_PALU_PNPMT
reglog26<-glm(D_LABO~CAUSE+FORM_PALU_PNPMT+CAUSE:FORM_PALU_PNPMT,
family=binomial,data=PMT)
logistic.display(reglog26)

# Connaissance d'au moins 3 signes de paludisme simple + 1 signe de paludisme grave et
FORM_PALU_PNPMT
reglog27<-glm(D_LABO~SIGNE+FORM_PALU_PNPMT+SIGNE:FORM_PALU_PNPMT,
family=binomial,data=PMT)
logistic.display(reglog27)

# Connaissance de la PEC du paludisme à l'hôpital et FORM_PALU_PNPMT
reglog28<-glm(D_LABO~PEC_PALU+FORM_PALU_PNPMT+PEC_PALU:FORM_PALU_PNPMT,
family=binomial,data=PMT)
logistic.display(reglog28)

# Connaissance de la PEC du paludisme à l'hôpital (en 2 classes) et FORM_PALU_PNPMT

```

```
reglog29<-glm(D_LABO~PEC_PALU2+FORM_PALU_PNPMT+PEC_PALU2:FORM_PALU_PNPMT,  
family=binomial,data=PMT)  
logistic.display(reglog29)
```

```
# Promotion auprès des patients d'au moins un conseil préventif reconnu contre le paludisme et  
FORM_PALU_PNPMT
```

```
reglog30<-glm(D_LABO~PREV+FORM_PALU_PNPMT+PREV:FORM_PALU_PNPMT,  
family=binomial,data=PMT)  
logistic.display(reglog30)
```

```
### Modèle de régression logistique
```

```
# Modèle initial :
```

```
reglog31<-glm(D_LABO~ID_DISTRICT+ETUD6+FORM_PALU_PNPMT+FORM_EXT+CAUSE  
+SIGNE+PEC_PALU+PREV+FORM_PALU_PNPMT:ETUD6,family=binomial,data=PMT)  
logistic.display(reglog31)
```

```
# Méthode de pas à pas descendant :
```

```
# MOINS INTERACTION
```

```
reglog32<-glm(D_LABO~ID_DISTRICT+ETUD6+FORM_PALU_PNPMT+FORM_EXT+CAUSE  
+SIGNE+PEC_PALU+PREV,family=binomial,data=PMT)  
logistic.display(reglog32)
```

```
# MOINS SIGNE
```

```
reglog33<-glm(D_LABO~ID_DISTRICT+ETUD6+FORM_PALU_PNPMT+FORM_EXT+CAUSE  
+PEC_PALU+PREV,family=binomial,data=PMT)  
logistic.display(reglog33)
```

```
# MOINS ETUD6
```

```
reglog34<-glm(D_LABO~ID_DISTRICT+FORM_PALU_PNPMT+FORM_EXT+CAUSE+  
PEC_PALU+PREV,family=binomial,data=PMT)  
logistic.display(reglog34)
```

```
# MOINS FORM EXT
```

```
reglog35<-glm(D_LABO~ID_DISTRICT+FORM_PALU_PNPMT+CAUSE+PEC_PALU  
+PREV,family=binomial,data=PMT)  
logistic.display(reglog35)
```

```
# MOINS PEC PALU
```

```
reglog36<-glm(D_LABO~ID_DISTRICT+FORM_PALU_PNPMT+CAUSE+PREV,  
family=binomial,data=PMT)  
logistic.display(reglog36)
```

```
# MOINS DISTRICT
```

```
reglog37<-glm(D_LABO~FORM_PALU_PNPMT+CAUSE+PREV,family=binomial,data=PMT)  
logistic.display(reglog37)
```

```
### Effectifs et pourcentages des variables du modèle final ajusté :
```

```
table(PMT$FORM_PALU_PNPMT,PMT$D_LABO)  
lprop(table(PMT$FORM_PALU_PNPMT,PMT$D_LABO))
```

