



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Année 2007

Thèse N° 4

TRAITEMENT TRADITIONNEL EN TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE : ASPECT MEDICAL

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10/01/2007

PAR

Mlle Loubna BASSI

Née le 03 Février 1981 à Taroudant

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Jbira - Jebbar - Aspect médical - Complications - Exercice illégal de la
médecine- Histoire de la médecine à Marrakech.

JURY

Mr	M. BOUSKRAOUI	PRESIDENT
	Professeur de Pédiatrie	
Mr	B. ESSADKI	RAPPORTEUR
	Professeur de Traumatologie Orthopédie	
Mme	S. EL HASSANI	} JUGES
	Maître de conférence agrégée de Rhumatologie	
Mr	M. LATIFI	
	Maître de conférence agrégé de Traumatologie Orthopédie	
Mr	N. KISSANI	
	Maître de conférence agrégé de Neurologie	

Abréviations

TO	: Traumatologie orthopédie.
MT	: Médecine traditionnelle.
Fig.	: Figure
AVP	: Accident de la voie publique.
AT	: Accident de travail.
CE	: Classe élémentaire.
DH	: Dirham.
n°	: Numéro.
AS	: Année secondaire.
AP	: Année primaire.
Fr	: Fracture.
AEG	: Altération de l'état général.
j	: Jour.
OMS	: Organisation mondiale de la santé.

PLAN

	Page
INTRODUCTION.....	1
MATERIEL ET METHODES.....	3
I. Matériel	4
II. Méthodes	4
RESULTATS DE L'ENQUETE	8
I. Les malades	9
1- Répartition en fonction de l'âge	9
2- Répartition en fonction du sexe	10
3- Répartition en fonction de l'origine	11
4- Répartition en fonction de la profession	12
5- Répartition en fonction du niveau de scolarisation	14
6- Répartition en fonction de la couverture sociale	15
7- Répartition en fonction des circonstances étiologiques	16
8- Répartition en fonction du type des lésions	17
9- Répartition en fonction du siège des lésions traumatiques	18
10 - Diagnostic lésionnel	23
11- Répartition en fonction des raisons de consultation chez les « jebbars »	24
12 - Type du traitement traditionnel	26
13 - Répartition en fonction de la position d'immobilisation	28
14- Répartition en fonction de la durée d'immobilisation	29
II. Les «Jebbars»	30
1- L'accès chez les « Jebbars »	30
2- Les conditions d'accueil des malades	30
3- Le nombre	30
4- L'âge	31
5- Le sexe	31
6- Le niveau de scolarisation	31
7- Le lieu d'exercice	31
8- La prétention des « Jebbars »	32
9- La pratique d'autres métiers	32
10- L'origine des connaissances	32
11- Le nombre d'années d'expérience	34
12- Le nombre de malade vu par jour	34
13- Les honoraires	34
14- La demande de radiographie	35
15- Moyens et techniques thérapeutiques utilisées par les « Jebbars »	35

16- Surveillance des malades	39
17- La satisfaction personnelle des « Jebbars »	39
18- Limites d'adresser les malades à l'hôpital	39
19- L'utilité de la médecine moderne selon les « Jebbars »	40
III. Déroulement de l'examen	41
IV. Diagnostic.....	41
V. Erreurs diagnostiques	42
DISCUSSION	50
I. Les malades	51
1- Répartition en fonction de l'âge	51
2- Répartition en fonction du sexe	51
3- Répartition en fonction de la profession	51
4- Répartition en fonction des circonstances étiologiques	51
5- Répartition en fonction du type des lésions	51
6- Répartition en fonction du siège des lésions traumatiques	52
7- Répartition en fonction des raisons de consultation chez les « Jebbars »	53
8- Type du traitement traditionnel.....	53
9- Position d'immobilisation	54
10- Durée d'immobilisation	54
II. Les « Jebbars »	55
1- Attente des malades	55
2- L'âge et sexe	55
3- Niveau de scolarisation	55
4- Les honoraires	55
5- Origine des connaissances	56
6- Le nombre d'années d'expérience	57
7- Nombre de consultants par jour	57
8- Déroulement de l'examen	57
9- Demande de radiographie	57
10- Erreurs diagnostiques	58
11- La surveillance des malades	58

12- La satisfaction personnelle du traitement	58
13- Limites d'adresser le malade à l'hôpital	58
14- La médecine moderne vu par le « Jebbar »	59
III. Intégration de la médecine traditionnelle dans le système de soins national	60
IV. « Jebbar » et exercice illégal de la médecine	62
CONCLUSION : DEDUCTIONS ET RECOMMANDATIONS	63
RESUMES	67
REFERENCES	71

INTRODUCTION

L'OMS définit la médecine traditionnelle comme comprenant diverses pratiques, approches, connaissances et croyances sanitaires intégrant des médicaments à base de plantes, d'animaux et/ou de minéraux, des traitements spirituels, des techniques manuelles et exercices, appliqués seuls ou en association afin de maintenir le bien-être, traiter, diagnostiquer ou prévenir la maladie. (1)

La médecine traditionnelle en traumatologie orthopédie garde une place importante à côté de la médecine moderne dans notre pays, elle est étroitement liée à l'univers socioculturel et profondément enraciné dans les habitudes de la société.

La médecine traditionnelle en traumatologie orthopédie dans son aspect médical, se rapproche globalement de la médecine moderne. Elle pose des diagnostics, livre des soins et des traitements et donne des conseils, mais ce qui est grave et qui met en jeu le pronostic fonctionnel et vital des patients c'est que cette médecine est pratiquée sans médecins.

Dans notre pays le guérisseur traditionnel en traumatologie orthopédie est appelé « JEBBAR ».

Cette médecine traditionnelle est responsable de multiples complications parfois très graves, qui nous ont poussé à élaborer cette enquête portant sur cette pratique dans la ville de Marrakech. Au cours de cette enquête on s'est intéressé à étudier le profil des malades consultants chez ces « Jebbars », les différentes lésions traitées par le « Jebbar », ses méthodes de diagnostic, de traitement et de surveillance et les erreurs diagnostiques et thérapeutiques qui en découlent.

Quoique l'OMS ait mis en œuvre une stratégie depuis 2002 pour intégrer la médecine traditionnelle dans les systèmes de soins nationaux, cette pratique reste toujours illégale dans notre pays, mais il est temps pour adopter une position claire à l'égard de la médecine traditionnelle : éradiquer ou rationaliser cette pratique en prenant en considération la situation sanitaire du Maroc.

MATERIEL ET METHODES

I. MATÉRIEL :

Nous avons inclus dans cette étude :

-150 malades consultants chez les « Jebbars », pris au hasard.

-Tous les « Jebbars » de la zone urbaine de Marrakech.

II. METHODES :

Notre travail est une enquête qui a été assurée par deux thésards de médecine dans le cadre de deux thèses, l'une qui a étudié l'aspect médical, l'autre l'aspect socio-économique. Nous avons contacté tous les « Jebbars » sur leur lieu de travail. Nous avons contacté les patients sur le même site.

Nous avons assisté avec les « Jebbars » durant leurs pratiques. Nous nous sommes intéressées à leurs façons de reconnaître et de corriger les différentes lésions de l'appareil locomoteur, à leur matériel de travail ainsi qu'aux méthodes thérapeutiques qu'ils utilisent.

L'évaluation des malades et des « Jebbars » a été faite par l'intermédiaire de fiches préétablies (Fiche n°1 et 2).

Fiche n° 1

L'évaluation des « Jebbars »

Nom : Prénom :

Age :

Niveau de scolarisation :

Lieu d'exercice :

Origine des connaissances :

Nombre d'années d'expérience :

Nombre de malades/jour :

Honoraires :

Demande de radiographie :

Oui. Non.

Matériels et méthodes utilisées :

Massage et manipulations.

Bandage.

Attelle en carton.

Jbira.

Limites pour adresser le malade à l'hôpital :

Satisfaction personnelle du traitement :

Toujours.

Souvent.

Parfois.

Jamais.

Que pensez vous de la médecine moderne ?

Très utile.

Souvent utile.

Parfois utile.

Inutile.

Observations :

Fiche n°2

L'évaluation des patients

Nom :

Prénom :

Age:

Origine :

Rurale.Urbaine.

Profession:

Travailleur manuel.Femme au foyer.Etudiant ou élève.Fonctionnaire.Cadres.Sans.Autres.

Niveau culturel :

Analphabète.Primaire.Secondaire.Universitaire.

Mutualiste :

Oui Non

Circonstances étiologiques :

AVP.Accident de sport.Accident de travail.Agression.Imprudence.Autres.

Type des lésions :

Siège de la lésion :

Côté : DroitGaucheMembre supérieurMembre inférieurEpaule.Hanche.Bras.Cuisse.Coude.Genou.Avant bras.Jambe.

- Poignet.
- Main.
- Bassin.
- Rachis.
- Thorax.
- Cheville.
- Pied.

Raisons de consultation chez le jebbar :

- Accès difficile à l'hôpital.
- Faible coût de la médecine traditionnelle.
- Croyance en médecine traditionnelle.
- Insatisfaction du traitement médical.

Type du traitement traditionnel :

Massage : Oui Non

- Eau chaude.
- Huile d'olive.
- Autres.

Contention : Oui Non

- « Jbira » en roseau
- Attelle en carton.
- Tissu cousu.
- Autres.

Position d'immobilisation :

Fonctionnelle. Non fonctionnelle.

Durée d'immobilisation :

≤1 semaine. 1-2 semaines. ≥2 semaines.

Observations :

RESULTATS DE L'ENQUETE

I. Les malades

1-Répartition en fonction de l'âge :

L'âge des patients variait entre 1 mois et 84 ans, avec une moyenne de 33.1 ans.

Les deux tiers des patients avaient moins de 40 ans (Tableau I, Fig.1).

Tableau I : Répartition des malades en fonction de l'âge.

Tranche d'âge	Nombre de cas	%
0 - 20	43	28.7%
20 - 40	55	36.7%
40 - 60	45	30%
>60	7	4.6%
Total	150	100%

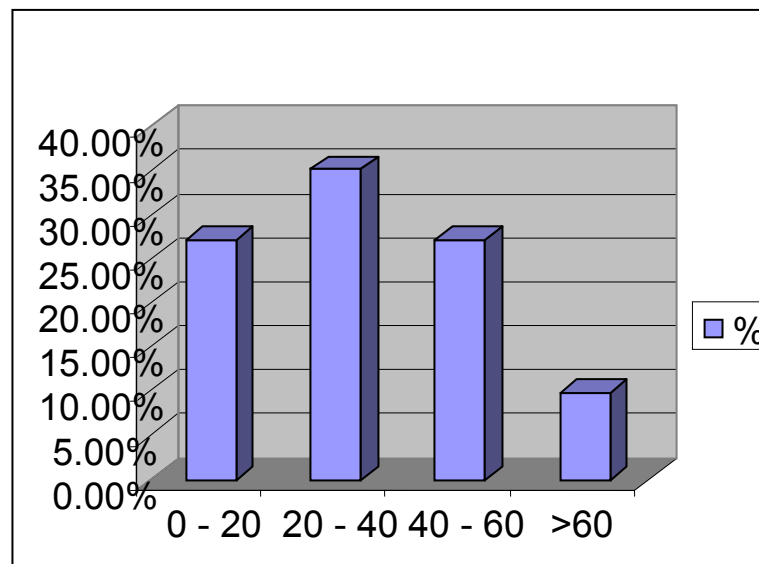


Fig.1 : Répartition des malades en fonction de l'âge.

2-Répartition en fonction du sexe :

Les patients se répartissaient en 91 hommes (61%) et 59 femmes (39%), avec un sexe ratio de 1.54 (Fig. 2).

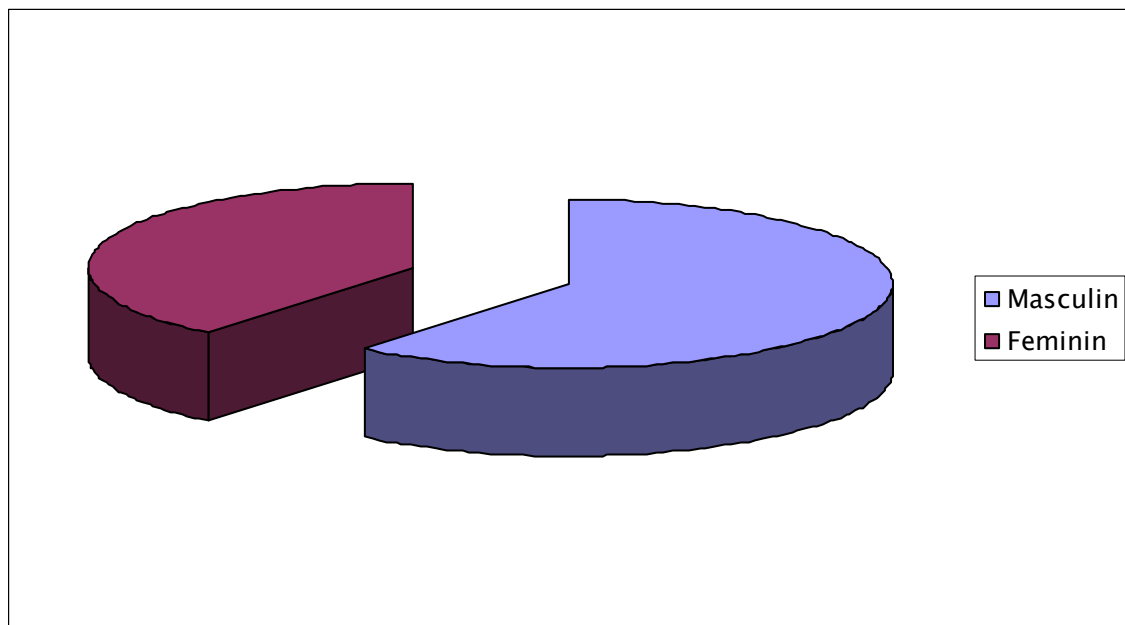


Fig.2 : Répartition en fonction du sexe.

3-Répartition en fonction de l'origine :

119 malades (79.3%) étaient d'origine urbaine (Fig.3).

