

Peuvent les Tradipraticiens de santé aider l'adhérence au TARV? Le cas de Nampula, Mozambique, 2014.

Paulo H. N. M. Pires¹, Marega Abdoulaye², José M. Craegh³.

RÉSUMÉ

Introduction: l'épidémie du Virus de l'Immunodéficience Humaine au Mozambique constitue un grave problème de santé publique et le Ministère de la Santé a étendu le Traitement Antirétroviral à tous les Districts du pays; cependant on constate aujourd'hui un nombre élevé d'abandons du traitement encore insuffisamment évalué. L'Organisation Mondiale de la Santé recommande que les Tradipraticiens de Santé collaborent avec les systèmes de santé dans les pays en développement pour combattre cette épidémie, mais ils existent peu d'actions dans ce domaine à ce jour. L'objectif de ce travail c'est l'évaluation de la connaissance des Tradipraticiens sur le l'infection et leur disponibilité à coopérer avec les services de santé dans la Province de Nampula au Mozambique pour réduire le taux d'abandon du Traitement Antirétroviral.

Méthodologie: étude descriptive qualitative dans cinq Centres de Santé des Districts de la Province de Nampula avec des taux élevés d'incidence du Virus de Immunodéficience Humaine et abandon du traitement, utilisant des interviews ciblés, des discussions de groupes focaux et la consultation de documents statistiques.

Résultats: nous avons interviewés 79 Tradipraticiens de Santé. La perte de poids est considérée comme le signal principal de suspicion d'infection par le virus par un tiers du groupe mais un quart ne connaissent pas les signaux de la maladie; la grande majorité pensent que les antirétroviraux améliorent la qualité de vie des patients, ne prétendent pas traiter l'infection, savent qu'elle n'est pas curable, ont une idée sur le concept de bonne adhérence au traitement et réfèrent les cas compliqués au Centre de Santé. En ce qui concerne l'alimentation, la moitié considèrent exclusivement les céréales comme aliment principal et les fruits sont importants pour un quart; l'eau potable est ignorée dans tous les districts. La majorité du groupe est disponible à collaborer avec le Système National de

¹ Médecin Spécialiste en Médecine Familiale et Communautaire, Professeur, Faculté de Sciences de Santé, Université Lúrio, Nampula, Mozambique.

² Médecin, Professeur, Faculté de Sciences de Santé, Université Lúrio, Nampula, Mozambique.

³ Docteur en Sciences Pédagogiques, Professeur, Faculté de Sciences de Santé, Université Lúrio, Nampula, Mozambique.

Santé et a des propositions de coopération pratique: la qualification et reconnaissance individuelle et la formation intégrée avec les professionnels de santé conventionnels.

Discussion: les Tradipraticiens connaissent l'infection et les facteurs associés, mais il y a beaucoup de lacunes. Ils utilisent majoritairement les plantes médicinales pour ses traitements, ce qui peut contribuer au traitement des infections opportunistes. Le groupe est disponible à coopérer avec le Service National de Santé et a formulé plusieurs propositions de coopération parmi lesquelles la formation conjointe avec les professionnels de santé conventionnel; la majorité réfèrent déjà des patients aux Centre de Santé mais la collaboration sur l'adhérence au traitement nécessite une procédure éducative et une articulation relationnelle structurée.

Conclusions: les lacunes de connaissance des Tradipraticiens sur l'infection à Virus de Immudéficience Humaine Acquise empêchent une coopération efficace dans le combat contre l'épidémie. Le groupe est très disponible pour coopérer avec le système de santé pour réduire le taux d'abandon du traitement antirétroviral, mais pour ça il est nécessaire informer et former les Tradipraticiens dans un processus intégré de collaboration avec les professionnels de santé conventionnels.

Mots clés: adhérence, traitement antirétroviral, tradipraticiens de santé, Nampula, Mozambique.