```
table(PMT$CAUSE,PMT$D_LABO)  
lprop(table(PMT$CAUSE,PMT$D_LABO))
```

```
table(PMT$PREV,PMT$D_LABO)  
lprop(table(PMT$PREV,PMT$D_LABO))
```

Entretien n°1 le 17/04/2019 au PNPMT

Durée : 25 minutes (refus d'enregistrement de la part de Monsieur A).

Monsieur A a 56 ans, il a suivi une formation professionnelle en comptabilité. Monsieur A se qualifie de naturothérapeute et phytothérapeute.

C'est par transmission héréditaire que Monsieur A a acquis son savoir, de la part de son père, lui-même ayant été formé par son propre père. Cette transmission a commencé à l'âge de 10 ans, lorsqu'il était en repos, en parallèle de l'école. A 20 ans Monsieur A a commencé à travailler seul ; il a aussi effectué des recherches auprès d'autres PMT pour compléter son savoir. Il dit que « la médecine est vague : en dehors des plantes pour guérir les problèmes de santé physique, d'autres aident spirituellement. »

Le cabinet de Monsieur A est spécialisé dans les problèmes de procréation, mais aussi les pathologies métaboliques. Il est en train de créer un laboratoire au sein de son centre.

Il utilise notamment le curcuma pour les cancers, « un des produits de la pharmacopée les plus vendus ». Monsieur A a un centre de santé, de consultation et une pharmacie traditionnelle qui propose ses médicaments, produits dans une unité de fabrication à base de plantes. Il a créé une ONG afin de former des personnes dans son cabinet (« 350 jeunes de 25 à 40 ans ») qui vont ensuite exercer dans différents centres. Ses produits sont également envoyés dans de nombreux centres du pays (quartiers d'Abidjan et autres villes). Monsieur A organise aussi des recyclages pour ses formés.

Les formations que propose son ONG sont de deux sortes : « le développement personnel, c'est-à-dire l'envie de travailler » ainsi que les pathologies. Il considère « qu'avant de délivrer des produits, il faut être capable de connaître les symptômes, donner des conseils sur les pathologies et l'alimentation ».

Les diagnostics que posent Monsieur A sont basés sur le Quantum (appareil de microcirculation chinois), « qui permet de juger l'état de santé des personnes avant de les traiter » en donnant un aperçu général de la personne.

Monsieur A dit avoir beaucoup d'expérience concernant le paludisme : « Oui, beaucoup de patients ». Des examens sont demandés avant de traiter ses patients contre le paludisme, à un laboratoire partenaire. Il sollicite aussi un examen en fin de traitement pour confirmer la guérison.

Le laboratoire que Monsieur A est en train de construire fonctionnera avec des laborantins et médecins de biomédecine, car selon lui, il n'a « pas notion en ce sens ». Celui-ci est en train d'être « équipé en échographies, en biochimie, en microscopes et autres matériels ». Ainsi, le centre de Monsieur A sera autonome d'ici peu pour les examens.

Monsieur A a suivi des formations au sein du PNPMT et au Ghana. Cela lui paraît « important pour comprendre les pathologies ». Il affirme aussi que « les formations ne suffisent pas » : il effectue aussi régulièrement d'autres recherches et des discussions avec des médecins de biomédecine. Il déclare aussi que la formation « a beaucoup amélioré » sa pratique : notamment au niveau de techniques telles que « le séchage des plantes, la transformation des gélules, des sirops, des poudres buvables, des tisanes et extractions, de la mise en bouteille et l'étiquetage, pour que les produits soient comme des produits de pharmacie ». Ainsi, ça permet « de donner envie d'utiliser ». Ainsi, il affirme avoir « les meilleurs produits de la Côte d'Ivoire ».

Par ailleurs, Monsieur A entretient « beaucoup de liens » avec la biomédecine, notamment avec des gynécologues et diabétologues, avec qui il dit être « en contact permanent ». Les références se font dans les deux sens : ces spécialistes lui réfèrent des patients lorsqu'ils n'ont plus de solution et lui, envoie un patient vers l'hôpital lorsqu'il a « un souci, pour conseil ». Il qualifie sa collaboration avec les professionnels de biomédecine de « très bonne ».

Entretien n°2 le 19/04/2019 au PNPMT

Durée : 15 minutes

Monsieur B a 45 ans, il a un niveau scolaire secondaire. Il se définit comme « agent de santé » et exerce comme tel depuis un peu plus de 10 ans.

L : Est-ce que vous pouvez... me parler un peu de votre pratique quotidienne ?

B : Oui heu, je, je bouge, je suis d'abord de l'ONG Puisa, voilà, donc heu l'ONG Puisa nous a formé d'abord. Voilà, sur la médecine, voilà. Et puis maintenant je bouge partout, je vais souvent à San Pedro, à Khorogo, sinon moi je suis à Abidjan.

L : OK, c'est une ONG qui vous a formé à la médecine traditionnelle ?

B : Oui à la médecine traditionnelle. D'abord, avant de revenir ici, voilà.

L : Ah ok, et c'est dans ce cadre que vous bougez, vous faites des consultations ?

B : Oui. Je fais des consultations souvent.

L : Un peu de partout quoi ?

B : Oui, oui.

L : C'est ça qui vous amène à... à vous déplacer ?

B : Voilà, à me déplacer. Puis à exposer des produits qu'on gagne. Voilà, tous ceux qui veulent vendre, voilà. Y'a d'autres qui acceptent de prendre et puis bon, des fois aussi d'autres m'interpellent pour dire qu'ils veulent aussi. Voilà donc heu... après c'est tout.

L : Donc vous passez pour aller vendre ?

B : Oui je vais, et puis bon... Je vais souvent de cour en cour ou bien je vais dans les coins où y'a les gens, j'expose les produits.

L : Oui.

B : Et puis, bon y'a d'autres qui consentent prendre, donc quand ils consentent ils prennent

L : Ok.

B : Voilà, si ça leur fait du bien, ils m'appellent encore pour dire qu'ils en veulent.

L : Hum, ok.

B : Ok.

L : Et vous, vous avez un centre [bruit de porte] où les gens peuvent aussi venir consulter ?

B : Oui. J'avais un magasin.

L : Hum, hum.

B : Ici à Abidjan. Mais bon, à cause de l'état de la route, les gens ont arrangé la route, ça a pris mon magasin, donc ça fait que j'ai fermé.

L : D'accord.

B : Voilà...

L : Donc c'est pour ça que vous vous déplacez ?

B : Oui, ça fait comme ça, je vais de villes en villes.

L : Ok, et les médicaments c'est vous qui les produisez ?

B : Oui.

L : Qui les, qui les fabriquez ?

B : Bon, non, non. Je vends ce qui a été fabriqué.

L : Par d'autres ?

B : Oui, oui.

L : Ha... ok.

B : Donc je crois en l'efficacité beaucoup plus des produits. Parce que moi-même je consomme moi-même. Je vais expliquer aux gens, hum, hum.

L : Et donc c'est qui qui fabrique les... médicaments ?

B : Oui, y'a plusieurs.

L : Hum, hum.

B : Voilà, y'a plusieurs. Y'a plusieurs qui fabriquent, voilà bon en fonction des médicaments, y'a les noms des gens qui sont issus.

L : D'accord.

B : Voilà des fabricants.

L : Donc vous travaillez en partenariat avec les autres heu...

B : Je travaille en partenariat avec les autres,

L : Praticiens

B : Voilà, les autres praticiens.

L : D'accord.

B : Ils sont là, ils déposent dans les dépôts, et puis on passe dans les dépôts pour les prendre. Pour les prendre pour les vendre.

L : Ok, d'accord. Est-ce que heu... vous soignez le paludisme, 'fin est-ce que vous avez des traitements pour le paludisme que vous vendez ?

B : Oui. Le palu... le palu d'abord... avant que les tests ne viennent, parce que y'a longtemps que j'exerce, on soignait le palu.

L : Oui.

B : Voilà, mais avec la... les tests sont venus, souvent on conseille aux gens d'aller d'abord faire le test à l'hôpital.

L : Ok.

B : Et quand ils font que, [bruit de porte] même ils font les traitements à l'hôpital que ça va pas, souvent on apporte, on apporte des, des, des appuis. Voilà...

L : Ok. Et le traitement du coup il est basé sur quoi ?

B : Heu... y'a... les sirops qui sont là.

L : Ouais.

B : Par exemple souvent y'a des, des palus qui sont là, qui sont à base de constipation, il va pas à la selle, et puis le palu vient, donc souvent ils vont, ils se font traiter, quand ça va pas, ils viennent, on appuie certains produits qui les font bien dégager sans problème. Et puis bon le reste avec d'autres choses, ça, ça passe.

L : Ok, donc le diagnostic vous demandez toujours à, un, à le faire

B : A l'hôpital. Voilà.

L : Dans un labo ? Ha ok.

B : Tu vois, on, on expose réellement, si ils veulent aller là-bas, ils vont. S'ils vont faire le diagnostic, ils peuvent continuer même le traitement là-bas, mais y'a d'autres qui reviennent à nous. Pour dire bon, il ont fait, ils sentent que ça, ça passe pas trop... donc heu... [bruit de porte]

L : D'accord.

B : Mais y'a d'autres quand même qui s'en sortent quand même avec et puis ça passe.

L : Donc après ils viennent pas vous voir.

B : Voilà. Donc y'a d'autres quand on leur dit de partir

L : Hum, hum

B : Ils s'en vont, et puis bon, ils peuvent continuer avec la médecine moderne.

L : Ouais, hum, hum.

B : Voilà y'a d'autres cas par contre qui reviennent

L : Qui reviennent.

B : D'autres sont réguliers avec nous.

L : Et puis y'en a qui font les deux aussi ?

B : Voilà, y'en a qui font les deux parce que là quand il fait là, quand il sait qu'il passe là. Voilà pour voir, voilà.

L : Et vous pouvez traiter quelqu'un qui est déjà traité aussi à l'hôpital ?

B : Oui... bon... j'ai rencontré plusieurs personnes qui ont fait des trucs à l'hôpital où ils ont emporté et puis ils sont venus avec des appuis qu'on les a apporté, ça, ça produit. Je prends les femmes qui font pas, qui n'ont pas eu d'enfant.

L : Hum, hum.

B : Donc heu, précisément à Bandougou, y'a plusieurs villages même, récemment je suis parti ça ne doit pas faire deux, un mois. Y'a une femme qui m'a apporté un traitement que j'ai fait l'année passée, et puis elle m'a apporté, elle dit qu'elle a eu un bébé. Un couple qui n'avait pas d'enfant.

L : Hum, hum.

B : Et, vraiment ce couple a été, a eu un bébé. C'était une joie quand même partager cette naissance.

