



Anne-Marie Moulin, Jeanne Orfila, Doulaye Sacko et Jean-François Schemann (dir.)

Lutte contre le trachome en Afrique subsaharienne

IRD Éditions

Chapitre 5. Y a t-il des substances traditionnelles utilisées dans les affections oculaires qui sont actives contre le trachome ? Quel est l'impact des pratiques traditionnelles sur l'évolution du trachome ?

Amara Chérif Traoré

DOI : 10.4000/books.irdeditions.5097
Éditeur : IRD Éditions
Lieu d'édition : IRD Éditions
Année d'édition : 2006
Date de mise en ligne : 29 octobre 2013
Collection : Expertise collégiale
ISBN électronique : 9782709917735



<http://books.openedition.org>

Référence électronique

TRAORÉ, Amara Chérif. *Chapitre 5. Y a t-il des substances traditionnelles utilisées dans les affections oculaires qui sont actives contre le trachome ? Quel est l'impact des pratiques traditionnelles sur l'évolution du trachome ?* In : *Lutte contre le trachome en Afrique subsaharienne* [en ligne]. Marseille : IRD Éditions, 2006 (généré le 07 mai 2019). Disponible sur Internet : <<http://books.openedition.org/irdeditions/5097>>. ISBN : 9782709917735. DOI : 10.4000/books.irdeditions.5097.

CHAPITRE 5

Y a t-il des substances traditionnelles utilisées dans les affections oculaires qui sont actives contre le trachome ? Quel est l'impact des pratiques traditionnelles sur l'évolution du trachome ?

Amara Chérif TRAORÉ

Longtemps marginalisée et tenue en suspicion par la médecine officielle d'inspiration occidentale, la médecine traditionnelle est réapparue sur la scène de la santé dans les années 1970 à la faveur de plusieurs événements. Le plus notable a été le lancement de la Stratégie de Soins de santé Primaires (SSP) à Alma Ata en 1978 qui a pris ses distances vis-à-vis d'une médecine hospitalière sophistiquée et coûteuse. La médecine officielle avait déjà révélé ses limites dans la prise en charge de certaines affections. La crise économique qui a particulièrement secoué les pays en voie de développement a fait apparaître la médecine traditionnelle comme une alternative, viable et économique, aux technologies onéreuses de la médecine de soins. Les médicaments chimiques, incontestablement d'une grande efficacité, ont aussi fait la preuve de leur toxicité et l'exploration de voies thérapeutiques nouvelles est apparue indispensable. L'épidémie du SIDA a encore concouru à faire explorer les chemins inconnus de la thérapeutique.

Les pays en voie de développement ont été constamment encouragés par l'OMS à rechercher l'autosuffisance sanitaire en lançant des programmes concernant l'identification, la culture et la conservation des plantes médicinales utilisées dans les médecines traditionnelles.

L'OMS/Afrique a recommandé aux pays membres, lors de la 49^e session du comité régional, l'élaboration d'une politique nationale vis-à-vis de la médecine traditionnelle. Cette dernière figure en bonne place dans les déclarations politiques et les programmes de développement sanitaire de tous les pays de la sous-région d'Afrique de l'Ouest. Le sommet de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) a enregistré la montée de l'intérêt pour le sujet en déclarant, à Lusaka, la décennie de la médecine traditionnelle pour la période 2001-2010. De nombreux textes et conventions font une place de choix à la médecine traditionnelle, de la déclaration d'Alma Ata de 1978 à l'agenda 2020 relatif à la politique de santé pour tous au XXI^e siècle en Afrique. Un plan d'action de coopération entre la Chine et les pays africains dans ce domaine a été adopté en 2002 à Beijing. En 2002, les états membres de l'OAPI (Organisation Africaine de la Propriété Intellectuelle) ont adopté à Libreville l'« Initiative pour la protection et la valorisation des inventions africaines en matière de médicaments ».

Les pays en voie de développement connaissent une sensation de fierté mêlée de frustration en constatant que, dans le passé, la pharmacopée occidentale a emprunté beaucoup aux pays d'Amérique latine, d'Afrique et d'Asie¹. Ils se sentent doublement spoliés à la fois intellectuellement et économiquement.

