



Organisation Ouest Africaine de la Santé

Manuel de FORMATION DES TRADIPRATICIENS



sur les Six Maladies Prioritaires en Afrique de l'Ouest



@2013 OOAS

ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTE

BOBO-DIOULASSO (BURKINA FASO)

Tel. (226) 20 97 57 75/Fax (226) 20 97 57 72

E-mail : wahooas@fasonet.bf

Web Site : www.wahooas.org

Tous droits réservés: Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite ou utilisée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - graphique, électronique ou mécanique, par photocopie, enregistrement, collage ou de l'information ou des systèmes de récupération, sans la permission écrite du directeur général, organisation ouest africaine de la santé.

CONTENU

CONTENU.....	I
PRÉFACE.....	II
AVANT-PROPOS.....	IV
INTRODUCTION.....	VI
REMERCIEMENTS.....	VIII
ABBREVIATIONS.....	IX
LISTE DES MALADIES	
DIABÈTE.....	1
VIH/SIDA.....	10
L'HYPERTENSION ARTERIELLE.....	23
PALUDISME.....	33
DRÉPANOCYTOSE.....	42
TUBERCULOSE.....	51
INDEX DES MALADIES.....	58
INDEX DES PLANTES MEDICINALES.....	59
ANNEXE.....	61

PRÉFACE

La médecine traditionnelle a de profondes racines historiques et culturelles, en particulier dans les pays en développement. En général, les guérisseurs traditionnels ou des praticiens sont des membres très respectés et bien connus de leurs communautés locales. Ils sont généralement très qualifiés et compétents dans leur travail, mais avec l'utilisation croissante des médicaments traditionnels à travers le monde, il ya maintenant des appels à des contrôles plus stricts pour favoriser la sécurité des consommateurs.

Dans le but d'aider les pays à intégrer la médecine traditionnelle dans leurs systèmes de santé nationaux, la période 2002-2005 Stratégie de l'OMS médecine traditionnelle a cherché à répondre à cet appel. En 2003, une résolution de l'OMS sur la médecine traditionnelle a exhorté les Etats membres, le cas échéant, de formuler et de mettre en œuvre des politiques et réglementations nationales sur la médecine traditionnelle, complémentaire ou alternative à l'appui de leur bonne utilisation. En outre, compte tenu de l'utilisation croissante des deux médecines traditionnelles et conventionnelles, le 2009, l'OMS résolution (WHA62.13) sur la médecine traditionnelle en outre exhorté les Etats membres à envisager, le cas échéant, l'inclusion de la médecine traditionnelle dans leurs systèmes de santé nationaux. Les États membres devaient tenir compte, le cas échéant, établir des systèmes de qualification, d'accréditation ou d'autorisation des praticiens de la médecine traditionnelle et à aider les praticiens à améliorer leurs connaissances et leurs compétences, en collaboration avec les fournisseurs pertinents de soins conventionnels.

Le développement de ce manuel pour la formation des praticiens de la médecine traditionnelle sur les maladies prioritaires six font partie de la tentative de l'Ouest Africaine de la Santé Organisation à soutenir les États membres à mettre en œuvre ces résolutions de l'OMS. Ils reflètent ce que les experts qui ont contribué à développer les considérer comme une pratique raisonnable dans la formation des praticiens de médecine traditionnelle, en gardant à l'esprit la protection des consommateurs et la sécurité des patients en tant que noyau de la pratique professionnelle.

La brochure sur la gestion des maladies prioritaires six (VIH / SIDA, la tuberculose, le paludisme, l'anémie de cellules hypertension, le diabète et la faucille) est destiné à:

- Aider les pays à promouvoir et faciliter la formation continue dans la gestion des maladies six priorités
- Aider les praticiens à améliorer leurs connaissances et leurs compétences, en collaboration avec les fournisseurs de soins conventionnels, et les chercheurs concernés par des programmes de formation appropriés
- Appuyer l'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes nationaux de santé

Le document donne un aperçu des stratégies pour offrir une formation interactive pour les praticiens de la médecine traditionnelle avec des origines différentes. Un bref historique de chaque maladie est donnée suivie de son étiologie (causes), l'épidémiologie, les signes et les symptômes, les complications, le diagnostic, le traitement et la prévention et le contrôle.

Sous la coordination et la supervision du Chargé de Programme pour la médecine traditionnelle, le Dr Kofi Busia, la première étape de la préparation de cette brochure a été réalisée dans un atelier de 5 jours s'est tenu à Ouagadougou en 2009, qui a réuni un groupe d'experts, y compris la médecine traditionnelle praticiens, médecins, pharmaciens, pharmacocists, chercheurs et

autres intervenants clés. Le projet a ensuite été distribué à environ 10 évaluateurs issus des Etats membres de la CEDEAO.

Ce document est le fruit des observations et suggestions reçues et le travail éditorial final, qui a été réalisée par trois experts différents.

L'Organisation Ouest Africaine de la Santé doit beaucoup à tous ces collaborateurs.

Dr Placido Cardoso
Directeur général
ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTE

AVANT-PROPOS

Moderne pratique scientifique nécessite un produit ou une technique thérapeutique d'avoir des preuves vérifiables de la sécurité et de l'efficacité, ce qui ne peut être réalisé avec la collaboration active de tous les intervenants clés, y compris les praticiens, les décideurs et les planificateurs, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des ministères de la santé.

Avec les appels croissants à la médecine traditionnelle pour être officiellement intégrés dans les systèmes existants de santé nationaux, il faut tenir compte des questions de sécurité, d'efficacité et de qualité, qui sont la base de la protection des consommateurs. Les autorités sanitaires nationales seront tenus d'établir des politiques et des cadres réglementaires à respecter les normes de base pour la pratique de la médecine traditionnelle.

Bureau régional OMS de l'Afrique, avec l'appui de l'Agence canadienne de développement international, a cherché à appuyer ses Etats membres à traiter ces problèmes en développant des modules de formation génériques, des lignes directrices et des protocoles du modèle sur la médecine traditionnelle. Les modules visant à améliorer la qualité de l'intervention de praticiens de la médecine traditionnelle et les praticiens de médecine conventionnelle dans la prévention, le traitement et la gestion de certaines maladies prioritaires.

Un soutien a également été apporté à certains États membres d'élaborer des inventaires des pratiques efficaces ainsi que des éléments de preuve sur la sécurité, l'efficacité et la qualité des médicaments traditionnels, et d'entreprendre d'autres travaux de recherche pertinents.

Toutefois, selon les informations recueillies auprès des Etats membres, il a été reconnu qu'il ya encore un certain nombre de pays de la sous-région CEDEAO qui n'ont pas été en mesure d'utiliser les modules de l'OMS / AFRO et des outils pour le manque de ressources nécessaires ou pour leur non-spécificité. Le résultat est qu'il ya encore de nombreux praticiens de la médecine traditionnelle dans la sous-région CEDEAO en particulier, qui n'ont pas les connaissances de base scientifique des causes de la maladie et le traitement, bien qu'ils soient consultés par les patients sur une base régulière et employons de modernes gadgets médicaux dans leur pratique.

Guidés par ces évolutions et considérations, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé a identifié la préparation de ce livret comme une de ses activités prioritaires.

La brochure vise à s'assurer que les praticiens de la médecine traditionnelle sont équipés avec les connaissances médicales de base, les compétences et la sensibilisation des causes, les signes et les symptômes et les traitements à base de plantes des six maladies prioritaires, à savoir le VIH / SIDA, la tuberculose, le paludisme, l'hypertension, le diabète et la faucille l'anémie à hématies.

Il est à espérer que le livret de promouvoir et de faciliter la formation continue et la formation à la gestion de ces maladies, et ainsi favoriser la pratique rationnelle médecine traditionnelle dans la sous-région CEDEAO.

Dr Johanna Austin Benjamin
Directrice Département des Soins de Santé Primaires

INTRODUCTION

La médecine traditionnelle a servi les besoins de santé des populations africaines depuis des siècles, et continue d'être le principal, voire l'unique, soins de santé accessible option pour la grande majorité des personnes vivant en Afrique sub-saharienne.

On ne peut nier le fait que l'introduction de laboratoire sophistiqués, basés sur des techniques diagnostiques et chirurgicales et pharmaceutiques de synthèse a fait une grande différence dans la vie de ceux qui ont eu accès à eux. En effet, pour de nombreux pays industrialisés, l'espérance de vie s'est considérablement amélioré en conséquence, que les gens ont accès à des installations sanitaires de meilleurs ainsi que la disponibilité de meilleures conditions sanitaires.

Toutefois, il reste encore un grand nombre de personnes dans le monde qui n'ont pas accès à des soins de qualité et donc dépendent des services de praticiens de médecine traditionnelle pour répondre à leurs problèmes de santé. Il est également prouvé que, même lorsque les établissements de santé sont présents, les pauvres ont encore un accès disproportionné par rapport à leurs services. Par exemple, pour patients VIH / SIDA, à ce jour, seule une petite proportion de ceux qui ont besoin d'une thérapie antirétrovirale (ART), et qui sont admissibles à ces services sont en mesure d'en tirer profit. Ainsi, malgré la disponibilité croissante des ARV et autres médicaments efficaces, la grande majorité des gens Africains continuent à utiliser TM pour le traitement des maladies liées au VIH et d'autres maladies courantes, et TM reste la seule culturellement acceptables et facilement disponibles service de santé.

En plus des raisons citées ci-dessus, une autre explication souvent donnée pour la viabilité des guérisseurs traditionnels dans de nombreuses communautés africaines, c'est le manque d'agents de santé qualifiés de manière adéquate et abordable. Par ailleurs, les guérisseurs traditionnels continuent d'endurer parce qu'ils vivent dans les collectivités qu'ils desservent, de connaître les personnes dont ils s'occupent accepter le paiement en nature, accepter le paiement pour les cures plutôt que les médicaments, et adopter une vision holistique du bien-être de leurs patients.

L'intégration de la médecine traditionnelle à la pratique biomédicale moderne en Afrique, a donc récemment pris une importance renouvelée à des modèles plus complets de soins sont activement recherchés, en réponse à l'impact dévastateur des maladies comme le VIH / sida, le paludisme, l'hypertension et du diabète sur la vie des gens

Le problème est que, en dépit de la volonté politique manifestée par les gouvernements africains pour l'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé, un défi majeur qui entrave les efforts en cours est le faible niveau d'alphabétisation des praticiens de la médecine traditionnelle. En général, la majorité des praticiens de médecine traditionnelle manquent de connaissances sur les concepts de base de la médecine conventionnelle, mais ils ont régulièrement à traiter les maladies aiguës et chroniques, souvent basées sur leur propre nomenclature propre de la maladie ainsi que leur compréhension des causes des maladies. Il a

toutefois été observé qu'en raison d'un manque de formation médicale, le potentiel d'erreur de diagnostic est très élevé.

En conséquence, une grande majorité des praticiens de médecine traditionnelle sont prêts à améliorer leurs compétences et connaissances médicales pour être en mesure de participer à des programmes conventionnels médicaux et en améliorer la qualité des soins et la qualité globale et la sécurité de leurs services.

Cette brochure, qui contient le matériel nécessaire pour la formation des praticiens de la médecine traditionnelle dans les six maladies prioritaires, à savoir le VIH / SIDA, la tuberculose, le paludisme, le diabète, l'hypertension et l'anémie falciforme, vise à aider à leur disposition pour améliorer leur base de connaissances.

Le module de formation sur chaque maladie comporte deux parties principales. La première partie donne un bref aperçu de chacune de ces maladies, suivies par les causes, les signes et les symptômes, les complications, le diagnostic, le traitement et la prévention et le contrôle. La deuxième partie donne ensuite quelques lignes directrices sur la façon dont le module doit être livré, en soulignant en particulier les outils qui seront utilisés pour faciliter la livraison et la méthode d'évaluation.

Les informations fournies dans ce manuel pour la formation des praticiens de la médecine traditionnelle dans les six maladies est loin d'être exhaustive, cependant, il est à espérer que cela servira l'objectif visé à faciliter l'intégration du secteur dans les systèmes de santé nationaux.

Dr Kofi Busia

Chargé de programme, Médecine Traditionnelle

Ouest Africaine de la Santé Organisation

01 BP 153, Bobo Dioulasso 01,

Burkina Faso

kbusia@wahooas.org/kofi_busia@hotmail.com

REMERCIEMENTS

La santé de l'Ouest africain Organisation tient à remercier tous les représentants des pays dont les noms figurent en annexe, pour leur immense contribution à la préparation de cette brochure.

DIABÈTE

Introduction

Le diabète est un déséquilibre courant caractérisé par une persistance élevée de glucose dans le sang. Il est dû aux facteurs génétiques et environnementaux multiples, qui ont comme conséquence les défauts dans l'action ou la sécrétion de l'insuline causant de ce fait une perturbation dans le métabolisme des hydrates de carbone, de la graisse et de la protéine. Beaucoup d'individus affectés par le diabète ne se plaignent pas des symptômes. Il y a donc la nécessité d'interviewer tous les patients (femmes enceintes y compris) fréquentant les structures sanitaires pour traiter leur diabète. Le type diabète II est en progression et est un souci important de santé publique. Il augmente en conformité avec l'espérance de vie croissante, l'urbanisation, la vie sédentaire et la croissance de l'obésité.

Un diagnostic de diabète est suggéré quand les niveaux de glucose à jeun dans le sang est 6.1 mm/L ou plus et/ou lorsque 2 heures après les repas, la charge du glucose dans le sang aléatoire est 75g (1.75 g/kg de poids corporel chez les enfants), 10.0mm/L ou plus.

Objectifs

1. Général : Former les TPS pour identifier le diabète, distinguer le type II et le type I à des fins de référence
2. Spécifiques :
 - i) Identifier les signes et les symptômes du diabète
 - ii) Identifier les deux types I et II du diabète
 - iii) Identifier les complications du diabète
 - iii) Identifier six symptômes de diabète
 - iv) Empêcher les complications chroniques du diabète à savoir ; cécité, amputation de membre, maladie rénale, troubles des nerfs, crises cardiaques et anomalies néonatales.

Résultats prévus

Les TPS identifient les signes et les symptômes de diabète

Les TPS sont capables de soulager des symptômes et maintenir à (4-6mm/L) le jeûne espacé de deux heures entre les (4-6mm/L) pour niveler le glucose dans le sang dans les limites normales soit 4.8.

Empêcher des complications aiguës de diabète telles que l'hypoglycémie, le ketoacidosis et l'état hyper-somnolent.

Identifier le diabète comme une maladie que l'on peut traiter mais que l'on ne peut pas guérir.

Cible

Tout les TPS

Formateurs

Les médecins et autres professionnels de la santé qualifiés, compétents si nécessaire

Temps de contact

Cinq (5) jours

CONTENU**Causes d'étiologie****Manque insuffisant et total de et/ou dysfonctionnement d'insuline dans le sang**

Trois formes communes de diabète sont constatées en pratique :

- Types 1 de diabète affectant les jeunes (autrefois appelé mellitus de diabète insulino-dépendant)
- Type - diabète 2 - (autrefois appelé mellitus de diabète non-insulino-dépendant) – affectant les adultes
- Diabète Gestationnaire (diabète se développant pendant la grossesse chez les individus précédemment non-diabétiques).

Épidémiologie

Le nombre de personnes cherchant une assistance médicale pour le diabète croît en Afrique à un moment où les experts en matière de santé disent que les systèmes de santé surchargés du continent sont mal équipés pour diagnostiquer la maladie et la majorité des pauvres ne peuvent pas pourvoir au coût du traitement.

Selon l'organisation mondiale de la santé, sept millions d'Africains environ souffrent de cette maladie qui est maintenant rangée comme quatrième cause du décès principale dans la plupart des pays en voie de développement.

La fédération internationale des diabétiques (FID) estime que le taux de prédominance augmentera rapidement de 95 % d'ici 2010 dans la gamme de 0.5 à 3 % à travers le continent.

Dans la majeure partie de l'Afrique, les enquêtes nationales indiquent que les cas de diabète élevés sont dus à l'urbanisation rapide et aux régimes alimentaires qui rapidement changés en reléguant les habitudes alimentaires traditionnelles au profit de celles occidentales.

Au Mali, on estime que plus de 2% de la population, environ 200.000 personnes souffrent du diabète et 90% de ces personnes souffrent du type II et 10% du type I.

Au Niger, 108.000 personnes recensées en 2000 souffrent du diabète. On estime que 382.000 personnes seraient affectées d'ici 2050 (OMS, 2005).

Pathophysiologie

L'insuline est produite par le pancréas dans le sang pour contrôler la teneur de glucose dans le sang

Dispositifs cliniques**Symptômes**

Beaucoup de patients présentant le diabète n'ont pas des symptômes.

Leur diabète est seulement détecté par le test de dépistage.

Les patients se présentant avec des symptômes peuvent avoir ce qui suit :

- Polyurie – grande quantité d'urine
- Polydipsie- soif excessive d'eau
- Polyphagie
- Ebullitions récurrentes
- Prurit de la vulve
- Insomnie

Signes du Diabète

Le diabète ne présente habituellement aucun signe typique.

- Perte de poids
- Ulcères de pied
- Blessures sceptiques

D

C

Un diagnostic de diabète est suggéré quand les niveaux de glucose à jeun dans le sang est 6.1 mm/L ou plus et/ou lorsque 2 heures après les repas, la charge du glucose dans le sang aléatoire est 75g (1.75 g/kg de poids corporel chez les enfants), 10.0mm/L ou plus.