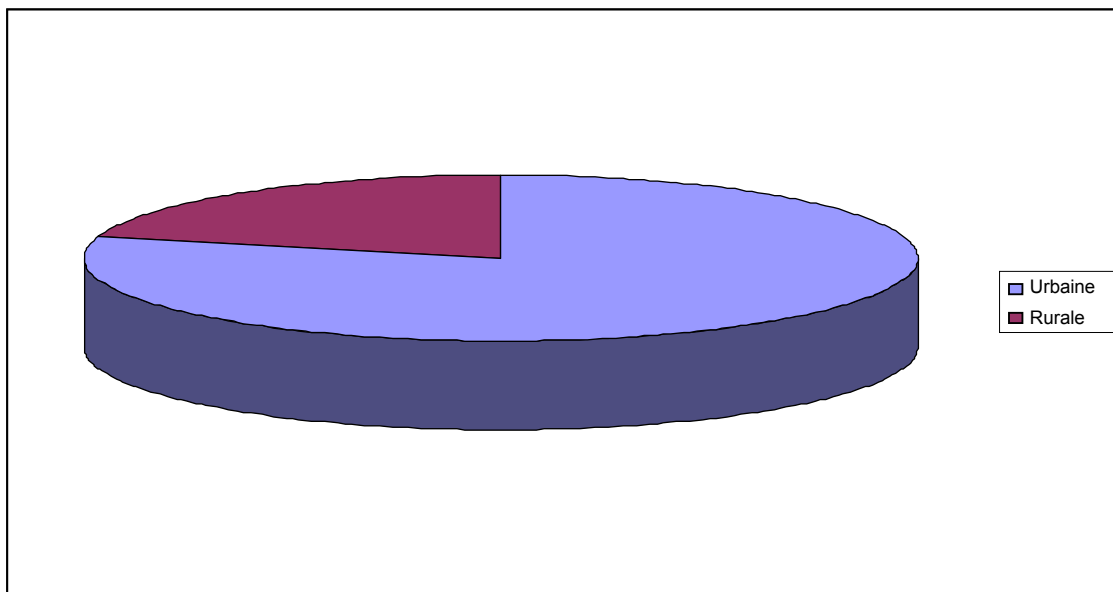


Fig.3 : Répartition en fonction de l'origine.

4- Répartition en fonction de la profession :

82% des patients ne travaillaient pas ou avaient un travail manuel (Tableau II, Fig.4).

Tableau II : Répartition en fonction de la profession

Profession	Nombre de cas	%
Travailleurs manuels	50	33.30%
Sans profession	36	24%
Etudiants ou élèves	Elèves 28	18.6%
	Etudiants 3	2%
Fonctionnaires	10	6.70%
Femmes au foyer	6	4%
Cadres	1	0.70%
Autres	16	10.70%
Total	150	100%

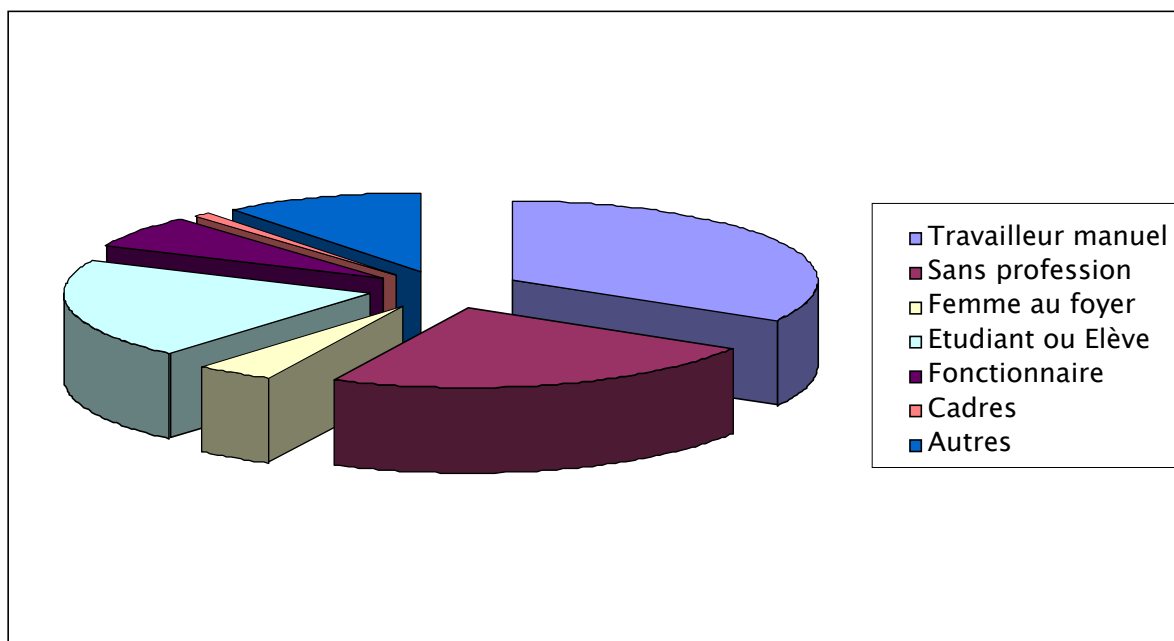


Fig.4 : Répartition en fonction de la profession.

5-Répartition en fonction du niveau de scolarisation :

80.7% des patients étaient analphabètes ou avaient un niveau primaire (Tableau III, Fig. 5).

Tableau III : Répartition en fonction du niveau de scolarisation.

Niveau culturel	Nombre de cas	%
Analphabète	63	42%
Primaire	58	38.7%
Secondaire	20	13.3%
Universitaire	9	6%
Total	150	100%

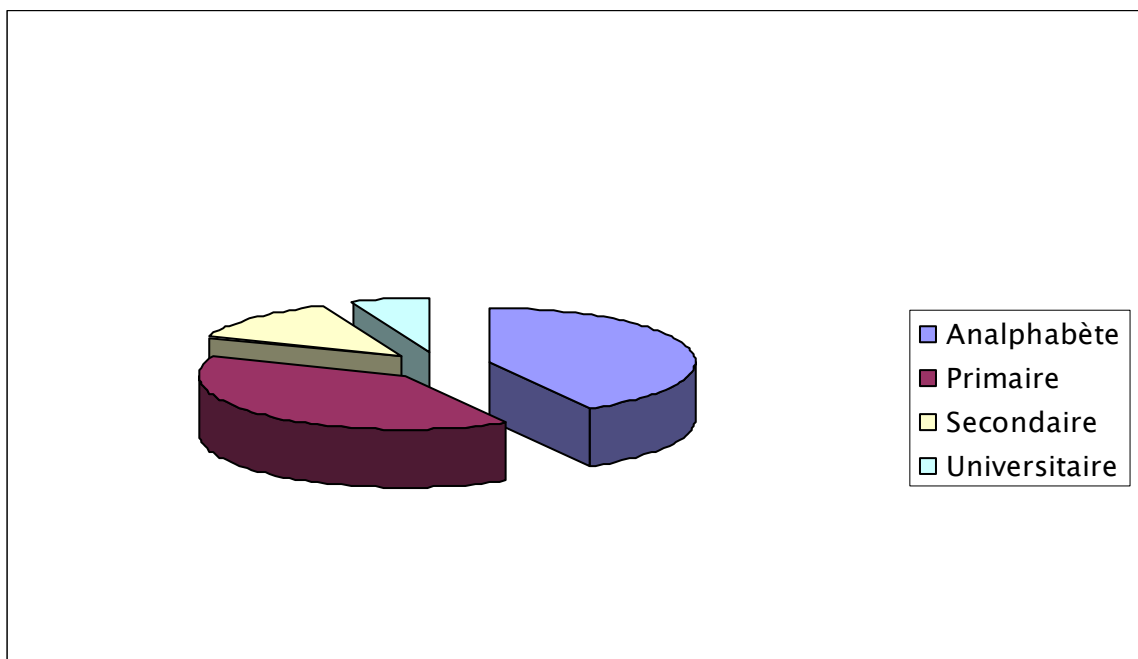


Fig.5 : Répartition en fonction du niveau de scolarisation.

6-Répartition en fonction de la couverture sociale :

28 patients étaient mutualistes ou assurés (18.7%), et 122 patients n'avaient aucune couverture sociale (81.3%) (Fig.6).

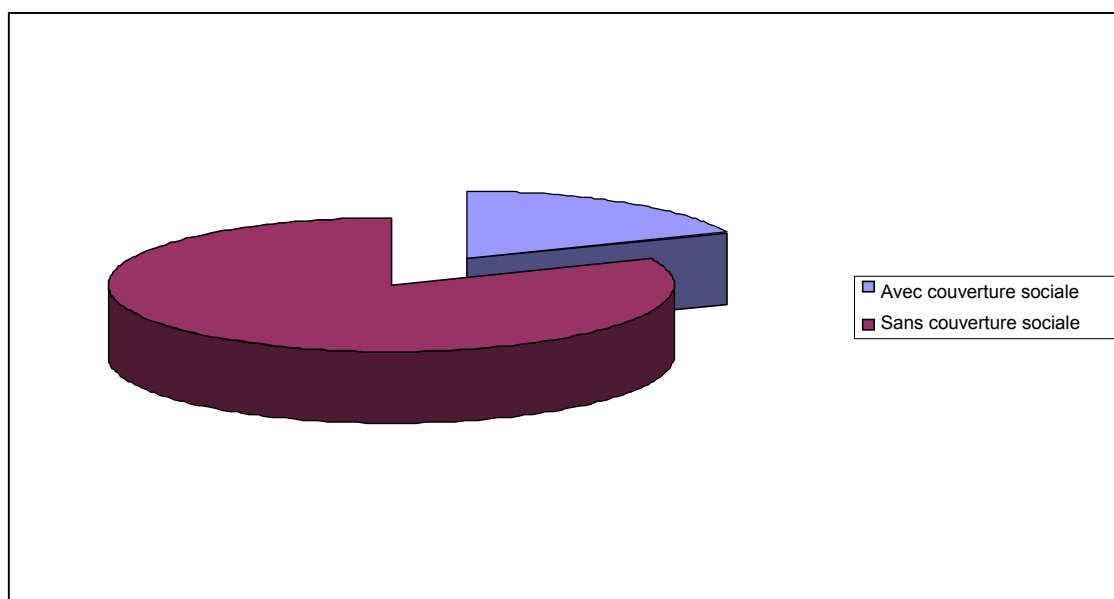


Fig.6 : Répartition en fonction de la couverture sociale.

7-Répartition en fonction des circonstances étiologiques :

Les circonstances étiologiques étaient dominées par les imprudences.

Environ le tiers des étiologies était représenté par les AVP, les accidents de travail et les agressions (Tableau IV). Parmi ceux-ci, 12,5% avaient une couverture sociale.

Tableau IV : Répartition en fonction des circonstances étiologiques.

Circonstances étiologiques	Nombre de cas	%
Imprudence	53	35.3%
AVP	28	18.7%
Accident de sport	27	18%
Accident de travail	18	12%
Agression	2	1.3%
Autres	22	14.7%
Total	150	100%

8-Répartition en fonction du type des lésions:

133 patients (89%) avaient une lésion traumatique (Fig.7).

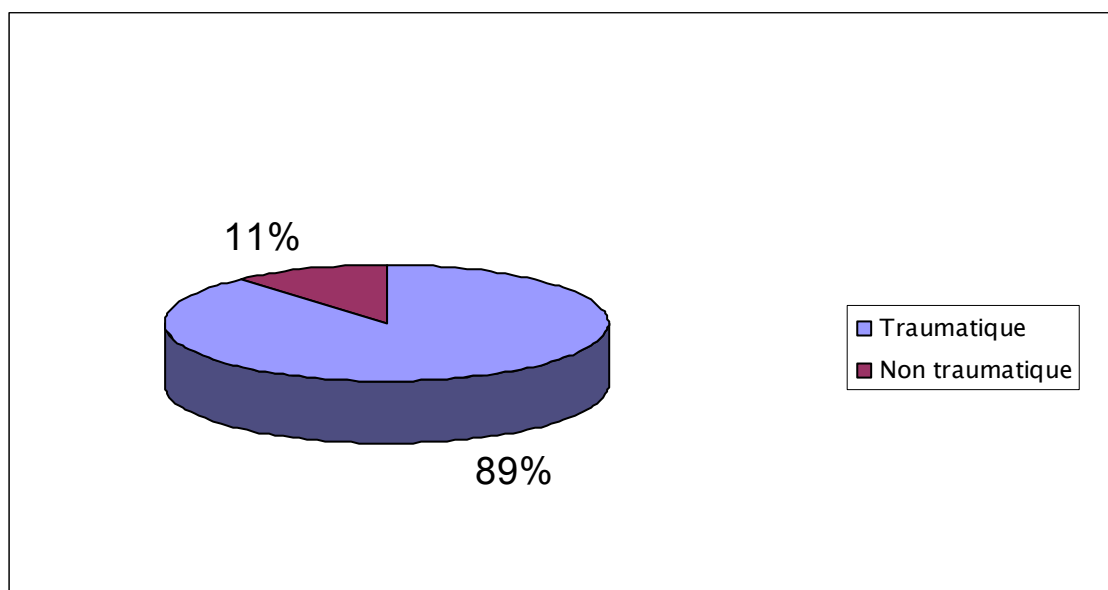


Fig.7 : Type des lésions.

9-Répartition en fonction du siège des lésions traumatiques:

Parmi les lésions traumatiques, 131 patients (98.5 %) avaient une lésion au niveau des membres (Tableau V et VI, Fig.8). Ceci représente 87 % de l'ensemble des consultants chez les « Jebbars » (Fig.9).

Tableau V : Siège des lésions traumatiques.

	Nombre de cas	%
Membre supérieur	67	50.4%
Membre inférieur	64	48.1%
Rachis	1	0.75%
Thorax	1	0.75%
Total	133	100%

Tableau VI : Siège des lésions traumatiques au niveau des membres.