L : Hum, hum.

B : Voilà.

L : Ok, ça c'est bien [rire]. Est-ce que vous pouvez me parler de vos expériences de formation, soit au niveau du programme ici, soit ailleurs ?

B : Oui, oui. Oui, heu, de l'autre côté, c'est les différents produits. Au début d'abord nous étions rattachés à la médecine chinoise.

L : Ok.

B : Au début

L : Hum, hum

B : Voilà par mes connaissances de certains trucs. Donc rattachés à la médecine chinoise. C'est pourquoi on nous a dit que, non, il faut aller plus loin avec le programme. Programme de la médecine africaine, bon, médecine traditionnelle.

L : Hum, hum.

B : Voilà, donc heu, bon, on a, on a vu l'efficacité de ça. Ouais donc au début on nous a formé sur certains éléments. Voilà... certains éléments, je prends l'exemple d'un produit même, d'un produit qu'on appelle baoudji, un produit de maux de ventre, diarrhées, vomissements.

L : Hum, hum.

B : Très, très, très efficace, puis qui est équilibré. Qui fait aucun mal à... même l'enfant peut prendre. Grande personne, même pour les femmes enceintes. Voilà, donc récemment je me souviens j'étais à Khorogo, on m'a appelé pour ma fille qui vomissait, qui faisait diarrhée. Donc sur place on a couru au dispensaire, ma femme a couru au dispensaire sur place. On a dépensé quelque chose de 8 500. Ça n'a pas marché, elle est repartie, encore, ils ont fait, ils ont mis des ballons.

L : Hum, hum.

B : L'eau. Voilà. Jusqu'à ça fait 20 000. Mais heureusement quand je suis revenu avec le produit, à l'appui, sur ma fille-même qui a 3 ans, déjà ça a arrêté. Le vomissement a été arrêté par la médecine en tout cas. Mais elle ne s'est pas entièrement retrouvée. Bon là elle faisait diarrhées toujours. Quand j'ai donné le petit produit, ça a arrêté.

L : Hum, hum.

B : Mais on a continué toujours, parce que y'a le sang qui joue donc on a continué toujours avec la médecine, pour ne pas que ça, ça retourne derrière.

L : Hummm. Ok.

B : Donc c'est les, c'est, c'est pour dire que les deux, les médecines se complètent.

L : Oui. Ok. Et donc les formations que vous avez reçues ici, c'était sur quoi ?

B : Oui. C'était sur les différents produits.

L : Hum, hum.

B : Par exemple on te prend huile de drogbo. Huile de drogbo, c'est... c'est... genre huile [inaudible] en petit bidon, voilà, y'a plusieurs formats bien sûr, qui fait des merveilles. Par exemple quelqu'un qui a une angine, on te montre un produit et le rôle qu'il fait.

L : D'accord

B : On te montre un produit. On te parle de la fabrication du produit et puis le rôle qu'il fait. Dans quel cas le prendre. Donc je prends le drogbo qui est très simple.

L : Ok.

B : Les cas d'angines. Quelqu'un qui... où y'a enflure dedans là, et puis il ne peut pas [bruit de porte] avaler crachat. Et puis le drogbo, quand il consomme, quand il prend, il a, il a... ça détruit tout ce qui devrait se faire là, et puis ça, facilement la personne est guérie. Pourtant l'angine tue, quand on tousse beaucoup, l'angine tue. Bon, y'a les cas de, de furoncles.

L : Oui.

B : Furoncles, vous voyez ?

L : Hum, hum.

B : Heu, quand on met l'huile de drogbo si on l'applique, ça fait, ça finit. Si y'a certaines démangeaisons même, de peau, où les gens ont traité à l'hôpital et ça n'a pas marché, et avec le drogbo [bruit de porte] plus un sa, petit savon qu'on appelle ébène, tout ça là, c'est fini, c'est fini. Voilà, donc ce, ce n'est que des grâces. Je dis que la médecine vient de Dieu et c'est sur la grâce de Dieu qu'on peut compter pour soigner les hommes.

L : Hum, hum

B : Voilà, bien sûr avec la formation. Sans la formation, on ne peut pas savoir quel produit joue quel rôle. Avec la formation de base.

L : Hum, hum.

B : On a fait, voilà, on a eu, on a été formé que je l'ai dit, sur les produits.

L : Sur les produits, ouais.

B : Voilà. Et puis voilà quand on est formé sur le produit, tu connais le produit, tu sais quel rôle ça joue, et puis bon tu peux... avec ça, aller sur le terrain. Et puis dans le terrain, plus tu, tu gagnes l'expérience, parce que tu vois, tu, toi-même tu découvres certains trucs. Ok.

L : Donc c'est ça, ça vous a appris dans vos pratiques quotidiennes.

B : Dans nos pratiques quotidiennes.

L : Hum, hum.

B : Ca fait que même y'a certaines personnes quand tu passes avec certains produits, lui-même il t'appelle il te dit qu'il a besoin de tel produit. Parce qu'il connaît son efficacité.

L : Ouais.

B : Voilà... les problèmes d'oreille comme ça, comme les problèmes d'oreille, voilà, les problèmes d'oreille, moi-même j'ai ma fille qui a eu un problème d'oreille. J'ai dépensé 8 500 ça n'a pas marché. Voilà, ben, avec huile drogbo, un produit de 500 francs, en mettant dans l'oreille, sans problème, ça a réussi à, à faire certaines merveilles.

L : Hum, hum.

B : Mais on peut pas dire en médecine qu'on peut faire 100 %.

L : Oui, ça c'est sûr.

B : Voilà, ok.

L : Ok, et est-ce que heu... vous aimeriez vous former à autre chose et sur quoi par exemple ? Est-ce que vous auriez des envies de formation, des besoins ?

B : Oui. Parce que la formation fait du bien.

L : Hum, hum.

B : Quand tu as été bien formé, tu peux toujours faire des merveilles. Donc heu, la, la connaissance, on ne peut que chercher toujours à grandir dans la connaissance. Voilà donc je veux, j'aimerais bien être formé encore plus.

L : Est-ce que vous avez des sujets en particulier qui vous intéresseraient ?

B : Oui. Les sujets... les sujets c'est que notre état reconnaisse aussi la médecine heu... voilà dans notre médecine tra, traditionnelle.

L : Hum, hum.

B : Parce que souvent nous autres, quand vous savez que, de force et d'autres, on a souvent des problèmes.

L : Ouais.

B : Voilà, donc c'est ça qui est notre inquiétude, parce que eux, heu... souvent ils sont là, tu vas montrer tes papiers que tu as reçu sur l'ONG, sur... leurs papiers qu'est-ce que tu fais, mais ils vont te dire non, mais c'est pas accompli. En fin de compte tu sais pas ce que tu fais. Parc'qu'en fait nous autres on ne peut pas faire d'injections, on peut pas faire des trucs.

L : Oui.

B : Y'a des trucs on est limités.

L : Hum, hum.

B : Oui on est limités. Donc on joue dans le rôle mais il faut que l'état vraiment nous aide à nous épanouir dans notre service. Parce que, dans ce service-là on, on, je, je m'occupe de mon petit frère qui est parti jusqu'à l'Université, en géographie. Qui a eu l'Université en géographie.

L : Hum, hum

B : C'est ce boulot qui lui fait ça. Vous voyez ?

L : Ouais

B : Je loue une maison de 50 000 francs, j'ai des, une famille, je suis marié légalement. Vous voyez, c'est un boulot qui nourrit son homme !

L : Oui.

B : Bé, et si on n'est pas, voilà... si on n'est pas bien accueilli par notre état, bon heu, on va, par bien de personnes, on, on vit un peu dans le stress.

L : Ouais.

B : Voilà, donc si on est formés et puis que y'a des papiers qui sont délivrés, qui peut nous permettre de travailler facilement c'est bon.

L : Hum, hum

B : Mais tout ça là c'est grâce à la formation qu'on peut avoir tout ça.

L : Ouais, donc la formation pourrait heu...

B : Oui

L : Accentuer la reconnaissance ?

B : Oui la reconnaissance. Oui. Oui, la reconnaissance.

L : Hum, hum. Ok. Et du coup au niveau de la collaboration avec les professionnels des autres hôpitaux, comment est-ce que vous, vous la voyez ?

B : Oui, c'est, c'était, c'est... Parce qu'au fait, y'a... comme je l'ai dit la formation, quand tu es bien formé, tu paniques pas. Tu cherches à tout, à tout prix à convaincre les gens. Par exemple moi quand je suis en face d'une femme enceinte, [bruit de porte], je dis bon, va te rendre à l'hôpital. Va te rendre à l'hôpital directement. Je croise un bébé, je non, ce bébé-là, c'est pas de mon, de mon cas.

L : D'accord.

B : Parce que je prends les cas comme les villages qui sont loin d'Abidjan, vers Terebengou là, y'a des villages qui n'ont pas de, qui n'ont pas d'hôpitaux.

L : Oui.

B : Du coup on t'apporte un bébé de soigner. Je dis non, va au centre le plus proche [bruit de porte]. Souvent c'est le cas d'anémie très sévère.

L : Hum.

B : Et quand on va dans le dispensaire le plus proche, ça va pas, ils sont obligés de continuer, souvent l'enfant se meurt en route. Donc vous voyez, si on a été formé sur certains trucs, on peut même sauver des cas de vie. Avant même de retourner la personne à la médecine, heu, à la médecine moderne.

L : Hum, hum, avant de transférer.

B : Voilà !

L : Faire les premiers soins

B : On peut faire quelque chose avant que les, pour que les vies soient sauvées.

L : Ouais.

B : C'est dans ce cadre-là

L : Ouais

B : Voilà, donc heu la formation, vraiment, on est ouverts pour la formation, on veut qu'on soit bien formés encore, une fois de plus. On a été formés, mais on veut être plus formés encore. Voilà...

L : Hum. [bruit de porte] D'accord. Parce que du coup, vous, vous envoyez souvent des enfants ou des femmes enceintes heu vers l'hôpital ?

B : Oui, vers l'hôpital, parce que c'est des cas critiques.

L : Souvent, ouais.

B : C'est des cas difficiles.

L : D'accord.

B : Voilà, difficile à gérer

L : Hum, hum

B : Parce que là, là, tu n'as pas d'appareil pour découvrir certains trucs. Voilà pour ne pas prendre de risque. Il vaut mieux d'apporter ces personnes fragiles là.

L : Ouais.

B : Voilà ! A, à la médecine moderne qui a presque tout. Voilà.

L : Ok. Ok. [début d'appel à la prière de la mosquée voisine] Et vous, vous percevez comment votre statut auprès des populations ? Votre rôle, c'est quoi ?

B : Mon rôle c'est d'intervenir sur des cas. Des cas, des cas, bon, des cas. C'est, c'est ça, parce que quand j'expose mon produit, y'a d'autres qui appellent qui disent bon je veux, y'a d'autres qui dit non moi je veux pas prendre, c'est pas obligé.

L : Oui.