CORRESPONDANCE: Dr. Paulo H. N. M. Pires, Université Lúrio, Faculté de Sciences de Santé, Quartier Marrere, Rue Nr. 4250, Km 2,3, CP 364, Tel. 00 258 26216779, Cel. 00 258 824235287, courrier électronique : druidatom@gmail.com

ABREVIATIONS

AMETRAMO – Association des Médecins Traditionnels du Mozambique.

ARV – Médicaments antirétroviraux.

CS – Centre de Santé.

FSS – Faculté de Sciences de Sante de l'Université Lurio.

OMS – Organisation Mondiale de Santé.

TPS – Tradipraticiens de santé.

SIDA – Syndrome d'Immunodéficience Humaine Acquise.

SNS – Service National de Santé.

TARV – Traitement anti retro viral.

TB – Tuberculose.

VIH – Virus de l'Immunodéficience Humaine.

1. INTRODUCTION

Le sud de l'Afrique est aujourd'hui la région du monde la plus affectée par l'épidémie à Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), avec environ les deux tiers (68%, égal à 22,9 millions) des personnes infectées.

La Déclaration de Politique sur le VIH et le Syndrome de l'Immunodéficience Humaine Acquis (SIDA) de l'Assemblée des Nations Unies de 2011,¹ a formulée des recommandations aux Gouvernements pour s'engager à atteindre l'accès universel à la prévention et au traitement et le renforcement des capacités des communautés pour soutenir la rétention des malades et améliorer l'adhérence au traitement, pour arrêter l'épidémie du VIH.

L'adhérence au traitement antirétroviral (TARV), constitue le facteur clé du degré et de la durée de la suppression virale.² Une étude réalisée en Zambie en 2011 montre que les réseaux sociaux de proximité ont un impacte significatif sur l'adhérence des jeunes malades au TARV.³

Une autre étude en Afrique du Sud, montre que les Tradipraticiens de Santé (TPS) constituent une ressource de santé utile mais sous-utilisée, qui peut soutenir le système biomédical et réduire l'impact du VIH. Les TPS offrent des soins de santé culturellement adaptées pour la prévention de l'infection à VIH et peuvent référer les cas positifs aux Centres de Santé (CS).⁴ C'est dans les communautés rurales que le TPS intervient le plus utilement en conseillant soit les sujets séropositifs, soit les personnes qui ont développé la maladie, donnant des conseils et des directives utiles pour l'utilisation des remèdes disponibles.⁵

En 2010 le Mozambique avait 1,6 millions de porteurs du VIH et environ 500.000 patients en traitement avec le TARV (35%),⁶ comparativement aux 3.500 patients en traitement en 2003, ce qui prouve l'effort du Ministère de la Santé qui a rendu disponible le TARV dans tous les districts du pays. Durant les trois dernières années le nombre d'abandons du traitement documenté à augmenté jusqu'à 20%, présentant un nouveau défi de santé publique, à cause du danger de résistance aux antirétroviraux (ARV).

Dans la province de Nampula, le taux de prévalence du VIH se trouve en dessous des 10% (moyenne national 16%).⁷ Mais l'abandon du TARV peut provoquer la dissémination de virus résistants et augmenter la mortalité. La population mozambicaine a souffert d'un impact très négatif provoqué par cette infection et un des défis est la surcharge du système de

santé, qui souffrait déjà d'une carence généralisée de professionnels. Le niveau de connaissance de la population sur le VIH est élevé mais le changement de comportement est encore insignifiant.