	Gauche	Droit	Total
Epaule	8	5	13
Bras	0	0	0
Coude	5	7	12
Avant bras	3	4	7
Poignet	5	11	16
Main	7	12	19
Hanche	0	2	2
Cuisse	0	2	2
Genou	7	7	14
Jambe	0	3	3
Cheville	11	22	33
Pied	5	5	10

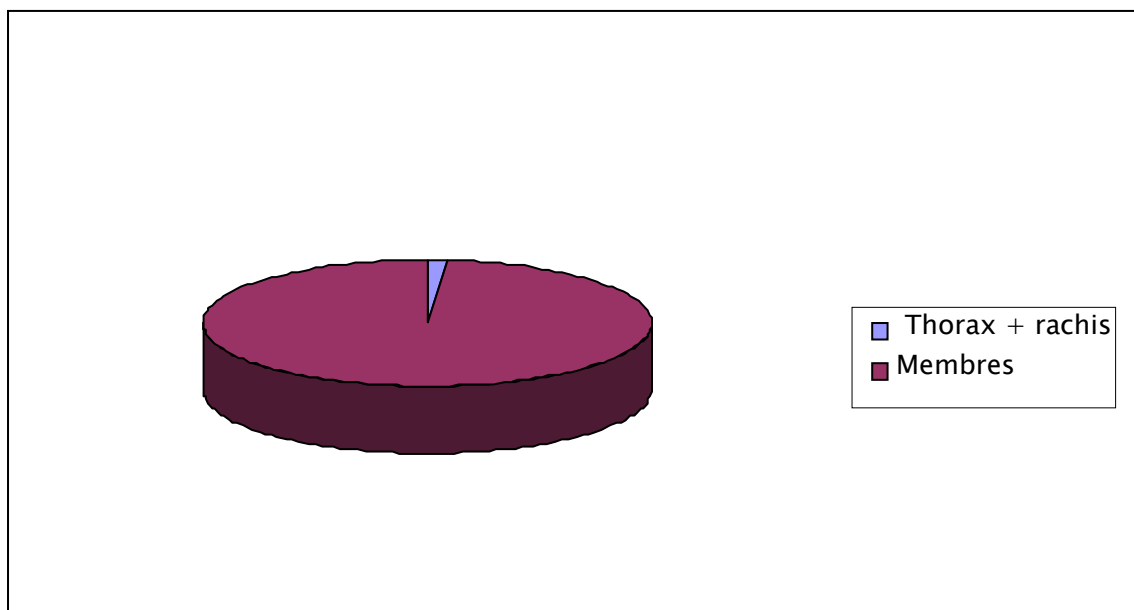


Fig.8 : Siége des lésions traumatiques

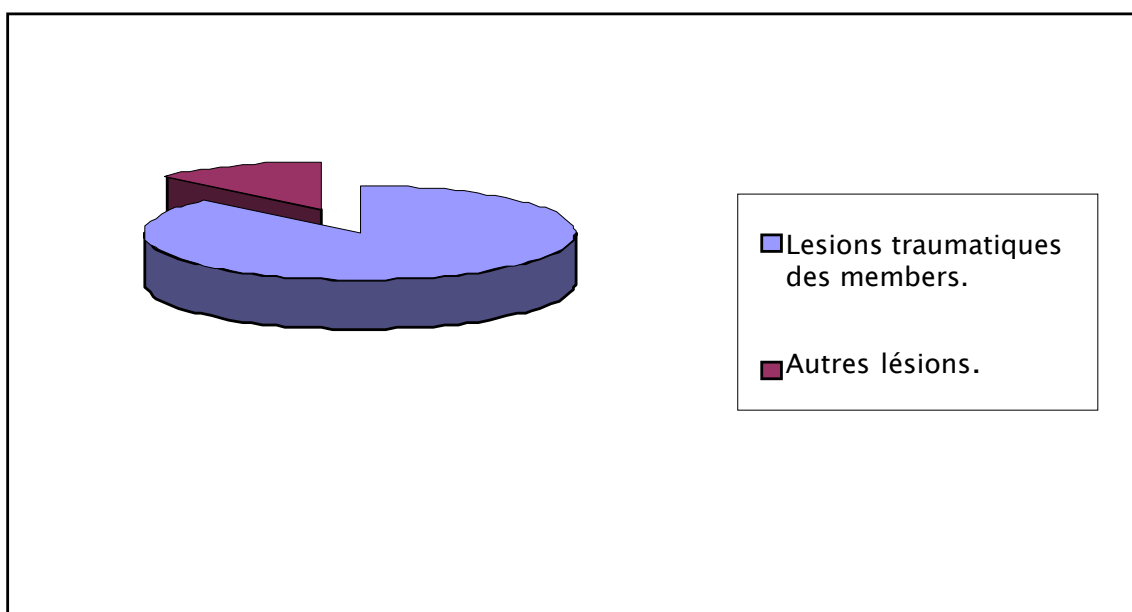


Fig. 9 : Proportion des lésions traumatiques des membres.

Parmi les lésions traumatiques du membre supérieur, 35 patients avaient une atteinte de la main et du poignet (52%) (Fig.10).

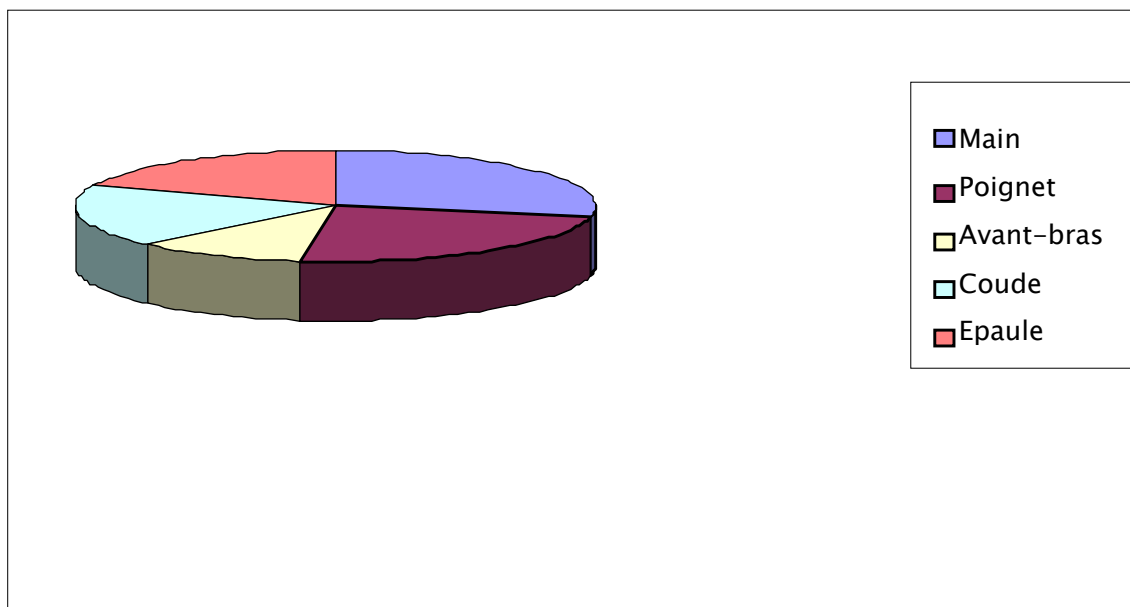


Fig.10 : Répartition des lésions du membre supérieur.

Parmi les lésions traumatiques du membre inférieur, 33 patients avaient une atteinte de la cheville (51.6%), 43 patients avaient une atteinte de la cheville et du pied (67%) (Fig.11).

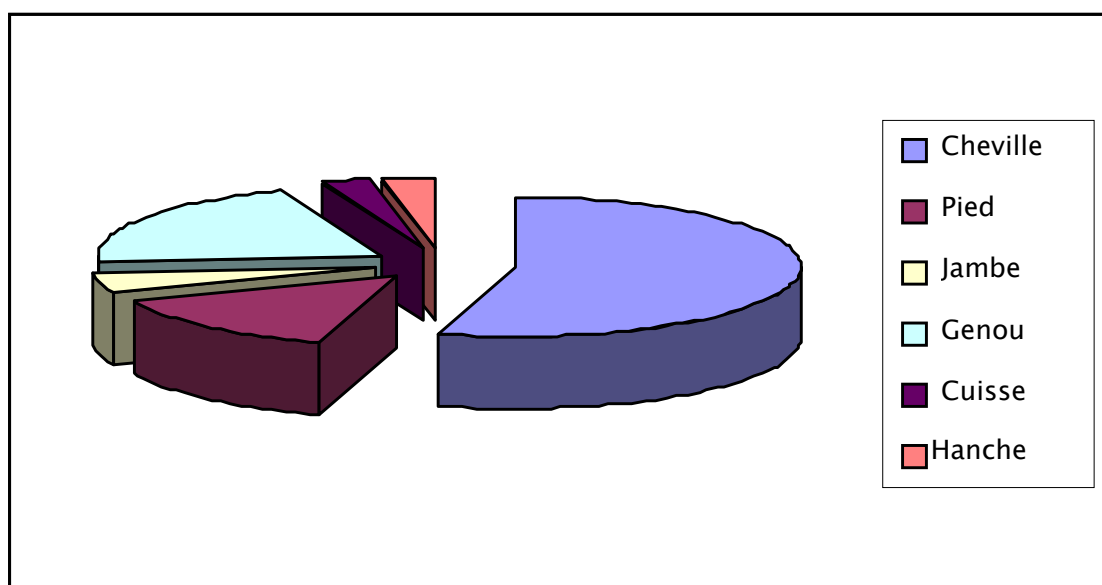


Fig. 11 : Répartition des lésions du membre inférieur.

Concernant la latéralité, 80 patients (61 %) avaient une lésion traumatique à droite et 51 patients (39%) avaient une lésion traumatique à gauche (Fig.12).

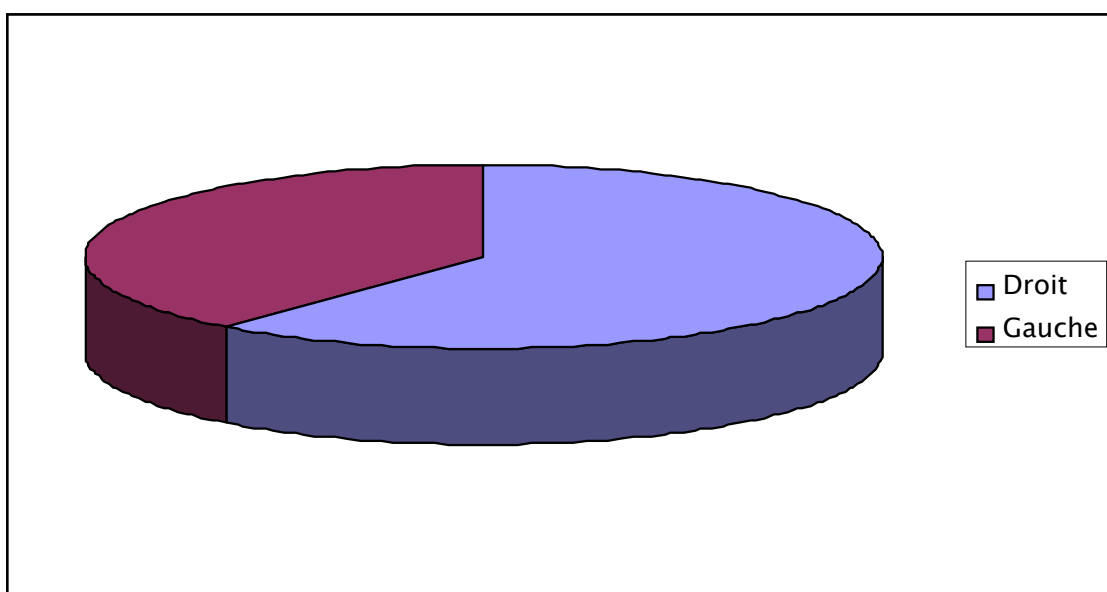


Fig.12 : Répartition des lésions traumatiques des membres selon le côté.

10–Diagnostic lésionnel :

Dans des cas où le diagnostic était évident (luxation, fracture avec déformation...) ou en présence d'imagerie, les lésions ont été regroupées dans le tableau VII.

Tableau VII : Type des lésions constatées.

Type des lésions	Nombre de cas
Fracture des deux os de l'avant bras	3 cas
Fracture de la clavicule	5 cas
Fracture supra condylienne de l'humérus	1 cas
Fracture de cotyle	2 cas
Fracture de P2 du gros orteil	1 cas
Luxation rétro lunaire du carpe	2 cas
Fracture de rotule	1 cas
Fracture du 5ème métatarsien	2 cas
Fracture trochantéro–diaphysaire	1 cas
Fracture de jambe fermée	2 cas
Fracture du fémur	1 cas
Fracture du 5ème métacarpien	1 cas
Hernie discale	1 cas
Fracture du quart distal du radius	1 cas
Fracture de Pouteau–colles	1 cas
Fracture luxation de Monteggia	1 cas
Luxation congénitale de hanche	1 cas
Myopathie	1 cas

11 – Répartition en fonction des raisons de consultation chez les « jebbars » :

Quatre raisons principales ont poussé les 150 malades à consulter chez les Jebbars. Ces quatre raisons ont été citées 185 fois par les 150 malades (Tableau VIII).

59 fois (39.4%) le problème était un accès difficile aux soins.

La croyance en la médecine traditionnelle était souvent accompagnée par des termes comme « Baraka, Nia ... ».

Tableau VIII : Les raisons de consultation chez les jebbars.

Raisons de consultation chez les " jebbars "	Nombre de fois	%
Croyance en MT	104	69.3%
Accès difficile à l'hôpital	31	20.7%
Faible coût de la MT	28	18.7%
Insatisfaction du traitement médical	22	14.7%

Nous avons analysé particulièrement ces raisons pour les patients mutualistes et ceux ayant un niveau d'instruction universitaire :

Parmi les 28 patients mutualistes (18.7%), la croyance en la médecine traditionnelle a été recensée 23 fois (82%) (Tableau IX).

Parmi les 9 patients ayant un niveau d'instruction universitaire (6%), la croyance en la médecine traditionnelle a été recensée 6 fois (67%) (Tableau X).

Tableau IX : Raisons de consultation des malades ayant une couverture sociale.

Raisons de consultation des malades ayant une couverture sociale	Nombre de fois	%
Croyance en MT	23	82.1%
Accès difficile aux soins	6	21.4%
Faible coût de la MT	1	3.6%
Insatisfaction du traitement médical	4	14.3%

Tableau X : Raisons de consultation chez les « Jebbars » des malades ayant un niveau universitaire.

Raisons de consultation	Nombre de fois	%
Croyance en MT	6	66.7%
Accès difficile aux soins	3	33.3%
Faible coût de MT	2	22.2%
Insatisfaction du traitement médical	3	33.3%

12-Type du traitement traditionnel :

Globalement, parmi les 150 malades, 140 (93.2%) ont été traités par massage associé ou non à d'autres techniques (Tableau XI).