Patient nouvellement diagnostiqué

- Glucose dans le sang (à jeun/aléatoire)
- Sucre dans l'urine (bandes de glucose)
- Protéines dans l'urine

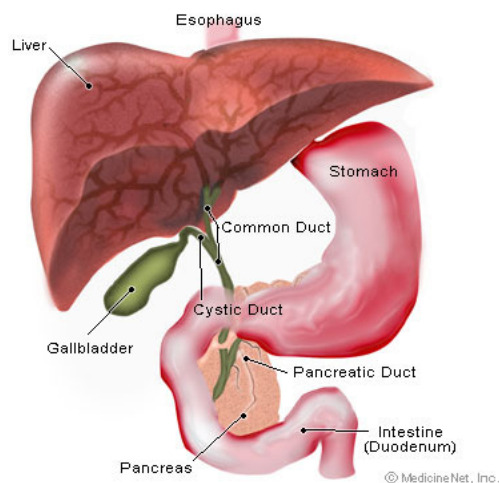


Fig 1: Le Pancréas

Facteurs de risque

- Style de vie sédentaire
- Obésité
- Facteurs génétiques/antécédents familiaux
- Grossesse
- Hypertension
- Médication - hormones/contraceptifs
- Diététique -
- Âge
- Gros nourrissons

Surveillance consequent

- Glucose dans le sang
- Glucose dans l'urine

Traitement**(A) Non - pharmacologique**

Dans les patients qui ont habituellement le diabète de type - 2, seul un régime devrait être essayé d'abord

Quand le régime n'aboutit pas à un contrôle satisfaisant, les patients non-obèses sont habituellement soignés avec les médicaments orthodoxes ou à base de plantes.

Régime

Tous les patients présentant le diabète ont besoin de se placer sous régime alimentaire. Tous les patients doivent avoir des repas adaptés à leur cas individuel.

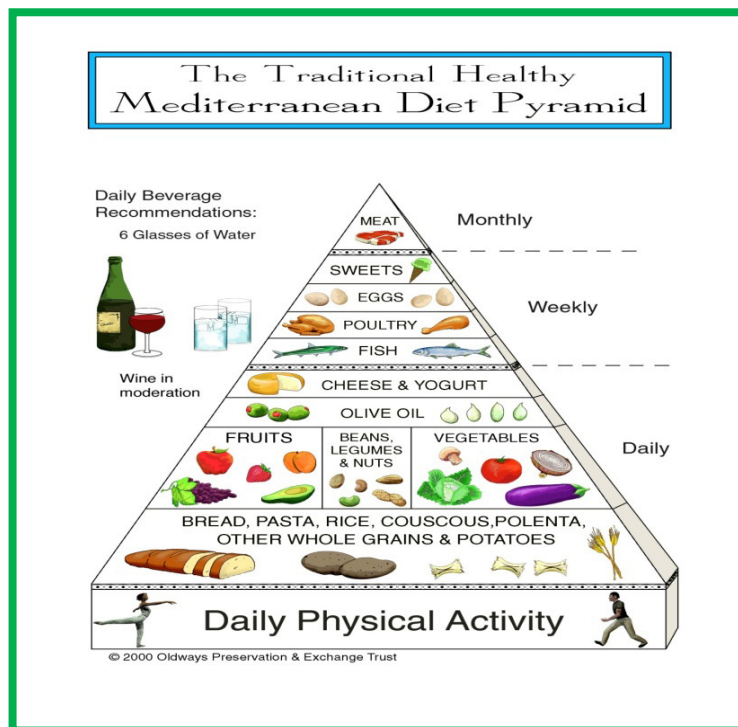
Généralement, les patients doivent éviter

1. `sucres bruts ou raffinés des boissons non alcoolisées, rajout de sucre dans leurs boissons.
2. Alcool, tabagisme.
3. dattes, canne à sucre, ananas, plantain rouge, banane
4. Lait condensé, gâteaux, croissant, crème glacée, miel
La majeure partie du régime d'un jour doit comporter des hydrates de carbone (60%), de la protéine (15%) et de la graisse (25%) provenant des plantes ou de la graisse d'animal.
5. La teneur calorique des repas prises par portion, doit être réduite et la quantité de fibre dans les repas augmentée chez ceux qui sont au-dessus du poids normal ou qui sont obèses.

Exercice

L'exercice physique régulier et simple (par exemple marcher 45 minutes à 1 heure quotidiennement) est utile pour garantir un bon contrôle du taux de glucose dans le sang.

Les conseils sur l'exercice physique doivent prendre en considération l'âge du patient et les éventuelles complications d'ordre médical.



Ce qu'il faut manger

- i) Volaille/oiseaux - pas la peau
- ii) Poissons
- iii) Légumes
- iv) Graines de toute sorte

Phytotherapy traditionnelle

- i) *Mangifera indica*
- ii) *Charantia de Momodica*
- iii) *Psidium guajava*
- iv) *Nobilis d'Anthocleista*
- v) *Adscendens de Desmodium*
- vi) *Amygdalina de Vernonia*
- vii) *Multiflora de Lippia*
- viii) *Latifolia de Nauclea*
- ix) *Tetraptera de Tetrapluera*
- x) *Roseus de Catharantus*
- xi) *Ferruginea de Bridelia*
- xii) *Birrea de Sclerocarya*
- xiii) *Moringa oleifera*
- xiv) *Mauritiana de Zyziphus*

***List non exhaustive**

Complications**1. Aigu:**

- i) Taux élevé de sucre dans le sang dû à un manque réel d'insuline ou à une insuffisance relative d'insuline :
- ii) Les symptômes du ketoacidosis diabétique entraînent la nausée, le vomissement, et la douleur abdominale.

Sans traitement médical prompt, les patients présentant le ketoacidosis diabétique peuvent rapidement entrer dans le choc, le coma, et même la mort.

- iii) Taux du sucre dans le sang anormalement bas dû à trop d'insuline ou à d'autres médicaments qui abaissent le taux de glucose : vertige, confusion, faiblesse, et tremblements.

Chronique :

Impuissance, gangrène de pied/ulcère, vision faible, crise cardiaque, infertilité, gros nourrissons, avortements répétés, dysfonctionnement rénal.

Pronostique

Bon avec

- i) Diagnostic précoce
- ii) contrôle régulier

Autrement aggravation**Prévention et Contrôle**

Des boissons non alcoolisées, qui contiennent un édulcorant et pas du glucose, peuvent cependant être consommées.

Éviter les facteurs de risque

RÉFÉRENCE

Toutes les femmes enceintes et les enfants diabétiques doivent se rendre auprès d'un médecin pour une bonne prise en charge

Déséquilibre persistante du glucose dans le sang

Faible tension artérielle

Consultations fréquentes dues au diabète

Affaiblissement visuel

Ulcères ou gangrène de pied

D'autres complications chroniques de diabète

Baisse persistant de protéines

Surveillance et évaluation

Test Avant et Après la formation

- i. Qu'est-ce que le diabète ?
- ii. Quelles sont les causes du diabète ?
- iii. Combien de types de diabète avons-nous ?
- iv. Comment diagnostiquez-vous le diabète ?
- v. Quels sont les symptômes et les signes du diabète ?
- vi. Comment prévenez-vous le diabète ?
- vii. Comment maîtrisez-vous le diabète ?
- viii. Quelles sont les complications du diabète ?
- ix. Le diabète est-il traitable ?
- x. Quand et où référez-vous un cas de diabète ?

Visites de suivi à leurs officines

Conclusion:

Le diabète est un état chronique lié anormalement aux niveaux élevés du sucre (glucose) dans le sang.

Les deux types de diabète désigné sous le nom du type 1 (insulino dépendante) et type 2 (personne non insulino dépendante).

Les symptômes du diabète comprennent l'envie fréquente d'uriner, de boire, de manger ainsi que la fatigue.

Le diabète est diagnostiqué par le test de sucre (glucose) dans le sang et dans l'urine.

Les complications principales du diabète sont aiguës et chroniques.

Les objectifs peuvent seulement être atteints par un contrôle strict du taux de glucose dans le sang et des bilans réguliers pour parer aux complications causées par le diabète. Le suivi régulier de tous les individus diabétiques est donc important pour un contrôle de leur métabolisme.

La promotion des régimes appropriés demeure toujours une arme puissante dans le combat contre le diabète.

Le diabète est une maladie traitable chronique que l'on peut traiter mais que l'on ne peut pas guérir. L'insuline ne peut pas être remplacée.

Traduction des modules de formation en outils d'enseignement

Unité 1

Concept de diabète -

Qu'est-ce que le diabète (interactif)

Expliquer aux TPS comment s'effectue le contrôle du sucre dans le sang

Production d'insuline à partir du pancréas

- Montrer les images des structures anatomiques

Unité 2

Signes, symptômes et complications :

- i) Fourmis rassemblées autour d'une urine
- ii) Échantillon d'urine

Savent-ils ce que sont les facteurs de risque ?

Unité 3

Diagnostic:

Conseiller de référer le patient pour l'analyse de sang

Enseigner aux TPS d'employer des bandelettes

Unité 4

Prévention et traitement

Le facilitateur devrait leur poser des questions sur les méthodes de traitement

Insister sur le régime approprié

*Multiflora de lippia**Roseus de catharanthus**Charantia de momordica**Tetreptera de tetrapleura**Birrea de sclerocarya**Moringa oleifera***Fig 2:** Plantes médicinales**Posologie**

En général pour la décoction, 30 g de matière sèche dans 900 ml d'eau bouillir jusqu'à réduction à 600 ml, 1 cuillère à café trois fois par jour.

Multiflora de lippia: Infusion: 30 g de feuilles séchées dans 600 ml d'eau; 3-4 tasses de thé par jour.

Charantia de Momordica: Infusion: 30 g de parties aériennes séchées dans 600 ml d'eau, 1 tasse à thé trois fois par jour.

Tetreptera de tetrapleura: Infusion: environ 25 g par jour.

Birrea de Sclerocarya: Dosage selon sucre dans le sang:

Jusqu'à 2 g / l: 60 g de 3 doses

Au-delà de 2 g / l: 100 g en 3 doses et le traitement dure 7 jours

Un traitement d'entretien est effectué avec une dose de 40 g en 2 prises.

(Référence: Afrique de l'Ouest Herbal Pharmacopoeia, 2013)

Matériaux requis

1. Tableaux de conférence et marqueurs
2. Ordinateur portable et projecteur
3. Papeterie (papier, stylos, crayons etc.)
4. Figurines

VIH/SIDA

Introduction

Le SIDA est une maladie transmissible dont l'agent causal a été identifié en 1981. Tous les pays du monde ont été frappés par la maladie et restent encore concernés. L'Afrique subsaharienne a été et demeure de loin la région la plus touchée. C'est également là que sévit une malnutrition chronique qui expose davantage les populations à l'infection au VIH.

Malheureusement, il n'y a pas encore de médicaments capables de soigner définitivement la maladie. Les médicaments disponibles au niveau de la médecine conventionnelle sont cependant capables de retarder l'issue fatale. Mais l'accessibilité à ces médicaments reste fort limitée vu leur faible disponibilité et leur coût très élevé. Cette situation justifie en partie le nombre très élevé de victimes car sur les 3 millions de décès enregistrés à l'échelle mondiale, 2 millions sont de l'Afrique subsaharienne (ONUSIDA, 2006).

Cette dramatique situation est une conséquence de bien de facteurs parmi lesquels:

- La pauvreté;
- Le taux très élevé et courant des Infections Sexuellement Transmissibles (IST);
- La précocité des rapports sexuels, l'infidélité dans les couples, les rapports sexuels non protégés ;
- La subordination des femmes: polygamie, lévirat et sororat...

La prise en charge du VIH/SIDA est principalement assumée par les praticiens de la médecine conventionnelle notamment pour le diagnostic, le traitement par les Anti Rétroviraux (ARV), le suivi biologique et la prévention. Parallèlement, bien de tradipraticiens (TPs) sont impliqués dans le traitement et ce surtout dans la prise en charge des infections opportunistes. A cet égard, la pharmacopée et la médecine traditionnelle africaines constituent un recours incontournable pour la plupart des patients. Ces ressources restent cependant peu explorées et faiblement exploitées.

Bien que de nombreux tradipraticiens s'estiment capables de soigner le VIH/SIDA, les preuves restent cependant insuffisantes. C'est pourquoi, il est nécessaire de développer une étroite collaboration entre les deux médecines conventionnelle et traditionnelle en vue de contribuer à l'amélioration de la santé de personnes souffrant de cette maladie... C'est dans cette perspective que l'OOAS a élaboré des modules de formation à l'intention tant des tradipraticiens que des professionnels de la santé. Le présent module concerne les tradipraticiens.

Objectifs

Objectif general

- Contribuer à augmenter la couverture en soins de santé en intégrant sans danger les pratiques efficaces de la médecine traditionnelle dans les systèmes nationaux de santé.

Objectifs spécifiques

- Renforcer les connaissances des praticiens de la médecine traditionnelle en matière de prise en charge du VIH/SIDA ;
- Améliorer la collaboration entre praticiens de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne quant au dépistage du VIH/SIDA et au suivi des traitements traditionnels.
- Associer les TP dans l'application des mesures de prévention du VIH/SIDA ;
- Elargir les campagnes de prévention du VIH/SIDA

Resultats attendus

- Les manifestations cliniques du VIH/SIDA sont connues ;
- Les mesures de (La) prévention du VIH/SIDA sont maîtrisées
- Les tradipraticiens deviennent des relais efficaces pour l'éducation et la sensibilisation dans le domaine du VIH/SIDA
- La collaboration entre tradipraticiens et médecine conventionnelle est amorcée

Cible

- Tradithérapeutes officiellement recensés/organisés
- Formateurs
 - Agents de santé
 - Etudiants ...
 - P MT

Contenu**Définition**

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) est le microbe qui cause le SIDA. Le SIDA quant à lui est l'état d'une personne dont les défenses immunitaires sont détruites, et qui développe alors une ou plusieurs maladies : ce sont les « maladies opportunistes.

Le SIDA est la phase ultime de l'infection causée par le VIH.

Un malade du SIDA a forcément une infection par le VIH, alors que toutes les personnes infectées par le VIH n'ont pas forcément développé le sida. Au début, les personnes qui sont infectées par le VIH ne présentent aucun signe de maladie. Elles se sentent bien et paraissent en bonne santé.

Le virus peut rester inactif pendant des années dans le corps, et il peut alors infecter d'autres personnes sans même que la personne porteuse ne le sache. Il n'y a qu'en faisant un test de dépistage qu'on pourra savoir si on est porteur du virus. Le test permet de rechercher des anticorps que l'organisme fabrique pour essayer de se protéger du VIH. Ils ne sont fabriqués qu'en présence du VIH.

Etiologie

Ce qui transmet le VIH/SIDA

Le VIH, qui est responsable du SIDA, est présent en grande quantité dans le sang, le lait maternel et aussi dans les liquides sexuels des personnes infectées. Ces liquides sexuels sont :

- Chez l'homme : le sperme (qui sort du pénis au cours des rapports sexuels) et le liquide pré-séminal (la « goutte » qui peut apparaître dès l'érection, bien avant l'éjaculation) ;
- Chez la femme : les sécrétions vaginales (qui font mouiller le vagin de la femme quand elle est excitée) et le liquide amniotique (qui entoure et protège le bébé dans le ventre de la femme enceinte).

D'où les trois voies de transmission pour le virus du SIDA : par voie sexuelle, par le sang et de la mère à son bébé.

Attention donc aux : scarifications, circoncisions, excisions, rasage (barbe, cheveux, etc.), perçage d'oreille, pédicure et manucure, tatouages, etc.

Ce qui ne transmet pas le VIH/SIDA

Le VIH ne survit pas longtemps en dehors de l'organisme humain. C'est pourquoi les gestes de la vie courante ne transmettent pas le VIH.

Le VIH ne peut pas être transmis ni par l'air, ni par la salive, ni par les aliments, ni par les contacts quotidiens.

Le VIH ne se transmet pas non plus par les visites aux malades, les plats, les verres, la nourriture, les poignées de mains, les draps, les vêtements et sous-vêtements, les éternuements ou la toux, les WC, etc.

Epidémiologie

Aujourd'hui, l'Afrique de l'Ouest est confrontée à une épidémie grave. Selon la Banque Mondiale, en 2008, plus de cinq millions d'adultes et d'enfants sont séropositifs.

En Côte d'Ivoire, la prévalence est de 4,7 %, au Ghana de 2,2 %, elle a atteint 1,8 % au Burkina Faso. Au Bénin, en Gambie, en Guinée Conakry, en Guinée-Bissau, au Liberia, au Mali, au Nigeria, en Sierra Leone et au Togo, la prévalence démographique oscille entre 1,2 % et 1,5 %, tandis que la prévalence selon les centres ANC se situe entre 2,8 % et 6,7 %. Le Sénégal, le Niger et le Cap-Vert présentent une prévalence inférieure à 1%. Les données disponibles signalent une situation beaucoup plus « mixte » et complexe que de simples définitions ne peuvent décrire.

Signes et les symptômes

Comment reconnaît-on qu'une personne a le VIH/SIDA ?

Une personne a le VIH/SIDA lorsqu'elle :

- fait une diarrhée prolongée supérieure à un mois,
- maigrit de façon importante,
- fait une fièvre prolongée et inexpiquée supérieure à un mois,
- sent une fatigue généralisée,
- fait une toux persistante supérieure à un mois,
- présente une dermatose généralisée qui gratte,
- fait le zona récidivant (qui revient souvent),
- a une plaie dans la bouche, la gorge ou sur le corps etc.

