

Le traitement des fractures par les guérisseurs traditionnels au Maroc

F. Choffat¹

Introduction – Les fractures ne sont pas soumises au médecin

Il existe au Maroc des «traumatologues» traditionnels qui soignent les fractures, ainsi que les entorses et les luxations. Ils ne peuvent être comparés à nos rebouteux, «mèzdes» et «rhabilleurs» qui ne traitent que des désordres des tissus mous, les fractures étant depuis longtemps l'apanage du corps médical. Mes relations forcées avec certains d'entre eux m'ont contraint à remettre en question le rôle de notre médecine moderne dans une population d'une autre culture.

Engagé de 1973 à 1976, auprès du gouvernement marocain, comme médecin de la zone présaharienne de Tata [1], je me suis trouvé à la tête d'un centre de santé, d'un petit hôpital et de plusieurs dispensaires disséminés, assisté d'une douzaine d'infirmiers marocains. Notre isolement géographique – une journée de piste nous séparait d'Agadir – nous contraignait à la plus grande polyvalence médicale.

Au temps de la colonisation, la région n'a été que peu influencée par le mode de vie occidental, au contact d'une garnison française. Il faut noter cependant la formation d'une élite locale moderne grâce à un collègue fondé par un enseignant français. A part quelques fonctionnaires gouvernementaux en exil disciplinaire et quelques coopérants français fugaces, l'oasis n'a pas abrité d'hôtes extérieurs depuis l'indépendance de 1956. Il s'y perpétue une des sociétés les plus féodales du Maroc, rongée par les conflits raciaux et menacée par la progression du désert. La domination et la «pacification» par les autorités de Rabat sont relativement récentes et le souvenir des guerres tribales et des razzias n'est pas encore éteint.

Lors d'expériences et d'études antérieures dans un village proche d'Agadir [2], j'avais déjà remarqué qu'on évitait de me consulter pour des fractures, mais je n'avais alors qu'un petit dispensaire improvisé démuné d'équipement technique et sans l'installation radiologique qui fait le prestige du médecin. A Tata, disposant d'une «radio» (radioscopie) et d'un matériel adéquat, je m'attendais à prendre en charge les cas de fractures de la région. J'avais projeté au départ de traiter moi-même conservativement toutes les fractures courantes, et de ne transférer sur Agadir pratiquement que des fractures de la diaphyse fémorale exigeant une ostéosynthèse ou une traction de longue durée que je ne pouvais assurer sur place.

Pourtant en trois ans, opérant dans une zone concernant 40 000 personnes, je ne me suis vu confier qu'un

La contribution potentielle de l'intégration de guérisseurs à un système de santé national est souvent difficile à évaluer. Il est certain cependant que, dans de nombreux pays, ils fournissent des prestations en quantité telle que le secteur moderne ne pourrait actuellement pas les fournir, et que la qualité de ces soins n'est pas négligeable. C'est le cas par exemple des traumatologues traditionnels au Maroc.

seul cas de fracture. Que devenaient les victimes de fractures qu'on ne voyait jamais au centre de santé?

Mon premier cas de fracture

Un jour, on m'amena un homme victime d'un accident de vélomoteur. La fracture de sa clavicule s'imposait au premier coup d'œil. – «Est-ce cassé?» demandèrent anxieux les accompagnants. – «Regardez la déformation de cet os, il n'y a aucun doute, mais rassurez-vous, la guérison se fera en quelques semaines avec un simple pansement.» On me répondit: «Faites la radio!» Trop heureux d'affirmer ma compétence dans ce domaine j'accédai volontiers à l'exigence, la radioscopie donnant du poids à mon diagnostic. Le groupe fut consterné, on me pria seulement de certifier par écrit la lésion pour tenter une action en justice et, sitôt le document établi, le blessé fut emmené malgré tous mes arguments. Mon amour-propre en fut piqué au vif et plus encore ma curiosité: qui soignerait cette fracture, comment et avec quel résultat? Je supposais que le traitement inapproprié des fractures par les rebouteux entraînait des séquelles; au début de mon séjour, j'ai cherché à accréditer la compétence de la médecine dans ce domaine et à discréditer – comme le faisaient tous les médecins rencontrés – le travail des traumatologues traditionnels. Par ailleurs, nos dispensaires étaient très fréquentés et notre équipe consultée pour toutes les affections possibles. Ce n'était donc pas l'image de la médecine moderne qui était en cause, mais exclusivement sa capacité de réparer les lésions osseuses.