Des le début du programme de lutte contre le SIDA, suivant les recommandations de l'Organisation Mondiale de Santé (OMS), les services nationaux de santé essayent d'établir une relation de coopération avec les TPS, surtout dans les pays a faibles ressources. Cependant jusqu'à présent les actions qui considèrent et incluent réellement les TPS sont presque inexistantes. Actuellement l'accès au Système National de Santé (SNS) et a la médecine conventionnelle moderne sont limités a environ 40% de la population tandis que 100% des mozambicains font appel a la médecine traditionnelle. C'est pour cela qu'ils fréquentent les TPS,⁸ pour résoudre les problèmes de santé. Dans les endroits ou tous les deux systèmes sont disponibles, les personnes ont recours à la médecine traditionnelle et à la médecine moderne.⁹ Les TPS peuvent être des éducateurs efficaces sur le VIH dans les communautés, avec leur capacité de diffuser des messages préventifs, en utilisant des témoignages personnels, des histoires et des proverbes.¹⁰ Beaucoup de personnes affirment qu'elles ne croient pas aux messages sur le VIH, sauf s'ils sont transmis par les TPS. Une bonne compréhension des systèmes qui fonctionnent le mieux dans les déterminants locaux d'un contexte spécifique, pour une population déterminée, est essentiel pour améliorer l'efficacité de la diffusion du TARV.¹¹ Cependant, les pratiques socioculturelles traditionnelles présentent aussi des aspects négatifs, qui doivent être identifiés et transformés en pratiques positives de changement. Le manque d'études sur les alternatives de pratiques traditionnelles positives, l'absence de stratégies dans les approches socioculturelles et d'actions d'intervention sont aussi responsables du haut taux de prévalence du VIH.

Ce travail de recherche vise établir une ligne de base pour permettre la transformation d'aspects culturels négatifs en pratiques positives pour la prévention de la transmission du virus et de l'abandon du TARV, comme prévu dans le Plan d'Accélération de la Prévention, Diagnostique et Traitement du VIH SIDA.¹² Face aux défis rencontrés, notre question de recherche est: la connaissance des TPS sur l'infection a VIH et son traitement pourra contribuer pour réduire l'abandon du TARV?

Ainsi cette étude a comme objectif l'évaluation d'une possible collaboration des TPS avec le SNS sur l'adhérence au TARV. Les objectifs spécifiques sont: décrire les connaissances des

TPS sur l'infection à VIH et les facteurs associés et évaluer leur disponibilité à coopérer avec le SNS et à promouvoir l'adhérence thérapeutique au TARV.

2. METHODOLOGIE

Étude descriptive qualitative utilisant la consultation des documents statistiques, les interviews structurées et les discussions en groupes focaux. Le dialogue avec les acteurs locaux a respecté les principes de la communication interculturelle.

Population de l'étude: TPS et accoucheuses traditionnelles des aires des CS avec service TARV dans les districts de la province de Nampula pendant la période de l'étude.

Groupe d'étude: ont été invitées (20) participantes, respectant parité de genre, par le responsable de l'association professionnelle du district et par le responsable de liaison avec les TPS de chaque un des CS des cinq capitales des districts (Lalaua, Mossuril, Murrupula, Nacaroa, Nampula).

Critères d'inclusion: CS des districts avec incidence du VIH et taux d'abandon du TARV supérieurs à la moyenne provinciale, classifiés dans les catégories géographiques cité, rural, corridor, littoral (voir annexe, tableau II); volontariat des participantes et signature des termes du consentement éclairé.

Critères d'exclusion: TPS en état d'intoxication alcoolique ou qui manifestaient le désir de ne pas participer ou de se désister de l'étude.

Variables géographiques: district, association professionnel.

L'analyse du discours et l'ethnographie constituent l'orientation méthodologique de l'étude.

Thèmes principaux et codes de données: 1) pratique traditionnelle (procédure de formation, temps de pratique, maladies qui traite, traitement utilisé); 2) connaissance sur le VIH (formation en VIH, concept de infection à VIH, traitement du VIH, importance du TARV, concept d'adhérence thérapeutique); 3) connaissance des facteurs associés (concept de tuberculose (TB), traitement de la TB, nourriture); 4) coopération avec le SNS (formation, référence, accès). Les interviews étaient testées avec un groupe de dix TPS appartenant à un autre district.

Nous avons fait l'analyse des données de l'abandon du TARV à travers les registres de la Direction Provinciale de la Santé de Nampula et nous avons aussi interviewé les responsables du programme TARV.

Le protocole de l'étude a été approuvé par le Comité Institutionnel de Bioéthique pour la Santé de l'Université Lúrio et respecte la Déclaration d'Helsinki (révision 2013).