Dans le cas particulier de l'enfant, en plus des autres signes, on observe la malnutrition, le retard de croissance (le poids de l'enfant est inférieur à son poids normal).

Attention: Ces signes sont habituellement constatés au cours de nombreuses autres maladies. Il ne s'agit pas simplement de les voir et de dire que c'est le SIDA. Néanmoins, pour le SIDA, si ces signes apparaissent et ne disparaissent pas, le malade en question doit être amené au Centre de Santé pour y effectuer le test du VIH/SIDA.

Facteurs de risque

En Afrique, il a été relevé cinq déterminants principaux :

- Multiplicité de partenaires sexuels / infidélité ;
- Mauvaise perception du risque et déni de la réalité du SIDA ;
- Subordination socio-économique de la femmePauvreté ;
- Prostitution importante et très mobile.

Les autres déterminants qui jouent aussi un rôle dans la propagation du VIH sont :

- Relâchement de l'observance de valeurs morales et sociales. Analphabétisme élevé et faible taux d'instruction. Résistance vis-à-vis de l'utilisation du condom.
- Migration interne et externe importante.
- Activité sexuelle précoce des jeunes filles avec des partenaires plus âgés.
- Prévalence élevée des IST.
- Stigmatisation des PVVIH. Insuffisance de la prise en charge des PVVIH...

Comportements à risque

De nombreux comportements à risque sont également observés. On peut citer :

- Utilisation de seringues non stériles pour les injections,
- Utilisation des doigts blessés lors des rapports sexuels
- Séance de pédicure et de manucure en série
- Scarification en série dans les couvents et utilisation du même doigt pour faire pénétrer la poudre

- Circoncisions et excisions
- Manipulation à main nue du placenta, des habits et autres instruments souillés de sang

Diagnostic et complication

Le diagnostic n'est possible qu'avec les moyens de la médecine conventionnelle

Système immunitaire

Le système immunitaire est capable de repérer des éléments étrangers à notre organisme (qu'on appelle antigène), comme les microbes (virus, bactérie ou parasite) ou certaines cellules toxiques. Il est également capable de les reconnaître lorsqu'il les a déjà rencontrés ; c'est la **mémoire immunitaire**. C'est pourquoi il y a des maladies qu'on ne fait qu'une fois dans sa vie. De la même façon, les vaccins permettent de créer une mémoire immunitaire contre des maladies graves que l'on n'a jamais attrapées.

Lorsque l'antigène est identifié, le système immunitaire va développer des défenses capables de le détruire. Ces défenses sont assurées par les globules blancs du sang.

Le système immunitaire va lutter contre ces antigènes de plusieurs manières :

- en fabriquant des anticorps (protéines qui vont se coller sur l'antigène et le détruire); c'est le rôle des lymphocytes B.
- en détruisant directement les bactéries : c'est le rôle des polynucléaires.
- en détruisant les cellules infectées par un virus : c'est le rôle des lymphocytes CD8.

Mais pour que la contre-attaque puisse avoir lieu, il faut qu'une autre cellule déclenche la réponse immunitaire la mieux adaptée à l'antigène. C'est le rôle des lymphocytes CD4. Or, ce sont eux qui sont détruits par le VIH. Ce qui explique que, quand ils viennent à manquer, le système immunitaire n'est plus capable de protéger l'organisme contre des microbes qui sont habituellement inoffensifs.

Traitement en Médecine Traditionnelle

Les traitements actuels ont pour but de soigner le sida chez ceux qui l'ont déjà, mais aussi d'empêcher que l'infection par le VIH évolue vers le SIDA.

Mais pour pouvoir traiter le VIH/SIDA, il faut déjà savoir que le virus est là. On sait qu'on est séropositif lorsqu'on a fait un test de dépistage. Ce test permet de rechercher des anticorps que l'organisme fabrique pour essayer de se protéger du VIH. Ils ne sont fabriqués qu'en présence du VIH. Donc, être séropositif veut dire qu'on est infecté par le VIH. Cela ne signifie pas forcément qu'on a déjà développé le SIDA.

En Afrique de l'Ouest, la prise en charge par les médicaments conventionnels (anti-rétroviraux) est une réalité depuis les années 2000. Les médicaments anti-rétroviraux sont des médicaments qui bloquent la multiplication du virus et permettent ainsi de vivre plus longtemps. Ils ne guérissent pas du SIDA.

En médecine traditionnelle, devant les signes énumérés ci-dessus, le PMT doit demander au malade de se rendre au centre de santé pour des analyses plus poussées. Si le test VIH est positif, le PMT instituera alors son traitement. Certaines plantes médicinales ont déclaré avoir des propriétés anti-VIH : *Spathodea campanulata* et *Charantia de Momordica*.

Phytothérapie

Spathodea campanulata: Infusion: environ 25 g par jour

Charantia de Momordica: Infusion: 30 g de parties aériennes séchées dans 600 ml d'eau, 1 tasse à thé trois fois par jour.

(Référence: Afrique de l'Ouest Herbal Pharmacopoeia, 2013)

Tenant compte de la responsabilité du PMT, il serait souhaitable qu'il s'engage à;

- Informer le patient sur les pathologies pour lesquelles le médicament est efficace ;
- Proposer les associations possibles ;
- Proposer le médicament adéquat en fonction du stade d'évolution de la maladie ;
- Donner les contre-indications rationnelles liées à la prise du médicament ;
- Etablir et mettre à jour un registre des patients.

Règle d'hygiène et d'asepsie

Tout produit traditionnel doit subir les règles d'hygiène obligatoires. Pour ce faire, le PMT doit :

- Débarrasser la drogue des matières étrangères
- la mettre dans un milieu bien propre pour faire sécher ;
- bien laver les mains à l'eau et au savon ;
- bien laver les récipients devant contenir le produit ;

Prévention et contrôle du VIH/SIDA

Prévention

Comment peut-on prévenir le VIH/SIDA ?

On peut prévenir le VIH/SIDA à travers :

- l'abstinence totale : pas du tout de rapports sexuels
- la bonne fidélité réciproque entre deux partenaires qui n'ont pas le virus du SIDA ;
- L'utilisation du préservatif masculin ou féminin (condom ou capote) pour tout rapport sexuel occasionnel ;
- Le dépistage systématique du VIH/SIDA, surtout lorsque débute une nouvelle relation amoureuse.
- Eviter les objets souillés, contact avec le sang, sécurité transfusionnelle.

Contrôle

Prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH

La prise en charge psychosociale est l'ensemble des mesures visant à aider la personne vivant avec le VIH ou le malade du SIDA à trouver les ressources internes et externes qui lui permettront de s'adapter efficacement à sa situation et de mener aussi longtemps que possible une vie pleine et productive.

Il est important de s'entretenir longuement et profondément avec le malade de manière à minimiser les considérations négatives et dramatiques de la maladie afin de l'amener à mieux supporter sa maladie : c'est ce qu'on appelle le conseil-assistance.

Qui peut faire la prise en charge ?

Une équipe composée de praticiens de la médecine traditionnelle, de médecins, d'infirmiers, de techniciens de laboratoire, de sages-femmes, des membres de la famille, des associations des personnes vivant avec le VIH, etc.

A qui s'adresse la prise en charge ?

- à la personne vivant avec le VIH ou malade du SIDA, et à son ou ses partenaires,
- à la famille et à l'entourage de la PVVIH,
- à l'orphelin du SIDA,
- à l'individu chez qui cliniquement, on suspecte la maladie du SIDA,
- aux personnes ayant une pratique à risque, par exemple en multipliant les partenaires,
- aux groupes connus comme étant à risque (toxicomanie, prostitution, homosexualité, etc.),
- aux donneurs du sang,
- et à toute personne désireuse de connaître son statut sérologique.

Quand faire le conseil assistance?

Le conseil assistance doit se faire avant et après le test de dépistage du VIH/SIDA. Il peut être réalisé au lieu de travail du praticien de la médecine traditionnelle ou dans tout lieu où le patient se sent en confiance.

Qualités requises pour la prise en charge psychosociale

- maîtriser et contrôler ses propres émotions ;
- être courtois, patient et précis dans les réponses,
- éviter d'avoir une attitude infantilisante à l'égard du consultant, de le juger, le condamner, l'accuser ou l'agresser verbalement ou de faire naître de faux espoirs.

Comment se déroule la prise en charge psychosociale?

- La phase du pré-test : fournir au patient toutes les informations relatives aux endroits où le test peut être réalisé et sur les possibilités de dépistage dans la localité (centre de dépistage anonyme et volontaire ou formation sanitaire).
- la phase du post-test : si le malade revient annoncer son résultat, il faut partager avec lui, le vécu de la période d'attente en s'appuyant sur les points clés de l'entretien du pré test.

Plusieurs situations peuvent se présenter:

- **Résultat négatif** : Le consultant est joyeux, il se sent soulagé. Il faut profiter de cette occasion pour lui rappeler des informations sur la prévention, l'encourager à adopter une conduite lui permettant de réduire les risques de contracter le virus à savoir : l'abstinence, la fidélité ou à défaut l'utilisation systématique des préservatifs (condoms), lui notifier que le test est à refaire au bout de trois mois.
- **Résultat positif** : les réactions du consultant sont plus difficiles à gérer, d'autant qu'il faudra prendre en compte celles de son entourage et de sa famille.

L'entourage et la famille peuvent représenter autant un atout qu'un handicap à une bonne prise en charge du patient infecté par le VIH. Il est donc souhaitable que ceux-ci bénéficient du conseil-assistance, pour qu'ils puissent participer positivement à la prise en charge psychosociale du malade.

Mais auparavant, solliciter le consentement éclairé du patient.

Comment faire le suivi de la personne vivant avec le VIH (PVVIH)?

Le patient infecté ne doit pas être perdu de vue. Etre infecté par le VIH équivaut pour beaucoup à « être condamné à mourir ». Il faut éduquer les familles à assurer leur rôle de soutien affectif et matériel au patient infecté. Le soutien spirituel peut aussi revenir à la famille, aux amis ou aux associations, y compris religieuses et/ou mystiques.

Aucune solution n'est ni parfaite, ni d'application universelle pour atténuer l'impact socio-économique de la maladie chez les sujets atteints. Le conseiller et son équipe veilleront à ce que leurs biens soient protégés, leurs emplois soient conservés dans la mesure du possible, leur héritage éventuel soit sauvé.

Par contre, tout licenciement fondé sur le motif de l'infection d'une personne par le VIH est abusif.

Collaboration entre Praticiens de la Médecine Traditionnelle et professionnels de la Médecine Moderne

La collaboration permet aux praticiens de la médecine traditionnelle qui sont aussi des leaders communautaires, de participer activement à la mise en place d'un cadre d'échange pour retenir sur la base d'un consensus :

- un savoir-faire pour une meilleure prise en charge psychosociale des malades ;
- une procédure d'identification et de validation des produits et des actes traditionnels efficaces.

Ce consensus sera basé sur:

- le choix du praticien de la médecine traditionnelle par le malade lui-même ;
- le diagnostic par le praticien de la médecine traditionnelle qui réfère obligatoirement le patient au médecin ;
- la confirmation du diagnostic par le praticien de la médecine conventionnelle ;
- le traitement par le praticien de la médecine traditionnelle ;

- le suivi clinique et biologique par le praticien de la médecine conventionnelle.

Communication pour un changement de comportement pour la prise en charge des IST et du VIH/SIDA

En matière de VIH/SIDA, il faut communiquer pour informer sur la maladie et sa manifestation ou pour faire adopter des comportements responsables face à la maladie.

Afin de mieux outiller les praticiens de la médecine traditionnelle, les notions de communication s'avèrent incontournables. Parmi les techniques d'animation, on peut citer la causerie ou animation de groupe, le conseil ou counseling (entretien individuel et conseils), les études de cas, les jeux de rôle, etc.

Comment informer et conseiller un malade en cas de VIH

- s'assurer du diagnostic ;
- entretenir le malade sur les infections opportunistes, leurs manifestations et leur action sur l'organisme ;
- apprécier les connaissances du malade en matière d'IST/VIH/SIDA ;
- expliquer au malade les modes de transmission ;
- informer sur les possibilités de prise en charge ;
- informer sur les possibilités de diagnostic ;
- lui réitérer votre soutien indéfectible
- le convaincre à faire son test au centre de santé pour confirmation et prise en charge (l'accompagner si possible).

Conseils utiles :

- Ne pas imposer ses idées, mais plutôt écouter le groupe, discuter et négocier, faire passer un seul message à la fois, parler lentement, en prononçant distinctement les mots.

Comment organiser une séance d'IEC/CCC

Il existe trois étapes : avant, pendant et après.

Avant: La préparation

- ❖ faire le point des situations qui justifient l'organisation de la séance ;
- ❖ déterminer les résultats attendus ;
- ❖ choisir le thème ;
- ❖ réviser le module relatif au thème choisi ;
- ❖ identifier la cible ;
- ❖ choisir le jour, la date et l'heure (voir autre que les jours du marché, ou ayant une connotation particulière dans le milieu) ;
- ❖ choisir le lieu ;
- ❖ convoquer la séance (faire gongonner, par le porte-à-porte, la bouche-à-oreille)
- ❖ rassembler le matériel de sensibilisation.

Pendant: L'animation

- ❖ vérifier et s'assurer de la disponibilité du matériel à utiliser ;
- ❖ éviter le retard – être le premier sur les lieux ;

- ❖ disposer les participants (faire attention à la forme U ou V) ;
- ❖ se présenter et demander aux participants de le faire si possible ;
- ❖ mettre en condition les participants (slogan, etc.) ;
- ❖ partir du quotidien des populations pour poser le problème ;
- ❖ recueillir les expériences et les connaissances ;
- ❖ corriger, informer, orienter, sensibiliser, etc. ;
- ❖ faire faire la synthèse par les participants.

Après : la Conclusion (reprendre la synthèse, remercier, promettre une prochaine séance et faire le compte-rendu de l'animation).

Ce qu'il faut retenir

1- Le virus du SIDA détruit le système immunitaire de l'homme. Avant sa destruction totale, plusieurs années peuvent s'écouler sans que ne se manifeste aucun signe de maladie. On ne peut donc pas reconnaître à l'œil nu si une personne est infectée ou non par le VIH

2- Seul un test de dépistage du VIH/SIDA (une prise de sang) permet de dire avec certitude si une personne est infectée.

3- Le SIDA est la phase ultime de la maladie, qui se manifeste par des maladies opportunistes, lorsque le système immunitaire de la personne est complètement détruit, puis la mort.

4- Les manifestations cliniques du SIDA sont :

- une diarrhée / une fièvre prolongée / une toux persistante, supérieures à un mois ;
- un amaigrissement important / une fatigue généralisée ;
- une dermatose généralisée qui gratte / un zona récidivant ;
- des plaies dans la bouche, la gorge.

5- Le VIH est véhiculé par le sang, le lait maternel, et les liquides sexuels, qui sont :

- Chez l'homme : le sperme, et le liquide pré-séminal.
- Chez la femme : les sécrétions vaginales, le placenta et le liquide amniotique.

6- On peut attraper le VIH/SIDA dès lors que le sang ou les liquides sexuels d'une personne infectée rentrent en contact avec une blessure ou une muqueuse sexuelle d'une autre personne.

7- Les situations à risque sont donc :

- les rapports sexuels non protégés.
- toute opération créant une blessure sur la peau : scarification, excision, circoncision, pédicure, manucure, coiffure, injection de médicaments, etc., lorsque les objets utilisés pour percer ou couper la peau ont servi à d'autres personnes.
- la manipulation d'objets souillés par du sang ou des liquides sexuels, lorsqu'on a des blessures sur les mains
- Les transfusions sanguines avec du sang non contrôlé.

8- Les moyens de protection sont:

- Le préservatif, la fidélité ou l'abstinence, pour ce qui concerne la transmission sexuelle.

- L'utilisation d'objets stérilisés, à usage unique, ou à usage strictement personnel pour ce qui concerne la transmission par le sang.

9- De nombreux gestes de la vie courante ne transmettent pas le VIH/SIDA. Ainsi, en prenant certaines précautions, on peut parfaitement vivre avec une personne séropositive: dormir, manger, jouer, travailler, se doucher, etc. ne posent aucun problème.

10- Il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement radical contre le VIH. Les antirétroviraux (ARV) permettent simplement de freiner l'évolution du virus dans le corps. Ils coûtent très chers et sont difficilement disponibles. On peut toutefois traiter les maladies opportunistes, et aider le système immunitaire dans son combat contre le virus.

11- La femme enceinte peut transmettre le virus du SIDA à son enfant. Elle ne doit pas allaiter, et il faut être très prudent au cours de l'accouchement. Mais elle peut aussi prendre un traitement préventif pour l'enfant qui diminue les risques de contamination (PRETRAME).

12- En Afrique, les plus touchés par la pandémie du SIDA sont les travailleuses du sexe, les professionnels du transport, mais aussi les jeunes de 15 à 24 ans, particulièrement les jeunes filles.

Temps de contact

La formation des TPS a entre autres finalités, de contribuer à l'acquisition de leur statut d'agents IEC.

Le nombre de TPS ciblés peut varier est 30 et 50 à raison de 01 TPS formateur représentant une association.

Signalons que les TPS formés en qualité de formateurs, sont choisis par leurs collègues lorsque ces derniers sont regroupés dans des associations.