B : Et certaines personnes même qui utilisent nos produits font nos publicités auprès des autres.

L : D'accord.

B : Vous voyez ?

L : Oui.

B : Voilà, d'autres personnes en prenant nos produits font nos publicités. Parce que après le produit qui t'a fait du bien, tu dis à ton frère ah, tel produit m'a fait du bien.

L : Avec l'expérience, hum, hum.

B : Avec l'expérience. La personne vient encore. Quand il trouve, au fur et à mesure, tu vas voir que nos produits s'en vont très loin.

L : Hum, hum.

B : Je prends l'exemple de, de, d'un spermatique. Un produit pour l'homme. Pour renforcer l'homme dans le plan, sur le plan du couple. [bruit de porte] Vous voyez, c'est un produit qui fait du bien. Ça et puis on demandait, et puis ça revient. Y'a pas de viagra dedans et c'est un bon produit pour les couples. Donc y'a tellement de trucs. Voilà... avec des couples qui sont en déchirure de truc, voilà... Voilà, donc voyez quand il prend ce genre de produit, il se ressourc plus, il dit ha, j'ai découvert le produit avec un monsieur qui est, voilà son numéro et puis bon, il est là, ok.

L : Ok, d'accord. C'est bon, je sais pas, est-ce que vous voulez rajouter quelque chose, pour moi en tout cas...

B : Oui, bon, je, je vous remercie d'abord d'avoir, comme je l'ai dit, je suis ouvert à tout, voilà, merci aussi de m'avoir entendu, voilà c'est, c'est une chance quand même, voilà, de chercher à connaître ce que l'on fait, voilà, donc heu... c'est...

L : Merci beaucoup

B : Voilà si y'a autre possibilité d'appui, pour qu'on nous aide plus, c'est bon.

L : Ouais.

B : Heu... si vous vous avez des matériels, vous avez beaucoup de choses. Voilà, vous pouvez même aider le programme avec des matériels, c'est, c'est bon !

L : ouais, ok

B : Voilà... on peut plus avancer. Voilà, merci beaucoup.

L : Ok, merci.

Entretien n°3 le 23/04/2019 au PNPMT

Durée : 16 minutes

Madame C a 43 ans, elle a un niveau scolaire primaire. Madame C se définit comme naturothérapeute et exerce comme tel depuis 19 ans.

L : Donc est-ce que vous pouvez me parler un peu de votre pratique quotidienne ? Qu'est-ce que vous faites dans votre travail ?

C : Bon, dans mon travail, bon, je reçois souvent des patients qui viennent vers moi, très souvent par le biais des gens que j'ai déjà traité.

L : Ok

C : Ou par la publicité. Je passe souvent à la radio.

L : Donc c'est eux qui viennent au domicile. Vous avez un centre ?

C : J'avais un centre mais j'ai fermé.

L : Ok.

C : J'ai fermé parce que je n'arrivais pas à... couvrir les dépenses.

L : Donc là vous exercez toute seule ou vous avez des associés ?

C : J'exerce toute seule. Bon quand j'ai... en face de moi des cas que je ne peux pas, je contacte mes collègues.

L : Collègues praticiens aussi ?

C : Oui collègues praticiens.

L : Ok.

C : Si y'a des examens à faire aussi je les amène au médecin.

L : D'accord.

C : Généraliste.

L : Ok. Et vous vous avez des spécialités ?

C : Ouais j'ai des spécialités. Bon, surtout la fécondité.

L : Ok.

C : La sinusite, puis des fièvres typhoïdes ou autres. Concernant aussi les hommes, si ça va pas trop chez l'homme, chez la femme, frigidité chez la femme, la faiblesse sexuelle, ... et autres.

L : Ok. Et donc quand c'est pas ces domaines-là, vous envoyez vers quelqu'un d'autre ?

C : Hum, hum, dans le domaine-là bon, y'a certain que j'arrive à faire, mais pas tout. Les cas tels que bon, les hernies, hydrocèles ou concernant les opérations, j'ai des collègues qui font aussi des traitements sans opération. Bon, moi comme je ne peux pas, je les envoie, ou je les ramène simplement à l'hôpital.

L : Ok. Et est-ce que vous vous soignez le paludisme ou pas du tout ?

C : Si je soigne, même la fièvre typhoïde.

L : D'accord. Et vos traitements c'est à base de quoi ?

C : A base de plantes. Je prends les racines, les écorces.

L : Ok, hum, hum. Seulement à base de plantes ?

C : De plantes.

L : D'accord, ok. Et le diagnostic, vous faites comment ?

C : Pour le diagnostic, très souvent je demande aux patients, vous avez été à l'hôpital, il me dit oui, ... soit ils ont fièvre typhoïde, soit ils ont le palu. C'est comme ça je commence à les traiter. Mais moi-même je peux regarder un peu les yeux, en les touchant, la fièvre, les yeux pales, tout ça. Je pose aussi quelques questions, pour savoir s'ils ont l'appétit, qu'est ce qui ne va pas, pour savoir aussi quoi.

L : En fonction des signes vous pouvez traiter ? Et des fois vous a..., vous demandez d'aller à l'hôpital des fois, des fois non ?

C : Non, par ce que très souvent quand ils viennent je cause avec eux, vous avez fréquemment mal à la tête, par exemple la typhoïde comme ça, fréquemment mal à la tête, je connais les signes, quand je connais pas les signes, si ils disent oui

Vous voyez, moi aussi je connais un peu, je me mets, je me mets à les traiter.

L : Ok.

C : [sonnerie de téléphone] Excusez-moi. On doit m'envoyer un colis, là.

L : Ah, ok, allez-y.

[attente]

C : Y'a un colis qui vient de l'Europe quoi.

L : Ha ok. Vous êtes pressée ?

C : Comment ?

L : Vous êtes pressée maintenant là ou bien ?

C : non, je dois répondre c'est tout.

L : D'accord, allez-y, je vous laisse.

[madame C sur son téléphone]

X : Bonjour

L : Bonjour, oui ça va et vous ? On s'est installées ici par ce que y'avait pas d'autres bureaux quoi.

[madame C sur son téléphone]

C : D'accord.

L : C'est bon ? Ok. Est-ce que vous pouvez me parler... Ok. Est-ce que vous pouvez me parler un peu de vos expériences de formation [sonnerie de téléphone] que vous avez reçues ?

[madame C répond au téléphone]

C : D'accord.

L : C'est bon ? [rire]

C : J'ai pas encore fini d'écrire, c'est un peu compliqué, ça doit passer au Cameroun avant de venir ici.

L : Haaa...

C : On n'a pas pu avoir une bonne...

L : Haaa. Ok. Donc est-ce que vous pouvez me parler un peu de vos expériences de formation que vous avez reçues, soit ici au sein du programme, soit par d'autres... ?

C : Formations suivies concernant le paludisme, ou bien certaines maladies ?

L : Les formations que vous avez reçues. Est-ce que vous en avez déjà reçues ou pas ?

C : Si, beaucoup de formations, l'année passée [bip de téléphone], on a reçu des formations contre heu... l'anatomie humaine, paludisme aussi je crois.

L : Hum, hum.

C : Beaucoup de formations.

L : Et selon vous, ça vous a apporté ?

C : Oui. Ça m'a apporté. ;;;; Donc, ça m'a apporté. J'ai des documents que j'ai payés à chaque fois aussi.

L : Ok, ça vous a apporté au niveau de quoi, des connaissances ?

C : Oui, au niveau des connaissances, bien sûr !Ce que je fais.

L : Et puis grâce à ça est-ce que vous avez pu améliorer vos pratiques par exemple ? [madame C sur son téléphone] Ok, est ce que vous avez pu, hum, est-ce que vous avez heu évolué par exemple dans vos pratiques, grâce aux formations ?

C : Oui j'ai évolué, j'ai évolué. Ça m'a permis de connaître beaucoup de choses... Concernant les pathologies, [bip de téléphone] comment faut traiter, comment, qu'est ce qu'il faut faire.

L : Hum, hum. [discussion en fond]

C : De connaître beaucoup de choses.

L : Est-ce que au niveau de l'organisation de la formation vous avez été satisfaite, ou bien, est-ce que les supports étaient bien pensés... ?

C : Hum, hum, c'était bien pensé.

L : Et comment est-ce que vous, vous verriez l'organisation d'autres formations des praticiens de médecine traditionnelle sur quoi, est-ce que vous avez des demandes particulières ?

C : A ma connaissance, pas de demande particulière, mais, comme y'a toujours des nouvelles heu... maladies,

L : Hum hum.

C : Si on peut nous former sur ça aussi c'est bon, hein. Chaque année, beaucoup de maladies, Ébola, bon.... Parce que on peut aussi chaque fois [bip de téléphone]

L : [rire] Donc, hum, hum, plutôt sur des maladies alors ? [bip de téléphone]

C : Oui des maladies surtout.

L : D'accord. Ok [bip de téléphone].

C : Haaa ça là ça va se décharger hooo [madame C sur son téléphone]

L : C'est bon ? [madame C sur son téléphone] Est-ce que heu... comment vous vous voyez la collaboration entre la médecine traditionnelle et puis les professionnels de l'hôpital ?

C : Bon, dans le passé ça n'allait pas trop, mais aujourd'hui je pense que ça va. Parc'que la médecine traditionnelle a é, a quand même évolué, donc heu ça va, eux-mêmes, ils collaborent bien quand même avec les praticiens. Pourquoi je dis ça, parce que moi-même, j'ai des médecins qui m'envoient même des patients hein.

L : Hum, hum.

C : Ils viennent prendre chez moi des produits pour aller donner à leurs patients.

L : Ok, ha bon.

C : Y'a des médecins que j'ai traités, et que vraiment mes médicaments sont bons !

L : Hum, hum

C : Ils prennent des médicaments avec moi !

L : Hum, pour leurs patients ?

C : Pour leurs patients.

L : D'accord. Dans quel heu... dans quel cas ? C'est quand eux ils arrivent plus à traiter ou bien

C : Bon, t'as des maladies où c'est pas qu'il arrive pas à traiter, mais y'a des maladies ils se disent que les plantes naturelles aussi qui peuvent... guérir. [bip de téléphone]

L : D'accord.

C : Comme j'ai traité un médecin qui avait un problème de sinusite. Et il m'a dit ouvertement que lui il préférerait, il préfère se traiter ? C'à-dire, traiter son mal à l'indigénat. Je dis ah bon ! Vous voyez, il s'est sorti comme ça, sinusite. Et y'a un autre aussi, côté garçon, les hémorroïdes, tu dis ça, blanc ne connaît pas trop, c'est africain qui maîtrise ça et moi je les guéris et je prends les produits il va les donner à son patient. C'est comme ça. Pas que ils ne peuvent pas le faire, mais y'a des maladies quand même que, la médecine traditionnelle peut guérir facilement quoi. Et la médecine moderne aussi guérie mais peut-être que c'est calmant. Ce que je, ce que je les hémorroïdes et tout, surtout la sinusite. La sinusite c'est un peu difficile. [bruit de porte]