Déroulement: les activités ont eu lieu pendant trois mois (de Septembre à Novembre 2014): 1) définition et identification des districts; 2) collecte et analyse des données d'abandon du TARV ; 3) interviews et discussion de groupes focaux avec les TPS; 4) saisie des données dans une base informatisée SPSS21; 5) traitement des données, analyse narrative et interprétation des résultats.

Les chercheurs ont conduit les interviews face a face pendant environ 20 minutes et les groupes de discussion focaux pendant 90 minutes ; ils étaient professeurs a la Faculté de Sciences de Santé (FSS), avaient de l'expérience avec cette méthodologie et n'étaient pas connus des participants. La collecte de données était précédée d'une présentation au groupe de TPS des objectifs de l'étude en langue locale dans une salle du CS ou autre disponible et explication des termes de consentement éclairé. Les interviews étaient conduites en privé dans la langue préférée du participant (Portugais ou Macua) et les réponses écrites sur un formulaire en papier. On n'a pas répétée des interviews. On a terminé avec une discussion de groupe focal, avec traduction simultanée Portugais – Macua, pour identifier la disponibilité et les conditions de coopération avec le SNS.

Nous avons considéré comme facteur de risque la fiabilité des réponses aux interviews et les résultats ont été confirmés par les participants après lecture des réponses en langue maternelle pour éviter des biais de conclusion.

La FSS de l'Université Lúrio a obtenu financement du Fond de Développement Institutionnel du Ministère de l'Education pour la réalisation de cette étude et un partenariat avec l'Association des Médecins Traditionnels du Mozambique (AMETRAMO) pour la sélection des TPS.

3. RESULTATS

Nous avons interviewé 79 TPS dans cinq districts (voir Tableau I) et tous les invités présents ont participé.

Tableau I: Interviews aux TPS

District	N° TPS répondants
Lalaua	14
Mossuril	20
Murrapula	15
Nacaroa	11
Nampula	19
Total	79

La grande majorité des TPS (95%) sont inscrits dans AMETRAMO. En ce qui concerne la procédure de formation, la majorité (59%) déclare (i) suite à un rêve (100% a Lalaua); (ii) par formation pratique auprès d'un autre TPS, 24%; (iii) d'autres 15% réfèrent un épisode de maladie comme moment de révélation de la vocation et capacitation; (iv) certains ont été détectés par un autre TPS a la naissance (10%). Ces TPS ont majoritairement (65%) plus de 10 ans d'expérience de pratique professionnelle; le groupe avec 5 à 10 ans de pratique est prévalent a Mossuril et Nacaroa; le groupe moins expérimenté se localise à Mossuril et Murrupula. Les TPS traitent un vaste éventail de maladies; une grande partie de celles ci ne cadrent pas avec les modalités diagnostiques de la médecine conventionnelle et les quelques désignations "conventionnelles" utilisées ne correspondent pas à la pathologie référée. Quant au type de pratiques thérapeutiques, 76% des TPS utilisent des plantes médicinales et 55% utilisent aussi les "esprits" des pro-géniteurs; 56% avaient une formation spécifique sur le VIH. En ce qui concerne la connaissance sur l'infection à VIH, la perte de poids, associée ou non à d'autres signes, est considérée le principal indice de l'infection (33%) suivie des "boutons" (24%); 25% des TPS ne connaissent pas les signes de la maladie, notamment à Nacaroa (50%) et à Lalaua (20%). La grande majorité (97%) pense que les ARV améliorent la qualité de vie des patients, ne traitent pas le VIH (96%), savent que cette infection n'a pas de cure actuellement (88%), ont une idée approximative des caractéristiques de une bonne adhérence au TARV (85%); 15%, presque tous résidents a Nacaroa, ne connaissent pas ce concept. En ce qui concerne la connaissance sur la TB 61% pointent la toux comme symptôme pathognomique mais 19% ne connaissent pas la maladie, surtout à Nacaroa. Une partie importante dit traiter la TB (51%), surtout à Nampula (33%), à Lalaua (25%) et à Murrupula (23%). Beaucoup d'entre eux (85%) réfèrent les cas compliqués aux CS. Par rapport à l'alimentation, 48% considèrent exclusivement les céréales comme aliment principal; les fruits sont considérés comme un aliment important pour 23%; à Lalaua et à Nacaroa, les protéines et les graisses ne sont même pas mentionnées. L'eau potable est ignorée dans tous les districts.