Dans ce contexte, les tradipraticiens apparaissent comme les détenteurs de modes d'utilisation de substances qui peuvent mettre sur la trace de découvertes importantes voire potentiellement rémunératrices à condition, évidemment, qu'une réglementation internationale plus équitable que par le passé intervienne pour protéger leurs droits.

En Afrique, 80 % environ de la population, surtout en milieu rural, a recours à des médicaments traditionnels, soit comme premier recours, soit conjointement avec les médicaments de pharmacie, soit comme dernier recours après déception ou épuisement financier. De nombreux travaux montrent que la dépense de santé en médicaments dans les familles est importante et pourrait être déployée plus efficacement (Julvez *et al.*, 1995 ; Barennes et Azzaratu, 1998). Des prescriptions anarchiques, redondantes ou injustifiées contribuent souvent à ce gaspillage de ressources.

Les maladies oculaires font l'objet de nombreuses recettes avec un mode d'administration et une indication bien précis. Par exemple, la recette n'est pas la même pour la décoction de feuilles de Néré qui sert au lavage des yeux dans le traitement du trachome et pour la décoction de la même plante lorsqu'elle est utilisée en instillation.

Au Mali, les Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) représentent une tentative intéressante pour valider l'usage de drogues issues de la pharmacopée traditionnelle sans s'engager dans la procédure complète conduisant à la mise sur le

¹ Par exemple, l'Amérique latine a fourni l'écorce de quinquina d'où provient un antipaludéen majeur la quinine, et l'ipécacuanha utilisé en matière médiale homéopathique

marché des produits des grandes firmes pharmaceutiques. La démarche simplifiée représente un compromis qui vise à confirmer l'activité pharmacologique, évaluer le seuil de toxicité, quantifier le dosage et contrôler la qualité.

Beaucoup de firmes pharmaceutiques internationales, conscientes de l'importance de la ressource, ont déjà lancé des programmes de recherche avec de puissants robots permettant de cribler de très nombreuses substances en des temps records et la compétition inégale en ce domaine soulève d'ores et déjà d'épineux problèmes de propriété intellectuelle. Les pays africains commencent à élaborer des législations pour éviter le pillage sans décourager la recherche et, récemment, Madagascar, dont le patrimoine botanique insulaire est particulièrement riche, s'est doté d'une réglementation en ce sens très élaborée.

Les pays africains à régime socialiste, comme le Bénin, la Guinée Conakry et le Mali, ont vu dans les recommandations de l'OMS une opportunité pour diminuer leur dépendance vis-à-vis de l'extérieur dans le domaine de l'approvisionnement en produits pharmaceutiques et ont été les premiers à les mettre en œuvre.

Les substances naturelles et la médecine traditionnelle au Mali

Le premier recueil malien (ex-soudanais) de recettes médicinales avait été élaboré par Dominique Traoré en 1920. Dès 1957, le futur Ministre de la Santé, le Dr Sominé Dolo, a proposé d'intégrer au système de santé les tradipraticiens dont le nombre était alors estimé à 1 pour 500 habitants.

Depuis l'indépendance, le Mali a adopté une politique visant à doter le pays d'un cadre institutionnel et organisationnel pour développer la recherche sur ses ressources naturelles en matière de médecine traditionnelle, à l'initiative du Professeur Mamadou Koumare, pour assurer la disponibilité de plantes médicinales de qualité en quantité suffisante et pour protéger la biodiversité.

L'Institut national de phytothérapie et de médecine traditionnelle a été créé en 1968 au sein de la section Recherche et Contrôle de la division Approvisionnement Pharmaceutique. En 1973, cette structure est devenue l'Institut National de Recherche sur la Pharmacopée et la Médecine Traditionnelle (INRPMT) avec pour mission l'étude des plantes médicinales et de tout autre produit ou procédé utilisé dans la médecine traditionnelle. En 1981, avec la création de l'office malien de pharmacie, l'INRPMT est devenu la division Médecine Traditionnelle, rattachée en 1986 à l'Institut national de Recherche en Santé Publique (IRSP) puis le Département de Médecine Traditionnelle (DMT), un des départements de cet institut. Le DMT (en cours de restructuration) comprend les sections Ethnobotanique (phytochimie), Sciences Pharmaceutiques (formulation et production) et Sciences Médicales. Le DMT est la structure technique du ministère de la santé qui gère la politique malienne de valorisation des ressources de la médecine traditionnelle. Plus spécifiquement, il est chargé de la recherche scientifique pour la production de médicaments traditionnels améliorés à partir des recettes populaires. Il est représenté au niveau régional (Mopti) par le Centre Régional

de Médecine Traditionnelle de Badiangara (CRMT)². Le DMT est centre collaborateur de l’OMS en matière de médecine traditionnelle depuis 1980.