La formation est prévue pour durer 06 jours selon la répartition thématique suivante :

- 03 jours de travaux en plénière et en ateliers
- 02 jours de séances de simulation (Mise en situation)
- 01 jour pour la conclusion de la session de formation et pour la remise des attestations de formation

Les travaux en plénière permettent au formateur d'exposer les questions d'éveil portant sur les thèmes du jour.

Les travaux en ateliers permettent aux TPS de discuter sur toutes les questions soulevées par les questions d'éveil portant sur les thèmes du jour.

Les séances de simulation se déroulent dans des ateliers comprenant 10 TPS.

Evaluation

L'évaluation de la formation se déroule par le biais des séances de simulation (mise en situation) qui sont animées à tour de rôle, par chaque TPS participant à la session de formation. Travaux d'ateliers et de plénières permettent d'apporter les correctifs nécessaires pour une bonne appropriation par les TPS, des modules de la formation.

Chaque TPS doit prouver sa capacité à jouer à son rôle d'agent IEC et de formateur auprès de ses collègues qui l'ont mandaté à les représenter à la formation.

Le TPS formé en qualité de formateur, a pour mission de restituer le contenu de la formation auprès de ses collègues mandataires.

Outils de formation

Les modules de la formation destinée aux TPS sont visualisés sous forme d'images actives (boîtes d'images) qui permettent aux TPS de se représenter tout le contenu des thèmes de la formation. Les outils de formation constituent un kit d'images / d'illustrations qui restituent de manière active, les différents modules de la formation.

Conclusion

La formation des TPS doit respecter la philosophie qui enseigne qu'il s'agit de les former sans les déformer. En effet, la MT a son propre système, sa propre logique, sa propre rationalité dont les TPS sont les garants. Les TPS formés en qualité de formateurs, ont pour mission de démultiplier le contenu de la formation reçue, auprès de leurs collègues qui les ont mandatés.

Les TPS bénéficiaires de la formation, sont chargés à leur tour de sensibiliser les populations qui recourent à leurs compétences. Mobilisation et Sensibilisation Communautaires sont les mobiles par lesquels les TPS font prévaloir leur statut d'agents IEC et de messagers auprès des collectivités locales.

La formation des TPS se pose comme un moyen qui renforce leurs capacités et favorise la mise en œuvre des stratégies de collaboration entre les médecines conventionnelle et traditionnelle, dans la recherche de solutions à la pandémie du VIH/SIDA. Il est reconnu aujourd'hui, en Asie, en Occident comme en Afrique (OMS), que les plantes médicinales contribuent de plus en plus à améliorer la situation sanitaire des PVVIH. L'efficacité et l'efficacité des plantes médicinales utilisées pour le traitement des PVVIH et/ou expérimentées par des structures de MT, pourraient bénéficier de l'éclairage des instruments de mesure et d'analyse de la médecine conventionnelle et ce, au grand bonheur des populations africaines.

Références

- République du Bénin (2007) : *Manuel de formation des praticiens de la médecine traditionnelle sur la prise en charge des IST et du VIH/SIDA*, Cotonou.
- Banque Mondiale (2008) : *Synthèse de la réponse et épidémiologie du VIH/sida en Afrique de l'ouest : implications pour la prévention*, Programme mondial de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque mondiale.
- ONUSIDA (2006) : *Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida : profils de pays*.

L'HYPERTENSION ARTERIELLE

Introduction

L'hypertension artérielle est une condition dans laquelle la tension d'un adulte ayant 18 ans ou plus est constamment plus haut que 140/90 mm Hg chez un non diabétique, ou au-dessus de 130/80 mm Hg chez un diabétique, fondé sur la moyenne de deux ou plus de lectures de tension plus convenablement mesurées. L'hypertension artérielle mène a un risque augmenté de tôt mort d'une attaque d'apoplexie, la crise de cœur, l'échec de cœur et l'échec de rein si pas convenablement contrôlé. Une fois un diagnostic d'hypertension artérielle est fait, l'individu devrait être régulièrement contrôlé et devrait être traité d'une manière permanente avec les mesures sans médicament, ou une combinaison de ceci et des médicaments appropriés (Uren et al. 2006)

Dans la plupart de malades aucune cause fondamentale spécifique n'est identifiée. Tels malades sont dits d'avoir l'hypertension essentielle.

Dans presque 10-15% de cas, l'hypertension peut être en raison d'une maladie ou une anomalie spécifique comme les désordres de rein. Ces conditions sont dites de causer l'hypertension secondaire.

Objectifs

General

- Pour réduire des complications cardiovasculaires, vasculaires cérébrales et rénales en maintenant des niveaux de tension de 140/90 mm Hg ou moins (130/80 mm Hg ou moins dans les diabétiques).

Spécifiques

- i) Reconnaître les signes and symptômes de l'hypertension artérielle
- ii) Identifier les deux formes de l'hypertension artérielle – essentielle/secondaire
- iii) Reconnaître les complications de l'hypertension artérielle
- iv) Identifier quatre symptômes de l'hypertension artérielle
- v) Reconnaître la relation entre l'hypertension, le diabète et des niveaux de cholestérol élevés.
- vi) Empêcher les complications chroniques de l'hypertension artérielle à savoir ; la cécité, maladie rénal, l'attaque d'apoplexie, les crises de cœur.

Résultats attendus

PMTs reconnaissent les signes and symptômes de l'hypertension artérielle

PMTs sont capables de mesurer la tension

Pour les gens sans le diabète, les buts de traitement pour la tension sont :

- tension systolique moins de 140 mm Hg
- tension diastolique moins de 85 mm Hg

Pour les gens diabétiques, les buts sont :

- tension systolique moins de 130 mm Hg
- tension diastolique moins de 80 mm Hg

Les PMTs sont capables de reconnaître la relation entre l'hypertension, le diabète et le cholestérol élevé.

Les PMTs sont capables d'empêcher des complications hypertensives graves telles que l'attaque d'apoplexie, coma et la crise de cœur.

Les PMTs sont capables de reconnaître l'hypertension artérielle comme une maladie traitable mais pas guérissable.

Les PMTs

Formateurs

Des médecins et autres agents qualifiés/compétents si c'est nécessaire

Durée

Cinq (5) jours

Contenu

Etiologie/Causes

- Chez la plupart de malades aucune cause spécifique n'est identifiée. On dit que ces malades ont l'hypertension artérielle essentielle.
- Dans environ 10-15% des cas, l'hypertension pouvait être en raison d'une maladie spécifique ou une anomalie telle que la pression, des désordres rénaux. Ces conditions sont probablement causées par l'hypertension secondaire.

Epidémiologie

Presque 10 millions de personnes en Angleterre souffrent de l'hypertension – c'est un sur cinq (Uren et al. 2006).

En Afrique l'hypertension artérielle est un problème de la santé publique avec une fréquence moyenne de 15-40%

Moyenne fréquence de l'hypertension en Afrique de l'Ouest est 16% parmi les adultes, variant entre 3-30% parmi les gens ruraux et urbains respectivement.

Au Ghana c'est 4.5% parmi les gens ruraux et plus de 13% au secteur urbain (Agyeman, 2006). Au Guinée la prévalence est 43.6% dans les villes et 14.9% dans les secteurs ruraux (Balde et al. 2006). C'est 25% au Sénégal (LP, 2006). C'est 23.7% au Mali rural (Maiga, 1989).

Pathophysiologie

Le cœur est une pompe désignée pour circuler le sang dans le corps. Le sang circule du cœur à travers les artères aux muscles et organes.

Des pompes travaillent en générant de la pression. Simplement dit, trop de pression mets de la tension sur les artères et même sur le cœur. Ceci peut causer la rupture d'une artère ou l'arrêt du cœur sous la tension - dans le cas extrême arrêtant entièrement.

La pression dépend d'une combinaison de deux facteurs:

- Comment le cœur circule le sang avec de force dans le corps
- Comment étroits ou relâchés vos artères sont.

L'hypertension se passe quand le sang est forcé à travers les artères avec une tension élevée. Des niveaux élevés de cholestérol causent les vaisseaux sanguins à rétrécir.

Caractéristiques Cliniques

Symptomes

Il n y a pas de plainte spécifique pour l'hypertension. La plupart de malade avec l'hypertension artérielle n'aurait aucune plainte.

De temps en temps, les malades se plaindraient de:

- Maux de tête – ne réagissent pas aux analgésiques
- Acouphène
- Palpitation
- Vertige
- Fatigue

Facteurs de Risques

- L'âge élevant
- Histoire de famille
- L'obésité
- Consommation excessive de l'alcool
- Le tabagisme
- Le Diabète Type 1 ou Type 2
- Maladies rénales
- Une vie sédentaire / manque d'exercice
- Stéroïdes / contraceptives
- Régime alimentaire

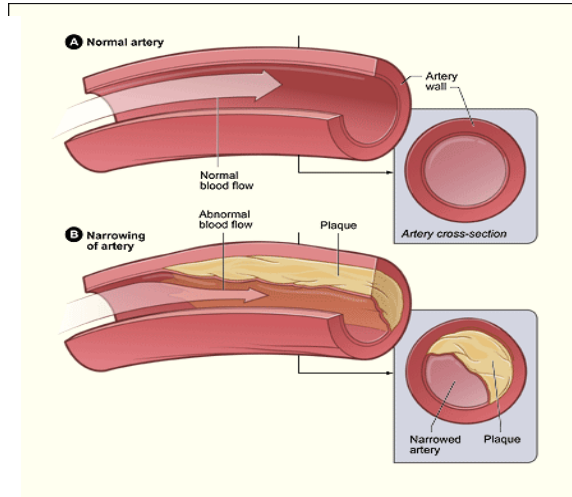


Fig 3: L'athérosclérose

Signes

- La tension persistante de plus de 140/90 mm Hg au moins à deux occasions prises après que le malade s'était reposé au moins trente minutes.
- Des signes spécifiques pour les différents désordres de reins, vaisseaux sanguins et de l'endocrine qui causent l'hypertension secondaire.

Diagnostic

- Mesure de la tension

Traitement**Non-Pharmacologique**

Les changements de vie suivants contribuent considérablement à réduire la tension élevée

- La consommation du sel baissée
- Consommation réduite de gras
- Réduction de poids chez les individus obèses et qui sont surpoids
- L'exercice constant chez les malades sédentaires
- Réduction de la consommation de l'alcool et la fumée
- Gérer la stresse

Ces changements de vie doivent être continus même si on est en traitement.

Phytothérapie

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| • <i>Rauwolfia vomitoria</i> | • <i>Multiflora de lippia</i> |
| • <i>Ferruginea de bridelia</i> | • <i>Taraxacum officinalis</i> |
| • <i>Ceiba pentandra</i> | • <i>Senna occidentalis</i> |
| • <i>Allium sativum</i> | • <i>Adscendens de desmodium</i> |
| • <i>Persia americana</i> | |

****la liste n'est pas limitée***

Complications

- Athérosclérose : rétrécissement des artères.
- l'attaque d'apoplexie : hémorragie ou embolie cérébrale
- Anévrisme : une expansion dangereuse de l'artère principale soit dans la poitrine soit dans l'abdomen, qui s'affaiblit et pourrait rompre.
- La crise de cœur.
- Arrêt du cœur : circulation réduite- Œdème Pédale.
- Echec du rein – œdème periorbital
- Les yeux endommagés

Pronostic

Bon si il y a

1. Un prompt diagnostic
2. Une gestion régulière

Pire si autrement

Prévention et réglementation

Chaque adulte plus de 40ans « doit connaître ses nombres » - c'est-à-dire, taille, poids, tension, glucose et niveaux de cholestérol.

Il faut avoir des tests de tension régulièrement si la famille a une histoire de l'hypertension artérielle. De cette façon, on commence les traitements avant que les complications commencent.

Changez votre mode de vie :

- Arrêtez de fumer
- Perdre du poids
- Faire de la gymnastique régulièrement
- Réduire la consommation d'alcool
- Variez la nourriture
- Réduire le stress en essayant des techniques de relaxation différentes, ou en évitant des situations de stress.

ORIENTATION D'UN PATIENT VERS DES SERVICES SPECIALISES

Orienter les catégories de patients suivantes vers le spécialiste compétent :

- Ceux qui n'atteignent pas le niveau de tension ciblée après plusieurs mois de traitement
- Ceux dont la tension empire après quelques semaines ou mois
- Ceux qui ont du diabète mellites
- Ceux qui ont plusieurs facteurs de risque (diabète, obésité, histoire familiale ou maladie du cœur)
- Histoire de l'attaque d'apoplexie
- Si la tension dépasse 160/100 mm Hg

Surveillance et évaluation

1. Des examens avant et après la formation
 - i) Qu'est-ce que c'est l'hypertension artérielle ?
 - ii) Quelles sont les causes de l'hypertension artérielle ?
 - iii) Comment diagnostiquer l'hypertension artérielle ?
 - iv) Quelles sont les symptômes et signes de l'hypertension artérielle ?

- v) Comment empêcher l'hypertension artérielle ?
- vi) Comment réguler l'hypertension artérielle ?
- vii) Quelles sont les complications de l'hypertension artérielle ?
- viii) L'hypertension artérielle, est-elle guérissable ?
- ix) Quand et où oriente-on un cas de l'hypertension vers un spécialiste compétent ?

Faire suivre des visites à leurs cliniques

Conclusion

L'hypertension artérielle est une condition chronique associée aux niveaux de tension extrêmement hauts.

Il y a deux types de l'hypertension artérielle ; essentielle et secondaire.

Les symptômes de l'hypertension artérielle comprennent des maux de tête, les vertiges et la fatigue.

L'hypertension artérielle est diagnostiquée par la mesure de la tension.

Les complications principales de l'hypertension sont aiguës et chroniques.

On peut atteindre les objectifs seulement en régulant strictement la tension pour des complications de l'hypertension artérielle. Faire suivre régulièrement tous les individus ayant l'hypertension artérielle parce que c'est important dans la réglementation de la tension.

Promotion de la nourriture appropriée et le changement de la mode de vie restent toujours des outils puissants dans la lutte contre l'hypertension artérielle.

Chaque adulte ayant près ou plus de (40 ans) doit « connaître ses nombres »-c.-à-d., taille, poids, tension, glucose sanguin et des niveaux de cholestérol.

L'hypertension artérielle est une condition chronique soignable mais pas guérissable.

Traduction des modules de formation en outils d'enseignement

Unité 1

Le concept de l'Hypertension artérielle

C'est quoi l'hypertension artérielle (interactive)?

Expliquer aux PMTs le système circulatoire

- Montrez des photos des structures anatomiques

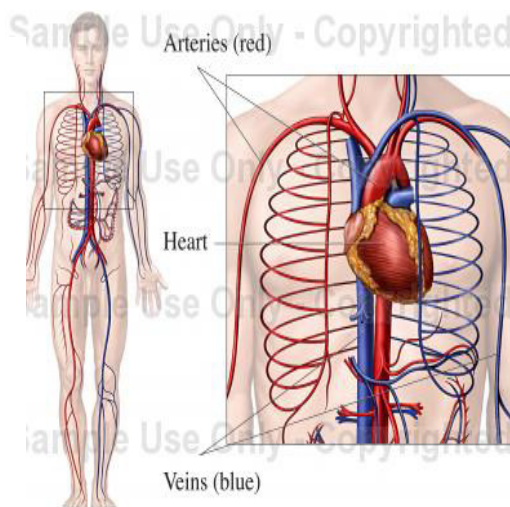


Fig 4: Le système circulatoire

<p>Main arteries of the body showing the common site of an aortic aneurysm</p> <p>Carotid artery</p> <p>Heart</p> <p>Artery to kidney</p> <p>Artery to leg</p> <p>Aorta</p> <p>Aortic aneurysm</p>	<p>Aorta</p> <p>Detail of aortic aneurysm</p> <p>Atheroma (fatty tissue) lining the aneurysm</p> <p>Weakened wall of aorta causes it to balloon</p>	
<p>Anévrisme aortique</p>	<p>Détails de l'anévrisme</p>	<p>Thromboses</p>
<p>Thromboses de la veine</p>		<p>Vaisseau sanguin rétréci</p>

Unité 2**Signes, symptômes et complications:**

- i)
- ii) Tinnitus
- iii) Œdème Pédale
- iv) Œdème peri-orbitale

Demandez aux PMTs d'énumérer les facteurs de risque associés à l'hypertension artérielle.