Quant a la coopération avec le SNS, la grande majorité suggère l'identification et caractérisation individuelle des TPC ("j'aimerais que les professionnels du CS savaient ce que je traite et combien de personnes j'aide tous les jours " dit un participant de Nacaroa, "serai bon d'avoir une carte d'identification pour être reconnu quand tu vas au CS" a dit

une participante de Lalaua), la formation conjointe avec les professionnels de santé (“si on peut avoir la formation sur les maladies chroniques avec les professionnels du CS, on va se reconnaître et il y aura un respect mutuel” a dit un TPS de Mossuril); ils demandent la reconnaissance quant ils ont accès aux services de santé et des gants et masques pour quelques malades; ils soulignent aussi l’importance de diffuser de l’information sur le thème VIH / TB (“vous devriez demander aux prêtres de nos églises d’informer bien sur ces maladies” a dit un participant de Nampula).

1. DISCUSSION

Les TPS ont des connaissances sur l’infection à VIH et sur les facteurs associés mais ils ont des lacunes (alimentation par exemple).

Les interviews n’ont pas réussi à différencier ceux qui disent “traiter” le VIH ou la TB de ceux qui pensent les “soigner”, ce qui représente une ambivalence dans les réponses.

Le groupe des TPS utilise majoritairement les plantes médicinales pour ses traitements, un résultat similaire à celui trouvé dans une étude réalisée au Ghana,¹³ ce qui peut contribuer au traitement des infections opportunistes et augmenter l’immunité de ces patients.¹⁴

Les TPS expriment une totale disponibilité à coopérer avec le SNS présentant plusieurs propositions (voir annexe tableau II).

Une étude réalisée dans la province de Zambézie au Mozambique,¹⁵ a montré que les TPS ont un âge moyen plus élevé que la population en général et un niveau de scolarité inférieur. Ils pratiquent fréquemment la scarification rituelle, c’est-à-dire ils utilisent des lames pour couper la peau des patients et introduire des mélanges de plantes dans la blessure avec du sang. Dans cette étude, contrairement à la notre, la majorité des TPS ne réfèrent pas les patients au CS, principalement à cause de deux raisons: (1) ils ne connaissent pas les signes et symptômes du patient infecté par le VIH; (2) ils croient pouvoir traiter eux mêmes cette maladie. Majoritairement, ils croient que la cause de la maladie est spirituelle et non infectieuse. Des formations précédentes sur le VIH ne semblent pas être associées à une meilleure connaissance sur la maladie ou à des références plus effectives.

Dans notre étude la majorité des TPS affirme être intéressés à la collaboration avec les professionnels du SNS, de même que ceux d’une étude au Mali.¹⁶

La formation des TPS avec une procédure intégrée a déjà été recommandé par d’autres auteurs :^{17,18} 1) les TPS collaborent avec les services de santé modernes; 2) des structures

locales sont créés pour faciliter l'accès aux services de santé; 3) les TPS participent à des études et des recherches avec les professionnels de santé ;¹⁹ 4) le succès de cette démarche dépend d'une bonne identification des TPS avec connaissance et disponibilité, ainsi que de l'établissement d'une relation solide avec eux, en manifestant de l'intérêt, respect professionnel, et de la confiance ; il faudra aussi assurer la garantie d'un prix juste pour leur temps et leur plantes, ainsi que les droits de propriété intellectuelle personnels et collectifs.²⁰

5. CONCLUSION

Même si les TPS ont une certaine connaissance sur l'infection à VIH et les facteurs associés, nous avons vérifié beaucoup de lacunes. Les TPS sont très disponibles à collaborer avec le SNS, par exemple, pour réduire le taux d'abandon du TARV, établir un système de référence avec le SNS et en conséquence diminuer la mortalité et la morbidité des porteurs de VIH et l'incidence dans la population en général de l'infection à VIH. Pour cela, il est nécessaire de qualifier et former les TPS avec une procédure intégrée avec les professionnels de santé et reconnaître et compenser leur rôle de collaborateurs avec les services de santé modernes.