Collaboration forcée avec les rebouteux

Après avoir constaté que mon opposition ne me valait que des conflits, je me suis rapproché de ces traumatologues appelés «maalem», par l'intermédiaire de nos patients communs et par l'entremise des infirmiers. J'ai surtout cultivé des relations avec le plus connu de la région, le «maalem» Aomar. J'ai demandé à assister à des interventions et je l'ai souvent interrogé sur son

¹ Médecin généraliste, CH-1531 Grandcour.

métier. Ensuite, ayant constaté la valeur de son travail, je le fournissais en matériel de pansement, mercurochrome, etc., en me permettant quelques critiques et suggestions sur leur emploi. Enfin, je lui ai demandé de suivre les cas traités, en les examinant en sa présence, à l'hôpital, ce qui me permettrait de vérifier l'état osseux sur mon écran de scopie (pour justifier l'emploi d'un tel appareil en traumatologie osseuse, je dois dire à ma décharge que je procédais à des irradiations très brèves et, malgré les nombreuses scopies pulmonaires pratiquées en sus, je n'ai jamais réussi à impressionner des badges de contrôle aimablement fournis par le Service fédéral de l'hygiène publique, et placés tout autour de l'appareil). Nous avons eu avec le maalem Aomar de courtoises confrontations cliniques, et son diagnostic s'avérait parfois plus exact que le mien, après contrôle radiologique.

Un nouvel événement allait renforcer notre «collaboration». Un camion, qui transportait une dizaine de passagers par-dessus le chargement de sa benne, perdit une roue et se renversa sur le bord de la piste. Cinq ou six victimes furent amenées à l'hôpital, dont plusieurs souffrant de fractures. Sachant qu'aucun blessé ne conserverait des attelles ou des plâtres de mon cru, j'ai introduit «officiellement» le maalem dans les murs de l'hôpital, bastion avancé de la médecine moderne...

Cette évolution, de la rivalité virtuelle à la collaboration, mérite plus ample justification. Pour mieux faire comprendre cette conversion, il faut situer le maalem Aomar dans son contexte, en tracer le portrait, étudier sa méthode, évaluer ses résultats et comparer sa façon d'intervenir à la mienne. Sur le plan général, définir la place et l'utilité de la traumatologie traditionnelle au Maroc face à ce que peut offrir la médecine.

Portrait d'un rebouteux

Le maalem Aomar serait né en 1919, selon un état civil établi tardivement. Turban rivé à son crâne, regard malicieux, barbichette en filasse (fig. 2). Il se déplace en vélomoteur au domicile de ses patients dans les douars de Tata échelonnés sur 35 km. Dans ses sacs, sa trousse d'urgence contient couteau, aiguilles, fil, ficelle et tissu, pour confectionner les attelles, un «bistouri» pour les scarifications, trois bouts de fils de fer en brochette à chauffer sur le brasero pour la cautérisation des entorses. Il ne détient pas de monopole et bien d'autres personnes soignent à l'occasion des fractures. Ce n'est pas un vrai professionnel, car il cultive aussi quelques ares de terre et son activité thérapeutique ne suffirait pas à sa subsistance. Il ne sait ni lire ni écrire, sauf son nom. Son père et son grand-père étaient traumatologues, mais il ne sait pas si le père de ce dernier l'était aussi, ni quand et comment le métier est entré dans la famille. Lui-même a fait son apprentissage en assistant son père. Son fils aîné est au lycée de Taroudant, l'autre au collège de Tata, mais aucun ne désire pratiquer ce métier qui rapporte trop peu. Il a pris un jeune du village pour le former et assurer la relève mais ce disciple a renoncé,