Unité 3**Diagnostic :**

Apprendre aux PMTs de mesurer la tension

Le patient doit se reposer au moins 30 minutes avant qu'on prenne la tension

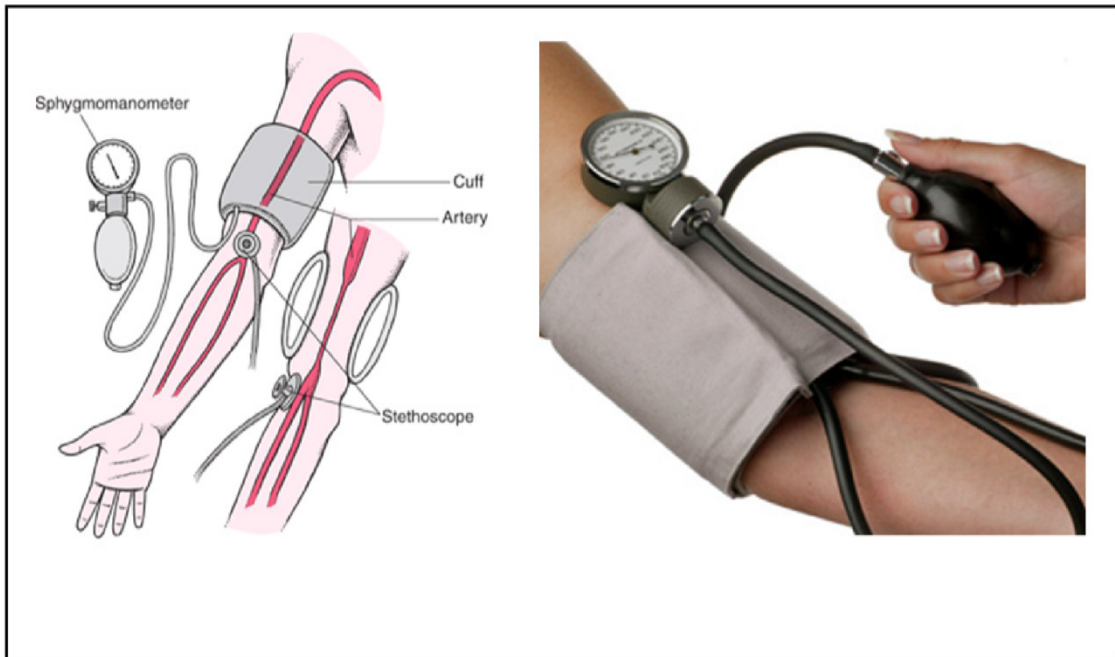


Fig 5: le mesure de la tension

Prevention et Traitement

Le facilitateur doit demander aux PMTs les methodes de traitement.

Souligner sur le regime approprié.

La quantité du sel – prendre avec deux doigts 3 fois en 24 heures – demontrer

Faire des analyses regulières du foie et du pulmon

Apprendre aux PMTs comment acquérir et mesurer la taille et poids des patients

Elaborer les plantes utilisées pour le traitement de l'hypertension artérielle et la méthode de l'administration

***Le formateur doit donner les noms locaux pour les plantes différentes**

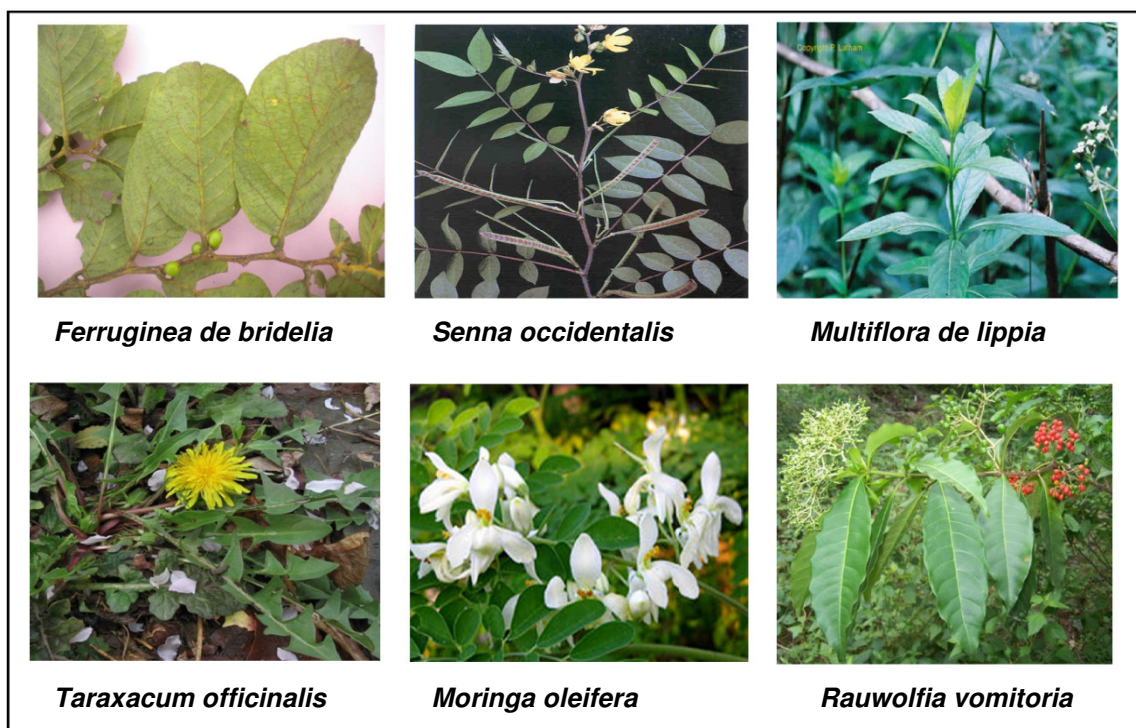


Fig 6: les plantes médicinales

Posologie

Ferruginea de Bridelia: Infusion, 20 g de feuilles séchées par litre d'eau; laisser infuser 15 minutes et prendre 3-4 tasses par jour.

Décoction: faire bouillir 30 g de feuilles séchées dans un litre d'eau pendant 15 minutes; boire 3-5 tasses par jour

Senna occidentalis: Décoction, 10 g de feuilles séchées en poudre dans 500 ml d'eau, 1 tasse à thé deux fois par jour.

Multiflora de lippia: Infusion, 30 g de feuilles séchées dans 600 ml d'eau; 3-4 tasses de thé par jour.

Moringa oleifera* et *Rauwolfia vomitoria: Décoction, 30 g séché racines tranchées et hachées et le rhizome dans 900 ml d'eau et laisser mijoter jusqu'à réduction à 600 ml; 1-3 tasses par jour.

(Référence WAHP, 2013).

Les Matériaux nécessaires

1. Tableau de conférence et des marqueurs indélébiles
2. Ordinateur et projecteur
3. Papeterie (papier, stylo, crayons, etc)
4. Illustrations
5. Stéthoscope *
6. Sphygmomanometer-Digital*
7. Balance
8. Mesure de taille

PALUDISME

Introduction

Le paludisme constitue la première endémie parasitaire pour tous les pays membres de l'OOAS. Pour y faire face, les populations ont recours en grande partie aux TPS lorsque les premiers symptômes apparaissent. C'est dans ce contexte que tous ces pays membres de l'OOAS ont développé des politiques nationales de prise en charge du paludisme fondé sur la prévention et le traitement des cas. Certaines facilités sont même accordées pour la distribution des moustiquaires imprégnées et la prise en charge des personnes vulnérables (enfants et femmes enceintes). Il est donc important que les TPS, porte principale d'entrée dans la prise en charge du paludisme en Afrique de l'ouest, soient bien informés des possibilités offertes par la médecine conventionnelle pour contribuer en tant que leaders des communautés à la réussite des programmes nationaux de santé orientés vers la lutte contre le paludisme. Le fait de donner aux TPS des connaissances sur l'étiologie, les modes de transmission, les facteurs favorisants, les signes et symptômes, les complications et le pronostic, le diagnostic, le traitement et la prévention (prophylaxie) permettra sans doute de faciliter la référence rapide des cas de paludisme grave et la collaboration avec les structures conventionnelles.

En outre, l'acquisition de telles connaissances permettra sans doute aux TPS de mieux exploiter les outils dont ils disposent déjà pour une meilleure prise en charge des patients dans leurs contextes d'exercice de la médecine traditionnelle.

I. Objectifs pédagogiques

- ❖ **Objectif général** : encadrer la formation des TPS sur le paludisme
- ❖ **Objectifs spécifiques de la formation** : à la fin de la formation tout TPS participant doit être capable de :
 - Citer l'agent causal
 - Décrire les modes de transmission
 - Décrire les principaux symptômes du paludisme grave et du paludisme simple
 - Décrire l'organisation du traitement dans le système de santé du pays
 - Citer les méthodes de prévention

II. Résultats attendus

- Les TPS sont capables de citer l'agent causal
- Les modes de transmission sont décrits par les TPS
- Les principaux symptômes du paludisme grave et du paludisme simple sont décrits par les TPS
- Le TPS peut décrire les éléments clés de l'organisation du traitement du paludisme dans le pays
- Les TPS sont capables de citer les méthodes de prévention

III. Cibles

Les cibles sont les TPS

IV. Formateurs

Médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes, préparateurs en pharmacie, infirmiers, sages femmes et autres techniciens de la santé.

V. Contenu

- Historique

Le paludisme est connu depuis les temps anciens. C'est ainsi que depuis 3600 ans en Egypte, il était associé aux crues du Nil. Il était conseillé aux populations de fermer les maisons pour éviter les vapeurs provoquant les fièvres. Chez bon nombre de population à travers le monde, on associait le paludisme au vent, à la pluie, aux oiseaux, à l'alimentation, à la sorcellerie etc. Il faut attendre 1889 pour qu'un Italien Golgi identifie pour la première fois le premier parasite responsable de la maladie. Par la suite, on identifiera trois autres parasites, tous appartenant à la même famille et transmis à l'homme par des moustiques.

- **Cause et mode de transmission (étiologie)**

L'agent causal du paludisme est un parasite microscopique appelé plasmodium qui existe sous quatre formes chez l'homme (*plasmodium malare*, *plasmodium vivax*, *plasmodium ovale* et *plasmodium falciparum*). Le plus répandu est le *plasmodium falciparum* responsable de 80% des cas et 90% de décès. Le paludisme n'est pas spécifique à l'homme, il existe des parasites similaires qui affectent les singes, les reptiles, les lapins, les souris, les oiseaux etc.

Le plasmodium est transmis à l'homme par la piqûre de la femelle d'un moustique appelé anophèle.

Les moustiques se reproduisent dans les flaques d'eau stagnante. Lorsque le moustique pique un homme porteur du parasite, il pourra le transmettre à un autre.

- **Répartition dans le monde (épidémiologie)**

Le paludisme touche environ 500 millions de personnes dans le monde avec près d'un million de mort par an. La majorité des victimes est constituée par:

- les enfants de moins de 5 ans,
- les femmes enceintes
- les sujets neufs

Autrefois le paludisme touchait toutes les régions d'Afrique, d'Amérique, d'Europe et d'Asie. Il fut par la suite éradiqué de l'Europe et d'une grande partie de l'Amérique et de l'Asie mais persiste au jour d'aujourd'hui en Afrique où se retrouve la majorité des cas et près de 90% des décès.

○ **Perception traditionnelle du paludisme en Afrique de l'Ouest**

La plupart des communautés traditionnelles vivant en Afrique occidentale, reconnaissent le paludisme comme une maladie transmissible, par les esprits, le vent, le froid, la pluie, les oiseaux.

Certaines de ses manifestations sont parfois associées à des sorts jetés ou à des attaques par des sorciers.

Quelle que soit la cause à l'origine du paludisme, celui-ci est souvent classé en plusieurs catégories en fonction des symptômes.

○ **Manifestations cliniques**



Paludisme simple

La fièvre qui peut être accompagné de fatigue, courbature, manque d'appétit, frissons, vomissement.

➤ Chez l'enfant, il a :

- le corps chaud ou à la fièvre,
- froid et commence à grelotter,
- signale les maux de tête et les douleurs dans tous le corps s'il parle déjà,
- vomit parfois et est très fatigué,
- transpire et quelques temps après son corps se refroidit,
- quelques temps après, son corps chauffe à nouveau,
- n'a pas envi de manger, refuse de téter,

➤ Chez la femme enceinte

Toute manifestation clinique évocatrice du paludisme chez la femme enceinte est considérée comme paludisme grave



Paludisme grave et complication

De façon générale les manifestations du paludisme grave sont :

- les vomissements incoercibles parfois bilieux (jaune)
- la fatigue extrême
- l'urine très foncée et rare parfois couleur coca cola
- l'agitation
- la torpeur (prostration)
- le délire
- les crises convulsives (révulsion oculaire, plafonnement du regard)
- le coma
- la pâleur de la paume des mains qui traduit l'anémie grave
- les yeux qui peuvent devenir jaune
- le patient peut vomir du sang

○ **Diagnostic**

➤ Clinique

Dans les formations sanitaires, les agents de santé soumettent les patients qui se plaignent de signes imputables au paludisme à un interrogatoire et à un examen physique. L'interrogatoire concerne les éléments suivants :

- La date de début des premiers signes
- l'évolution des signes
- les traitements administrés y compris les traitements traditionnels

L'examen physique concerne les éléments suivants :

- la température
- le poids
- la taille
- la tension artérielle pour les adultes

L'agent de santé fera également une prise de sang pour l'examen biologique.

➤ Biologique

Le diagnostic se fait sur le sang et est fondé sur la recherche du parasite responsable du paludisme. Seules des personnes formées et habilitées peuvent interpréter les résultats des diagnostics clinique et biologique et proposer un traitement.

○ **Traitement**

Les objectifs du traitement sont: faire baisser la fièvre, faire régresser les autres signes et éliminer les parasites de l'organisme.

Il existe dans tous les pays une politique de traitement basé sur les combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine pour le paludisme simple et les sels de quinine pour le paludisme grave. Le paludisme grave doit être traité en injectant le médicament directement dans le sang. Ce traitement se fait dans les structures sanitaires qui disposent d'instruments nécessaires pour cela.

Quant au paludisme simple, il peut se traiter par la voie orale.

❖ **Traitement traditionnel**

Dans de nombreux pays les médicaments à base de plantes appartenant aux deux premières catégories sont homologués et même inscrits sur la liste des médicaments essentiels pour le traitement du paludisme simple (N dribala, Saye, malarial). Certaines des plantes entrant dans la composition de ces médicaments font parties de la monographie de l'OOAS : *Morinda lucida*, *Guiera senegalensis*, *Senna occidentalis*.

Pour les autres manifestations, nous pouvons citer *Tynospora baki*, *Combretum micranthum*, *Khaya senegalensis*, *Citrus lemon*, *Carica papaya*, *Cryssopterix febrifuga*. Cette liste peut être complétée par les monographies du Ghana et du Nigeria.

○ **Prévention**

Les objectifs de la prévention sont :

- éviter le contact avec le moustique

C'est ainsi que l'utilisation des moustiquaires imprégnées visent à repousser et ou tuent le moustique

-empêcher la reproduction du moustique dans l'environnement immédiat par des mesures d'assainissement

L'assainissement qui est une méthode consistant à éliminer les points d'eau favorisant la multiplication du moustique

- réduire la susceptibilité des personnes vulnérables d'être contaminé par le moustique. Il s'agit ici d'administrés des médicaments chez la femme enceinte et chez le sujet voyageant vers une zone endémique.

VI. Temps de contact

Pour la phase théorique il faut 4 heures. Il en est de même pour la pratique.

VII. Evaluation

L'évaluation sera à la fois théorique et pratique.

L'évaluation théorique se fait à partir d'images :

- pour l'agent causal, image du moustiques à reconnaître parmi d'autres insectes,
- pour le mode de transmission, des images portant sur une vraie transmission, un sorcier, le vent, les oiseaux, des gens qui s'embrassent, qui se saluent, qui font des rapports sexuels et le TPS devrait indiquer l'image qui correspond à la réponse juste.
- pour les symptômes des images montrant une personne qui a des frissons, des courbatures, qui vomit, qui fait la diarrhée, et le TPS devra repartir les signes en fonction du type de paludisme. On peut aussi demander au TPS de choisir parmi des images trois représentant des symptômes du paludisme simple (idem pour le paludisme grave)
- pour l'organisation du traitement : présenter au TPS des cas cliniques de paludisme simple et de paludisme grave et lui demander la conduite à tenir
- pour la prévention : identifier sur des images les méthodes de prévention relatives à l'utilisation des moustiquaires imprégnées, à la prophylaxie chez une femme enceinte et à l'utilisation des insecticides.

Pour l'évaluation pratique : faire des simulations de cas cliniques

VIII. Traduction des modules en outils

Il s'agit ici de traduire en image et schéma les aspects relatifs à l'agent causal, aux modes de transmission, aux principaux signes et aux méthodes de prévention.

Le formateur veillera à assurer l'interaction avec les TPS.



Question: Lequel de ces insectes représente un moustique?