- Le département est chargé de multiples missions :
- inventorer les plantes médicinales avec leurs indications,
 - vérifier l’activité thérapeutique attribuée aux plantes recensées ainsi que rechercher d’éventuels effets indésirables ou toxiques,
 - conduire des études de formulation visant l’amélioration et la standardisation de la présentation des médicaments traditionnels,
 - former des chercheurs, des étudiants et du personnel sanitaire dans le domaine de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles,
 - rendre des avis techniques à la demande d’institutions nationales ou internationales s’intéressant à la médecine traditionnelle au Mali.

Depuis 1983, le département produit et commercialise les Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA). À partir de 1990, ces médicaments ont constitué un appoint spécifique à l’amélioration de l’accès aux médicaments essentiels prévu dans le cadre de l’Initiative de Bamako. Ils ne représentent pas seulement un intérêt économique (leurs prix étant nettement concurrentiels par rapport aux spécialités équivalentes), ils forment un pont entre la médecine traditionnelle et la médecine officielle. Sept d’entre eux figurent aujourd’hui dans la liste des Médicaments Essentiels du Mali et dans le Formulaire Thérapeutique National. Ils sont, en principe, disponibles dans toutes les officines de pharmacie et les formations sanitaires.

Les associations de tradipraticiens au Mali

Les associations de tradipraticiens qui avaient commencé de se former dans les années 1970 se sont regroupées en partie en 2002, sous l’égide du Département de Médecine Traditionnelle, dans la fédération malienne des thérapeutes traditionnels et des herboristes (FEMATH). Les tradipraticiens au sein de ces associations se préoccupent de la protection de leur profession et de la reconnaissance institutionnelle de leur activité de soins, et de la protection des plantes médicinales face à l’exploitation sauvage et à la dégradation de l’environnement. Ils se préoccupent aussi de la perpétuation du savoir qu’ils représentent et des problèmes soulevés par le droit de propriété intellectuelle et la participation à d’éventuels brevets.

Il existe, au Mali, tout un cadre législatif et réglementaire pour la pratique de la médecine traditionnelle en cabinets privés, l’ouverture et le fonctionnement d’herboristeries et d’unités de production de Médicaments Traditionnels Améliorés. Un décret de 1995 qui institue un visa pour les produits pharmaceutiques accorde une dérogation pour les demandes concernant les médicaments traditionnels à base de plantes.

² Le pays Dogon est la seule région du Mali qui possède un centre chargé de la valorisation de la médecine traditionnelle et de la coordination des recherches dans ce domaine.

Les substances naturelles retrouvées dans la bibliographie au Mali

Afin d'inventorier les substances issues de la médecine traditionnelle et utilisées dans le traitement des affections oculaires une enquête bibliographique a retrouvé un livre (Malgras, 1992), deux thèses de doctorat en pharmacie (Camara, 1984 ; Keita, 1999) et une communication de conférence (Traoré, s.d.). Par ailleurs, des études menées de 1968 à 1996 (Keita, 1999) par de nombreux chercheurs ont permis de mettre en évidence les propriétés pharmacologiques d'une vingtaine de plantes.

Plusieurs ouvrages illustrés présentent les plantes utilisées et décrivent leurs usages avec des précisions sur leurs origines géographiques et leurs teneurs en principes actifs en fonction de la période et du site de récolte.

L'ouvrage du Père Malgras (1992) recense 160 arbres et arbustes utilisés dans la région de Sikasso. Sur les espèces recensées, 73 provenant de 28 familles botaniques sont utilisées en ophtalmologie traditionnelle. Avec ces 73 plantes, sont préparées 101 recettes constituées d'une ou de plusieurs parties de la même plante ou d'un mélange de parties de plusieurs plantes.