ANNEXES

Tableau II: Indicateurs du Programme VIH dans les districts d'étude.

<i>Indicateurs</i>		<i>Février 2014</i>						
N	District	N° Personnes HIV+	N° Total au TARV	% HIV+ au TARV	Incidence HIV (% Grossesses)	Incidence HIV (% Population)	N° Abandons TARV	Taux Aband. (% TARV) ⁽¹⁾
1	Lalaua (rural)	1.355	422	31	2,1	1,6	80	19
2	Mossuril (littoral)	894	581	65	5,1	0,7	77	13,3
3	Murrupula (corridor)	2.031	1.125	55	3	1,2	0	0 ⁽²⁾
4	Nacarao (corridor)	1.358	959	71	3	1,1	197	20,5
5	Nampula (Ville)	18.354	16.331	89	9,8	3,0	507	3,1 ⁽²⁾

⁽¹⁾ Le taux d'abandon du TARV est largement sous estimé dans les statistiques mensuelles des CS et de la province.

⁽²⁾ Aux CS de Murrupula et Nampula Cidade (CS 25 Septembre) l'abandon du TARV n'est pratiquement pas rapporté.

Tableau III: propositions des TPS pour la coopération avec le SNS.

- 1) Identifier et caractériser les capacités des TPS.
- 2) Formation avec les professionnels de santé, permettant la reconnaissance mutuelle et la création d'une relation de partenariat et coopération.
- 3) Accès facilité aux services de santé (carte d'identification).
- 4) Fournir Equipement de Protection Individuel (gants, masques) pour quelques cas de

maladie.

5) Quand ils détectent le patient HIV ou TB ils réfèrent aux CS et conseillent le patient a ne pas abandonner le traitement.

6) Ils doivent aussi recevoir des patients envoyés par les Professionnels de Santé.

7) Les Professionnels de Santé ne doivent pas accuser les patients quand ils recourent d'abord aux TPS.

8) Les TPS que supportent les patients dans le CS doivent être reconnus par les professionnels de santé.

9) Ils conseillent la divulgation du contenu des formations, qu'ils considèrent très important, pour transmettre l'information dans des écoles, églises, mosquées, associations et communautés.

BIBLIOGRAPHIE

1 Proposta de Resolução apresentada pelo Presidente da Assembleia Geral , Declaração Política em HIV e SIDA: Intensificação dos nossos Esforços para Eliminar o HIV e SIDA, Assembleia Geral das Nações Unidas, A/65/L.77, 8 de Junho de 2011.

2 Edwin de Jesus, Edward King, Steven McGuire e col., Clinical significance of simplicity and adherence in antiretroviral therapy, Postgraduate Institute of Medicine, Clinical Care Options HIV, 2007.

3 Needs, Challenges & Opportunities: Adolescents and Young People Living with HIV in Zâmbia, Univadis, Portugal, 04/02/2012, <http://www.comminit.com/hivaids-youngpeople/content/needs-challenges-opportunities-adolescents-and-young-people-living-hiv-zambia>

4 Gavin Gerge, Ethel Chitindingo, Jeff Gow, Evaluating traditional healers knowledge and practices related to HIV testing and treatment in South Arica, BMC International Health and Human Rights, 2013, 13:45, <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/13/45> .

5 WHO, Rapport de la Consultation sur le SIDA et la Médecine Traditionnelle, Contribution possible des Tradipraticiens, Programme de Médecine Traditionnelle et Programme Mondial de Lutte contre le SIDA, Organisation Mondiale de la Santé, Francistown, Botswana, 23-27 Juillet 1990.