L : Hum, hum

C : Comme les ulcères aussi. Ulcères, alors que nous on peut pas guérir, faut que ce soit les médicaments, le diabète, faut prendre des comprimés à vie, alors que la médecine moderne, heu, la médecine traditionnelle guérit. Donc ta collègue-là, elle est venue pour ça.

L : Ok. Et vous vous travaillez plus spéciq, plus spécifiquement avec certains professionnels de la biomédecine ou bien avec tout le monde ?

C : [bruits de discussion derrière]. C'est ceux, bon, c'est ceux qui me contactent.

L : Oui.

C : Bon, comme je le dis, souvent je passe aussi à la télévision, à la radio, donc y'a des médecins quand même ils me contactent ils viennent vers moi, et qui... pour la première fois ne s'affichent pas hein ! Ils passent et puis il disent ils sont ils payent des médicaments, ils vont tester et quand ils voient que c'est bon, c'est comme ça il revient et puis il dit tu sais que moi je suis médecin ? Je suis médecin ! Je dis ah bon ? Je suis

L : Ha...

C : C'est comme ça.

L : Ok, d'accord, c'est intéressant ! Et comment vous est-ce que vous percevez votre rôle auprès des populations ?

C : Bon, ça va, ça va. Parce que... la population aussi vraiment, reconnaît quand même le travail bien fait. Population connaît le travail bien fait donc heu... vraiment, eux-mêmes ils nous encouragent souvent. Y'a certains même qui passent et qui disent mais, vous voyez, cette dame-là elle est assise sous le soleil ! Mais... elle a de bons produits hein... Et ça, les gens en parlent tout le temps. Elle est au soleil, elle est dans la poussière, mais ces produits sont bons. Quand ils passent et qu'ils me voient, vraiment s'ils ont déjà testé mes produits et qu'ils sont accompagnés d'un ami ou bien d'une amie, ... mes produits donc je pense que...

L : Ok, d'accord. Merci beaucoup, pour moi c'est bon. Je sais pas, est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

C : Non, je n'ai rien à ajouter [rire]. Rien à ajouter ! [rire]

L : Ok, merci beaucoup.

Entretien n°4 le 23/04/2019 au PNPMT

Durée : environ 40 minutes, dont 21 enregistrées (le reste s'étant dit à la fin de l'enregistrement, de façon informelle)

Monsieur D a 47 ans, il a un niveau scolaire primaire. Monsieur D se définit comme naturothérapeute et exerce comme tel depuis 4 ans, mais exerçait déjà avant sur quelques pathologies seulement.

1^{er} enregistrement :

L : Est-ce que vous pouvez me parler un peu de votre pratique quotidienne ? Comment ça se passe ?

D : Bon, heu moi mon domaine c'est les hépatites virales.

L : Ok.

D : Moi c'est le B, ce que je traite. C'est le A aussi, le A c'est pas ... Ouais, moi je traite ça finit totalement.

J'ai, j'envoie le résultat, et... y'a pas de... c'est tout naturel !

L : D'accord.

D : Ouais c'est naturel, c'est pas chimique !

L : Vos traitements sont naturels ?

D : Naturels !

L : Ok, à base de plantes ou bien ?

D : De plantes, de plantes. Pas du tout chimique, naturel.

L : Uniquement les plantes ?

D : Oui. Ça c'est le don des parents.

L : D'accord.

D : Ouais, j'ai vu ça en songe.

L : Ok.

D : Et il m'a pas donné comme ça hein, c'est, c'est, depuis les décennies, les parents c'est, c'est leur route. Ils soignent par des plantes. Moi je suis né à Abidjan, j'ai grandi ici.

L : D'accord.

D : Et... je peux tout expliquer ?

L : Oui !

D : J'ai fait un accident au travail et... la chute. Et c'est là, on m'a envoyé à l'hôpital. Après les soins, je vois un songe. Bon, ils m'ont montré des, des, des trucs. Et, je, je dis je ne connais pas. J'ai dit c'est quoi ça. On dit non, on soigne les gens avec. Bon, comme c'est un truc naturel, de type la famille, je n'ai pas oublié. Et après ma guérison, on est allé chez mon oncle heu... nous on a plantation de cacao, du coup je suis allé voir mon oncle. J'ai vu. Il a dit mais tu reconnais ces trucs ? J'ai dit oui, on est rentré en brousse, j'ai vu, j'ai dit voilà, voilà, on a pris et j'ai, j'ai préparé. Je suis venu à Abidjan et là mon médecin, mon, mon docteur j'ai dit ah moi j'ai vu des, des remèdes en songe. Je sais pas ça traite quelle maladie. Bon envoie-moi l'échantillon. J'envoie l'échantillon, il a pris, allé à l'Institut Pasteur. Oui, cinq mois dans le labo, hein ! Et ça ressort heu, ce sont les hépatites. Moi pour un début j'ai peur, j'ai jamais fait, je sais pas. Alors y'a une dame qui est venue mettre des affiches, qui a dit bon colle les affiches, colle, colle. Et là j'ai collé. Mon premier cobaye c'est une dame. Elle avait le B. Et c'est passé. Bon ben c'est ça, je suis allé voir Docteur..... Je suis venu bon, m'enregistrer et tout et tout. Il m'envoie les résultats, négatifs ! Tu veux voir aussi ?

L : Hum, hum, oui.

D : Ca c'est parti hein, [monsieur D ouvre sa pochette] tu vois, avant il est venu, sa charge virale, ça c'est combien ? 1925.

L : Hum, hum ;

D : C'est le rein et puis le foie.

L : Ok.

D : 2316.

L : Ouais.

D : Il avait... ce mal et quand il a pris mon traitement, après de quelques temps c'est devenu 23,8.

L : Ha ouais.

D : 7,1. Et là c'est négatif, vous avez vu ? Absence de répllication B ce jour.
L : Ok.
D : Si c'est comme ça on travaille hein ! A moins que la personne vient, vient avec son taux.
L : D'accord
D : Le taux
L : Oui
D : Maintenant quand il vient, nous on prend ça d'abord, sur mon papier clinique à la maison, j'enregistre les venues, ses coordonnées, tout. J'ai même ... et je lui donc mon produit. Vous avez vu les bidons que j'ai envoyé là non ?
L : Oui.
D : Il boit ça pendant heu... 3 mois. A partir de 3 mois il va à l'hôpital, on prend son sang. On analyse, y'a du mieux. Jusqu'après maintenant, d'autres séances encore, c'est fini. Bon, ça dépend de... de l'organisme de chacun d'entre nous. Y'a des gens ça met du temps, y'a des gens ça met pas du temps. C'est comme ça.
L : Donc vous, ces papiers-là vous demandez à chaque fois les analyses ?
D : Oui, oui.
L : Avant de traiter ?
D : Bon, qu'est ce qui prouve que tu as ce mal ? C'est ça qui prouve, tu as l'hépatite B. Tu as l'hépatite C, j'ai le A. Le A, ça c'est palu, c'est éphémère, il va il vient, mais pour le l'éliminer totalement. Voilà, moi j'enlève ça, ça c'est un petit truc.
L : Hum, hum.
D : Ca c'est les... petits trucs. Ouais.
L : Ok, d'accord. Merci. Et à part les hépatites, vous prenez d'autres pathologies ?pris en charge, ou bien vous êtes spécialisé là-dedans ?
D : Ouais je suis spécialisé là-dedans. L'hépatite.
L : D'accord.
D : Mais après ça y'a autre mal que je traite !
L : Est-ce que le paludisme vous traitez ?
D : Mais le A, c'est, c'est palu !
L : Hépatite A ?
D : ouais, c'est palu !
L : C'est même chose ?
D : Ouais, non mais lui, lui c'est pas... c'est pas fort, c'est, c'est, c'est simple. Voilà, lui pour l'enlever c'est, heu... trop... ça vaut pas une, une semaine c'est fini hein ! C'est fini, ça, ça c'est un p'tit truc. Hydrocèle tu sais, tu sais, tu connais hydrocèle ?
L : Oui.
D : J'enlève ça. Voilà. Fièvre typhoïde, je dégage tout ça.
L : Ok.
D : Y'a plein de mal que j'enlève.
L : Et les traitements donc c'est vous qui fabriquez ?
D : Oui c'est moi-même.
L : Y'a plusieurs traitements ?
D : Oui y'a plusieurs traitements ouais.
L : D'accord.
D : C'est différent.
L : Est-ce que vous avez des expériences de formation, soit ici au programme, soit ailleurs ?
D : Non, c'est ici.
L : Ici, au programme ?
D : Ici, on nous a montré comment... il faut... parc'qu'ici c'est la médecine ! Et... il, il nous dit tout ! Comment faut suivre les gens, voilà. Il nous dit tout, tout, tout, tout. Voilà, comment on doit se comporter avec les clients. Comment on va sur le client, bon il nous dit tout, il nous cache rien. Voilà.
L : Et heu... vous avez été satisfait des formations que vous avez reçues ici ?

D : Ah ouais, je suis satisfait, ça m'a beaucoup arrangé !

L : Ça vous a appris ?

D : Oui.

L : A quel niveau ?

D : Bon heu... à ce que, ce que je ne maîtrisais pas. Ou... heu... bon, naturellement, et, y'a la nature. Mais, le moderne

L : Oui

D : Nous a montré comment faut faire le moderne aussi. Voilà !

L : Ok. Est-ce que heu... vous aimeriez suivre d'autres formations ici ? Est-ce que ça vous intéresse ?

D : Tout m'intéresse !

L : D'accord. Sur quoi par exemple ? Comme sujet ?

D : Mon domaine ? Dans mon domaine ? Dans mon domaine, beaucoup.

L : L'hépatite, ça vous intéresse ?

D : Ouais, beaucoup.

L : Ou bien de voir d'autres choses, nouvelles ?

D : Bon heu... ouais, oui, mais moi j'aimerais, j'aimerais plus fort dans mon domaine, de plus d'abord.

L : D'accord.

D : Bon en matière de tout ce que je connais. Comme bon, ulcère, palu, ouais, plaies de ventre. Tu connais plaies de ventre ?

L : Oui.

D : Ça c'est mon domaine.

L : D'accord.

D : J'enlève plaies de ventre.

L : Donc tout ça vous aimeriez avoir des formations dessus ?

D : Ouais... Bon, de toutes les façons, les seules formations qu'ils nous donnent au début là, on a tout bouclé. Mais, il est utile de me perfectionner encore.

L : D'accord. Des perfectionnements sur des pathologies du coup ?

D : Des formations sur c'est ce qu'on faisait, qu'on essayait de faire, ouais. Ouais. Bon... heu... si il veut ajouter encore, moi je suis prêt.

L : D'accord. Ok. Est-ce que du coup heu... donc vous, vous collaborez avec les hôpitaux pour les examens médicaux, est-ce

D : Oui, ouais, heu, c'est eux qui, c'est eux qui confirment la guérison.

L : Voilà. Et puis vous avez quel lien encore avec les médecins ou bien les pharmaciens de l'hôpital ? C'est pour les diagnostics seulement ?

D : Bon. Ouais, non, quand nous donnons le produit à... à le patient, moi je lui dis bon, il faut aller à l'hôpital. Parce que c'est eux qui vont dire que tu as ce mal ! Donc c'est eux, eux ils vont confirmer ce mal ! S'ils vont confirmer... moi j'essaie ... Mon produit que je mets dans ton corps, je sais.

L : Ouais.