Les recettes sont essentiellement préparées par décoction (54 %), macération (14 %) et ébullition (10 %).

Les affections visées sont les conjonctivites (36 %), le trachome (9 %) et divers troubles visuels dus à l'onchocercose (3 %). Environ une quinzaine de pathologies sont visées par les recettes recensées et les conjonctivites sont les plus fréquemment ciblées.

Les modes et voies d'administration sont, par ordre d'importance : les instillations oculaires (52 %), la fumigation oculaire (5 %) et les bains oculaires (5 %). À travers ces chiffres, on constate que la voie locale est fréquemment utilisée.

La thèse de Douga Camara (1984) recense 114 plantes à action cicatrisante ou antiseptique en usage externe dont 8 appartenant à 7 familles botaniques sont utilisées pour traiter des affections oculaires. Les modes et voies d'administration sont essentiellement le bain oculaire (73 %), l'application sur les paupières (18 %) et l'application directe sur l'orgelet (9 %).

La thèse de Haoua Keita (1999) a recensé, pour le district de Bamako, 60 recettes pour le traitement des affections oculaires provenant de 57 espèces végétales se répartissant entre 36 familles botaniques, un produit d'origine animale (miel) et un d'origine minérale (cauris).

D'autres plantes, non citées, sont encore mentionnées dans le projet sur « Le recours à la pharmacopée traditionnelle en Afrique dans le nouveau millénaire ».

Les affections visées sont essentiellement les conjonctivites. Le trachome figure pour une part non négligeable dans les troubles traités. Les symptômes concernés étant

par ordre d'importance le *Nyèdimi* (souffrance oculaire), le *Nyèjaladimi* (sécheresse oculaire) et le *Bugun* (vision floue).

Les modes et voies d'administration utilisés sont le lavage des yeux (73 %), l'instillation oculaire (20 %) et l'application localisée (3 %). Le mâchage des tiges de plantes est aussi souvent utilisé et représente environ 3 % des modes d'administration des médicaments traditionnels.

L'utilisation de substances minérales telles que les teintures utilisées pour les cuirs, les dérivés du cuivre et de l'antimoine, l'arsenic, les oxydes de zinc et de fer remonte aux temps anciens. Cependant, concernant l'efficacité et l'innocuité de certaines d'entre elles, il y a lieu d'être circonspect³.

Chaque malien, analphabète ou non, riche ou pauvre, dispose d'une connaissance de base en médecine traditionnelle en générale et en ophtalmologie traditionnelle en particulier. Chacun semble y tirer le meilleur parti. En témoignent les pratiques très répandues de l'utilisation du sulfure d'antimoine par les femmes à titre préventif des affections oculaires ou à titre esthétique, l'utilisation des jus de feuilles de *Moringa oleifera* et de jus de citron dans le traitement des conjonctivites épidémiques, etc.

Les recherches déjà citées, entre 1968 et 1996, ont mis en évidence, pour une vingtaine de plantes, des propriétés antiseptiques, bactéricides, virucides, antifongiques et antiparasitaires, cicatrisantes, anti-inflammatoires, antalgiques locales, toniques de la circulation sanguine et diurétiques, en rapport avec la présence de groupements alcaloïdes, flavonoïdes et saponosides, de tanins et de composés terpéniques.

Dans le domaine de l'ophtalmologie, les effets portent sur la contraction de la pupille (alcaloïdes), l'amélioration de la circulation rétinienne et/ou choroïdienne (flavonoïdes), la régénération du pigment de la rétine, la rhodopsine (flavonoïdes), l'activité antifongique, anticandidosique et antivirale (saponosides), l'effet antiseptique (terpènes), adoucissant et antiprurigineux (tanins), et l'effet anti-inflammatoire (stéroïdes).

La mise en évidence de principes actifs dans les plantes permet de supposer un lien de cause à effet entre l'activité pharmacologique des substances naturelles et l'utilisation des plantes par les tradipraticiens. Des études chimiques, pharmacologiques et cliniques plus poussées sont indispensables pour aller plus loin. Bien que largement utilisés, les médicaments traditionnels ophtalmiques n'ont pas encore fait l'objet d'étude cliniques bien contrôlées.