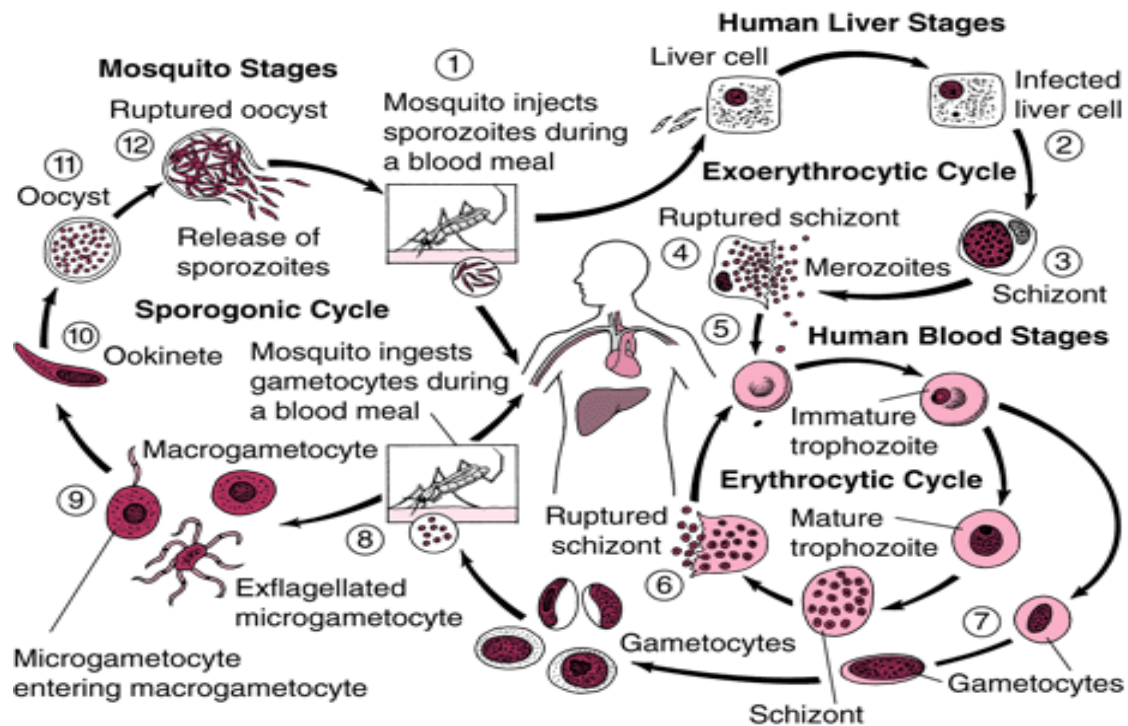
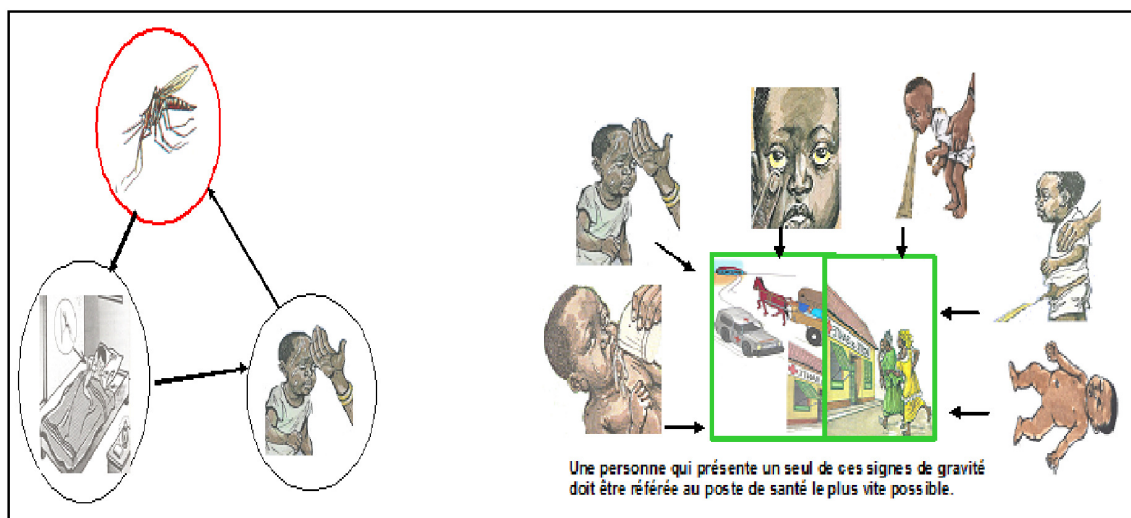
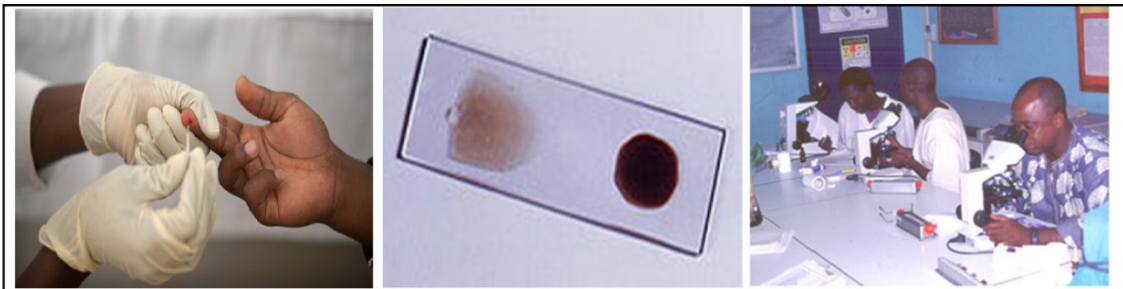


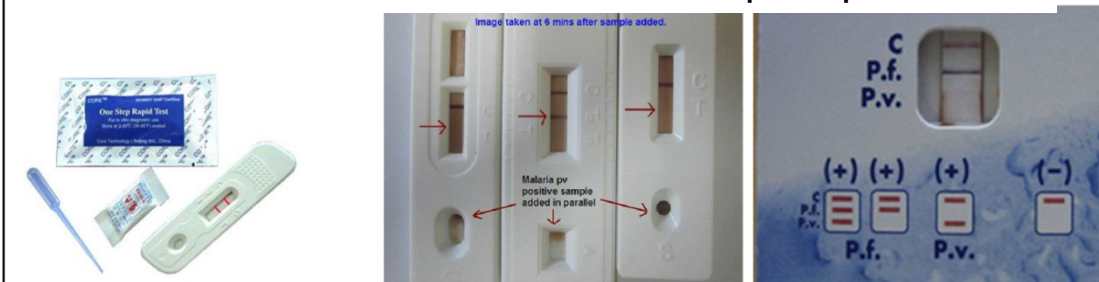
Fig 8: Cycle de vie du parasite plasmodium



Une personne qui présente un seul de ces signes de gravité doit être référée au poste de santé le plus vite possible.



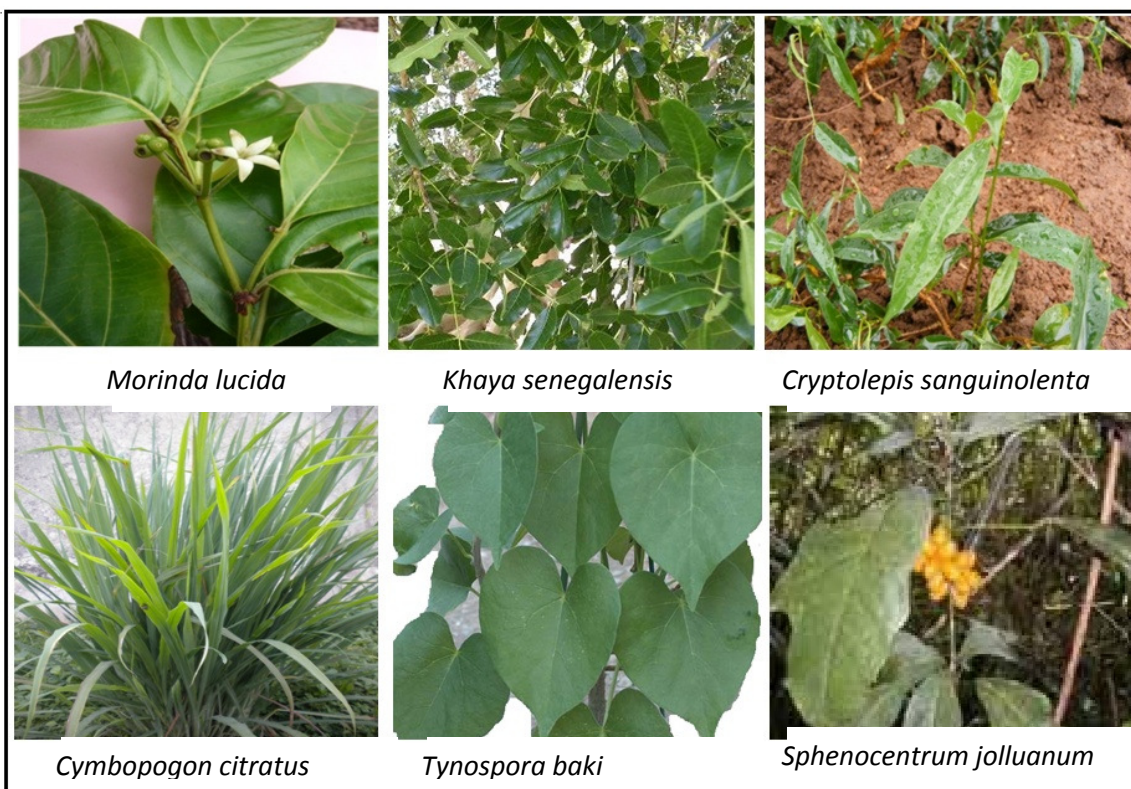
Des tests de laboratoire de routine pour le paludisme



Trousses de dépistage rapide de diagnostic du



Question: Quelle est la meilleure méthode de couchage dans les régions

**Posologie**

En général pour la décoction: 30 g de matériel végétal dans 900 ml d'eau et laisser mijoter jusqu'à réduction à 600 ml, 1 tasse à thé trois fois par jour.

***Cryptolepis sanguinolenta*:** Infusion, 2,5 g sachet d'écorces de racines trempées dans 150 ml (1 tasse) d'eau bouillante; laisser infuser pendant 5-10 minutes. Décoction: 40 g par litre d'eau, 3-5 teacupfuls quotidiens.

***Cymbopogon citratus*:** Infusion, 30 g d'herbes séchées dans 600 ml d'eau, 1 tasse à thé trois fois par jour.

***Tynospora baki*:** Décoction, 200 g de matière végétale en poudre bouilli avec 1000 ml d'eau jusqu'à réduction à 600 ml. Prenez deux cuillerées à soupe deux fois par jour.

(Référence: WAHP, 2013)

DRÉPANOCYTOSE

Introduction

La drépanocytose est une maladie du sang très répandue chez les noirs et en Afrique en particulier. Elle constitue un problème de santé publique en Afrique noire. La drépanocytose est transmise par les parents aux enfants de manière héréditaire.

Le fait qu'il n'existe pas encore de médicaments curatifs de la drépanocytose en médecine moderne, place les TPS en première ligne pour la prise en charge des patients (prévention et traitement des crises). C'est ainsi que ceux-ci proposent avec parfois beaucoup de succès, des recettes et des méthodes pour prévenir les crises ou les amener. En revanche, les méthodes de diagnostic, plus précises en médecine moderne permettent aux médecins de disposer d'informations importantes et précoces pour mieux conseiller les patients, notamment en ce qui concerne la conception et la diététique. Il est donc important que TPS et médecins collaborent pour échanger le maximum d'informations sur cette maladie pour non seulement améliorer leurs méthodes de traitement et de prévention, mais aussi offrir à chaque patient la meilleure qualité de soin possible. Une telle collaboration est également indispensable à la conduite d'évaluations thérapeutiques devant conduire à une documentation de la qualité, de l'innocuité et de l'efficacité des recettes traditionnelles.

I. Objectifs pédagogiques

- ❖ **Objectif général** : encadrer la formation des TPS sur la drépanocytose
- ❖ **Objectifs spécifiques de la formation** : à la fin de la formation tout TPS participant doit être capable de :
 1. Citer les principaux types de traits drépanocytaires
 2. Décrire la méthode de transmission des traits drépanocytaires
 3. Citer les principaux facteurs déclenchant de la crise drépanocytaire
 4. Reconnaître les principaux signes de la crise drépanocytaire et du syndrome drépanocytaire majeur
 5. Décrire le principe de prise en charge des patients souffrant de drépanocytose
 6. Citer les principaux éléments d'un régime diététique applicable à un patient drépanocytaire

II. Résultats attendus

1. les principaux types de traits drépanocytaires sont connus des TPS
2. la méthode de transmission des traits drépanocytaires est décrite par les TPS
3. Les TPS connaissent les principaux facteurs déclenchant de la crise drépanocytaire

4. Les TPS connaissent les principaux signes de la crise drépanocytaire et du syndrome drépanocytaire majeur
5. le principe de prise en charge des patients souffrant de drépanocytose est décrit par les TPS
6. les principaux éléments d'un régime diététique applicable à un patient drépanocytaire sont connus des TPS

III. Cibles

TPS

IV. Formateur

Médecins, pharmaciens, chirurgien dentiste, préparateur en pharmacie, infirmiers, sages femmes et autres techniciens de la santé.

V. Contenu

○ *Cause et méthode de transmission (étiologie)*

La cause de la drépanocytose s'appelle gène. Le gène est dans le globule rouge dès sa fabrication dans l'organisme. Ce gène provoque une modification de la forme du globule rouge qui la rend inapte à transporter l'oxygène qui provient de l'air. Cela provoque des troubles très variés chez la personne atteinte.

La drépanocytose est une hémoglobinopathie qualitative à transmission autosomique récessive. C'est une maladie causée par un changement de la composition chimique des globules rouges. Ce changement chimique entraîne une modification de la forme du globule rouge dans certaines conditions telles que la baisse de la concentration d'oxygène et la déshydratation. Lorsqu'il ne reçoit pas suffisamment d'oxygène, le globule rouge s'allonge et devient falciforme, et n'arrive pas à traverser aisément les petits capillaires sanguins qui se trouvent dans le corps, causant des douleurs.

Les facteurs déclanchant sont: le froid, l'humidité, le manque d'oxygène, la déshydratation.

La drépanocytose se transmet de parent à enfant. Si un parent en a et que l'autre n'en a pas, 50% des enfants peuvent avoir la maladie. Si les deux parents ont le gène, 75% des enfants peuvent avoir la maladie.

C'est pourquoi certaines communautés découragent les mariages entre deux personnes porteuses de la maladie ou de son trait.

○ *Répartition dans le monde (épidémiologie)*

Près de 120 millions de personnes dans le monde seraient porteuses d'une mutation drépanocytaire. Selon l'OMS au cours des prochaines décennies le nombre de porteurs d'anomalies de l'hémoglobine devrait se stabiliser à environ 8% de la population mondiale. La

drépanocytose se rencontre surtout chez les Noirs ou chez les descendants des Noirs mais existe parfois chez les blancs, en particulier ceux du pourtour méditerranéen.

Environ un cinquième de ceux qui portent le trait de la maladie peuvent en présenter les symptômes. L'incidence en Afrique varie de 8-15% parfois 20 à 30%.

Perception traditionnelle de la Drépanocytose

La plupart des habitants considèrent que cette maladie causée par le mystère et autres facteurs ésotériques. Il est communément appelé «douleur osseuse» dans de nombreuses langues à travers l'Afrique occidentale comme dans Susu (Sierra Leone et la République de Guinée), Yoruba (sud-ouest du Nigeria et la République du Bénin). Les enfants touchés par cette maladie sont occasionnellement dénommé «abiku» ou «né pour mourir» dans certaines sociétés. Les peuples traditionnels ne peuvent pas la moindre idée sur la nature génétique de la maladie, mais ils ont toujours insisté pour ne pas permettre le mariage entre ces familles avec des enfants qui meurent au début de "l'os mal» et leurs «normaux» non symptomatiques enfants. Ceci est révélateur de la nature te génétique de la maladie mais pas scientifiquement exprimé.

Manifestations Cliniques

Caractéristiques cliniques de la drépanocytose

Caractéristiques pathologiques: SCD se caractérise par une déshydratation cellulaire, hémolytique, l'anémie, syndrome thoracique aiguë, une splénomégalie et hépatique, de nécrose commune, des lésions tissulaires et une insuffisance organique.

Signes et symptômes: Les signes et les symptômes de la drépanocytose comprennent épisodes de douleur vaso-occlusives, la moelle élargie et le physique anormale associée, l'anémie, l'hypertension pulmonaire chronique, ulcération de la jambe, isosthenuria (incapacité à concentrer l'urine), ulcère de jambe.

Principales plaintes présentateurs: la fièvre, la toux, une douleur thoracique sévère, l'asthme, bilatéraux mains douloureuses et gonflées / pieds chez les enfants

Facteurs de risque: comprendre la tension d'oxygène réduite, à haute température et pH acide

Complications: priapisme menant à l'impuissance, collapsus circulatoire, accidents vasculaires cérébraux.

○ **Diagnostic**

À part les constatations communes à toutes les anémies hémolytiques, le diagnostic repose sur la mise en évidence de l'hémoglobine S. Ceci peut se faire :

- par l'observation au microscope de sang frais conservé entre lame et lamelle, avec ou sans addition d'un réducteur (métabisulfite de potassium, acide ascorbique) : on verra les globules rouges de l'homozygote se transformer en faucilles et celles de l'hétérozygote en feuilles de houx (*la cristallisation de l'hémoglobine S déforme la membrane*),
- par l'électrophorèse de l'hémolysat de globules rouges qui montrera, chez l'homozygote, une bande unique d'une hémoglobine migrant anormalement lentement, et chez

l'hétérozygote la présence de deux bandes d'hémoglobine, dont la plus rapide sera l'hémoglobine A et l'autre l'hémoglobine S.

- Aujourd'hui des tests permettent de dépister les porteurs sains (personnes hétérozygotes qui possèdent l'allèle responsable mais qui ne sont pas malades) ; ils sont alors informés que l'enfant conçu par deux porteurs sains présente un risque sur quatre d'être atteint d'anémie falciforme.

Dans les pays industrialisés, le diagnostic se fait en période néo-natale si les parents sont à risque ou atteints. Dans les pays non industrialisés, le diagnostic se fait souvent à la première manifestation ou complication. Le dépistage néo natal pourrait se traduire par une amélioration du pronostic.

○ **Traitement**

Le traitement de la drépanocytose repose sur :

- le traitement des crises vaso-occlusives : antalgiques (pouvant aller jusqu'aux opiacés) et mise sous oxygène ;
- la prévention des facteurs déclenchant les crises (froid, altitude, infections, déshydratation) ;
- la supplémentation en folates ;
- le traitement préventif des infections à pneumocoque et méningocoque ;
- la transfusion sanguine en cas d'anémie profonde ou d'infection grave.