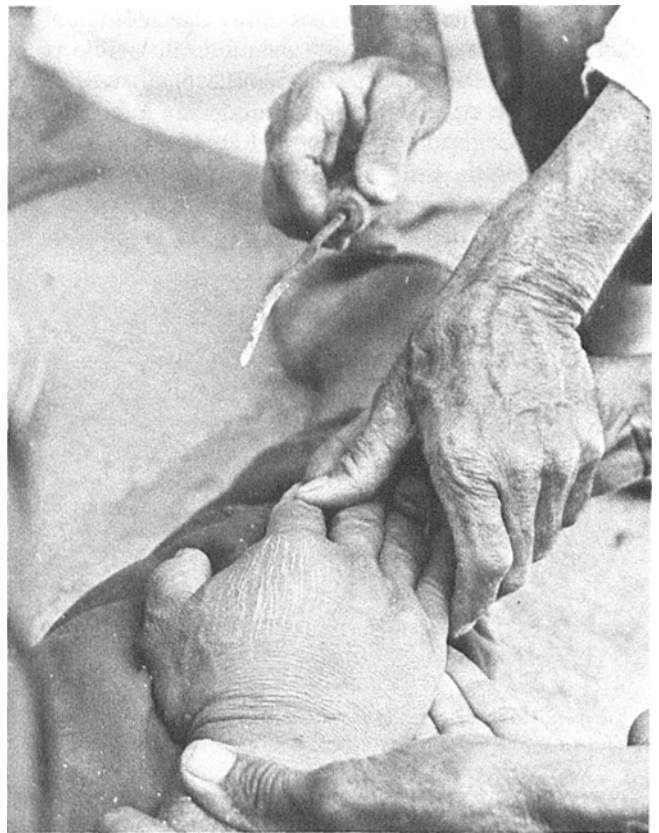


Fig. 1. Cas No 1. Cautérisation au fer rouge, sur le dos de la main. Fracture méconnue du deuxième métacarpien, traitée comme une contusion du dos de la main.

toujours à cause du gain insuffisant, selon le maalem Aomar. Cette forme de transmission du métier par l'apprentissage différencie aussi les maalems de nos rebouteux qui guérissent à l'aide d'un don, transmissible seulement par voie héréditaire.

Il connaît des plantes pour faire mûrir les abcès, désinfecter les plaies, activer la cicatrisation mais il préfère souvent le mercurochrome et surtout la pommade à l'auréomycine, largement connue sous sa forme ophthalmique par nos campagnes de lutte contre le trachome.

Sa notion des fractures ne correspond pas dans tous les cas à notre définition anatomo-radiologique, elle est beaucoup plus restreinte. Elle ne concerne que les os des extrémités (à l'exception des carpes et du tarse) et les clavicules. Les fractures des os du tronc et de la tête sont considérées comme des contusions et traitées par le repos (et les cautérisations), ce qui est correct et généralement suffisant. Ce ne sont pas des secrets de métier qui assurent au maalem Aomar sa renommée, mais son sens clinique assis sur une longue expérience. Il ne fait pas de mystère de sa technique, il l'applique au vu de tous, au domicile du blessé, avec la participation de l'assistance.

Traitement d'une fracture de Pouteau-Colles

Victime d'une chute à vélomoteur, un garçon de 17 ans (No 13 du tabl. 1) souffrait d'une fracture de Pou-

teau-Colles. Quelques heures après l'accident, j'ai pu observer le maalem opérant au milieu du cercle plein de gravité des hommes de la famille et du voisinage, tandis que le doyen préparait déjà le thé à la menthe. Ambiance de drame soutenue par les lamentations des femmes dans la cour. Après s'être lavé les mains, le maalem Aomar a mélangé dans une écuelle trois jaunes d'œuf, des poils de chèvre, de la poudre de

henné et de la résine d'acacia-taghla (gomme arabe). Rien d'ésotérique dans cet emplâtre, dont le choix des ingrédients s'explique – à défaut d'une efficacité que je ne suis pas en mesure d'évaluer – par la «loi des signatures» de Paracelse, en vigueur dans toutes les médecines du monde, la nôtre y compris: le jaune d'œuf, nourriture de croissance embryonnaire, pour assurer la régénérescence; le crin de chèvre,