Tableau XI : Type du traitement traditionnel

Type du traitement traditionnel	Nombre de cas	%
Massage par eau chaude	41	27.3%
Massage par huile d'olive	14	9.3%
Massage+Bandage	66	44%
Massage +Bandage+Attelle en carton	14	9.3%
Massage+ « Jbira » en roseaux	5	3.3%
Autres	6	4%
Pas de traitement	4	2.8%
Total	150	100%

Parmi les 133 malades, qui avaient une lésion traumatique, 125 (94%) ont été traités par massage.

Pour ces malades, l'immobilisation a été utilisée dans 19 cas (14.3%) et l'immobilisation par « Jbira » en roseau a été utilisée dans cinq cas (3.7%) (Tableau XII).

Tableau XII : Type du traitement traditionnel des lésions traumatiques.

Type du traitement traditionnel	Nombre de cas	%
Massage par huile d'olive	12	9%
Massage par eau chaude	30	22.5
Massage+Bandage+Attelle en carton	14	10.5%
Massage +Bandage	64	48%
Massage+Jbira en roseaux	5	3.7%
Autres	5	3.7%
Pas de traitement	3	2.6%
Total	133	100%

13-Répartition en fonction de la position d'immobilisation :

Parmi les 19 malades qui avaient une immobilisation, 16 étaient en position non fonctionnelle (84%) (Fig.13).

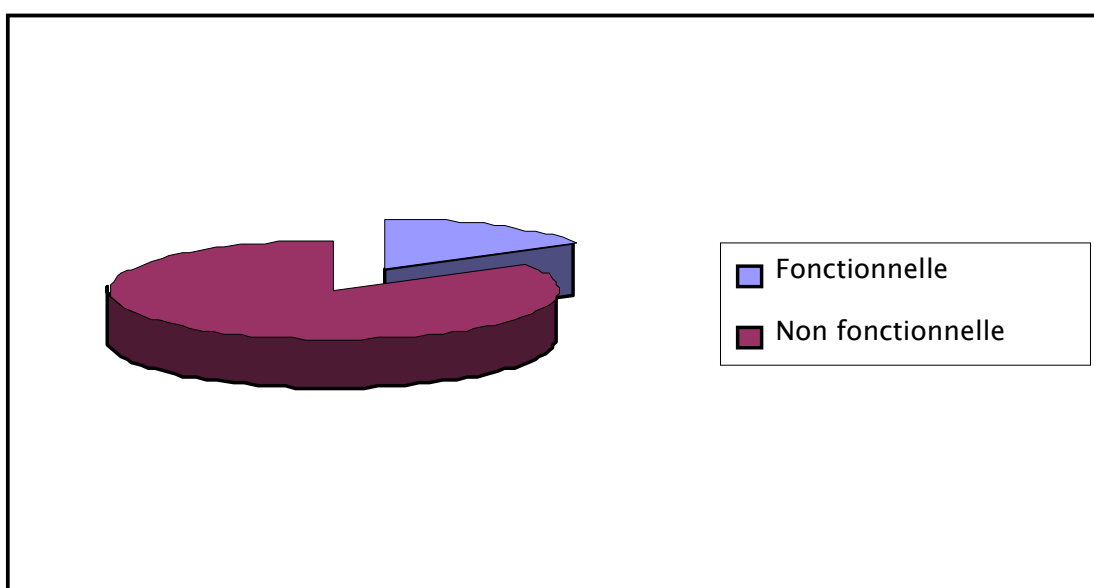


Fig.13 : Position d'immobilisation.

14-Répartition en fonction de la durée d'immobilisation :

Dans 87.3% il n'y avait pas d'immobilisation. Dans 12.7% des cas immobilisés par « Jbira » en roseaux ou attelle en carton, la durée d'immobilisation était inférieure à 2 semaines dans 78.95% (Fig. 14).

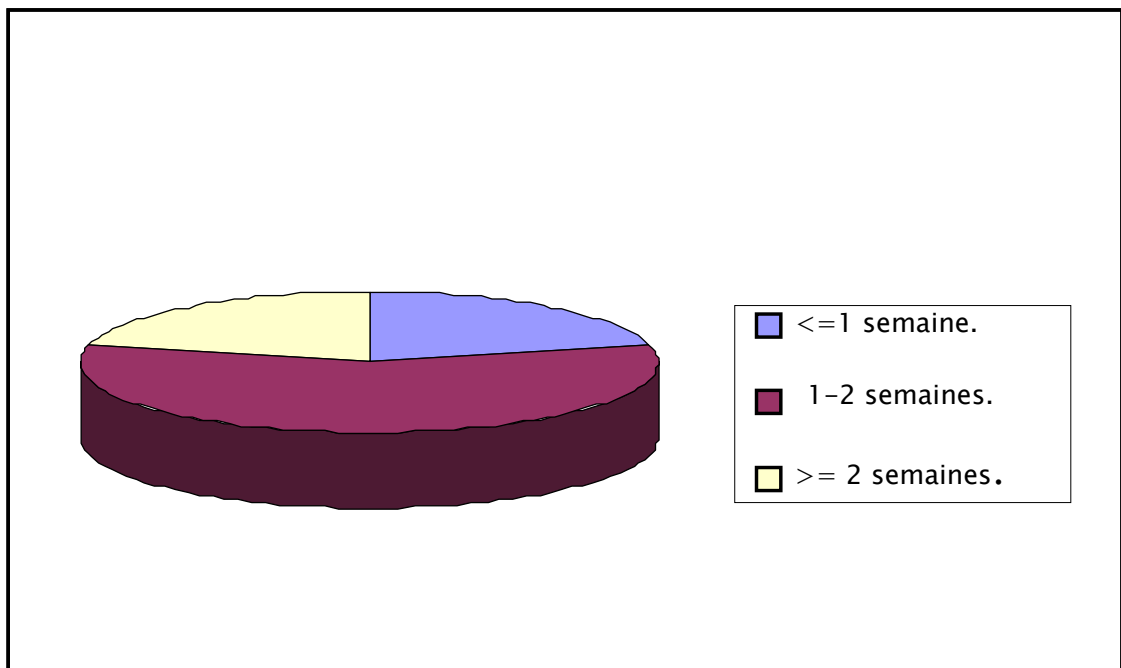


Fig.14 : La durée d'immobilisation.

II. Les «Jebbars» :

1-L'accès chez les Jebbars :

L'accès chez les Jebbars a été sans beaucoup de difficultés, leurs attitudes étaient variables :

*Certains ont accepté de nous aider après avoir été convaincu que notre présence ne va pas leur créer de problèmes d'enquête auprès des autorités, de gêner leur travail et de nuire à leur existence.

*D'autres nous ont aidé à condition d'être payé et de leur offrir des schémas et des photos représentant l'anatomie humaine.

*Certains croyaient qu'on assistait à leurs consultations pour apprendre leurs savoir faire.

*Un parmi eux, nous a accueilli très chaleureusement et nous a même offert un petit déjeuner, en présence de sa femme.

2-Les conditions d'accueil des malades :

Elles étaient variables d'un «Jebbar » à l'autre. Certains imitaient les conditions hospitalières : les malades attendaient dans un local considéré comme une salle d'attente. D'autres exerçaient dans des conditions conviviales et offraient chaque matin à leurs consultants un petit déjeuner.

L'attente pouvait aller dans certains cas de 2H du matin à 17H.

3-Le nombre :

17 « jebbars » ont été recensés, un a été exclu parce qu'il n'avait pas de malades à 3 visites. Nous avons gardé 16 « jebbars » pour cette enquête.

4-L'âge :

L'âge des « Jebbars » variait entre 25 ans et 74 ans avec une moyenne de 44 ans.

5-Le sexe :

Tous les « Jebbars » étaient des hommes.

6-Le niveau de scolarisation :

62.5% des « Jebbars » étaient analphabètes. 25 % avaient au maximum un niveau inférieur à la classe CE 5. Deux « Jebbars » avaient terminé le collège (Fig.15).

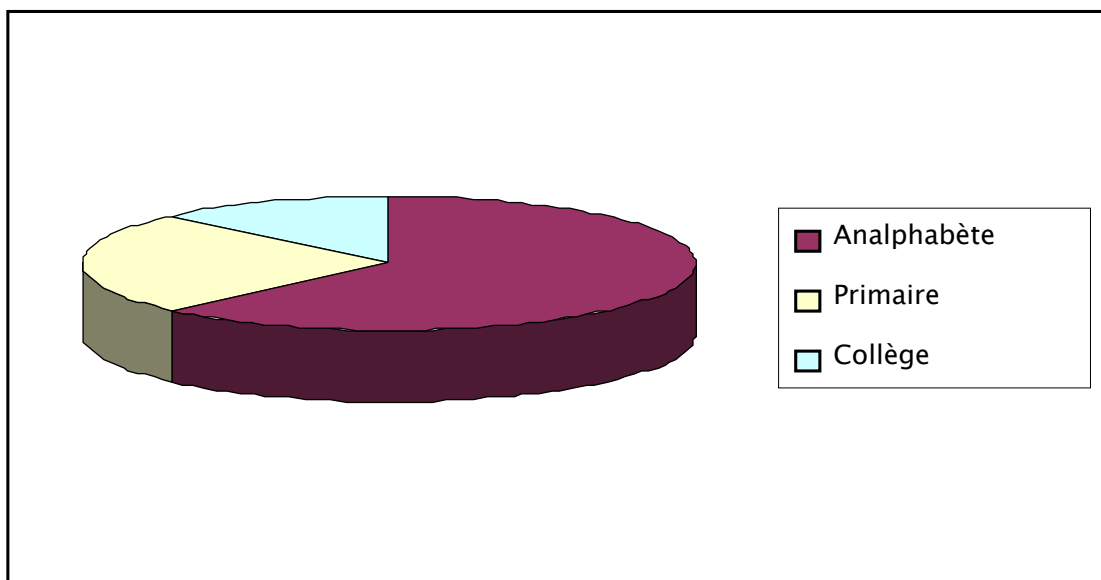


Fig.15 : Le niveau de scolarisation des « Jebbars ».

7-Le lieu d'exercice :

12 « jebbars » (75%) exerçaient dans des boutiques, à part 4 « Jebbars » (25%), appartenant à une famille, qui exerçaient dans un local à côté de leur domicile. Cinq « Jebbars » faisaient des consultations à domicile et se déplaçaient aux marchés hebdomadaires (Tableaux XIII, XIV, XV et XVI).

8-La prétention des « Jebbars » :

14 « Jebbars » exerçaient exclusivement en traumatologie orthopédie, les deux autres traitaient en plus les dermatoses, les nodules du sein et font des circoncisions.

9-La pratique d'autres métiers :

Parmi les seize « Jebbars » deux travaillaient comme coiffeurs, et profitaient de leur temps libre pour l'exercice de la médecine traditionnelle et gagner de l'argent.

10-L'origine des connaissances :

Parmi les 16 « Jebbars », 9 avaient acquis leurs connaissances en médecine traditionnelle de génération en génération (56.3%), 3 avaient appris le métier d'un autre guérisseur qui n'est pas de la famille (18.7%), les 4 « jebbars » restants considéraient leurs connaissances comme un don divin (25%) (Fig.16).

Un « Jebbar » possédait un certificat, délivré par une association comme étant un soignant compétent dans son métier (Fig.17).

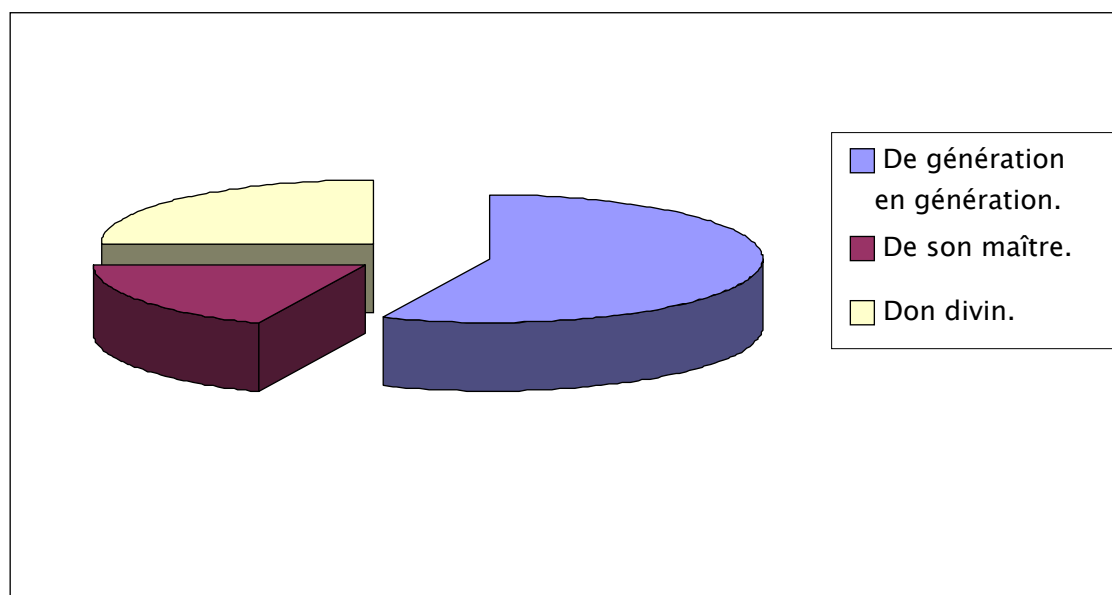


Fig.16 : L'origine des connaissances.



Fig.17 : « Diplôme » délivré à un « Jebbar » par une association artisanale.

11-Le nombre d'années d'expérience :

Environ les deux tiers des « Jebbars » avaient plus de vingt ans d'expérience (Tableau XVII).

Tableau XVII : Nombre d'années d'expérience des « Jebbars ».

Nombre d'années d'expérience	Nombre de cas	%
<20ans	6	37.5%
Entre 20 ans et 40	6	37.5%
Entre 40 ans et 60 ans	3	18.8%
>= 60 ans	1	6.2%
Total	16	100%

12-Le nombre de malade vu par jour :

Le nombre de malade vu par « jebbar » et par jour variait entre 8 et 200 malades avec une moyenne de 52 malades. Les 16 « Jebbars » voyaient en moyenne 832 malades par jour.