6 The Henry Kaiser Family Foundation, Global data on HIV/AIDS, July, 12 2015, kff.org/global-indicator.

7 Grupo Técnico Multisectorial de Apoio á Luta contra o HIV / SIDA em Moçambique, Ronda de Vigilância Epidemiológica do HIV de 2007, Republica de Moçambique, Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Assistência Medica, Maputo, 2008.

8 Cristiano Matsinhe, Tabula Rasa, Dinâmica da Resposta Moçambicana ao HIV / SIDA, Texto Editores, Maputo, 2006.

9 Lubinga SJ1, Kintu A, Atuhaire J, Asimwe S., Concomitant herbal medicine and Antiretroviral Therapy (ART) use among HIV patients in Western Uganda: a cross-sectional analysis of magnitude and patterns of use, associated factors and impact on ART adherence, AIDS Care. 2012;24(11):1375-83. doi: 10.1080/09540121.2011.648600. Epub 2012 Jan 31.

10 Sandelowski M, Vols CI, Chang Y e col., A systematic review comparing antiretroviral adherence descriptive and intervention studies conducted in the USA, AIDS Care. 2009 Aug; 21(8):953-66. doi: 10.1080/09540120802626212.

11 Sankar A, Golin C, Simoni JM, e col., How qualitative methods contribute to understanding combination antiretroviral therapy adherence, J Acquir Immune Defic Syndr. 2006 Dec 1;43 Suppl 1:S54-68.

12 Mohamed R. Mobaracaly, Munira A. B. Abdula, Joselina Cavalete, e col., Plano de Aceleração da Prevenção, Diagnostico e Tratamento de HIV SIDA, Direcção Provincial de Saúde, Governo da Província de Nampula, Nampula, 2013.

13 Kate R. Hampshire & Samuel Asiedu Owusu (2013) Grandfathers, Google, and Dreams: Medical Pluralism, Globalization, and New Healing Encounters in Ghana, Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness, 32:3, 247-265, DOI: 10.1080/01459740.2012.692740

14 Nikiema J.B., Simpore J., Sia D., Djerro K., Guissou I.P., Kasilo O.M.J., L'introduction des plantes médicinales dans le traitement de l'infection à VIH : une approche réussite au Burkina Faso, OMS-Afro, The African Health Monitor, Special Issue 14, 2010, pages 47-51.

15 Carolyn M. Audet, Mohsin Sidat, Paulo Pires, e col., HIV/AIDS-related attitudes and practices among traditional healers in Zambézia Province, Mozambique, Journal of Alternative and Complementary Medicine, 2011,

<http://mc.manuscriptcentral.com/jaltcompmed>.

16 Drissa Diallo, Chiaka Diakit , Sergio Giani et col., La prise en charge du paludisme par les therapeutes traditionnels dans les aires de sante de Kendie (Bandiagara) et de Finkolo (Sikasso) au Mali, Mali Medical 2007, Tome XXII N 4.

17 Diakite C, Mounkoro P., Giani S et col., Etude de la traumatologie traditionnelle en pays Dogon (Mali), Mali Médical 2004 T XIX N  3&4.

18 Olayiwola Akerele, Médecine Traditionnelle et SIDA : tendances et perspectives in Rapport de consultation sur le SIDA et la médecine traditionnelle : contribution possible des tradipraticiens, OMS, Francistown, Botswana, 199, p. 60.

19 Sergio Giani, Rokia Sanogo, Médecines traditionnelles et développement local: méthodologies et approches, Concepts Critiques, Universitas Forum, vol. 2, no. 2, July 2011.

20 Alquasim A. Mustapha, Ethno-botanical field survey of medicinal plants used by traditional medicine practitioners to manage HIV/SIDA opportunistic infections and their prophylaxis in Keffi Metropolis, Nigeria, Asian Journal of Plant Science and Research, 2014, 4 (1): pages 7-14.