Tableau 1. Casuistique des fractures observées

No	type de fracture	âge	sexe	délai d'observation	Résultat anatomo-radiologique	Résultat fonctionnel	Remarques
1	sous-capitale 2e métacarpien	44a.	♂	10 mois	bon	excellent après phase d'algodystrophie	voir photo. Traitée comme une contusion, cautères, pas immobilisée
2	omoplate	44a.	♂	10 mois	fracture pas visible en scopie	excellent après phase type PSH	traité comme contusion, pas reconnu comme fracture
3	clavicule	45a.	♂	16 mois	gros chevauchement	PSH tardive après phase initiale favorable	traitement inadéquat. Sinistrose (revendication juridique), cf. texte et photo
4	palette humérale	19a.	♂	18 mois	médiocre	fonction et trophicité excellentes	traitement par attelle, avant-bras tenu perpendiculaire par écharpe
5	diaphyses radius + cubitus	14a.	♂	3 semaines	chevauchement plus angulation	médiocre	traitement par maalem Aomar cf. photo
5	même cas	14a.	♂	9 mois	discrète angulation	bonne fonction discrète atrophie muscul.	fracture accidentelle au même endroit 3 mois après; traité par maalem, Rabat
6	proximale des 2 diaphyses avant-bras	17a.	♀	5 ans	discrète angulation	excellente fonction	accident survenu et traité à Fès
7	cubitus, tiers inférieur	35a.	♂	20 jours	chevauchement	médiocre	nomade traité par amateur de son clan. Délai d'observation insuffisant
8	diaphyse cubitale	25a.	♀	12 mois	pas de déplacement	bon, discrète atrophie musculaire	
9	épiphyse radiale extra-articulaire	45a.	♀	3 mois	réduction médiocre décalcification du carpe	algodystrophie de la main	délai d'observation insuffisant
10	épiphyse radiale extra-articulaire	15a.	♂	2 mois	réduction excellente décalcification du carpe	atrophie musculaire fonctions bonnes	délai d'observation insuffisant
11	épiphyse radiale extra-articulaire à droite	17a.	♀	6 semaines	tassement modéré décalcification du carpe	syndrome algodystrophique	diagnostic manqué par maalem Aomar, scarifications, pas d'immobilisation
12	Pouteau-Colles à gauche	17a.	♀	6 semaines	réduction satisfaisante	récupération fonctionnelle en bonne voie	même cas, mais fracture reconnue, traitement adéquat
13	Pouteau-Colles	17a.	♂	11 mois	excellent	excellent	voir texte
14	sous-trochantérienne du fémur	50a.	♂	7 mois	coxa vara et raccourcissement, rotation externe	boiterie indolore atrophie muscul. modérée (algodystrophie importante)	
15	diaphyse fémur	46a.	♂	en cours de traitement	pas effectué	raccourcissement rotation externe	voir photo
16	transverse de la rotule	28a.	♂	2 ans	diastasis de 3 cm!	bonne fonction atrophie muscul. discrète	diagnostic de fracture par maalem, attelle pour immob. genou en extension
17	proximale du tibia	50a.	♀	5 mois	déform, en baïonnette raccourcissement discret	boiterie modérée indolore	voir photo
18	diaphyse, tibia et péroné	64a.	♂	6 mois	fracture non déplacée	fonction excellente	
19	diaphyse, tibia et péroné	18a.	♂	6 mois	angulation, chevauchement, raccourciss. 1 cm	bonne fonction, pas de troubles trophiques	plâtre cruropédieux à hôp. Tata, cassé par famille; traité ensuite par maalem
20	spiroïde du tibia	8a.	♂	20 jours	pas de déplacement	fonctions normales	maalem Aomar a posé diagnostic de «fissure». Comment?

constituant des tissages les plus résistants, pour renforcer la cohésion des «tissus» humains; la sève qui donne vie à un arbre du désert est destinée à revitaliser l'os et à le recoller; et, finalement, le henné concentre dans son principe tinctorial la force vitale du soleil et de l'eau. Décrire la réduction de la fracture est presque inutile tant la technique est ici semblable à la nôtre! Le blessé fut couché sur une natte, son bras à l'équerre du corps maintenu au sol par un homme de l'assemblée, la main tendue au zénith par un deuxième assistant, tandis que le maalem massait avec de l'huile d'olive la face dorsale du poignet et remettait en place de ses pouces les deux épiphyses déplacées. Par-dessus l'emplâtre, il serra une attelle ingénieuse, préalablement confectionnée sur mesure avec une douzaine de lattes jointives faites de roseau, cousues sur un morceau d'étoffe. La forme des lattes assurait à l'attelle une forme tronconique épousant la moitié distale de l'avant-bras. Le coude n'était pas entravé, le maalem m'expliqua qu'une attelle trop haute risquait d'entraîner une atrophie de l'avant-bras (que nous appelons «paralysie ischémique de Volkmann»!) La pro-supination restait libre et le jeu de l'articulation radio-carpienne n'était que modérément limité. L'attelle fut maintenue à l'aide de trois bracelets de ficelle serrés en tourniquet par trois petits cylindres de roseau traversés d'une tige de bois pour les immobiliser. L'excès de mobilité restant fut partiellement contenu par un coussin de laine entourant l'attelle et suspendu au cou par une écharpe. L'immobilité volontaire fut prescrite ainsi qu'un régime carné.

Pour une telle fracture, j'ai appris à immobiliser le coude et les métacarpes, à corriger, outre la basule dorsale, l'inclinaison radiale de l'interligne radio-carpien. De ce point de vue, le traitement du maalem devrait entraîner une invalidité et la caution tacite de ma présence méritait peut-être l'accusation de faute professionnelle. Mais cette prévision quant au résultat est fondé sur un savoir inculqué et non sur une expérience personnelle comparative.