13-Les honoraires :

Les honoraires étaient extrêmement différents d'un « Jebbar » à l'autre et pour le même « Jebbar », ils pouvaient aller de 0 DH à 3000 DH.

Tous les « Jebbars » que nous avons vu ne précisait pas leurs honoraires et laissaient les malades le faire en se basant sur la réputation des guérisseurs, la qualité de l'accueil et les soins offerts.

14-La demande de radiographie :

Six « Jebbars » parmi les 16 (37.5 %) demandaient des radiographies à visée diagnostic (Fig.18). L'interprétation de ces radiographies était complètement erronée : interligne articulaire correspondait au trait de fracture, ou le trait de fracture correspondait au cal osseux témoignant d'une bonne consolidation...

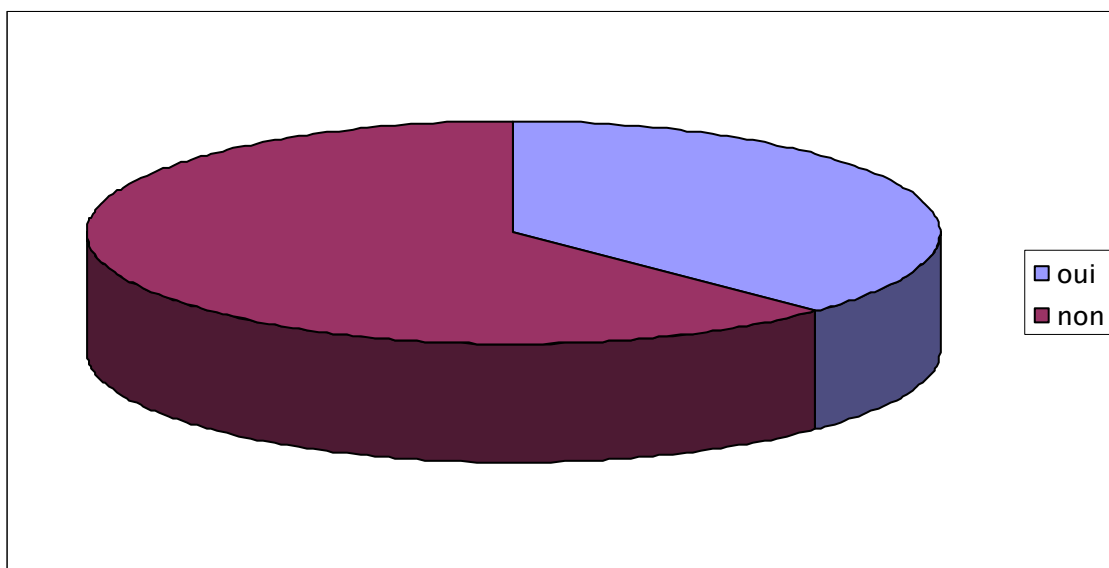


Fig.18: La demande de radiographie par les « Jebbars ».

15-Moyens et techniques thérapeutiques utilisées par les « Jebbars » :

15-1 Moyens utilisés par les « Jebbars » :

Au cours de cette étude nous avons constaté que les « Jebbars » disposaient d'un certain nombre de matériel pour exercer leur métier :

15-1-1 : Le tissu blanc :

Il était acheté par les malades, et utilisé par le « Jebbar » pour confectionner une « jbira » ou un bandage simple.

15-1-2 : Le coton :

Il rentrait aussi dans la confection des « Jbiras », il permettait en effet la protection et le réchauffement.

15-1-3 : Le fil à coudre :

Il est déposé par le « Jebbar » sur le bandage de telle sorte que la traction sur son bout permet d'augmenter l'enserrement de l'appareil de contention.

15-1-4 : Le carton :

Il est utilisé comme attelle pour l'immobilisation.

15-1-5 : L'huile d'olive chauffée :

Pour le « Jebbar » ; l'huile d'olive chauffée est utilisée pour faciliter le massage ; permettre le réchauffement de la peau et la bonne adhésion de l'appareil de contention.

15-1-6 : L'eau chaude :

Une famille des « Jebbars » utilisait exclusivement l'eau chaude pour le traitement.

15-1-7 : « Jbira » :

Elle est généralement confectionnée à l'aide de tissu blanc , de coton et d'une armature de roseaux (mis indépendamment les uns à côté des autres et reliés à leurs bouts par un cordage, qui permet la fixation de l'appareil autour du segment de membre atteint) (Fig.19).

Certains « Jebbars » utilisaient à la place des roseaux du bois ou du carton taillé.

Les « Jebbars » rapportaient également que la Jbira peut être confectionner à partir du blanc d'œuf appliqué sur la peau puis sur le tissu enroulé autour du foyer de fracture , une fois sec il durcit et permet une contention.

Le « Jebbar » choisit la variété de « Jbira », selon ses habitudes et selon le siège de la fracture.



Fig.19 : « Jbira » en roseaux.

15-2 Techniques thérapeutiques traditionnelles :**15-2-1 : Massage et manipulation :**

Le massage était facilité par l'application sur la peau de l'huile d'olive chauffée ou de l'eau chaude. Il était associé à des tractions et des manipulations du membre.

Le « Jebbar » procédait à des massages et manipulations avant et au cours des réductions des fractures ou des luxations.

15-2-2 : Bandage :

Le bandage se faisait à l'aide d'un tissu blanc.

15-2-3 : Immobilisation :

L'immobilisation se faisait soit par une « Jbira » ou par une attelle en carton.

15-3 L'utilisation des méthodes thérapeutiques par les « Jebbars » :

Les 16 « Jebbars » utilisaient le massage comme méthode thérapeutique commune. Le bandage était utilisé par 12 d'entre eux (Tableau XVIII).

Tableau XVIII : Les méthodes utilisées par les « Jebbars ».

Méthodes utilisées	Nombre de Jebbars
Massage	4
Massage+Bandage+Attelle en carton	4
Massage+Bandage+Attelle en carton+Points de feu	3
Massage+Bandage+Attelle+ « Jbira » en roseaux	5
Total	16

16-Surveillance des malades :

Aucun des « Jebbars » ne surveillaient ses malades, ils leurs demandaient de reconsulter en cas de mauvaise évolution (persistance de la douleur...).

17-La satisfaction personnelle des « Jebbars »:

Tous les « Jebbars » (100%) avaient déclarés être toujours satisfaits de leurs traitements.

18-Limites d'adresser les malades à l'hôpital :

Parmi les seize « Jebbars », cinq (31.25% des cas) n'envoyaient jamais leurs patients à l'hôpital, ils traitaient toutes les affections de l'appareil locomoteur.

Pour les 11 « Jebbars » restants, il existe 7 raisons pour envoyer les malades à l'hôpital. Ces raisons ont été citées 24 fois par les 11 « Jebbars » (Tableau XIX).

Tableau XIX : Limites d'adresser les malades à l'hôpital.

Limites d'adresser les malades à l'hôpital	Nombre de fois	%
Fracture ouverte	6	25%
Fracture communitive	1	4.1%
Cas désespérants	1	4.1%
Signes inflammatoires	4	16.7%
Fracture vertébrale	4	16.7%
Malade déjà opéré	4	16.7%
Altération de l'état général	4	16.7%

19-L'utilité de la médecine moderne selon les « Jebbars » :

Tous les « Jebbars » (100%) pensaient que la médecine moderne n'est pas toujours utile. Plus de 80% pensaient qu'elle n'est que parfois utile (Fig.20).

Au cours de nos visites aux « Jebbars » nous avons constaté que ceux-ci diffusaient des informations contre la médecine moderne et les médecins : la chirurgie est source de complications, les médecins traitent chirurgicalement pour gagner de l'argent...

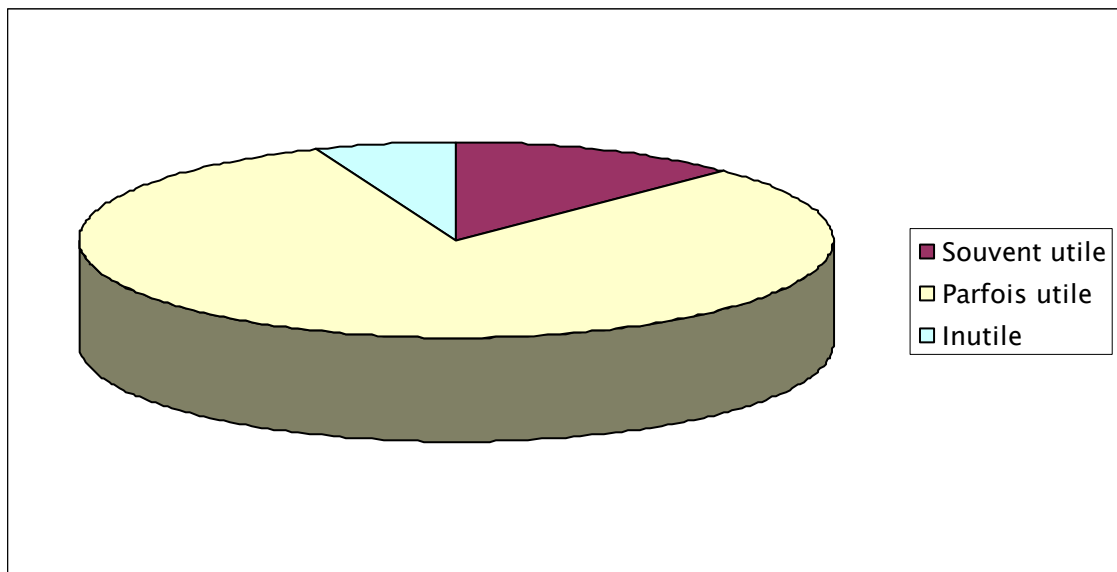


Fig.20 : L'utilité de la médecine moderne selon les « Jebbars ».

III. Déroulement de l'examen :

Tous les « Jebbars » qu'on a visité procédaient presque de la même façon, ainsi ils commençaient par un interrogatoire bref du patient lui-même s'il est en âge de répondre ou des parents. Ils cherchaient uniquement les circonstances étiologiques du traumatisme.

Deux « Jebbars » parmi les 16 ne demandaient pas au malade le siège de la lésion, ils disaient qu'ils étaient capables de savoir seuls le siège de la lésion.

Tout en faisant l'interrogatoire, le « Jebbar » assis devant le malade commence l'inspection puis la palpation à la recherche d'un point douloureux ou d'une déformation.

Parmi les 16 « Jebbars » aucun n'évoquait un problème vasculaire ou neurologique devant une anomalie de coloration, un refroidissement du membre en aval du point d'impact du traumatisme.

Deux « Jebbars » ont voulu décrire la constitution du squelette selon leurs connaissances :

Le « Jebbar » N°4 : a dessiné les différents segments osseux (Fig.22). En particulier un os unique pour le bassin.

Le « Jebbar » N°5 : n'a pas voulu dessiné, mais nous avons dessiné à sa place en suivant ses directives. En particulier, nous avons noté 4 vertèbres cervicales ,6 dorsales et 4 lombaires (Fig.23).

IV. Diagnostic :

Le « Jebbar » donnait un « diagnostic précis » à chaque cas et ceci aux premiers instants de son examen, et rassurait en même temps le patient même si le diagnostic apparent n'est pas toujours rassurant.

En cas de doute diagnostic, six « Jebbars » demandaient des radiographies, les 10 autres se limitaient à leur examen physique.

V. Erreurs diagnostiques :

Les correspondances entre le diagnostic du « Jebbar » et le diagnostic radiologique ou clinique sont représentées dans le tableau XX (Fig. 21).

Tableau XX : Erreurs diagnostiques.

Diagnostic porté par le « jebbar »	Diagnostic radiologique ou clinique	Nombre de cas
4 fractures de clavicule	4 fractures de clavicule	4
1 cas de fracture clavicule	Cal vicieux claviculaire	1
Luxation du coude	Fracture supra condylienne de l'humérus	1
Luxation de hanche	Fracture de cotyle	1
Luxation de hanche	Fracture trochantéro-diaphysaire	1
Traumatisme bénin du gros orteil	Fracture de P2 du gros orteil	1
Entorse du poignet	Luxation rétro lunaire du carpe	1
Fracture de rotule	Fracture de rotule	1
Traumatisme bénin du pied	Fracture du 5 ^{ème} métatarsien	1
Traumatisme bénin de la main	Fracture du 5 ^{ème} métacarpien	1
Fracture de jambe	Fracture de jambe	1
Fracture de fémur	Fracture de fémur	1
Fracture du radius	Fracture du quart distal du radius	1
Fracture du radius	Fracture des 2 os de l'avant bras	1
Entorse du poignet	Fracture Pouteau-colles	1
Fracture de radius	Fracture luxation de Monteggia	1
Irritation du « nerf post de la cuisse »	Hernie discale	1
Hanche normale	Luxation congénitale de hanche	1



Fig. 21 : Fracture trochantéro-diaphysaire diagnostiquée comme luxation de hanche par un « Jebbar ».