³ L'antimoine est toxique. Ses utilisations traditionnelles et ses propriétés antiprotozoaires (21, 22) ne semblent pas suffisantes pour prouver son efficacité dans le traitement des infections oculaires. Cette preuve devient plus difficile à apporter dans le cadre d'une association avec des produits d'origine animale comme le sang et le globe oculaire.

De la difficulté des investigations auprès des tradipraticiens

Une enquête a été menée auprès d'une dizaine de tradipraticiens en 2003, sous l'égide de la Direction de la Pharmacie et du Médicament. Trois d'entre eux étaient spécialisés en ophtalmologie traditionnelle. Un questionnaire leur a été administré avec des précautions tenant compte du fait qu'il s'agit d'un domaine où le respect du secret professionnel est de rigueur. On leur a demandé de préciser le nombre de patients traités avec la recette proposée et de patients effectivement guéris. Ne possédant pas de système d'enregistrement, illettrés pour la plupart, ils ont très souvent eu des difficultés à fournir des chiffres. Ils ont cependant fait état d'un taux de satisfaction de leurs patients oscillant entre 40 et 90 %. Le non-retour des patients ne peut cependant pas être toujours considéré comme synonyme de guérison. On ne dispose que peu d'enquêtes de satisfaction portant sur la médecine traditionnelle d'où il est difficile de tirer des implications quant à la satisfaction de l'utilisateur concernant les soins ophtalmologiques⁴.

Pratiques traditionnelles et affections oculaires

D'après les études publiées au cours des 20 dernières années sur les causes et la prévalence de la cécité en Afrique, nombre de médicaments traditionnels, tout particulièrement ceux instillés directement dans l'œil, aggravent les affections oculaires et retardent la prise en charge des blessures et des maladies graves de l'œil. Une partie des cicatrices observées pourrait être due à des pratiques traditionnelles.

Les méfaits possibles des pratiques traditionnelles peuvent survenir dans diverses conditions dont les plus importantes peuvent être :

- le maintien sous traitement inefficace et inoffensif retardant la consultation,
- l'utilisation d'une pratique inefficace et nocive pouvant entraîner des dommages de l'œil,
- la mauvaise utilisation d'une pratique efficace pouvant être source de dommages oculaires.

Dans chacune de ces conditions, les conséquences à redouter peuvent être l'aggravation et la complication de la maladie, les dépenses inutiles occasionnées et les souffrances endurées.

L'évaluation des méfaits des pratiques traditionnelles opérées dans le traitement des affections oculaires a été entreprise à travers la revue bibliographique et une enquête menée auprès des praticiens du Programme National de Lutte contre la Cécité (PNLC), l'Iota et le Centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

⁴ A Fatick (Sénégal), 90 % des patients étaient satisfaits de leur traitement traditionnel, 65 % affirmant avoir été guéris et 25 % améliorés (Knowles *et al.*, 1994). Parmi les 95 % des enquêtés qui avaient vu un médecin moderne, 79 % avaient été guéris ou soulagés par le traitement qu'ils avaient reçu. L'importance numérique des clients des tradipraticiens du district de Chikwawa au Malawi, y compris ceux implantés à proximité des centres de santé « modernes », prouverait que les populations trouvent une certaine satisfaction (Courtright, 1995).

De très nombreux patients atteints de cataracte ont recours à la chirurgie traditionnelle par abaissement. Les résultats de cette pratique sont catastrophiques puisque plus des 2/3 des yeux abaissés deviennent aveugles (Schémann *et al.*, 2000). Une étude rétrospective sur 101 patients aveugles vus en consultation au Centre Yeelen de Sikasso entre janvier 1988 et octobre 1989 révèle que les opacités cornéennes et les cicatrices chorioretiniennes occupent respectivement la seconde et 3^{ème} places avec 13 % et 10 % des causes de cécité dans la 3^{ème} région du Mali. Les cicatrices observées sont probablement dues en partie à des pratiques traditionnelles opérées par les tradipraticiens.