Le maalem est revenu scrupuleusement surveiller et régler son attelle aux 3e, 7e et 12e jours et l'a retirée au 15e jour. La durée de contention est fonction de l'âge du patient, avant 20 ans elle est de 15 jours, à 40 ans de 40 jours, à 50 ans de 2 mois et à 70 ans de 3 mois ou plus. Si la fracture n'est pas consolidée, l'immobilisation est reprise au départ, sinon le maalem applique alors le traitement des contusions, jusqu'à réduction de l'œdème et de la douleur, soit des cautions et des massages. Les mêmes principes président au traitement de toutes les fractures et le même type d'attelle est utilisé, à l'exclusion des fractures de l'épaule – immobilisées alors par un pansement complexe (fig. 2).

Observations personnelles et commentaires

Avant de condamner la méthode du haut de notre culture, il faut évaluer ses résultats dans le contexte local et les comparer avec ceux que pourrait offrir la médecine dans les mêmes conditions. En trois ans, j'ai

collecté 21 cas de fractures que j'ai revus au moins une fois après le début du traitement (tabl. 1). Dans les conditions locales, l'établissement de ces observations a exigé des efforts persévérants. Elles manquent de rigueur et leur nombre restreint ne permet pas d'en tirer des conclusions définitives, mais elles me semblent suffisantes cependant pour nourrir quelques

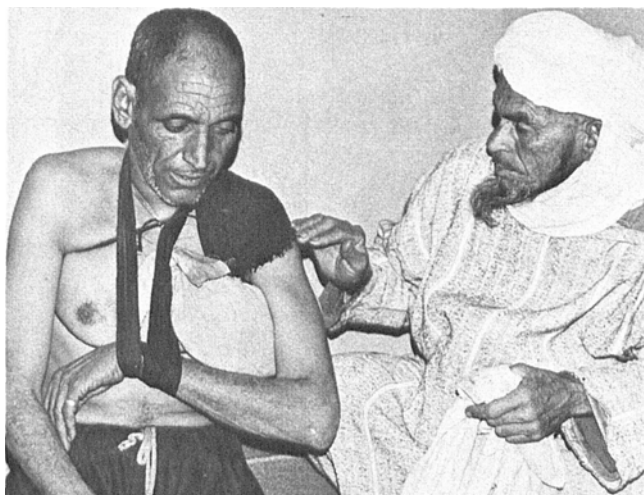


Fig. 2. Cas No 3. Avec le maalem Aomar. Type d'attelle pour immobiliser l'épaule en cas de fracture de la clavicule ou de luxation scapulo-humérale.



Fig. 3. Cas No 5. Fracture diaphysaire des deux os de l'avant-bras. Même type d'attelle que pour le cas No 13 décrit dans le texte.



Fig. 4. Cas No 17. Fracture proximale du tibia. Même type d'attelle que ci-dessus.



Fig. 5. Cas No 15. Fracture du fémur. Traitement à domicile. Attelle sur la cuisse, cachée ici. Le raccourcissement et la rotation externe ne sont pas corrigés.

réflexions. Treize cas concernent le membre supérieur et 7 le membre inférieur, 16 ont été traitées par le maalem Aomar, 5 par d'autres maalems selon les mêmes techniques. Une fracture a été traitée à Rabat, une autre à Fès et la description du traitement correspond, à des détails près, à celle qui vient d'être relatée. Cinq fractures sont dues à des accidents de football (matches amicaux!), 5 à des accidents de la circulation, les autres à des chutes diverses (voir *tabl. 1*).

Dans l'ensemble, j'ai été surpris – même dans le cas de réduction médiocre – par la bonne récupération fonctionnelle, soit primitive, soit tardive après une phase d'algodystrophie, marquée par une inflammation douloureuse des tissus mous et une décalcification de la zone voisine du foyer de fracture. L'atrophie musculaire et l'ankylose articulaire étaient rares et discrètes. Quant à l'aspect radiologique, je m'attendais à pire. Pour les fractures du membre supérieur, je n'ai pas observé de cas d'invalidité à long terme, à l'exception de la fracture de la clavicule (cas No 10) qui s'est compliquée d'une ankylose secondaire tardive de l'épaule dans des conditions de procédure juridique qui correspondent chez nous à celles d'une «névrose d'assurance». Pour le membre inférieur, les résultats à moyen terme sont bons, à l'exception naturellement des fractures de fémur, et sous réserve d'arthrose tardive par troubles statiques.

Extension géographique du reboutage

D'après de nombreux recoupements, j'ai acquis la quasi-certitude que la technique du maalem Aomar est pratiquée à une très grande échelle et sans grandes variantes sur l'ensemble du territoire marocain, et sa persistance n'est pas propre à la société conservatrice de Tata. La population, même celle des villes bien équipées en hôpitaux, semble lui donner le plus souvent la préférence. Cette technique ne manquerait pas de lettres de noblesse si elle représente, comme je le présume, un des derniers héritages vivants de la grande médecine arabe au Maroc.