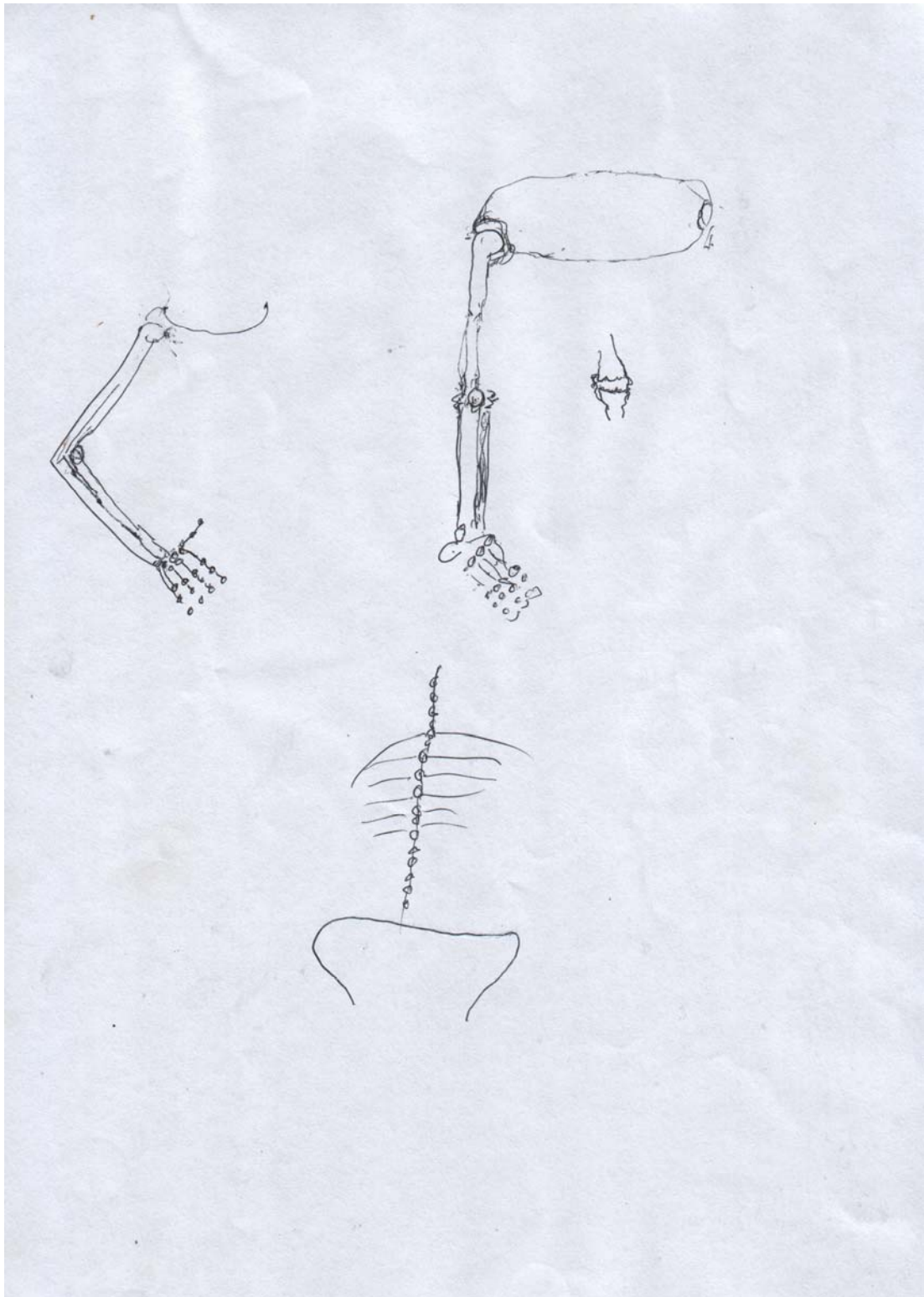


Fig. 22 : L'anatomie de l'appareil locomoteur selon « Jebbar » N°4.

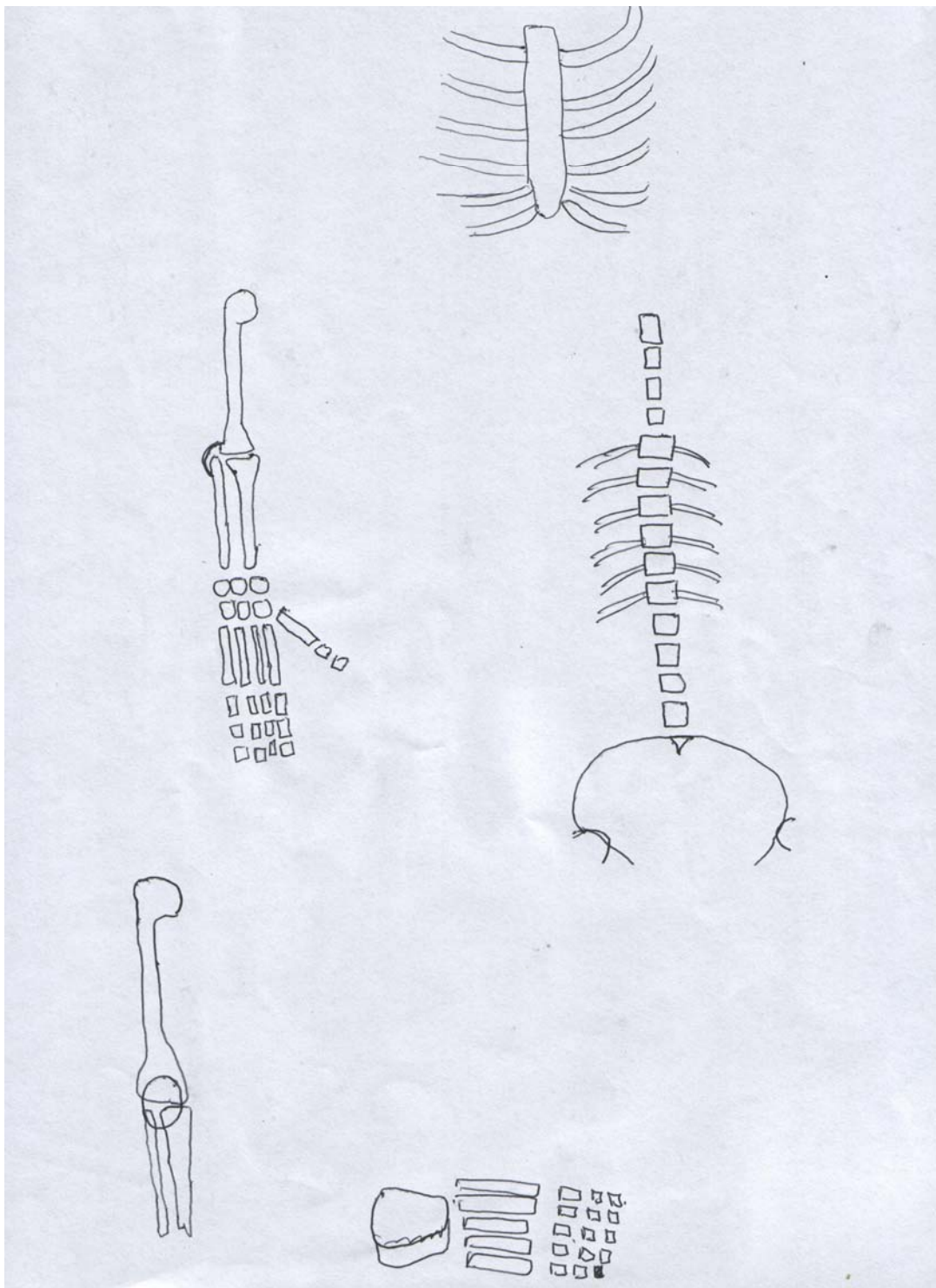


Fig. 23 : L'anatomie de l'appareil locomoteur selon « Jebbar » N°5.
Nous avons dessiné sous les directives du « Jebbar ».

Tableau XIII : Renseignement sur 5 « Jebbars ».

	JABBAR1	JABBAR2	JABBAR3	JABBAR4	JABBAR5
Nombre	1	1	1	1	1
Age	39 ans	42 ans	62 ans	53 ans	48 ans
Niveau d'instruction	1 ère AS	5 ème AP	0	0	0
Lieu d'exercice	Quartier Lmassen	Bab Taghzout Kissaria	Douar Dlam, Sidi Youssef Ben Ali	Derb Touil Douar Iziki	Derb Touil Douar Iziki
Origine des connaissances	Père	Père	Maître	Maître	Maître
Age de début de la pratique	17 ans	14 ans	11 ans	12 ans	20 ans
Nombre de malades /jour	10 →30 malades	15 → 30 malades	20 malades /j	20 malades /j	20 malades /j
Honoraires	20 → 500 DH	15 → 300 DH	Imprécis 5 → 100 DH	5→ 100 DH	5→100 DH
Demande de radiographie	non	non	non	oui	oui
Méthodes utilisées	Massage, Bandage, Attelle.	Massage, Bandage, Attelle.	Attelle.	Massage, Bandage, Attelle.	Massage, Bandage, Jbira , Attelle.
Durée d'immobilisation	3 jours→ 3 mois	6 jours→22 jours	0 →1 mois	0→1 mois	0→1 mois
Limites d'adresser les malades à l'hôpital	Aucune	- Fracture ouverte. - Fracture Communitive.	Aucune.	Les cas désespérants.	Fracture ouverte.
Satisfaction personnelle de traitement	Toujours	Toujours	Toujours	Toujours	Toujours
Utilité de la médecine moderne	Parfois utile	Souvent utile	Inutile	Parfois utile	Souvent utile

Tableau XIV : Renseignement sur les « Jebbars » de la famille (1).

FAMILLE (1)	JABBAR1	JABBAR2	JABBAR3
Nombre	1	1	1
Age	74ans	34ans	40ans
Niveau d'instruction	0	5 ème AP	0
Lieu d'exercice	Kissaria Jdida,Bin Lmaasser	Kissaria Jdida, Bin Lmaasser	Kissaria Jdida, Bin Lmaasser
Origine des connaissances	Grand Père	Père	Père
Nombre d'année d'expérience	64ans	19ans	25ans
Nombre de malades /jour	40 →200 malades	20 → 100 malades	20 → 100 malades
Honoraires	3 → 500 DH	3 → 500 DH	3 → 500 DH
Demande de radiographie	non	non	non
Méthodes utilisées	Massage, Bandage, Attelle, Points de feu	Massage, Bandage, Attelle, Points de feu	Massage, Bandage, Attelle, Points de feu
Durée d'immobilisation	6 jours→ 15 jours.	6 jours→15 jours.	6 jours →15 jours.
Limites d'adresser les malades à l'hôpital	Aucune.	Aucune.	Aucune.
Satisfaction personnelle de traitement	Toujours.	Toujours.	Toujours.
Utilité de la médecine moderne	Parfois utile.	Parfois utile.	Parfois utile.

Tableau XV : Renseignement sur les « Jebbars » de la famille (2)

FAMILLE (2)	JABBAR1	JABBAR2	JABBAR3	JABBAR4
Nombre	1	1	1	1
Age	55 ans	31 ans	29 ans	25ans
Niveau d'instruction	0	5 ème AP	4 ème AP	0
Lieu d'exercice	Douar Selttane	Douar Selttane	Douar Selttane	Douar Selttane
Origine des connaissances	Don	Père	Père	Père
Nombre d'années d'expérience	23ans	20ans	14ans	10ans
Nombre de malades /jour	50 →140 malades	50 → 100 malades	50 → 100 malades	50 → 100 malades
Honoraires	5→ 3000 DH	5 → 3000 DH	5 →500 DH	5→500 DH
Demande de radiographie	non	non	non	non
Méthodes utilisées	Massage (eau chaude)	Massage (eau chaude).	Massage (eau chaude)	Massage (eau chaude)
Durée d'immobilisation	0 jours	0 jours	0 jours	0 jours
Limites d'adresser les malades à l'hôpital	Signes inflammatoires en regard de l'articulation, Malade déjà opéré.	Signes inflammatoires en regard de l'articulation, Malade déjà opéré.	Signes inflammatoires en regard de l'articulation, Malade déjà opéré.	Signes inflammatoires en regard de l'articulation, Malade déjà opéré.
Satisfaction personnelle de traitement	Toujours.	Toujours.	Toujours.	Toujours.
Utilité de la médecine moderne	Parfois utile.	Parfois utile.	Parfois utile.	Parfois utile.

Tableau XVI : Renseignement sur les « Jebbars » de la famille (3).

FAMILLE (3)	JABBAR1	JABBAR2	JABBAR3	JABBAR4
Nombre	1	1	1	1
Age	68 ans	36 ans	40 ans	30ans
Niveau d'instruction	0	0	0	9 ème AP
Lieu d'exercice	Sidi Mimoun, Kissariate Lala Rkia.	Sidi Mimoun, Kissariate Lala Rkia	Sidi Mimoun, Kissariate Lala Rkia	Sidi Mimoun, Kissariate Lala Rkia
Origine des connaissances	Père	Grand Père	Père	Père
Nombre d'années d'expérience	40 ans	19 ans	15 ans	6 ans
Nombre de malades /jour	30→70 malades	40 →50 malades	50 → 56 malades	8 → 20 malades
Honoraires	0→ 100 DH	0 → 100 DH	2 →50 DH	0→5 DH
Demande de radiographie	oui	oui	oui	oui
Méthodes utilisées	Massage, Bandage, Attelle, Jbira en roseau.	Massage, Bandage, Attelle, Jbira en roseau.	Massage, Bandage, Attelle, Jbira en roseau.	Massage, Bandage, Attelle, Jbira en roseau.
Durée d'immobilisation	20 jours→40 jours	20 jours→40 jours	20 jours→40 jours	20 jours →40 jours
Limites d'adresser les malades à l'hôpital	Fr ouverte, Fr de rotule, Suspicion de Fr vertébrale, AEG.	Fr ouverte, Fr de rotule, Suspicion de Fr vertébrale, AEG.	Fr ouverte, Fr de rotule, Suspicion de Fr vertébrale, AEG.	Fr ouverte, Fr de rotule, Suspicion de Fr vertébrale AEG.
Satisfaction personnelle de traitement	Toujours	Toujours	Toujours	Toujours
Utilité de la médecine moderne	Parfois utile	Parfois utile	Parfois utile	Parfois utile

DISCUSSION

La médecine traditionnelle est sollicitée quotidiennement par plusieurs centaines de malades qui demandaient des soins. Cette médecine traditionnelle en traumatologie orthopédie, pratiquée par des « Jebbars », répond à la demande de ces consultants, elle pose des diagnostics et livre des soins. Notre étude à analyser l'aspect médical concernant les malades et les « Jebbars ».

I. Les malades :

1-Répartition en fonction de l'âge :

L'âge moyen des malades était de 33 ans, c'est une tranche d'âge active, d'où une plus grande exposition aux traumatismes.

2-Répartition en fonction du sexe :

Il y avait une prédominance masculine à raison d'un sexe ratio de 1.54. L'homme est plus exposé aux traumatismes.

3-Répartition en fonction de la profession :

33.3% des malades étaient des travailleurs manuels ce qui les exposait fréquemment aux traumatismes.

4-Répartition en fonction des circonstances étiologiques :

Les imprudences étaient l'étiologie la plus fréquente des traumatismes, par contre les AVP, les agressions et les accidents de travail étaient moins fréquents probablement du fait que les patients vont à l'hôpital pour obtenir un certificat médical pour le dossier médico-légal.