D : Mais, comment on fait pour savoir que c'est fini ? C'est la médecine moderne ! C'est la médecine moderne. Moi je peux pas dire oui j'ai fini, quand tu, quand tu prends les médicaments, de la manière tu te sentais avant, et quand tu prends, y'a une très, y'a une très grande différence.

L : Hum.

D : Voilà, bon, c'est la médecine moderne qui confirme que ça va.

L : D'accord [bruit de discussion au fond], ok, ok. Et est-ce que des fois vous envoyez des patients aussi parce que, pour d'autres choses ou pas ?

D : Bon, ici la médecine moderne, chez nous heu [cri derrière], parce que nous, moi chez moi personnellement, je me dis que y'a, y'a une jalousie hein. 'tant j'te dis pourquoi. Parce que

L : Avec les médecins ?

D : Mais, mais, ils veulent pas, ils veulent pas nous donner ce que on ...

L : Donc la collaboration selon vous, elle est pas... très bonne, encore ?

D : Non, bon, au niveau, au niveau de notre heu... institut y'a pas de problème.

L : Ouais.

D : Avec le patron. Mais, quand tu vas dans certains centres, tu veux pas quelque mal, quelques maladies, ils veulent pas. Voilà. Bon nous, nous on enlève le mal sans demander, on prend le mal, c'à-dire, on prend le mal dans le corps étranger, nous on enlève ce mal là. ... Donc, quand on va, quand on... regarde les résultats, je dis tu es encore malade, toi, il regarde il voit les résultats et puis bon, bon, on n'a pas de cas ici. Mais vraiment, mais, on va pas forcer la main des gens pour aller chercher dedans pour nous donner les patients.

L : Oui.

D : Donc heu... qu'est ce qu'on fait ? On colle nos affiches. Tu vois... Tout ce qu'on demande, s'ils remplissent les conditions, nous le produit guérit totalement. C'est pas fini totalement, ... le produit ça quitte.

L : Et du coup, comment il faudrait faire pour améliorer un peu cette collaboration, selon vous ?

D : Heu... comment ? Avec heu la médecine moderne ?

L : Oui.

D : Mais c'est eux qui sont les patrons ! Tu comprends ? Mais si la patron refuse de t'éc, de collaborer avec toi, toi tu fais comment ? Tu vas pas te retirer, tu vas pas forcer les choses. Le patron c'est le patron, et d'abord, il dit fait ça, fait ça, et tu es en train de voir, y'a un cas là-bas, tu sais que si tu me donnes, je vais le guérir, si tu veux pas, est-ce que moi franchement je vais ... Si tu vas pas dire que ah le patient là lui il traite ça, si tu vas pas lui dire, est-ce que lui il va venir chez moi, hein ? Il vient pas ! C'est comme ça. Mais nous on force pas les choses, mais nous on va aller chez les gens, quand les gens sont malades, et puis, nous là, on a ses remèdes là, quand on les voit qu'on commence à peine, il dit ça me fait mal, on fait comment ?

L : D'accord, ok. Bon en tout cas pour moi c'est bon, si vous avez d'autres choses à rajouter, je sais pas.

D : [rire] Quelque chose à rajouter comment ?? Moi je sais pas, je comprends pas, explique-moi.

L : Non, pour moi c'est bon, j'ai eu les informations [rire]. Si vous avez envie d'ajouter quelque chose qui peut m'aider aussi ? [rire]

D : [rire] Bon, moi chez moi heu... bon, moi qu'est ce que j'ai à dire ? C'est les moyens Les moyens ! les moyens. Si quelqu'un est malade, il vient, on travaille ensemble, on travaille en collaboration, c'est gagnant-gagnant. Moi aussi là-dedans je gagne.

L : Hum, hum.

D : Moi aussi c'est ma chose. On travaille ensemble. Si tu es d'accord, si tu es pas d'accord, moi je vais pas dire non.

L : Ok, d'accord, merci beaucoup en tout cas.

2ème enregistrement :

D : On est enregistré avec le patron ici.

L : Donc c'est eux les patrons ? [rire]

D : Ouais ! Non mais c'est mes patrons ! Même si ils vont dire, je dois aller soigner, soit à côté d'un CHU, ou bien de la gendarmerie, ou un coin, je donne un mot !

L : Donc eux, te donnent un mot comme quoi tu peux aller ?

D : Eux ils sont sur le terrain, ils regardent ! Moi je m'en vais au CHU, on dit viens prendre, viens travailler ici. Et moi je regarde, si la personne elle veut me donner mais les amis, ils vont pas accepter. Parce que y'a des gens, y'a des grands docteurs parmi nous ici qui connaît la chose.

L : Ouais.

D : Tout ça c'est une affaire de jalousie, c'est ce que je vous explique ! Je vous ai dit au début non ?

L : Hum.

D : Voilà, sinon heu... y'a pas de problème ! Nous les africains, on aime beaucoup la race blanche. On a beaucoup aimé. La Côte d'Ivoire aussi ;;;;;; il faut essayer de comprendre un peu, les africains. Ouais, peu de moyens, les moyens, oui mais c'est l'ensemble. C'est l'ensemble, on avance. Voilà.

L : J'suis tout à fait d'accord avec vous, hein ! Si je suis là aujourd'hui avec vous c'est par ce que ces choses-là m'intéressent, quoi !

D : Nous on peut te montrer, y'a pas de problème ! On peut te montrer, t'habituer aux secrets, ça va te plaire non ?

L : Ouais.

D : Tu vas faire beaucoup de miracles ! [rires] Oui y'a pas de problème, je peux te montrer, c'est des plantes même ! J'peux pas juste te montrer, faut que j't'envoie chez nous, dans la plantation de caco, j'te montre l'arbre qui enlève ce mal-là, j'te montre. C'est un arbre.

L : Mais c'est à Abidjan ou bien c'est en

D : Non, à Abidjan on vend pas au marché ! Non on vend pas, tu peux pas avoir ça au marché. Tu peux pas.

L : Donc vous, vous allez souvent en brousse pour récupérer vos plantes et puis vous

D : Ouais

L : revenez sur Abidjan ?

D : Ouais ! ce que on.. toi tu peux pas,

Ca fait rien !

L : Hum, oui, oui.

D : Il faut aller à la souche. Y'a des manières de prendre. C'est compliqué hein ?

L : Il faut aussi « avoir la main bénie » [expression reprise des paroles de monsieur D lors de la coupure d'enregistrement]

D : Non !

L : Il faut avoir la façon de prendre aussi

D : Oui voilà ! Ca dépend, il fait... Souvent y'a des cas, ils sont tellement graves, toi tu veux prendre, mais ça fait pas comme ça. Et pourtant toi là, palu-là, ça... c'est, c'est des composés de, de 3 trucs. Même y'a un souvent là, quand, c'est quand on a le palu, on devient toc-toc là, c'est un truc, on met ça dedans. Ca enlève ça rapidement ! Quand, je sais pas comment vous appelez ça même, quand la personne là, elle a le palu là, elle parle seule, oui on dirait quelqu'un qui est un peu fou là

L : Hallucinations ?

D : Voilà ! C'est un truc on met dedans, dans le truc et puis maintenant on fait, dès qu'il prend là, c'est fini ça ! une fois pour de bon hein ! C'est fini ! C'est fini. Ca dégage, une fois pour de bon, c'est fini, c'est fini. Ca c'est mon papa qui m'a montré hein, mais lui il n'est plus, il est décédé. Sinon, c'est, c'est tout hein, y'a rien ! C'est pour travailler moi je cherche un sirop. Du sirop.

L : Mais ceux que vous avez amené là, c'est du sirop déjà non ?

D : Non

L : Ou bien c'est quoi ?

D : C'est naturel !

L : D'accord.

D : Attends je vais te montrer. [monsieur D cherche une photo sur son téléphone] Voilà, c'est le produit qui est là.

L : Ok.

D : C'est ça qui est là.

L : D'accord.

D : C'est comme de l'eau, hein, c'est pas amer

L : D'accord.

D : Alors que palu là pour toi, c'est très amer.

L : [rire]

D : Oui. Diabète. Je soigne diabète. Diabète, ulcères, même la tension. La tension, qui paralyse l'homme, qui fait que y'a un côté qui traîne, ça je soigne. Tuberculose, je soigne. Beaucoup de choses hein !

L : Ok.

D : C'est un don ! C'est un don ! Chez nous c'est, c'est, c'est les dons. On est nés, on est nés, on est nés avec ! On va soigner les gens. On dit rien.

L : Et dans la famille vous êtes beaucoup à soigner comme ça ?

D : Ouais ! Ouais !

L : Ou bien c'est vous seul qui avez pris le don du papa ?

D : [rire] Ouais c'est moi qui a pris le don du papa.

L : C'est vous seul

D : Ouais. On n'adore pas des choses pour ça, hein. On n'adore pas des choses pour ça, parce que d'autres, on n'adore pas. Bon, j'ai dit, Dieu a béni cette famille-là comme ça. Je sais pas comment te dire, mais tu comprends ?

L : Oui, oui.

D : Voilà. Ah, Dieu a vu nos familles-là comme ça. Voilà, on n'a pas adoré, ni de cabri, ni de poulet, ni de mouton quelque chose, non. C'est un don Dieu a mis dans la, Dieu a fait des miracles dans cette famille-là. Vous, vous devez soigner les gens.

L : Hum, hum.

D : Y'a d'autres, ils sont comme juges. Voilà, voilà, [enfant qui parle derrière] nous pour nous c'est la santé. Voilà, nous c'est la santé. Voilà.

L : Et vous, vous avez transmis à quelqu'un votre savoir ? Ou pas encore ?

D : Non mais mon enfant il est un peu petit hein.

L : D'accord.

D : J'ai transmis à qui ? Non, mais c'est un don, on, on transmet pas à quelqu'un !

L : D'accord, ça se fait comme ça.

D : Ouais, c'est fini, c'est fini, une fois que tu es dans cette famille, même si moi je prends une femme blanche, je fais un enfant, bon, l'enfant il va soigner ! [bruit de klaxon]

L : D'accord.

D : Si il n'a pas pu soigner actuellement mais, soit il va devenir à la longue... Tu comprends ?

L : Hum, hum.

D : Voilà. Il serait un grand docteur. C'est dire au niveau de la santé seulement, lui c'est ça son domaine !

L : D'accord.

D : Tu comprends ?

L : Oui.

D : Voilà, mais si il est noir, comme moi, sa maman est noire, il va faire même chose ! [rire]

L : [rire] Et si il est moitié blanc c'est pas possible ?! [rire]

D : Non mais il va le faire ! Non mais si, si, bon. Si il est là-bas

L : Hum

D : Il maîtrise pas... les trucs africains !

L : Les plantes d'ici. D'accord. [rire]

D : Voilà maintenant si il vient ici, là on va chez les grands parents, on va dans les plantations de cacao, on y va poser beaucoup de questions.

L : Ok.

D : Moi-même si je suis là, je peux le former. Ces petits cousins peuvent lui montrer...

L : Hum.

D : Comme ça. Mais ce qui est sûr, à la longue, il sera docteur ou bien médecin. Ca c'est, c'est, c'est comme ça.

L : D'accord. Ok.

D : Ouais.

L : Merci beaucoup.