A Tata, la présence permanente d'un médecin ne remonte qu'à 1967, elle n'est pas ressentie comme indispensable par la population qui a jusqu'ici fait face à la maladie sans aide extérieure. Nous avons vérifié par nos statistiques que le taux global de consultation est en proportion géométrique inverse de la distance au dispensaire. La courte distance représente le premier facteur de fréquentation, la gravité de la maladie n'étant qu'une motivation négligeable! Pour les victimes de fractures, le transport étant pratiquement impossible, les soins ont toujours été donnés sur place, à domicile. La présence plus ou moins lointaine d'un dispensaire ne peut rien changer à cette habitude.

Il serait absurde de comparer ces résultats avec ceux que la médecine orthopédique obtient dans des centres bien équipés. Il faut les situer dans leur contexte. Le Maroc est loin de pouvoir assurer sur l'ensemble de son immense territoire une couverture médico-chirurgicale pour les soins d'urgence. Par ailleurs, la plupart des médecins pratiquent sans avoir acquis de forma-

tion spécialisée et, si cela peut paraître provisoirement suffisant dans les activités courantes, ce ne saurait être le cas pour la traumatologie qui demande de l'expérience et un certain sens pratique.

Attitude mentale face aux fractures et à leur traitement médical

Par des interviews de groupe parmi les infirmiers, le corps enseignant du collège et les élèves, j'ai essayé de cerner les attitudes mentales concernant la maladie et les modes de guérison, ainsi que leur transformation par la scolarisation moderne.

En particulier, j'ai demandé quel thérapeute, au sens le plus large, serait consulté en priorité pour certaines maladies. Pour la plupart des affections, les avis se partageaient, avec dans l'ensemble une légère préférence pour la médecine moderne, cette préférence étant cependant plus nette pour des maladies bien reconnues qui faisaient l'objet de nos efforts: trachome, tuberculose, bilharziose vésicale. Si le premier traitement échouait, on se confierait alors à une autre école thérapeutique. En cas de fractures, dans les trois groupes, y compris celui des infirmiers, on consulterait à l'unanimité un maalem et, en cas d'échec, un autre maalem, également à l'unanimité! Ces réponses univoques émanent de la frange la plus «européanisée» de la population de Tata; elles permettent de comprendre l'attitude du reste de la population face aux fractures.

Aux échecs que je leur citais des traitements par les maalems, mes infirmiers m'ont opposé des quantités d'exemples, incontrôlables, de fractures mal remises dans les hôpitaux et parfois recassées par des maalem puis traitées avec succès! Un infirmier avait d'ailleurs perdu une jambe dans un grand hôpital, par une extension collée mal surveillée, sur une fracture de fémur banale. On reproche en particulier aux médecins leurs plâtres qui entraîneraient ankylose et atrophie musculaire, leurs réductions médiocres, les ostéites post-opératoires, bref, leur réputation dans ce domaine est sans nuances. Le préjugé défavorable, des citoyens surtout, peut se comprendre partiellement en fonction de ce qui a été dit plus haut de la formation insuffisante des médecins, cause d'un nombre d'échecs objectivement élevé, mais que la légende populaire a encore exagéré, alors que les traitements réussis ne font pas parler d'eux.

Mais cette légende repose sur des concepts collectifs plus profonds, mieux perceptibles en milieu rural, où des interactions transculturelles moins complexes se livrent plus aisément à l'analyse. Les guérisseurs traditionnels sont consultés à cause de leur pouvoir magique ou religieux, l'origine des maladies étant attribuée à des causes surnaturelles [2]. Seules les fractures font exception et le rebouteux est considéré comme un technicien à qui on ne prête aucun pouvoir surnaturel. Son titre de maalem peut se traduire par «maître ouvrier», car il qualifie aussi un maçon ou un mécanicien expérimenté. A l'opposé, la haute technicité matérielle et manuelle du médecin est paradoxalement interprétée comme une pure magie, car elle est

incompréhensible dans cette culture, donc ésotérique. Malgré tout le prestige du médecin, considéré comme un magicien, on ne peut lui adresser la seule pathologie attribuée à une cause naturelle.