5-Répartition en fonction du type des lésions :

Les lésions traumatiques étaient les plus fréquentes du fait, d'une part, du caractère aigu et bruyant du traumatisme ce qui poussait les malades à consulter le plus souvent dans les suites immédiates du traumatisme, d'autre part les « Jebbars » n'ont pas beaucoup de succès en matière des pathologies chroniques non traumatiques, en plus les lésions traumatiques pouvaient avoir une évolution spontanément favorable et font croire à tort de l'efficacité du « Jebbar ».

Ces lésions étaient très variées, notamment dans les cas où le diagnostic était évident ou le patient se présentait avec des radiographies on a noté des fractures articulaires, des fractures extra articulaires, des luxations et des entorses.

Mais le « Jebbar » ne voyait pas seulement des lésions traumatiques, il y avait aussi des lésions non traumatiques comme un cas de myopathie, une luxation congénitale de hanche chez un nouveau né d'une semaine diagnostiquée par un médecin et dont notre examen clinique a trouvé un ressaut évident, dans ce cas les parents ont été rassurer à tort que leur enfant était normal et qu'il n'a besoin d'aucun traitement.

De ce fait le « Jebbar » au cours de sa pratique pouvait voir toutes les affections de l'appareil locomoteur, de la plus simple à la plus grave.

6-Répartition en fonction du siège des lésions traumatiques :

Les lésions traumatiques ont intéressé surtout les membres avec un pourcentage presque pareil entre le membre supérieur et inférieur.

Au cours de cette étude nous avons constaté que les lésions du membre supérieur intéressaient surtout le poignet et la main, du fait que les travailleurs manuels représentaient une proportion importante des patients consultants les « Jebbars ».

Pour le membre inférieur, la cheville et le pied étaient les segments les plus touchés. Les lésions de ces segments distaux n'entraînaient pas un handicap important, ce qui laisse les malades traîner entre les « Jebbars ».

Concernant la latéralité le côté droit était le plus touché ce qui correspond à la population générale dont la majorité est droitère.

7-Répartition en fonction des raisons de consultation chez les « Jebbars » :

La croyance en médecine traditionnelle était la principale cause de consultation chez les « Jebbars », parce qu'il y a une large proportion de la population urbaine et rurale, attachée d'une manière étroite à ses traditions.

En deuxième lieu on trouve l'accès difficile aux soins et le faible coût de la médecine traditionnelle. En effet la concentration de la médecine moderne dans certaines régions privilégiées du royaume, livre un grand nombre de la population marocaine à ses propres moyens de soins à cause de l'insuffisance de la logistique et des services de soins. A ce propos, A.Bellakhdar pense que la sédentarité et l'urbanité de la médecine moderne jouent en faveur des praticiens traditionnels. (2)

En plus de ces problèmes de croyance et d'accès aux soins, un malade sur 7 était insatisfait du traitement médical. Ainsi la mauvaise réputation de la médecine moderne peut détourner un certain nombre de patients vers la médecine traditionnelle.

8-Type du traitement traditionnel :

Le traitement traditionnel livré par le « Jebbar » repose sur des moyens et des méthodes qui n'ont subi aucune amélioration ni perfectionnement et sont restés primitifs.

Le massage constituait la méthode principale du traitement chez les « Jebbars » : nous l'avons retrouvé dans 93% des cas. Des lésions traumatiques traitées par massage à l'eau chaude auront, certainement, une aggravation des phénomènes inflammatoires.

La place de l'immobilisation a considérablement diminué : 12.7% seulement des patients avaient une attelle en carton ou « jkira » en roseaux contre 79% en 1992 (3).

Nous constatons, ces dernières années, une prise de conscience par les « Jebbars » de la gravité des complications engendrées par une immobilisation serrée. Ils préfèrent actuellement le recours au bandage par du tissu cousu. Ces complications ont été soulignées par AZAHRAOUI (4), il y a dix siècles dans son ouvrage « Al tassrif » qui avait insisté sur la gravité du serrage des bandes.

Au cours de notre visite aux « Jebbars » nous avons constaté, que le « Jebbar » examinait et traitait de façon stéréotypée avec presque le même traitement pour tous les patients.

En cas de fracture déplacée ou de luxations, les réductions se faisaient de façon brutale et agressive, aggravant ainsi les lésions préalables et occasionnant de nouvelles lésions notamment vasculo-nerveuses.

9-Position d'immobilisation :

La position d'immobilisation était non fonctionnelle dans 84% des cas, ce qui pourrait être responsable des raideurs et d'attitudes vicieuses avec parfois un membre ou un segment de membre non fonctionnel.

10-Durée d'immobilisation :

Dans les 19 cas où il y avait une immobilisation par « Jbira » ou attelle en carton, la durée d'immobilisation était variable mais généralement très courte comparativement aux durées fixées en traumatologie orthopédie. Cette durée est insuffisante pour l'obtention de la consolidation d'autant plus que la plupart des « Jebbars » n'immobilisaient pas les articulations sus et sous jacentes et se contentaient d'une contention du foyer fracturaire. Ceci expliquerait la genèse de certaines complications notamment, les déplacements secondaires, les fractures itératives, les cals vicieux ainsi que les pseudarthroses.

Certains « Jebbars » calculaient la durée d'immobilisation selon l'âge des malades : un jour par an. Aussi prescrirons -t-ils pour un enfant de sept ans une immobilisation de sept jours. (5)

Les « Jebbars » croyaient que la douleur et l'œdème sous « Jbira » sont un signe de bonne évolution et leur disparition est un signe de guérison, d'autre part, l'influence d'une clientèle presser de guérir pousse souvent le « Jebbar » à lever prématurément la contention.

II. Les « Jebbars » :

1-Attente des malades :

Les conditions d'accueil chez le « Jebbar » étaient proches de celles de l'hôpital, en effet l'attente pourrait être longue et dépassait de loin les heures d'attente à l'hôpital.

2-L'âge et sexe :

Le « Jebbar » peut être de tout âge, jeune ou vieux, plus souvent un homme qu'une femme. Dans notre étude tous les « Jebbars » étaient de sexe masculin, mais la médecine traditionnelle peut être exercée également par des femmes notamment celles qui ont accouché de jumeaux dans la croyance populaire.

3-Niveau de scolarisation :

87% des « Jebbars » avaient un niveau de scolarisation inférieur à la classe primaire CE5. Ceci avait un impact sur leur discours qui était simple, inspirant la confiance des patients.

4-Les honoraires :

Pour les honoraires, ils étaient très variables, puisque chacun des patients payait dans les possibilités de son revenu.

Mais pour les « Jebbars » la somme des honoraires était très importante. Il serait donc difficile de convaincre les « Jebbars » pour envoyer leurs malades à l'hôpital, et de ne traiter que les cas bénins, ce qui les priverons d'un gain d'argent journalier important.

5-Origine des connaissances :

Les trois quarts des « Jebbars » ont appris leur métier de génération en génération soit dans la même famille soit de leur maître mais sans aucun document écrit, la transmission des connaissances était strictement orale.

Le quart restant considérait leur pratique comme un don divin qui se découvre fortuitement à un âge tardif.

En retournant à l'histoire de la région de Marrakech à l'époque d'Almoravide et Almohade (1069-1269), la médecine était enseignée dans l'université Ibn Youssef (6), les cours de médecine se déroulaient ainsi : une fois le professeur installé, un des « talebs » les plus avancés appelé le « Qari » lisait une phrase d'une œuvre médicale, le maître expliquait puis l'élève prononçait une autre phrase et ainsi de suite. A la fin des études, les étudiants recevaient un diplôme appelé « Idjaza ». (7)

A cette époque il y avait aussi à Marrakech un hôpital appelé « Dar El Faraj » ; situé à la Kasbah à l'emplacement actuel de « Dar Mansour », et des bibliothèques contenaient plus de 400000 œuvres dont beaucoup traitaient de la médecine. (7)

A côté de cette médecine officielle bien organisée, il y avait des « Tolbas » sans aucune initiation médicale , ces guérisseurs installés dans les souks , vendaient leurs drogues aux clients venus les consulter . Leurs connaissances étaient limitées, ils avaient de vagues notions sur quelques maladies. (7)

Il y a huit siècles, Almohades avaient déjà organisé la pratique médicale pour protéger la population contre ces « Tolbas » qui n'étaient pas qualifiés en médecine. Les médecins avaient un doyen qui les surveillait et qui les autorisait à pratiquer la médecine. (6)

Par la suite, le Maroc a connu un déclin scientifique. Ainsi la médecine traditionnelle actuelle n'est que le prolongement de la médecine des « Tolbas » qui repose sur :

*La sainteté du marabout,

* « La Baraka »,

* « Nia » élément fondamental pour la guérison.

6-Le nombre d'années d'expérience

Les 2/3 des « Jebbars » avaient plus de 20 ans d'expérience. Ceci contraste avec leurs méthodes thérapeutiques qui sont restées primitives sans aucune amélioration ou changement.

7-Nombre de consultants par jour :

Les « Jebbars » voyaient un grand nombre de malade qui pouvait aller au total à 832 malades par jour dans la ville de Marrakech, ce système de soins représente une décharge pour le système de santé, mais il constitue en même temps une concurrence.

8-Déroulement de l'examen :

Vu ce nombre le plus souvent important de consultants, Le « Jebbar » abordait de façon rapide son patient, avec le plus souvent un interrogatoire bref et l'examen physique se concentrait sur la région traumatisée. Nous constatons ainsi que les antécédents, les données de l'examen local, locorégional et général échappaient au « Jebbar ».

9-Demande de radiographie :

Dans la majorité des cas le diagnostic était porté sur les données de l'examen physique. En cas de doute diagnostique, certains « Jebbars » demandaient des radiographies pour les interpréter à leur manière : L'interligne articulaire correspondait au « trait de fracture », ou le trait de fracture correspondait au « cal osseux témoignant d'une bonne consolidation ». Mais en général, la demande de radiographie n'était pas dans un but diagnostique, mais pour imiter le médecin et se comparer à lui, et pour montrer aux malades leurs nouvelles compétences et améliorer ainsi leur réputation dans la population.

10- Erreurs diagnostiques :

Les erreurs diagnostiques sont par conséquent fréquentes, parfois très graves compromettant le pronostic fonctionnel du membre, telle une fracture supra condylienne du coude chez un enfant prise pour luxation de coude pour laquelle il a subi des réductions brutales qui pouvaient être responsable de déplacement secondaire et de lésions vasculo-nerveuses secondaires, ou une luxation congénitale de hanche banalisée par le « Jebbar » contre l'avis du médecin.

11- La surveillance des malades :

Aucun des « Jebbars » ne surveillaient ses malades. Ceci va engendrer des complications fréquentes déjà occasionnées par le traitement et surajoutés par l'absence de surveillance. En plus aucun des « Jebbars » n'informait ses malades sur les risques de la contention, il ne leur expliquait pas les signes fonctionnels annonciateurs d'une contention très compressive.

12- La satisfaction personnelle du traitement :

En outre au cours de notre étude nous avons constaté que tous les « Jebbars » étaient toujours satisfaits de leur traitement et n'avaient la hantise d'aucune complication.

13- Limites d'adresser le malade à l'hôpital :

Cinq parmi les seize « Jebbars », n'avaient aucune limite pour adresser les malades à l'hôpital, ils traitaient n'importe quel traumatisme, quelque soit le siège et quelque soit le degré de gravité.

Pour les onze restants, ils ont tracé par eux-mêmes des limites en se basant sur leur expérience. Nous pensons qu'avec une sensibilisation plus importante sur les risques et les complications possibles, on pourrait élargir ces limites.

14-La médecine moderne vu par le « Jebbar » :

Au cours de notre visites aux « Jebbars » nous avons constater que les « Jebbars » au cours de leurs examens et traitements tentaient toujours de dévaloriser le médecin et la médecine moderne d'une façon implicite ou explicite, puisque dans 100% des cas ces « Jebbars » pensaient que la médecine moderne n'est pas toujours utile. Ils ne s'arrêtaient pas là, mais ils diffusaient dans la population des informations totalement fausses tel que la médecine moderne est source de nombreuses complications, le traitement chirurgical condamne le pronostic du membre, les médecins traitent chirurgicalement pour gagner de l'argent surtout dans le secteur privé. Parfois il arrivait que le « Jebbar » enlève un plâtre confectionné par un médecin puisque d'après lui il n'y avait pas d'indication ou parce que la durée d'immobilisation était trop longue. Ceci a pour but essentiellement de dénigrer la médecine moderne (Fig. 24).



Fig. 24 : plâtre enlevé par un « Jebbar ».

III. Intégration de la médecine traditionnelle dans le système de soins national :

Les «Jebbars » recensés au cours de cette étude étaient à majorité analphabètes, se basaient dans leur pratique, uniquement sur leur expérience ou l'expérience de leurs ancêtres transmise oralement sans aucun document écrit. En plus ces «Jebbars » avaient une image propre de l'appareil locomoteur, cette image était différente de la réalité.

Ainsi, il serait difficile de former ces «Jebbars » en traumatologie orthopédie. Cette formation nécessitera sûrement des prérequis en médecine générale, ce qui est impossible pour ces personnes illettrées.

On ne peut comparer le «Jebbar » et la «Kabbla ». En fait l'accouchement est un processus physiologique qui se déroule spontanément et l'accoucheuse traditionnelle est formée pour ne pas nuire à ce processus physiologique. La « kabbla » a bénéficié du contrôle périodique de la part du ministère de la santé, qui l'a pris en charge sur le plan de l'équipement en lui fournissant du matériel adéquat. Le «Jebbar » au cours de sa pratique rencontre des situations pathologiques, devant lesquelles, il doit poser un diagnostic, rechercher des complications et prendre en charge globalement le malade.