X qui arrive et D : [rires]

X : Elle s'intéresse à vous. C'est son travail.

L : Oui je m'intéresse à vous, c'est bien non ?

X : Avant là, la médecine traditionnelle était comme heu... mais maintenant, les gens s'intéressent, c'est bon, c'est pour dire que, on soit connu jusqu'au fond de la terre.

D : Ouais. Ah mais ces résultats, moi, nous ça nous plait aussi. Quand elle va partir, elle va dire ah, là où je suis partie, y'a des mal que ici on peut pas mais en Côte d'Ivoire on traite ! Nous, nous ça nous plait ! Ca nous plait ! Et puis si tu nous appelles, nous ça nous plait aussi !

[rire]

Entretien n°5 le 23/04/2019 au PNPMT

Durée : 8 minutes, Monsieur E a des difficultés de compréhension et d'expression en langue française, ce qui a écourté l'entretien.

Originaire du Niger, Monsieur E a 50 ans, il n'est pas allé à l'école. Monsieur E se définit comme tradipraticien et exerce comme tel depuis 20 ans.

L : Donc est-ce que vous pouvez me raconter un peu de votre pratique ?

E : Nous, y'a beaucoup de produits. Y'en a pour les ulcères, y'a pour le diabète, y'a pour les tensions, y'a prostata, y'a hernie.

L : D'accord.

E : Hernie moi c'est ça. Vous voulez ça, y'a son médicament dedans.

L : Ok.

E : Maintenant, palu, doucement, mais y'a ça encore je traite, hernie, tout y'a ça encore. Avec les prostates, avec pour augmenter la puissance des hommes, les garçons là.

L : Hum, hum

E : Oui oui, y'a ça dedans.

L : Donc

E : Oui, y'a diabète, tout y'en a. Les maux de tête, les Y'a les problèmes de dents, les sinusites là, y'a ça.

L : Vous avez les produits, ou bien vous soignez ?

E : Ouais j'ai les produits.

L : Donc vous...

E : Les produits c'est moi je soigne quelqu'un

L : Les gens viennent chez vous pour se faire soigner ?

E : Ouais, ouais. Chez nous là-bas.

L : Et vous avez un centre ?

E : Ouais là, moi y'a pas un centre, mais centre on doit faire ça.

L : Y'a pas de centre

E : Y'en a !

L : Ah.

E : Ouais, ouais, si les femmes qui vient enceintes

L : Hum, hum.

E : Y'a les médicaments enceintes, y'en a encore.

L : Ok.

E : Moi si c'est règles, douloureuses, si y'en n'a pas normal là, y'a médicament, si elle voit les règles là, je demande, après il va accoucher, il va bien avoir grossesse.

L : Ok.

E : Ouais, y'a tout, y'a ça.

L : Ok.

E : Ouais, ouais.

L : Donc

E : Ouais... comment t'as... Maladie les femmes là tu prends, pour prendre des... les femmes là, femmes là, ouais y'a ça dedans.

L : Ok.

E : Ouais, ouais, tout y'a ça.

L : Donc les gens viennent chez vous ?

E : Les gens ils vont venir chez moi là-bas, moi au Niger. Il va venir là-bas.

L : Vous vous êtes Nigérien ?

E : Moi je viens du Niger.

L : D'accord. Mais vous êtes ici à Abidjan.

E : Ouais, ouais. Mais je suis ici à Abidjan, ici, ici. Quand, quand on a médicaments venir un peu, on va envoyer ça. Ouais, ouais c'est comme ça on travaille.

L : D'accord. Donc le médicament vient du Niger.

E : Ouais, Niger. Il a quitté Niger.

L : Et puis il vient ici ?

E : Ouais il va venir ici. Et on va faire travailler ça ici.

L : D'accord.

E : J'ai soigné beaucoup de l'homme. Hémorroïdes là, ce qui est sorti là, je soigne.

L : Hum, hum.

E : Ce qui est interne, je soigne. Tu as vu ?

L : Oui.

E : Y'a ça beaucoup.

L : C'est vous qui soignez seul ou...

E : C'est moi

L : ...vous êtes associé à d'autres

E : Non, c'est moi je soigne, s'il a vu quelqu'un là malade, on va soigner. C'est comme ça on va faire.

L : D'accord.

E : Ouais, ouais, même sur le rein, là, y'a l'eau dedans, ou bien ça coule là, on veut enlever les têtes-là, les nerfs-là, tout, je soigne. Y'a d'autres les nerfs-là, c'est comme ça, la tension, tension de diabète-là, tout on soigne.

L : A partir de quoi vous soignez ?

E : Tous les maladies on soigne, un peu, un à un à un.

L : Avec quels produits ?

E : Produits les arbres là, arbres.

L : Arbres.

E : Ça a quitté Niger, ouais, ouais.

L : D'accord.

E : Oui, oui c'est comme ça.

L : Vous traitez tout avec de l'arbre ?

E : Oui, sur les arbres, là, on va faire un à un, un à un les arbres. Voilà son maladie, voilà son maladie. C'est ça on va mélanger avec ça.

L : D'accord.

E : Oui, oui.

L : Et puis le paludisme aussi ?

E : Paludisme, voilà, y'a quelqu'un on n'a pas trop l'effort là, le palu doucement là, tu vas prendre awa, awa gros bidon là, tu veux boire un peu un peu, tu pisses bien. Moi seul son pipi là s'il est jaune comme ça, je vois ça a quitté. Son corps là ça chauffe dedans. Y'a l'autre là son corps ça chauffe, c'est le palu qui fait ça. Tous les temps, tu n'as pas trop forme, c'est le palu qui fait ça. C'est comme ça on va faire travail aussi.

L : Et vous comment vous faites pour reconnaître la maladie ? Le diagnostic ?

E : Moi..., je connais..., si c'est le palu là, la rentrée sur son corps là, s'il est trop trop là, s'il a donné médicament, si il le boit 2 jours, 3 jours là, il pisse comme ça, c'est fini. Ha ouais c'est comme ça.

L : Donc vous regardez par les signes ?

E : Ouais. Oui. Il y a ça déjà. [inaudible] Si quelqu'un arrive, on donne. On va dire le prix, là, il va prendre, il va essayer voir, 2 jours, 3 jours, là, celui qui va mieux il cherche. Oui, oui. C'est comme ça.

L : Ok.

E : Oui, oui.

L : Est-ce que vous avez été formé, vous avez suivi des formations ?

E : Heu... comment... formations ?

L : Formations ici au programme. Ou bien une autre formation.

E : Non ! Ca..., comme on, on tournait... [inaudible] villages-là, en brousse-là, là c'est là-bas on doit aller tourner un peu un peu.

L : Et votre savoir ça vient d'où ?
E : Ouais, ouais. Hein ?
L : Le savoir, que vous avez, ça vient d'où ?
E : Où, heu... quel ?
L : Comment vous connaissez ?
E : Les... quelles ?
L : Votre pratique. Tout.
E : ... prati...
L : Comment vous avez appris ça ?
E : Heu, où ? Ici ?
L : Hum.
E : Heu ici à Abidjan ou bien c'est quel... chez nous là-bas au Niger ?
L : Comment vous vous avez appris à soigner les gens ?
E : Ouais je soigne ! Si la vie là, médicament là, si il boit 2 jours, 3 jours, maladie est finie.
L : Mais c'est qui qui vous a montré ?
E : C'est moi ! C'est, c'est mon vieux ensemble, mon vieux-là, celui qui m'a montré les herbes-là ! Il va aller en brousse là, je vais enlever ça un peu, un peu.
L : Hummm, d'accord.
E : Ouais, ouais.
L : Donc c'est votre père ?
E : Hum, hum !
L : Et ici le programme ? Il vous a pas...
E : Non... au Niger !
L : D'accord.
E : Ouais, on n'a pas ici, c'est au Niger.
L : Ok. Est-ce que vous voudriez avoir d'autres formations ?
E : Heu... quoi ?
L : Est-ce que ça vous intéresse de suivre des formations, des cours ici, pour apprendre des choses, ici au programme ?
E : Non, on n'a pas commencé ici.
L : Mais vous vous avez envie ?
E : Chez nous là ça a quitté au Niger mes médicaments avec les arbres là.
L : Hum, hum. Est-ce que vous vous avez envie de suivre une formation ?
E : Non, y'a les familles là-bas ! Après on va être ensemble... [inaudible] après c'est fini on rentre. [inaudible].
L : D'accord. Ok. Est-ce que vous travaillez aussi avec l'hôpital ?
E : Hôpital, là, non. Hôpital là, si y'a quelqu'un il est malade à l'hôpital là, il va m'appeler. Il dit ha voilà y'a quelqu'un de malade. [inaudible] Il a demandé. Ce qu'il a demandé je lui donne médicament.
L : Et vous des fois vous envoyez le malade à l'hôpital ou bien non ?
E : Non ! Si y'a quelqu'un de malade, il va enlever ça ! Si on connaît soigner avec les arbres-là !
L : Hum, hum.
E : Oui, oui, c'est ça on va faire.
L : Ok. Vous vous êtes ici, vous travaillez depuis combien de temps ?
E : Depuis 20 ans !
L : Depuis 20 ans vous faites ça ?
E : Ouais, dépassé 20 ans, ouais, ouais.
L : Ok.
E : Depuis 20 ans on travaille ça.
L : D'accord.
E : Ouais, ouais.
L : Votre âge c'est quoi ?
E : Hein ?

L : Votre âge, vous connaissez votre âge ?

E : Ha âge ! 50 ! 50 ouais.

L : Est-ce que vous êtes allé à l'école ?

E : Non, on n'a pas fait école.

L : D'accord.

E : J'ai débrouillé un peu [inaudible], sur la route là...

L : D'accord !

E : Ouais !

L et E : [rires]

E : C'est sur la route là comme ça.

L : OK, et vous vous êtes quoi comme guérisseur ? Tradipraticien de quoi ?

E : Tradipraticien de Niger.

L : C'est tout ?

E : Ouais, ouais.

L : Est-ce que vous êtes naturothérapeute, phytothérapeute, non ?

E : Non. Ça reste du Niger seulement.

L : Tradipraticien du Niger. D'accord.

E : Oui, oui.

L : Ok

E : Allah Hamdollah, c'est fini. Tout le monde me connaît. Pas de radio, pas de télé.

L : Ici à Abidjan ou bien au Niger ?

E : A Abidjan. Non, ici à Abidjan ! Comme je suis ici je suis à Abidjan !

[rires]

L : D'accord.

E : Ouais, c'est fini ? D'accord, merci hein !

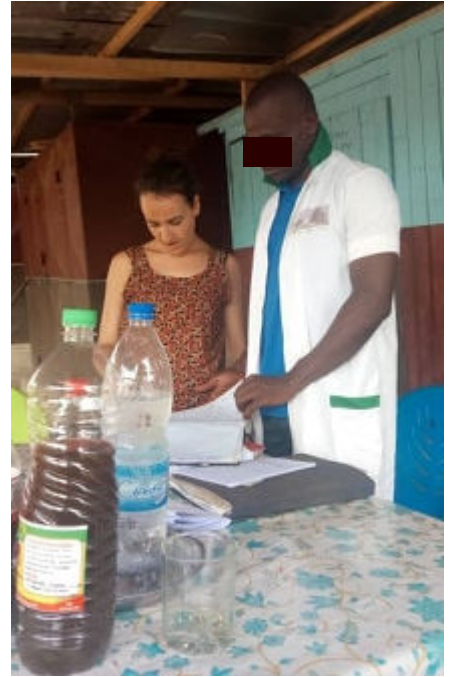
L : Ouais c'est fini. Merci beaucoup.



Transformation de médicaments traditionnels, Yopougon, juin 2019



Commercialisation de médicaments traditionnels, Yopougon, mai 2019 : Médicaments Traditionnels Améliorés vendus en cabinet (1^{ère} photographie) et plantes vendues au marché (2^{ème} photographie).



Entretiens avec les PMT, dans leur cabinet ou commerce, Yopougon, mai-juin 2019.



Enquête à Yopougon : un PMT expose ses « diplômes » obtenus lors des formations du PNPMT, mai 2019.

Annexe 8 : Diagramme de Gantt des activités prévues pour la période de stage (avril à août 2019)

Tâches	Période															
	DEC-MARS			AVRIL				MAI			JUN		JUILLET		AOÛT	
	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	
Phase préparatoire	Appropriation du sujet															
	Recherche bibliographique	X	X	X	X											
	Rédaction de la justification	X	X	X	X											
	Contacts personnes ressources	X	X	X												
	Rédaction de la méthodologie	X	X	X												
	Création du questionnaire PMT	X	X	X												
	Création du questionnaire patients	X	X	X												
	Création de la grille de recueil des données patients	X	X	X												