Conclusion: fonction sociale des rebouteux

Ces traumatologues traditionnels, pratiquant dans tout le pays, des grandes agglomérations aux moindres villages, représentent dans ces conditions une richesse sociale actuellement irremplaçable. Globalement, pour l'ensemble de la population, leurs prestations sont d'une efficacité bien supérieure à celle du corps médical, trop peu nombreux, insuffisamment formé et trop centralisé. Ces traitements sont économiques à l'extrême, pratiqués avec du matériel banal, sans aide ni ingérence de l'Etat ou des institutions sociales, sans l'intervention d'une structure sanitaire monopolisant le droit de soigner et aliénant l'individu. Au Maroc plus encore que chez nous, le malade se sent passif, soumis, étranger, «exproprié de sa santé» dans l'univers médico-chirurgical. La formation des nombreux traumatologues ne coûte rien aux institutions sanitaires, qui peuvent ainsi consacrer leurs efforts à des tâches plus importantes.

Mais les médecins rencontrés au Maroc et les autorités médicales voient dans ces rebouteux des ennemis de la santé publique, des charlatans malfaisants dont il faut combattre les activités, bien qu'on ne soit pas en mesure d'assurer leur relève. Après avoir étudié leur travail à Tata, j'estime qu'il faut au contraire les valoriser, encourager la formation de leurs élèves, au besoin étudier leurs méthodes et leur permettre de les améliorer.

A côté de la technique et de l'expérience, il existe un don de guérir, indépendant des diplômes, et que l'on rencontre plus souvent chez des guérisseurs que chez des médecins. Le meilleur thérapeute n'est pas le plus savant, mais celui qui guérit les autres. Et je dois reconnaître que, de mon cabinet en Suisse, j'adresse des patients – souffrant en général de troubles de leur système locomoteur non catalogués par nos facultés – à certains rebouteux de la région.

Résumé

Dans l'ensemble du Maroc pratiquent des traumatologues traditionnels, spécialisés dans le traitement des fractures. A travers une vingtaine de cas étudiés au cours d'une activité médicale de trois ans dans le Grand Sud marocain, leur technique originale est décrite et son efficacité évaluée. Des hypothèses sont proposées pour expliquer la préférence de la population envers ces traitements au détriment des méthodes médicales, qui jouissent d'une mauvaise réputation. Dans la situation actuelle, l'infrastructure médicale n'est pas en mesure de remplacer les prestations de ces rebouteux, ni en qualité – à l'exception des grands centres – ni surtout en quantité. Leurs activités sont décentralisées, socialement intégrés, économiques enfin pour la population et pour l'Etat. Ces réflexions mènent à la conclusion qu'il faudrait, au besoin en l'améliorant, favoriser la pratique de ces traumatologues.

Summary

The Treatment of Fractures by Traditional Bonesetters in Morocco
Traditional traumatologists, specialized in the treatment of fractures, practise throughout Morocco. Their original technique is de-

scribed and its efficiency evaluated through twenty or so cases studied during three years of medical work in the Great South of the country. Theories are propounded to explain the population's preference for these treatments to the detriment of the medical methods, which have a bad reputation. In the present situation, the medical infrastructure is unable to replace the benefits of these bonesetters, neither in quality—with the exception of the main centres—nor, above all, in quantity. Their activities are decentralized, socially integrated and economical for both the population and the state. These considerations lead to the conclusion that their practice should be maintained, improving it if need be.

Zusammenfassung

Die Behandlung von Knochenbrüchen durch traditionelle Heilpraktiker in Marokko

Auf Knochenbrüche spezialisierte traditionelle Heilpraktiker haben ihr Betätigungsfeld in ganz Marokko. Ihre ursprüngliche Technik wird beschrieben, und deren Wirksamkeit wird während dreier Jahre medizinischer Arbeit im Süden des Landes an ungefähr zwanzig Fällen erprobt.

Es werden Theorien vorgeschlagen, die erklären sollen, warum die Bevölkerung diesen Behandlungen – zum Nachteil der medizinischen Methoden, die einen schlechten Ruf genießen – den Vorzug gibt. In der gegenwärtigen Situation ist die medizinische Infrastruktur nicht in der Lage – mit Ausnahme der grossen Zentren –, weder in der Qualität noch insbesondere in der Quantität die Leistungen dieser Heilpraktiker zu ersetzen. Ihre Aktivitäten sind dezentralisiert, sozial integriert und ökonomisch sowohl für die Bevölkerung als auch für den Staat. Diese Betrachtungen führen zum Schluss, dass ihre Tätigkeit unterstützt und, wenn nötig, verbessert werden sollte.

Bibliographie

- [1] *Choffat, C., et F.*, Sur les traces d'Ounamir, une expérience de coopération dans une oasis présaharienne. La Baconnière, Neuchâtel 1978.
- [2] *Choffat, F.*, Aït-Baha-ou-Baha. étude de santé publique dans un village marocain, Revue de Psychopathologie Africaine, vol. IV, No 3, 1968 (Dakar 1969).