L'hydroxyurée permet de favoriser la production d'hémoglobine fœtale, formée habituellement en petite quantité et parfaitement fonctionnelle, en inhibant la production d'hématies contenant l'hémoglobine S. Ce médicament semble réduire significativement le nombre de crises douloureuses et la mortalité de la maladie. Il ne peut cependant pas être utilisé, de par son mécanisme d'action, chez les patients anémiques. La surveillance des paramètres sanguins doit donc être très soigneuse. L'autre obstacle à son utilisation reste son coût, qui peut toutefois générer des économies de prise en charge dans les pays économiquement développés.

La prévention des infections par le pneumocoque chez le jeune enfant est faite par la vaccination.

Des transfusions sanguines pourraient diminuer sensiblement le risque d'accidents vasculaire-cérébraux chez certains enfants particulièrement à risque (anomalie du doppler trans-crânien).

❖ **Le traitement médical**

- Devant l'anémie : le traitement classique de l'anémie si le taux d'Hb < 6g/dl avec ou sans signe d'intolérance, la transfusion est indiquée. Chez les drépanocytaires, c'est la transfusion du culot globulaire 10-15mg/kg
- Devant les crises douloureuses :
- mettre le malade au repos

- réhydraté le malade pour faciliter la circulation des GR en faisant boire beaucoup ou par voie parentérale,
- mettre des antalgiques, des anti-inflammatoires non stéroïdiens, les vasodilatateurs, les anti spasmodiques
- Devant les infections : c'est l'antibiothérapie

❖ **Le traitement chirurgical**

Il peut être indiqué devant :

- Les séquestres des ostéo myelites chroniques
- Sur les corps caverneux devant les priapismes en faisant des saignées
- Les lithiases vésiculaires
- Traitement orthopédique dans les nécroses de la tête fémorale
- Splénectomie (ablation de la rate)

❖ **Traitement traditionnel**

Il n'existe actuellement aucun traitement efficace. Le traitement peut être

- Soutien-éducation, l'autonomisation
- Symptomatique-gestion de la douleur, etc transfusion sanguine
- Préventif anti-falciformation par exemple les agents hydroxyurée ne peut être tolérée par certains patients en raison des effets néfastes
- les plantes médicinales

Les plantes médicinales auraient utilisé comprend *Zanthoxylum Zanthoxylum*, *Hymenocardia acida*, *Calotropis procera* et *Khaya senegalensis*.

○ **Prévention**

Pour éviter les crises il est recommandé de suivre des mesures simples suivantes:

- boire fréquemment de l'eau
- bien aérer les pièces, afin de bien s'oxygéner
- rester au chaud
- ne pas prendre de poids
- manger des aliments riches en fer, ou qui facilitent l'assimilation du fer (viande rouge, pâté de foie ...)
- ne pas s'enrhumer, ou plus généralement éviter au maximum les infections respiratoires
- porter des vêtements qui ne coupent pas la circulation sanguine c'est à dire amples
- ne pas s'essouffler
- éviter d'aller à plus de 1500 mètres d'altitude
- ne pas s'exposer a de forte chaleur (la déshydratation déclenche des crises par augmentation de la viscosité sanguine)

CAS PARTICULIER DE LA FEMME ENCEINTE

Recommandations pour la prise en charge de la grossesse chez les femmes atteintes d'un syndrome drépanocytaire majeur.

Centre de Référence Maladies rares labellisé « Syndromes Drépanocytaires Majeurs »

La drépanocytose augmente le risque de survenue de complications obstétricales, et inversement la grossesse favorise la survenue de complications de la drépanocytose.

La mortalité maternelle représente environ 1 % des grossesses et dépend largement des modalités de prise en charge.

Il existe un risque de complications vitales maternelles: hypertension artérielle et pré éclampsie, maladie thrombo-embolique, infectieuses (infections urinaires très fréquentes).

Le risque fœtal est important: mort fœtale *in-utero*, retard de croissance intra-utérin (RCIU), prématurité.

Les complications aiguës de la drépanocytose sont susceptibles de survenir avec une plus grande fréquence, surtout les crises vaso-occlusives, le syndrome thoracique aigu, ou une aggravation de l'anémie dont le retentissement est à la fois fœtal et maternel.

La prise en charge d'une telle grossesse n'est concevable que coordonnée par un médecin référent pour la drépanocytose, dans un établissement de santé, comprenant, outre une équipe de gynéco-obstétriciens, des anesthésistes formés à la pathologie drépanocytaire, une réanimation adulte, et la collaboration avec l'équipe de transfusion sanguine.

Une coopération étroite entre les différents intervenants est indispensable et la formation des équipes est nécessaire.

En effet la diminution du risque passe par un suivi rapproché, des mesures préventives, et le traitement précoce des complications.

VI. Temps de contact

Pour la phase théorique il faut 6 heures et 4 heures pour la pratique.

VII. Evaluation

L'évaluation portera essentiellement sur les objectifs spécifiques.

VIII. Traduction des modules en outils

Il s'agit ici de traduire en image et schéma des globules rouges normaux, des globules rouges falciformes, des vaisseaux sanguins bouchés, des personnes se plaignant des douleurs articulaires, d'un couple pour illustrer la transmission héréditaire, de plantes utilisées pour la prise en charge de la drépanocytose.

Le formateur veillera à assurer l'interaction avec les TPS.

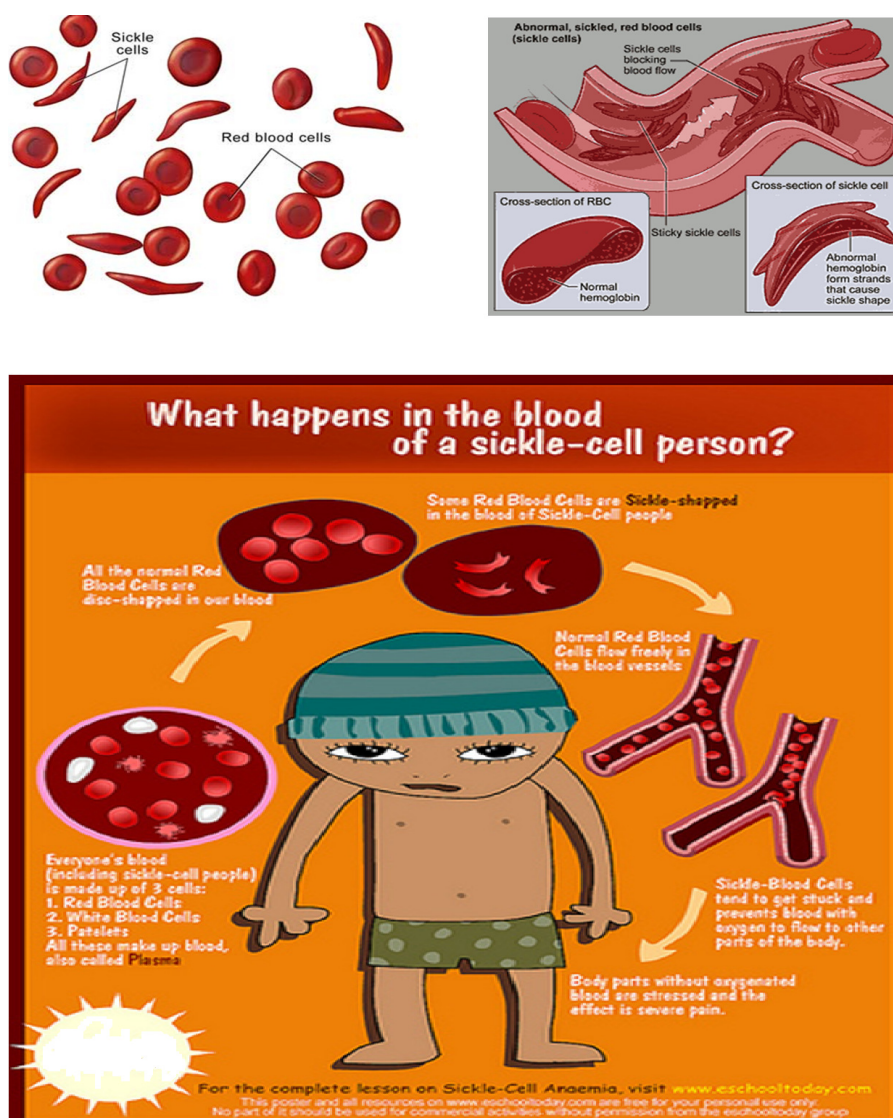


Fig 9: Physiopathologie de l'anémie à hématies falciformes



Fig 10: Douleur articulaire associée à l'anémie falciforme

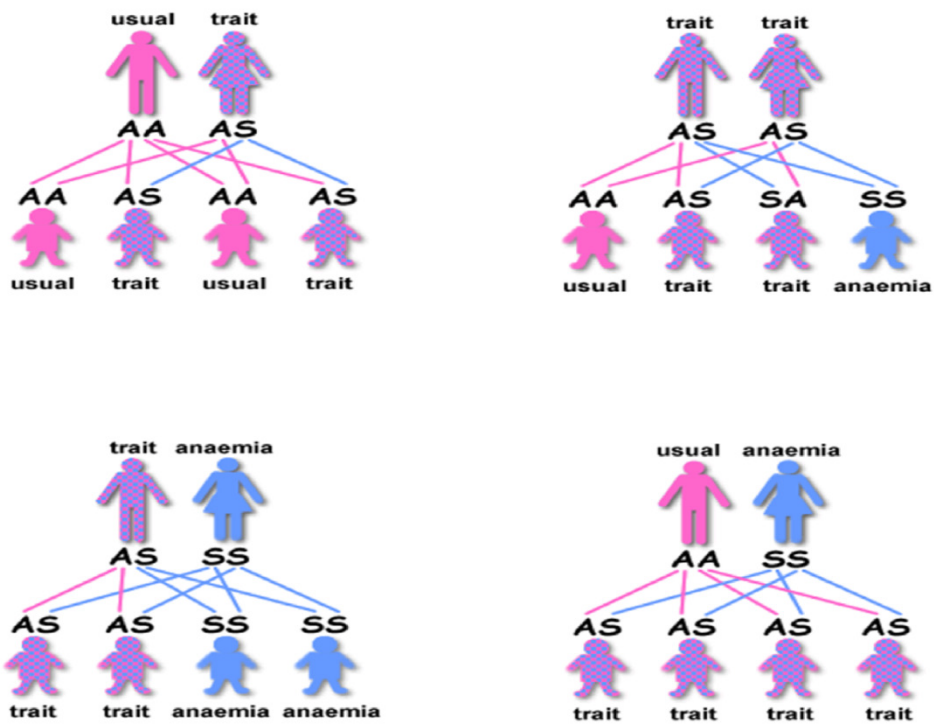


Fig 11: Génétique croisement montrant l'héritage possible de l'anémie falciforme par des couples

*Zanthoxylum zanthoxyloides**Khaya senegalensis**Calotropis procera*

Posologie

Hymenocardia acida: Décoction; Faire bouillir environ 90 g de feuilles dans 500 ml d'eau pendant environ 30 minutes. Prendre 1 tasse (environ 75 ml) 3 X par jour (per os).

Zanthoxylum Zanthoxylum: Décoction; 1-2 cuillères à café d'écorce dans 150 ml d'eau et laisser mijoter pendant 10-15 minutes; 1-3 teacupfuls par jour.

Extrait liquide: 1:1 dans de l'alcool à 45%; 1-3ml trois fois par jour

Pour les autres, en général, pour la décoction: 30 g de matériel végétal dans 900 ml d'eau et laisser mijoter jusqu'à réduction à 600 ml, 1 tasse à thé trois fois par jour.

TUBERCULOSE

Introduction

La tuberculose est une maladie infectieuse, transmissible et qui contrairement à la rougeole est non immunisante.

La tuberculose pulmonaire est la forme plus fréquente mais il existe des atteintes osseuses, rénales, intestinales, génitales, méningées, cutanées. Elle est le plus souvent provoquée par un microbe appelé *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacille de Koch (BK). La transmission interhumaine se fait par voie aérienne à partir d'un patient toussueur qui va rejeter le BK. L'évolution de la maladie se fait à partir d'épidémie.

Le risque de survenue de la maladie est augmenté en cas de conditions socio-économiques défavorables.

C'est la troisième cause de mortalité par maladie infectieuse dans le monde, touchant surtout les populations vivant dans les conditions précaires (Afrique sub saharienne).

Il existe un traitement curatif et préventif (dépistage dans l'entourage des personnes atteintes).

Du fait de l'apparition de fréquentes rechutes (émergence de BK multi résistants au traitement moderne) et du fait qu'elle représente l'une des infections opportunistes du VIH/SIDA, la tuberculose pulmonaire demeure un problème de santé publique dans nos Etats et est responsable de nombreux cas de décès.

Objectifs pédagogiques

A la fin de la formation, les compétences des TPS sont renforcées dans la prise en charge de la tuberculose.

Résultats attendus

Le TPS doit être capable de:

- Citer les signes de la tuberculose pulmonaire,
- Référencer les cas suspects vers les centres de prise en charge (CAT),
- Accompagner le malade dans les prises régulières de son traitement conventionnel,
- S'impliquer dans la mise en œuvre des initiatives à base communautaire des activités préventives de la tuberculose et du dépistage précoce du VIH/SIDA.

Cibles

Les TPS

Formateurs

- Les TPS
- L'équipe cadre de district
- Les Infirmiers Chefs de Poste
- Les autres acteurs intervenant dans la lutte contre la tuberculose

Historique/Etiologie

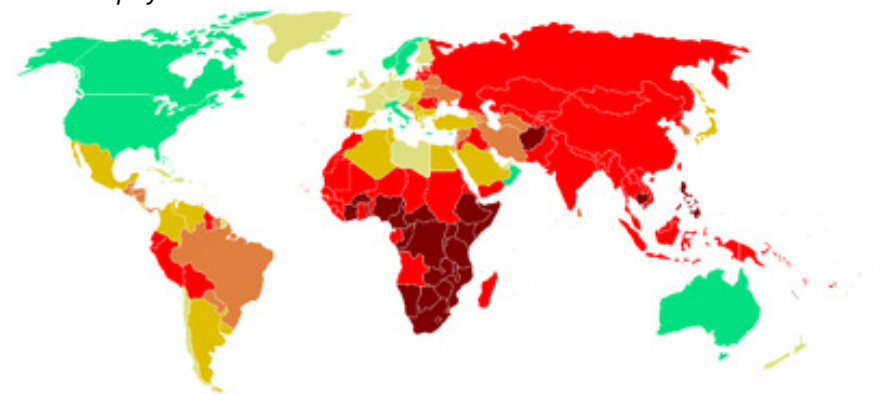
La tuberculose peut être causée par différents germes :

- *Mycobacterium tuberculosis* (bacille de Koch), le plus fréquent
- *Mycobacterium bovis*
- *Mycobacterium africanum*
- *Mycobacterium canetti* (essentiellement à Djibouti)

Elle est aussi vieille que l'humanité et sa progression à travers le monde serait intimement liée à celle de l'homme.

Épidémiologie

Structurer par des données du monde, de l'Afrique sub-saharienne, l'espace CEDEAO et par les données pays.



Le nombre annuel de nouveaux cas dans le monde est d'environ 5,4 millions et occasionne environ un million de décès selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La croissance de la maladie reste très forte en Afrique, avec près de 13 % contre moins de 1 % dans les pays asiatiques.

Elle est fréquente chez les utilisateurs de drogues par intraveineuse et porteurs du VIH. La malnutrition et les intoxications médicamenteuses sont des causes reconnues de l'augmentation du nombre de cas. Il s'agit essentiellement d'une infection touchant l'adulte jeune, et les hommes sont près de deux fois plus atteints que les femmes.

En Côte d'Ivoire, le nombre de cas augmente chaque année d'environ 3,5%. L'incidence des cas notifiés est de 116 cas pour 100 000 habitants en 2007. En 2007, 23 383 cas de tuberculose ont été dépistés dont 14 071 nouveaux cas de forme contagieuse.

Mode de transmission

La source de contamination la plus fréquente est le malade qui présente une tuberculose pulmonaire avec toux. Cette toux produit des gouttelettes contenant le microbe dont le nombre peut atteindre 3000 chaque fois que le malade parle, tousse, éternue ou chante.

Ces gouttelettes peuvent rester longtemps en suspension dans l'air. L'exposition à la lumière solaire détruit le BK en cinq minutes, mais celui-ci peut survivre plusieurs heures dans l'obscurité.

Ces gouttelettes sont tellement fines qu'elles traversent la barrière des bronches et pénètrent profondément jusqu'aux alvéoles où le BK va se multiplier.

Manifestations cliniques

Après une infestation, tous les organes peuvent héberger le microbe mais les poumons offrent les meilleures conditions pour sa multiplication. C'est la raison pour laquelle, les signes cliniques sont dominés par les manifestations pulmonaires.