Bien que l'OMS ait mis en place une stratégie pour intégrer la médecine traditionnelle dans les systèmes de soins nationaux dès 2002. Elle note clairement que cette stratégie n'est pas universelle et elle doit tenir compte de la diversité régionale de l'usage et du rôle de la médecine traditionnelle. En plus l'OMS souligne l'importance d'évaluer l'innocuité, l'efficacité et la qualité de cette médecine traditionnelle et donner à cette pratique un cadre juridique pour définir son rôle avant de l'incorporer dans le système de soins national. (1)

En prenant l'exemple de la médecine traditionnelle chinoise ; qui a pu s'intégrer dans plusieurs systèmes de soins au delà de la Chine. Cette médecine traditionnelle a progressé au fil des années, grâce à un fondement théorique fait d'un grand nombre de livres de médecine et de pharmacologie chinoise. L'enseignement de la médecine traditionnelle chinoise se faisait dans des écoles et des universités pour l'obtention de diplôme de technicien ou de docteur en médecine traditionnelle chinoise, et la démarche diagnostique repose sur cinq étapes : l'observation, la perception, l'interrogation et la palpation.(8)

En comparant la médecine traditionnelle chinoise à la médecine traditionnelle en traumatologie orthopédie dans notre pays, on constate que cette dernière est dépourvue de fondement théorique et pratiquée par des gens illettrés. Ainsi il serait difficile de collaborer avec ces « Jebbars » pour définir des critères de qualité, d'innocuité et d'efficacité et pour que cette médecine s'intègre dans notre système de soins national.

En conclusion, il nous paraît difficile de former ces « Jebbar » en traumatologie orthopédie et les intégrer dans notre système de soins. Mais nous proposons de les informer sur les risques de leurs pratiques, les complications possibles d'un traitement mal conduit, et les obliger à réduire leurs activités progressivement.

IV. « Jebbar » et exercice illégal de la médecine :

La médecine traditionnelle dans notre pays s'exerce dans un cadre illégal, ainsi le Dahir n° 1-59-367 du Chaâbane 1379 (19 février 1960) réglementant l'exercice des professions médicales exclue de cette pratique le guérisseur traditionnel. (9)

L'exercice illégal de la médecine est un délit. Ce délit est constitué lorsqu'une personne non titulaire d'un diplôme médical, établit un diagnostic et/ou préconise ou applique un traitement et laisse croire en une guérison. Le diagnostic et le traitement sont réservés aux médecins diplômés et inscrits à l'ordre des médecins.

L'exercice illégal de la médecine est une infraction pénale : le code pénale (l'article 381) prévoit que « L'usage ; sans droit d'un titre attaché à une profession réglementée par l'autorité publique ou d'un diplôme officiel ou d'une qualité dont les conditions d'attribution sont fixés par l'autorité publique de 3 mois à 2 ans d'emprisonnement et de 120 DH à 5000 DH d'amende ». (10)

Ainsi nos « Jebbars » exerçaient illégalement la médecine et donc commettaient une infraction pénale. En plus un de ces « Jebbars » possédait un certificat, délivré par une association, comme étant un soignant compétent dans son métier. Ce certificat sans valeur scientifique ni légale est utilisé probablement par ce « Jebbar » pour justifier sa pratique et lui donner une valeur scientifique.

CONCLUSION :
DEDUCTIONS ET RECOMMANDATIONS

1- La médecine traditionnelle est une réalité bien enracinée dans la population : plusieurs explications justifient la place prépondérante qui occupe cette médecine.

*D'une part, le milieu culturel propre à notre population.

*D'autre part la médecine traditionnelle est une nécessité à cause de la défaillance du système de soins.

2- Il est important de faire la part entre la médecine traditionnelle basée sur la médecine arabo-musulmane scientifique, et un grand nombre de praticiens illettrés, et dont le savoir est basé uniquement sur la transmission orale des connaissances.

3- Leurs connaissances en matière d'anatomie et de pathologie étaient erronées et très loin de la réalité.

4- Le «Jebbar » s'intéressait à un grand nombre de lésions de l'appareil locomoteur, traumatique ou non, allant des simples entorses aux traumatismes graves du bassin.

5- Le bandage a pris la place de « Jbira » vu la prise de conscience par les « Jebbars » de son caractère compressif à l'origine des complications.

6- Les « Jebbars » au cours de leur pratique tentaient le plus souvent de dévaloriser la médecine moderne et les médecins avec diffusion de fausses informations sur cette science.

7- Les « Jebbars » éliminaient facilement des diagnostics posés par des médecins ce qui est responsable d'un retard diagnostique aggravant ainsi le pronostic du patient.

Pour faire face à cette pratique illégale de médecine qui met en jeu la santé des citoyens, nous proposons une stratégie multiaxiale :

1–Améliorer l'accès aux soins en traumatologie orthopédie :

*Améliorer l'infrastructure routière,

*Multiplier les infrastructures sanitaires et améliorer leur gestion,

*Augmenter le nombre de spécialistes en traumatologie orthopédie pour essayer de combler le manque dans cette spécialité dans plusieurs provinces du Maroc,

*Améliorer les conditions d'accueil hospitalières et réduire les délais d'attente,

*Améliorer le système de couverture sociale pour couvrir les soins de la totalité de la population ou au moins de sa grande majorité.

2– En attendant une alternance à cette médecine traditionnelle, et pour laisser le temps aux améliorations et rénovations éventuelles des formations sanitaires aussi bien dans le secteur publique, semi publique ou privé, on peut adopter les solutions suivantes :

*La formation des médecins généralistes en matière du traitement orthopédique ; ces médecins généralistes avec leur savoir peuvent dépister les complications, traiter orthopédiquement et orienter les malades nécessitant un avis spécialisé, et vont ainsi diminuer la charge sur les centres spécialisés et améliorer l'accès aux soins.

*Sensibiliser les « Jebbars » aux risques des complications et des poursuites judiciaires qui peuvent en découler.

3-Il faut trouver des solutions au « syndrome du fonctionnaire publique » :

*Mauvais accueil,

*Manque de confiance entre les patients et le personnel médical,

* Explications insuffisantes,

*Corruption, le Maroc est classé à la 78ème position parmi 158 pays. (11)

4- Informations du grand public par l'intermédiaire des médias (télévision, radio et journaux) sur les méfaits de cette médecine traditionnelle, en rapportant des cas de complications graves causées par les pratiques néfastes des « Jebbars ».

RESUMES

Résumé

La médecine traditionnelle est profondément enracinée dans notre pays. Le guérisseur traditionnel en traumatologie orthopédie est appelé «Jebbar» dans le langage populaire marocain. Cette enquête avait pour but d'évaluer la pratique de la traumatologie orthopédie traditionnelle à travers une étude de 150 malades consultants chez les «Jebbars» de la ville de Marrakech et de souligner son aspect médical.

L'âge des patients variait entre un mois et 84 ans avec une moyenne de 33 ans. Le sexe ratio était de 1.5. L'imprudence était mise en cause chez 53 patients (35.3%). 48 patients avaient un AVP, un accident de travail ou une agression. 133 patients (89%) avaient une lésion traumatique. Parmi les lésions traumatiques, 131 patients (98.5%) avaient une lésion au niveau des membres. Parmi les lésions traumatiques du membre supérieur, 35 patients avaient une atteinte de la main et du poignet (52%). Parmi celles du membre inférieur 43 patients avaient une atteinte de la cheville et du pied (67%). 140 malades ont été traité par massage. 19 patients ont été immobilisés et dans 84% des cas la position d'immobilisation était non fonctionnelle avec une durée inférieure à 2 semaines dans 79%. la «Jbira» était utilisée dans 5 cas. 16 «Jebbars» ont été inclus dans cette étude, leur âge variait entre 25 et 74 ans. Ils étaient tous de sexe masculin. 87.5% parmi eux avait un niveau d'instruction inférieur ou égal à l'école primaire. Le nombre des malades vu par «Jebbars» et par jour variait entre 8 et 200. Les 16 «Jebbars» voyaient en moyenne 832 malades par jour. 12 «Jebbars» avaient appris leur métier de leurs maîtres les 4 restants considéraient leurs connaissances comme un don divin. 6 «Jebbars» (37.5%) demandaient des radiographies. Aucun des «Jebbars» ne surveillaient ses malades. Tous ces «Jebbars» pensaient que la médecine moderne n'est pas toujours utile.

L'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de soins national est difficile, mais il est important de sensibiliser ces «Jebbars» aux risques de leurs pratiques ; dans l'attente d'une adaptation de notre système de soins pour prendre en charge les centaines de malade consultants chez les «Jebbars».

Summary

Traditional medicine is deep rooted in our society. The traditional healer in traumatology orthopedy is called "Jebbar" in the Moroccan popular speech. The purpose of this investigation was to evaluate the practice of traumatology traditional orthopedy through a study of 150 consulting patients at the "Jebbars" of Marrakech and to underline its medical aspect.

The age of the patients varied between one month and 84 years with a 33 years average. The sex ratio was 1.5. The imprudence was blamed among 53 patients (35.3%). 48 patients had an AVP; an industrial accident or an aggression. 133 patients (89%) had a traumatic lesion. Among the traumatic lesions; 131 patients (98.5%) had a lesion on the members. Among the traumatic lesions of the upper limb, 35 patients had an attack of the hand and wrist (52%). Among the lesion of lower limb 43 patients had an attack of ankle and the foot (67%). 140 patients were treated by massage. 19 patients have were immobilized and in 84% of the cases the position of immobilization was not functional and the duration was less than 2 weeks in 78.95%. the "Jbira" was used in 5 cases. 16 "Jebbars" were included, their age varied between 25 and 74 years. They were all men. 87.5% among them had a level lower or equal to the primary school. The number of the patients seen by "Jebbars" per day varied between 8 and 200. The 16 "Jebbars" saw on average 832 patients per day. 12 "Jebbars" had learned their trade from their masters the 4 remainders regarded their knowledge as a divine gift. 6 "Jebbars" (37.5%) required radiographies. None the "Jebbars" supervised his patients. All these "Jebbars" thought that modern medicine is not always useful.

The integration of traditional medicine in the national system of care is difficult, but it is important to sensitize these "Jebbars" with the risks of their practices; in waiting of an adaptation of our system of care to deal with the hundreds of patient consultants at the "Jebbars".

ملخص

إن الطب التقليدي متجذر بشكل ملفت في مجتمعنا، ويسمى المعالج التقليدي لإصابات العظام والمفاصل جبارا في اللغة المحلية المغربية. الهدف من هذا البحث هو إظهار هذه الممارسات مع التركيز على الجانب الطبي لهذه الظاهرة وذلك بالاستعانة بدراسة شملت 150 مريضا لجؤوا لجباري مدينة مراكش بغية العلاج.

وقد تراوحت أعمار المرضى ما بين شهر و 84 سنة، بمعدل 33 سنة. ونسبة الذكور بالنسبة للإناث هي 1.5. وقد كان عدم الانتباه سببا في إصابة 53 مريضا بنسبة 35.3٪، أما بالنسبة ل 48 مريضا فكان السبب يرجع لحوادث السير، حوادث العمل أو الاعتداءات. 133 مريضا (85 ٪) كانوا يعانون من ردود، ومن بين هذه الحالات 131 إصابة (98.5٪) تمركزت في الأطراف. ومن بين إصابات الأطراف العلوية 35 مريضا تمركزت إصابتهم في اليد والمعصم، في حين شكلت إصابات الرجل والكعب 67 ٪ من مجموع إصابات الأطراف السفلية. 140 مريضا عولجوا بالدلك. وتم تثبيت أطراف 19 مريضا. وكانت وضعية التثبيت غير وظيفية بنسبة 84٪. ومدة التثبيت كانت أقل من أسبوعين بنسبة 98.5٪. الجبيرة استعملت في 5 حالات. شملت الدراسة 16 جبارا، كلهم ذكور وتراوحت أعمارهم ما بين 25 و74 سنة 87.5٪ منهم كان مستواهم الدراسي لا يتجاوز الابتدائي. في حين تراوح عدد مرضاهم ما بين 8 و 200 مريضا في اليوم بالنسبة للجبار الواحد، بمعدل إجمالي يصل إلى 832 مريضا في اليوم الواحد. 12 جبارا تعلموا مهنتهم عن معلمهم. 4 الآخرون يعتبرون مؤهلاتهم عطاء إلهي. 6 جبارة يطلبون الصور الإشعاعية. لا أحد من الجبارة يراقب مرضاهم. وقد صرح كل الجبارين أن الطب المعاصر ليس دائما مفيدا.

إدماج الطب التقليدي في نظام العلاج الوطني أمر صعب ولكن يجب تحسيس الجبارة إلى أخطار ممارساتهم في انتظار تأقلم نظامنا العلاجي للتكفل بمئات المرضى الذين يلجؤون إلى الجبارة.

REFERENCES

(1) : **OMS**

<http://whqlib.who.int/hq/2002/WHO-EDM-TRM-2002.1-fr.pdf>

Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005.

(2) : **B ELLAKHDAR Jamal**

La pharmacopée marocaine traditionnelle, Ibis Press, 1997.

(3) : **Kissani N.**

Les traumatismes de l'enfant et le guérisseur en milieu marocain.

Thèse de doctorat en médecine, Rabat 1992, n° 321

(4) : **Alarabi Alkatibi M.**

Atteb wa Al-Atiba Fi Al-Andalus Al-Islamia, 1988, Dar Al Gharb Al Islamia, 256

(5) : **Khirddine Mourad**

La place des Tradipraticiens au Maroc.

(6) : **Daâwat Al Hak**

N° 318, année 1996, pages 86-87.

(7) : **Dr Akhmis Mustapha**

Histoire de la médecine au Maroc.

(8) : **OMS**

Bureau régional du pacifique occidental cinquante- deuxième session septembre 2004.

(9) : **Code pénal marocain**

Article 381, page 138.

(10) : **Journal officiel**

21 Chaabane 1376 (21 février 1960).

(11) : **Transparency international**

Rapport 12 mai 2006.



جامعة القاضي عياض كلية الطب و الصيدلة مراكش

أطروحة رقم 4

سنة 2007

العلاج التقليدي في طب جراحة العظام و المفاصل: الجانب الطبي

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 10/01/2007

من طرف

الآنسة لبنى باسي
المزداة في 03 فبراير 1981 بتارودانت

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

جبيرة - جبار - الجانب الطبي - مضاعفات - الممارسة الغير قانونية للطب -
تاريخ الطب بمراكش

اللجنة

الرئيس

السيد م. بوسكراوي

أستاذ في طب الأطفال

المشرف

السيد ب. الصديقي

أستاذ في طب و جراحة العظام و المفاصل

السيدة س. الحساني

أستاذة مبرزة في طب أمراض الروماتيزم و المفاصل

القضاة

السيد م. اللطيفي

أستاذ مبرز في طب و جراحة العظام و المفاصل

السيد ن. كيساني

أستاذ مبرز في طب الجهاز العصبي