Bibliographie sommaire sur les soins de santé primaires et la promotion de la santé par l'éducation et la participation

*J. Martin*¹

- Bryant, J. H.*, Health and the Developing World, Ithaca, New York (Cornell University Press, 1969). Traduit en français: Santé publique et développement (Paris, Les Editions Internationales, Tendances Actuelles, 1972).
- Bryant, J. H.*, L'agent de santé communautaire, lien entre la collectivité et le système de soins médico-sanitaires, Chronique OMS 32, 156–160 (1978).
- Bureau d'études et de recherches pour la promotion de la santé. B. P. 1977, Kangu-Mayombe, Zaïre (dir.: Dr Jacques Courtejoie). Série de brochures pour l'éducation sanitaire du public, de boîtes à images et de manuels à l'intention du personnel infirmier et auxiliaire.
- Centre international de l'enfance, La santé de la famille et de la communauté, Les Classiques Africains (Editions Saint-Paul, 184, av. de Verdun, 92130 Issy-Les-Moulineaux, France, 1976).
- Degrémont, A.* (ed.), Community Health in Developing Countries (several articles), Acta Tropica 34, No 3, 187–256 (1977).
- Djukanovic, V., et Mach, E. P.*, Comment répondre aux besoins sanitaires des populations dans les pays en voie de développement (Genève, Organisation mondiale de la santé, 1975).
- Donnard, J.-F.*, Soins de santé primaires, L'enfant en milieu tropical, Nos 108–109 (1977).
- Entwicklungshilfe (mehrere Artikel). Schweizerische Ärztezeitung, Nos 22, 997–1011 (1978).
- Flahault, D.*, Rapports entre les agents de santé communautaire, les services de santé et la collectivité, Chronique OMS 32, 161–165 (1978).
- Gachoud, P.*, Le promoteur de santé – Médecin aux pieds nus de la Cordillère des Andes, Revue médicale de la Suisse romande 97, 361–364 (1977).
- Gachoud, P.*, L'auxiliaire volontaire de santé, thèse de doctorat, Institut de médecine sociale et préventive, Université de Genève, Editions Médecine et Hygiène, 1978.
- Garcia, J. S.*, The auxiliary health worker in community health, Tropical Doctor 8, 90–94 (1978).
- Holmes, A. C.*, Health Education in Developing Countries (London, Thomas Nelson and Sons, Ltd., 1964).
- Horn, J. S.*, Away With All Pests (An English Surgeon in People's China: 1954–1969). (New York, Monthly Review Press, Modern Reader Paperback, 1971) (aussi publié en Grande-Bretagne).
- Isely, R. B., et Martin, J. F.*, Le comité de santé de village: point de départ du développement rural, Chronique OMS 31, 331–340 (1977).
- Jeanneret, O.* (éd.), Education pour la santé, Gesundheitserziehung, Médecine sociale et préventive, Berne, 22, Nos 5 et 6, 210–354 (1977).
- King, M., King, F., et Mariodipoero, S.*, Primary Child Care—A Manual for Health Workers, Oxford, Delhi, Kuala Lumpur (Oxford University Press, 1978).
- Leedam, E. J.*, Community Nursing Manual, Singapore (McGraw-Hill International Book Company, 1972).
- Martin, J.*, L'étude pratique de la famille – Un outil essentiel dans la formation des professions de la santé. Revue médicale de la Suisse romande 97, 249–257 (1977).
- Martin, J.*, L'action éducative dans les soins de santé de base, Courrier (du Centre international de l'enfance) 27, No 3, 221–227 (1977). Réimprimé dans Revue internationale de pédiatrie, No 79, 53–62, février 1978.
- Martin, J.*, Le patient actif – Une évolution nécessaire, Chronique OMS 32, 55–61 (1978).
- Martin, J.*, Alma Ata: consécration solennelle de l'approche «soins de santé primaires» – Comment se traduira-t-elle dans les faits? (éditorial), Revue internationale d'éducation pour la santé 21, 146–148 et 214 (1978) (a aussi été publié en anglais et en allemand), 1978.
- Martin, J.*, Les soins de santé primaires – Notes rapportées de la Conférence d'Alma Ata, Bulletin des médecins suisses, 2258–2261, 13 décembre 1978.
- Martin, J.*, La mise en œuvre de programmes de soins de santé primaires – Enseignements et défis de la Conférence

¹ Médecin cantonal adjoint, Service de la santé publique, 1001 Lausanne.