La revue des études publiées pendant les 20 dernières années sur les causes et prévalences de la cécité en Afrique révèle que l'usage des médicaments traditionnels ophtalmiques est très répandu et que 49 % des patients hospitalisés pour traumatisme oculaire dans une étude (Mselle, 1998) et 59 % des patients avec un ulcère de la cornée dans une autre étude (Courtright *et al.*, 1994) ont admis avoir utilisé des médicaments traditionnels ophtalmiques. La revue conclut que ces médicaments (spécifiquement ceux instillés directement dans l'œil) aggravent potentiellement les affections oculaires et retardent la prise en charge des blessures et maladies graves de l'œil (Lewallen et Courtright, 1995).

Au Malawi, une enquête suggère que 26 % des cécités dans une école d'enfants aveugles seraient dus à l'usage de médicaments traditionnels (Chirambo et Benezra, 1976).

Conclusion

La médecine traditionnelle semble disposer d'importantes ressources pour traiter certaines affections oculaires. Une recherche systématique est souhaitable afin de retenir les substances naturelles intéressantes par leur efficacité et leur innocuité et potentiellement leur rentabilité sans perdre de vue les dimensions environnementales, juridiques, politiques et symboliques de leur emploi. Pour les produits qui répondraient aux critères de non-toxicité et d'efficacité, il est souhaitable d'assurer leur traçabilité, pour permettre l'établissement de la propriété intellectuelle en cas d'efficacité confirmée, dans l'esprit de la Convention de Rio de 1992 qui entend assurer aux communautés une juste rétribution pour leurs savoirs traditionnels.

Bibliographie

- BARENNE H, AZZARATOU I., 1998 – Dépenses des familles lors de l'hospitalisation pédiatrique à Niamey (Niger). *Cahier d'études et de recherches francophones / Santé*, 8(6) : 405-410.
- CAMARA D., 1984 – *Utilisation des plantes à action cicatrisante ou antiseptique externe*. Thèse de doctorat, ENMP Bamako, 194 p.

- CHIRAMBO M.C., BENEZRA D., 1976 – Causes of blindness among students in blind school institutions in a developing country. *British Journal of Ophthalmology*, 60(9): 665-668.
- COURTRIGHT P., 1995 – Eye care knowledge and practices among Malawian traditional healers and the development of collaborative blindness prevention programme, *Social Science & Medicine*, 41(11): 1569-1575.
- COURTRIGHT P., LEWALLEN S., KANJALOTI S., DIVALA D.J., 1994 – Traditional eye medicine use among patients with corneal disease in rural Malawi. *British Journal of Ophthalmology*, 78(11): 810-812.
- JULVEZ J., HAMIDINE M., BOUBACAR A., NOUHOU A., ALAROU A., 1995 – Connaissances et pratiques face au paludisme ; étude en pays Zarma-Songhay. *Cahier d'études et de recherches francophones / Santé*, 5 (5) :307-313.
- KEITA H.K., 1999 – *Traitements traditionnels des affections oculaires : approche ethnopharmacologique*. Thèse doctorat, ENMP Bamako, 169 p.
- KNOWLES J.C., YAZBECK A.S., BREWSTER S., BA B., 1994 – *La prestation de soins de santé par le secteur privé : Sénégal*. Bethesda, ABT Associates INC, 63 p.
- LEWALLEN S., COURTRIGHT P., 1995 – Peripheral corneal ulcers associated with use of African traditional eye medicines. *British Journal of Ophthalmology*, 79(4): 343-346.
- MALGRAS D.R.P., 1992 – *Arbres et arbustes guérisseurs des savanes maliennes*. Paris, Karthala, coll. Economie et Développement, 478 p.
- MSELLE J., 1998 – Visual impact of using traditional medicine on the injured eye in Africa. *Acta Tropica*, 70(2): 185-192.
- SCHÉMANN J.F., BAKAYOKO S., COULIBALY S., 2000 – Traditional couching is not an effective alternative procedure for cataract surgery in Mali. *Ophthalmic Epidemiology*, 7(4): 271-283.
- TRAORE M. – *Le recours à la pharmacopée traditionnelle africaine dans le nouveau millénaire : cas des femmes herboristes de Bamako* (Proposition de communication). Bamako, CEAD, 16 p.