	Demande d'autorisation			X												
	Insertion, rencontres sur le lieu de stage (Ministère, autorités)			X												
	Finition des questionnaires				X	X										
	Entretiens exploratoires				X	X										
	Test du questionnaire				X	X										
Réévaluation du questionnaire					X	X										
Création/modification de :					X	X										
	Questionnaire codé				X	X										
	Dictionnaire des variables				X	X										
	Table sur Access				X	X										
	Plan d'analyse				X	X										
Phase opérationnelle	Echantillonnage à partir de la base de données				X											
	Préparation des recueils (prise de contact, tel, RV)					X										
	Recueil des données par questionnaires (praticiens)						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Recueil des données par questionnaires (patients)						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Recueil des données par grilles (patients)						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
								X	X	X	X	X	X	X	X	X
Phase finale	Saisie des données recueillies							X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Par questionnaires							X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Par grilles											X	X	X	X	X
	Analyse descriptive des données											X	X	X	X	X
	Analyse statistique des données											X	X	X	X	X
	Résultats, discussion et conclusion											X	X	X	X	X
	Rédaction				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Rapport de stage														X	X	
Rapport pour le CEPED															X	
Préparation de l'oral de stage															X	
Communication des résultats																X
	Auprès des praticiens (PNP/PMT)															X
	Auprès du CEPED															X

Annexe 9 : Diagramme de Gantt des activités réalisées pour la période de stage (avril à août 2019)

Tâches	Période																		
	DEC-MARS		AVRIL				MAI				JUN		JUILLET		AOÛT				
	S1	S2	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	
Phase préparatoire	Appropriation du sujet																		
	Recherche bibliographique	X	X	X	X														
	Rédaction de la justification	X	X	X	X														
	Contacts personnes ressources	X	X	X	X														
	Rédaction de la méthodologie	X	X	X	X														
	Création du questionnaire PMT	X	X	X	X														
	Création du questionnaire patients	X	X	X	X														
	Création de la grille de recueil des données patients	X	X	X	X														
	Insertion, rencontres sur le lieu de stage			X	X														
	Finition des questionnaires				X	X													
Entretiens exploratoires				X	X														
Test du questionnaire				X	X														
Réévaluation du questionnaire				X	X														
Création/modification de :							X	X											
	Questionnaire codé						X	X											
	Table sur Access						X	X											
	Plan d'analyse						X	X											
Phase opérationnelle	Echantillonnage à partir de la base de données						X	X											
	Préparation des recueils (prise de contact, tel, Rdv)						X	X											
	Recueil des données par questionnaires (patients)						X	X											
	Recueil des données par questionnaires (patients)						X	X											
	Saisie des données recueillies		Données quantitatives Access				X	X											
			Données qualitatives Excel				X	X											
Phase finale	Analyse descriptive des données									X	X								
	Analyse statistique des données									X	X								
	Résultats, discussion et conclusion											X	X						
	Rédaction		Rapport de stage	X	X	X	X												
			Rapport pour le CEPED											X	X				
	Préparation de l'oral de stage		Auprès du PNPM													X			
Communication des résultats		Auprès du CEPED															X		

Annexe 10 : Comparaison descriptive et statistique des caractéristiques socio-démographiques des répondants et des non-répondants à l'étude, Abidjan, 2019

	Total		Non-répondants		Répondants		p**
	n	%*	n	%*	n	%*	
District							0,403
<i>Yopougon Est</i>	198	39,1	106	36,6	92	42,4	
<i>Yopougon Ouest</i>	221	43,6	130	44,8	91	41,9	
<i>Marcory-Treichville</i>	87	17,2	53	18,3	34	15,7	
Sexe							0,041
<i>Hommes</i>	373	73,6	203	70,0	170	78,3	
<i>Femmes</i>	133	26,2	86	29,7	47	21,7	
Age							0,193
<i>≤ 30 ans</i>	27	5,3	15	5,2	12	5,5	
<i>31-40 ans</i>	113	22,3	58	20,0	55	25,3	
<i>41-50 ans</i>	173	34,1	97	33,4	76	35,0	
<i>51-60 ans</i>	114	22,5	72	24,8	42	19,4	
<i>61-70 ans</i>	54	10,7	28	9,7	26	12,0	
<i>≥ 71 ans</i>	25	4,9	19	6,6	6	2,8	
Niveau d'études							< 0,001
<i>Non scolarisé</i>	73	14,4	41	14,1	32	14,7	
<i>Niveau primaire</i>	125	24,7	90	31,0	35	16,1	
<i>Niveau secondaire</i>	183	36,1	115	39,7	68	31,3	
<i>Niveau supérieur</i>	92	18,1	36	12,4	56	25,8	
<i>Ecole coranique</i>	29	5,7	7	2,4	22	10,1	
Catégorie de PMT				0,0			0,056
<i>Naturothérapeute</i>	207	40,8	121	41,7	86	39,6	
<i>Phytothérapeute</i>	153	30,2	96	33,1	57	26,3	
<i>Herboriste</i>	39	7,7	23	7,9	16	7,4	
<i>Médico-droguiste ou accoucheuse</i>	63						
<i>traditionnelle</i>		12,4	26	9,0	37	17,1	
<i>Psychothérapeute</i>	44	8,7	23	7,9	21	9,7	

* pourcentage de la modalité parmi le groupe "répondants" ou "non-répondants"

** p-valeur obtenue au test du Chi-deux de Pearson, à l'analyse univariée

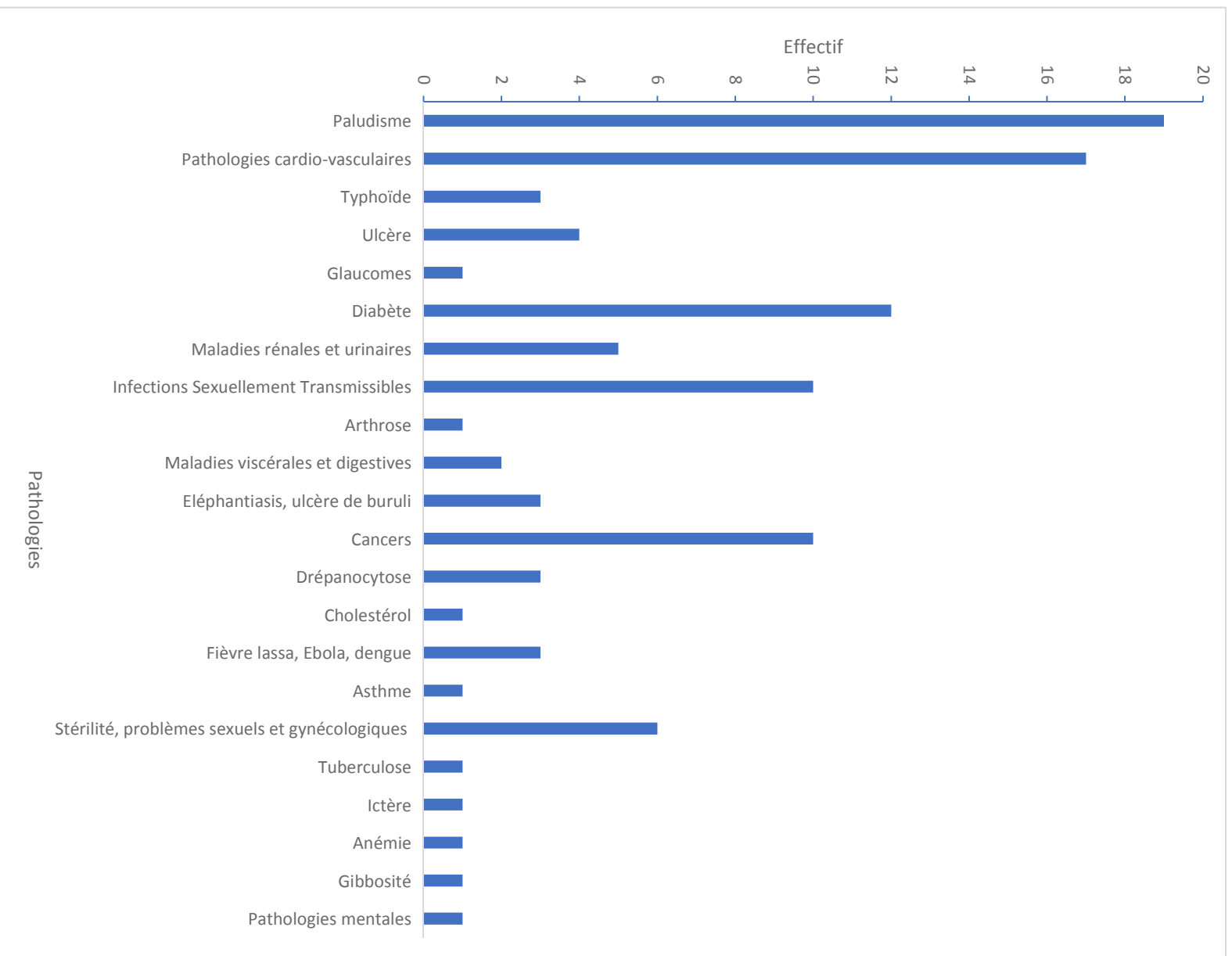
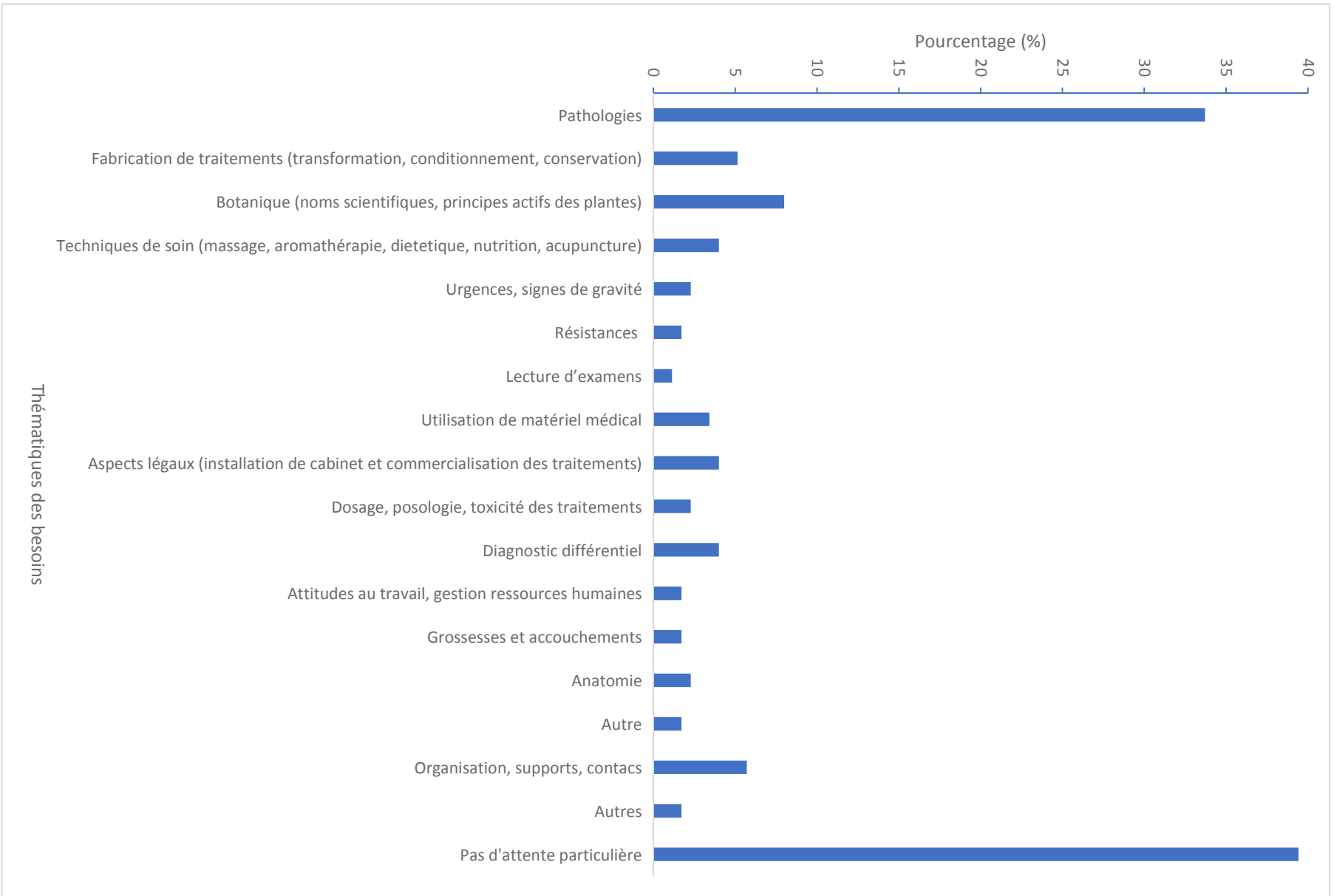


Figure 3 : Besoins de formation exprimés par les 175 PMT déclarant avoir besoin de formation



RESUME

Introduction : Les Praticiens de Médecine Traditionnelle (PMT) font partie intégrante de l'offre de soins. L'OMS encourage l'intégration de la Médecine Traditionnelle dans les systèmes de santé de façon sûre et efficace. En Côte d'Ivoire, le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT) accompagne les PMT dans ce processus d'institutionnalisation, notamment par l'organisation de formations. Cette étude s'intéresse aux formations et connaissances, attitudes et pratiques sur le paludisme, dans une région où la pathologie constitue un réel enjeu de Santé Publique.

Objectifs : L'objectif principal est de décrire les expériences face au paludisme des PMT exerçant à Abidjan, en Côte d'Ivoire, et leurs besoins en formations, en 2019. Il se décline en trois objectifs spécifiques : 1) décrire les connaissances, attitudes et pratiques des PMT face à la prévention et la prise en charge du paludisme ; 2) étudier l'association entre le fait d'avoir participé à la formation du PNPMT sur le paludisme et la pratique de diagnostic du paludisme par examen sanguin ; 3) identifier les besoins et attentes en formation des PMT.

Méthodologie : Une étude transversale a été réalisée d'avril à juin 2019. 217 PMT des districts sanitaires de Yopougon Est, Yopougon Ouest et Marcory-Treichville ont été tirés au sort de façon aléatoire dans la base de données du PNPMT. Un questionnaire leur a été administré en face-à-face ou par téléphone.

Résultats : 99,5 % des PMT déclare que le paludisme est dû aux moustiques. 34,1 % diagnostique le paludisme par examen sanguin, et 82,9 % des PMT collabore avec les professionnels de biomédecine. Les formations organisées sur le paludisme par le PNPMT sont significativement associées aux bonnes pratiques de diagnostic du paludisme chez les PMT (ORa=2,59 [1,17-5,72], p=0,019). Les principales demandes de formation exprimées concernent des pathologies.

Discussion et conclusion : Ces résultats étant encourageants, les formations au sein du PNPMT sont à poursuivre. Il semble aussi opportun de pouvoir cibler davantage les bénéficiaires des formations. Ces actions permettront d'appuyer le travail initié dans le but d'intégrer la MT au système sanitaire national.

Mots clés : Médecine traditionnelle, praticiens de médecine traditionnelle, connaissances, attitudes, pratiques, formation, paludisme.

SUMMARY

Introduction: Traditional Health Practitioners (THPs) are an integral part of healthcare. WHO promotes the safe and effective integration of traditional medicine into health systems. In Ivory Coast, the National Program for the Promotion of Traditional Medicine (PNPMT) supports THPs in this process of institutionalization, and particularly offers them training. This study focuses on training and knowledge, attitudes and practices on malaria, in a region where the disease is a substantial public health issue.

Objectives: The main objective is to describe experiences pertaining to malaria and training needs of THPs in Abidjan, Ivory Coast, in 2019. It has three specific objectives: 1) to describe the knowledge, attitudes and practices of THPs in the prevention and management of malaria; 2) to study the association between having participated in the PNPMT training on malaria and the practice of diagnosis of malaria by blood test; 3) to identify the training needs and expectations of the THPs.

Methodology: A cross-sectional study was realised from april to june 2019. 217 THPs of the Yopougon East, Yopougon West and Marcory-Treichville health districts were randomly selected from the PNPMT database. A questionnaire was administered face-to-face or by telephone.

Results: 99.5 % of THPs claim that malaria is due to mosquito. 34.1 % of THPs diagnose malaria by blood test, and 82.9 % of THPs collaborate with hospital professionals. Also, the training courses on malaria organized by the PNPMT are significantly associated with the good diagnosis practices of malaria by the THPs (ORa=2.59 [1.17-5.72], p=0.019). The main training requests are about diseases.

Discussion and conclusion: As these results are encouraging, the PNPMT training courses should be continued. It also seems appropriate to be able to increasingly target the beneficiaries of the training. These actions will support the work initiated to integrate traditional medicine into the national health system.

Key words: Traditional medicine, traditional health practitioners, knowledge, attitudes, practices, training, malaria.