La maladie évolue en deux phases:

- une phase de début marqué par les signes d'imprégnation ou d'accompagnement tuberculeux comprenant
 - une fièvre le soir
 - un amaigrissement (perte de poids allant au delà de 10 Kg)
 - une asthénie (grande fatigue)
 - une anorexie (manque d'appétit)
 - une aménorrhée (absence de règles) chez la femme
 - des sueurs nocturnes
- une phase d'état où la toux est le signe principal. C'est une toux chronique de plus de trois semaines avec des crachats muco-purulents ou hémorragiques accompagnée de douleurs thoraciques et des signes d'imprégnation tuberculeux
 - une fièvre le soir
 - un amaigrissement plus sévère
 - une asthénie (grande fatigue)
 - une anorexie (manque d'appétit)
 - une aménorrhée (absence de règles) chez la femme
 - des sueurs nocturnes

Les Facteurs de risques

Les principaux facteurs de risque de la tuberculose sont:

- les mauvaises conditions de nutrition (malnutrition, famine),
- les conditions socio-économiques défavorables (pauvreté, conflits armés, immigration),
- les mauvaises conditions d'habitat (promiscuité, confondre son lieu d'habitation et son lieu de travail),
- les conditions de terrain défavorables (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie, sujet âgé),
- les maladies avec baisse de l'immunité comme le SIDA et le diabète,
- les mauvaises conditions d'hygiène.

Complication

C'est quand la maladie se généralise (*tuberculose miliaire*) et atteint d'autres organes comme les os, les reins, le foie, le cerveau et le cœur. Dans ces cas, le pronostic vital est engagé.

Diagnostic

Diagnostic positif

La démarche diagnostique comporte:

- la recherche d'un contexte épidémiologique évocateur (contage tuberculeux, précarité socio-économique, etc.,)
- l'examen radiographique des poumons qui va montrer des cavernes tuberculeuses qui sont des cavités dans le tissu pulmonaire, contenant de l'air et de nombreux BK. Ces cavernes ne disparaissent pas à la guérison; elles se calcifient et produisent des séquelles radiologiques appelées « taches au poumon ».

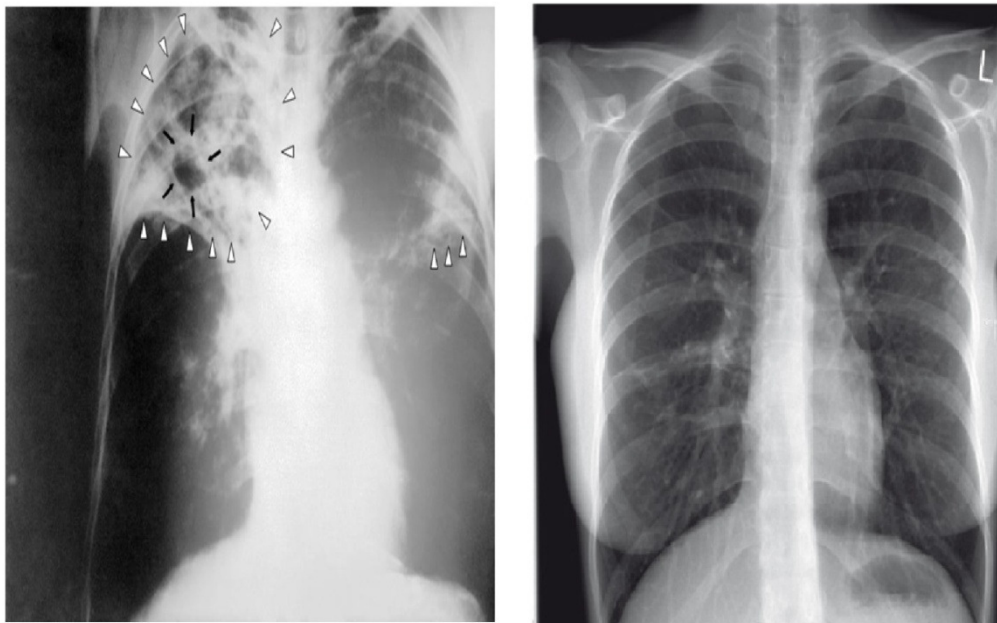


Fig 12: Radiographie d'un patient ayant une tuberculose pulmonaire bilatérale à un stade avancé

l'examen de laboratoire à partir des crachats du malade qui sont obtenus par des prélèvements successifs pendant trois jours et par des techniques spéciales qui mettent en évidence le BK.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel de la tuberculose se fait avec :

- Les infections pulmonaires à germe banal (pneumopathie, bronchite, etc.)
- Les tumeurs pulmonaires (cancer pulmonaire)

Traitement conventionnel de la tuberculose

Le traitement de la tuberculose est disponible, gratuit, long de 6 mois pour les nouveaux cas dépistés et de 8 mois pour les anciens et se fait essentiellement dans les centres spécialisés. Le but du traitement est de guérir le malade afin de rompre la chaîne de transmission de la maladie. Il comprend 2 mois de quadrithérapie (4 antibiotiques) puis 4 mois de bithérapie (2 antibiotiques).

Les TPS, personnes de notoriété qui bénéficient de la confiance des populations doit accompagner le malade dans l'observance du traitement :

- Prise régulière du traitement,
- Respect de la durée du traitement,
- Vérification des stocks de médicaments restant,
- Respect des rendez vous de suivi

Herbes:

Pas d'information à notre niveau sur l'action directe des plantes sur le germe.

Il existe des plantes qui permettent d'améliorer l'état nutritionnel des malades et d'autres qui permettent de renforcer les défenses immunitaires des malades. Certaines de ces plantes comprennent *Lawsonia inermis*, *l'aloë vera* et *Allium sativum*.

Pronostic

La guérison de la maladie est obtenue si le malade suit un traitement correct et adapté.

Non traitée, la maladie est mortelle dans plus de la moitié des cas. Dans près de 25 des cas la maladie évolue vers la chronicité.

Prévention et contrôle

Vaccination par le BCG

Il existe un vaccin qui permet de protéger les nouveau-nés contre la tuberculose, appelé BCG et qui se fait dans les centres de vaccination.

Mesures d'hygiène

Les TPS doivent amener les malades contagieux à respecter ces mesures pour éviter de contaminer leur entourage :

- bien se couvrir la bouche et le nez avec un mouchoir propre lors de la toux,
- éviter de cracher par terre,
- cracher dans une boîte munie d'un couvercle contenant l'eau de javel,
- vider le contenu tous les soirs dans les latrines,
- ne pas utiliser les couverts des autres pendant la durée du traitement,
- dormir seul si possible durant le premier mois du traitement dans une chambre bien aérée,
- ne pas consommer le tabac ou l'alcool

Enquête sociale autour d'un cas

Il faut rechercher dans l'entourage du malade les cas secondaires et le cas source.

Cette enquête est indispensable surtout quand le malade vit en collectivité, provient d'un pays où la fréquence de la maladie est élevée ou si le malade est en situation de précarité.

Maladie à déclaration obligatoire.

Dans certains pays, la tuberculose pulmonaire est une maladie à déclaration obligatoire.

Temps de contact

4 Jours

Nombre de participants: 30 personnes

J1 : partage de connaissance et d'expériences des TPS

J2 : exposé sur la maladie par le(s) formateur(s)

Historique
Mode de transmission
Épidémiologie
Symptômes
Diagnostic
Pronostic

J3 : prise en charge de la maladie

- aspects curatifs
- aspects préventifs (implication des TPS dans la mise en œuvre des initiatives à base communautaire).

J4 : Evaluation et clôture de la session.

Evaluation

Partage des connaissances acquises.

Traduction du module en outil de formation

La formation se fait en trois phases.

- Une phase de motivation qui permettra d'évaluer les acquis préalables des TPS dans le domaine de la tuberculose. Cette phase est animée par les formateurs qui enregistrent les informations données par les TPS eux-mêmes.
- Une phase de développement, où les formateurs à l'aide de support didactique (images actives, ordinateur, vidéo projecteur, etc.) vont intervenir avec une participation des TPS.
- Une phase l'évaluation où les TPS vont se mettre en situation de formateur pour partager les connaissances acquises au cours de la session de formation.



Allium sativum



Aloe vera



Lawsonia inermis

Posologie

Lawsonia inermis: Infusion, 30 g de feuilles séchées dans 600 ml d'eau; 3-4 tasses de thé par jour.

Aloe vera: jus séché; 50-200 mg par voie orale pour les adultes.

Décoction: deux cuillerées à soupe par jour avant les repas.

Allium sativum: En règle générale, le bulbe frais et l'huile ampoule peut être donnée à 2-5 mg par jour (ou une ampoule fraîche ou de clou de girofle 1-2 fois par jour) alors que la dose de la poudre est au 400-1200 mg par jour. Ce sont les doses particulièrement élevées lorsque l'ail est utilisé comme agent antimicrobien, anthelminthique, antihypertenseur, carminative, anti-lipidemic, antispasmodique, un agent anti-diabétique et anti-inflammatoire.

Conclusion

Remercier les TPS d'avoir accepté de répondre à l'invitation

Solliciter leur engagement dans la prise en charge de la tuberculose

Montrer l'intérêt que revêt la médecine traditionnelle dans l'offre de soins aux populations.

Bibliographie

Tuberculose, Wikipédia

Guide de formation des ASC sur la prise en charge de la tuberculose, PNLT, Côte d'Ivoire

Méthode FAPEG, PROMETRA

INDEX DES MALADIES

A

Accidents vasculaires cérébraux, 44

D

Dermatose, 13, 19

Diabète, 1, 2, 3, 4, 7, 8

Diarrhée, 13, 19, 36

Drépanocytose, 41, 42, 43, 44, 46

L

L'asthme, 43

L'athérosclérose, 24

Le zona récidivant, 13

L'hypertension, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30

P

Paludisme, 32, 33, 34, 35, 36

S

SIDA, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 51, 53

T

Tuberculose, 51, 52, 53, 54, 55

INDEX DES PLANTES MEDICINALES

A

Adscendens de Desmodium, 5, 26
Allium sativum, 26, 55, 56, 57
Aloe vera, 55, 56, 57
Amygdalina de Vernonia, 5

B

Birrea de Sclerocarya, 5, 9

C

Calotropis procera, 46, 50
Carica papaya, 36
Ceiba pentandra, 26
Charantia de Momodica, 5, 9, 15
Citrus lemon, 36
Combretum micranthum, 36
Cryptolepis sanguinolenta, 41
Cryssopterix febrifuga, 36
Cymbopogon citrates, 41

F

Ferruginea de bridelia, 5, 26, 31, 32

G

Guiera senegalensis, 36

H

Hymenocardia acida, 46, 50

K

Khaya senegalensis, 37, 41, 46, 50

L

Latifolia de Nauclea, 5
Lawsonia inermis, 55, 56, 57

M

Mangifera indica, 5
Mauritiana de Zyziphus, 5
Morinda lucida, 36, 41
Moringa oleifera, 5, 9, 31, 32
Multiflora de Lippia, 5, 9, 26, 31, 32

N

Nobilis d'Anthocleista, 5

P

Persia americana, 26
Psidium guajava, 5

R

Rauwolfia vomitoria, 26, 31, 32
Roseus de Catharantus, 5, 9

S

Senna occidentalis, 26, 31, 32, 36
Spathodea campanulata, 15
Sphenocentrum jolluanum, 41

T

Taraxacum officinalis, 26, 31
Tetraptera de Tetrapluera, 5, 9
Tynospora baki, 36, 41

Z

Zanthoxylum zanthoxyloides, 46, 50

ANNEXE

La santé de l'Ouest africain Organisation tient à remercier les représentants des pays suivants pour leur immense contribution à la préparation de cette brochure:

NOM	PAYS	COORDONNÉES
1. Pr. Mamadou Aliou BALDE	GUINEE-CONAKRY	<p>Directeur Général du Centre de Recherche et de la Valorisation des Plantes Médicinales (CRVPM)- Dubreka ; BP 6411 GUINEE- CONAKRY Email: bmaliou2002@yahoo.fr</p>
2. Pr. Lanre MOODY	NIGERIA	<p>Professor of Pharmacognosy and Dean, Faculty of Pharmacy Univ. of Ibadan, NIGERIA Tel. +2348034271740 E-mail: lanmoody@yahoo.com</p>
3. Pr. Odunayo OLUWATOSIN	NIGERIA	<p>Professor of Surgery Dept of Surgery, University College Hospital, Ibadan, NIGERIA Tél. 00234 803 475 3574 E-mail: oluwatosinom@yahoo.com</p>
4. Dr. John K. REED	LIBERIA	<p>Chairman, Complementary Medical Board c/o Dr. Moses G. Y. Pewu Assistant Minister / Deputy Medical Officer Ministry of Health and Social Welfare Capital Bye Pass/ P.O. Box 10-9009 Republic of Liberia Tel: 00231 65 59 014 Emails: ldekpa@hotmail.com & gowulu2@yahoo.com</p>
5. Pr. Drissa DIALLO	MALI	<p>Chef du Département Médecine Traditionnelle de l'INRSP BP 1746 Bamako-MALI Tél : +223 20 21 46 23 Email: dri.diallo@yahoo.fr</p>
6. Dr Chiaka DIAKITE	MALI	<p>Chef de Service Sciences Médicales du Département de Médecine Traditionnelle de l'INRSP BP 1746 Bamako-MALI Tél : +223 20 21 46 23 / +223 66 79 68 26 E-mail: chiaka86@hotmail.com</p>

- | | | |
|--|----------------------|---|
| 7. Dr Aurel Constant ALLABI | BENIN | <p>Médecin Pharmacologue en service au Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles, BENIN
 Tél: +229 21 33 45 83/95 73 49 00/97 29 32 93
 E-mail: pnpmtdsb@yahoo.fr
 acallabi@hotmail.com</p> |
| 8. Dr Roch HOUNGNIHIN | BENIN | <p>Coordonnateur du Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles
 01 BP 882 Cotonou – BENIN
 Tél. +229 21 33 45 83 / 95 06 13 35
 Email : roch_houngnihin2001@yahoo.fr</p> |
| 9. Barbara TURAY | SIERRA-LEONE | <p>Focal Point for traditional Medicine in Sierra Leone
 Dean, Faculty of Pharmaceutical Sciences
 College of Medicine and Allied Health Sciences (COMAHS)
 University of SIERRA LEONE (C/O Connaught Hospital)
 Tel: 232 76 663 286
 E-mail: babaturay40@yahoo.com &
 babaturay40@gmail.com</p> |
| 10. Charles KATTY | SENEGAL | <p>Freelance Expert, Fatick - SENEGAL
 Email: ngel_10@yahoo.fr</p> |
| 11. Dr Ehoule KROA | COTE-D'IVOIRE | <p>Directeur Coordonnateur du Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle ; COTE D'IVOIRE
 Tél.: +225 20 32 47 68
 Mobile : +225 05 68 86 23
 E -mail : ekroa2002@yahoo.fr & pnpmtd_ci@yahoo.fr</p> |
| 12. Dr MANOUAN NOGBOU Jean Marc | COTE-D'IVOIRE | <p>Médecin de santé Publique
 Directeur Coordonnateur Adjoint
 Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle.
 COTE D'IVOIRE
 Tél.:+225 20 32 47 68
 Tél: +225 06 16 43 27
 E-mail : manouanjm@yahoo.fr</p> |
| 13. Dr Kadidja DJIERRO | BURKINA-FASO | <p>Directrice de la Médecine et Pharmacopée Traditionnelles,
 BURKINA FASO</p> |

Tel : +226 50324660/76000011

E-mail : djierrok@yahoo.fr

- | | | |
|--|----------------------|--|
| 14. Prof. Dr Yaw BIO | GHANA | <p>Director
 Kwame Nkrumah University of Science and Technology Hospital, Kumasi-GHANA
 E-mail: bioy97@yahoo.co.uk</p> |
| 15. Dr Kofi ANNAN | GHANA | <p>Head of Department
 Dept of Herbal Medicine, Faculty of Pharmacy, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi-GHANA
 Tel: 00233274243641
 E-mail: annankofi@yahoo.com</p> |
| 16. Mr. José MONTEIRO | GUINEE-BISSAU | <p>Ministerio da Saúde Pública
 Avenida Unidade Africana CP 50 Bissau – GUINEE-BISSAU
 Direction des services Santé Communautaire et de la Promotion de la Médecine Traditionnel
 Tél: +245 661 63 56/ +245 592 36 51
 E-mail: josmon62@yahoo.com.br</p> |
| 17. Mr. Bubakar SILLAH | GAMBIA | <p>Programme Manager, National Traditional Medicine Programme, Ministry of Health, Expert & Head of Delegation; GAMBIA
 Tel: +220 422 53 78/ 995 75 20
 E-mail : bubakarsillah@gmail.com
 Sillarububakar@yahoo.com</p> |
| 18. Dr Sami AICHATOU GUERO ARZIKA | NIGER | <p>Pharmacienne, Chef de Division Médecine Traditionnelle, à la Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle – NIAMEY-NIGER
 Tél : +227 96 89 57 21
 E-mail : samiaicha61@yahoo.fr</p> |

- | | | |
|-----------------------------|----------------------|---|
| 19. Dr Mamadou N’GOM | SENEGAL | Chargé Programme des Médicaments Essentiels
Politique Pharmaceutique et Médecine Traditionnelle
OMS- Dakar
Tél : 00221 33 869 59 37
E-mail : ngomm@sn.afro.who.int |
| 20. Rita Kusi APPIAH | GHANA | Medical Herbalist (Member of the Secretariat for the
development of the ECOWAS pharmacopoeia) St,
Luke Natural Health Clinic, P.O. Box SR438,
Tema- GHANA
Tel: +233 244 97 70 29
E-mail: naa3calotropis@yahoo.co.uk |
| 21. Agnes Imby EHOLY | COTE d’IVOIRE | c/o Directeur Coordonnateur du Programme National
de Promotion de la Médecine Traditionnelle
Tél. +225 20 32 47 68 / 07 92 30 52/ 01 16 29 11
E-mail: imby2003@yahoo.fr |