

MINISTERE DE L'EDUCATION

\*\*\*\*\*

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple - Un but - Une foi

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DU MALI

\*\*\*\*\*

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE : 2001

Thèse N° <sup>92</sup>.....

**SANTE MATERNELLE ET INFANTILE**  
**ANALYSE DES SYSTEMES MEDICAUX ORDINAIRES ET SAVANTS**  
*Le cas de l'Association Villageoise de Majale à l'Office du Niger*  
*(République du Mali)*

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le ..... 2001 devant la Faculté de Médecine,  
de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Par Mlle **NDJOCK TECKY Jana Armelle**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

.....**JURY**.....

Président : Pr. Mamadou Marouf KEITA

Membres : Dr. Mamadou TRAORE

Dr. Massambou SACKO

Directeur : Pr. Arouna KEITA *in memoriem*

Co-directeurs : Pr. Abdel Kader TRAORE

Dr. Samba DIOP

Financé par Point Sud, Centre de Recherche sur Le Savoir Local ; *Muscler le Savoir*  
*Local/Fondation Volkswagen/99/5*

MINISTERE DE L'EDUCATION

\*\*\*\*\*

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple - Un but - Une foi

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DU MALI

\*\*\*\*\*

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE : 2001

Thèse N° <sup>92</sup>.....

**SANTE MATERNELLE ET INFANTILE**  
**ANALYSE DES SYSTEMES MEDICAUX ORDINAIRES ET SAVANTS**  
*Le cas de l'Association Villageoise de Majale à l'Office du Niger*  
*(République du Mali)*

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le ..... 2001 devant la Faculté de Médecine,  
de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Par Mlle **NDJOCK TECKY Jana Armelle**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

.....**JURY**.....

Président : Pr. Mamadou Marouf KEITA

Membres : Dr. Mamadou TRAORE

Dr. Massambou SACKO

Directeur : Pr. Arouna KEITA *in memoriam*

Co-directeurs : Pr. Abdel Kader TRAORE

Dr. Samba DIOP

Financé par Point Sud, Centre de Recherche sur Le Savoir Local ; *Muscler le Savoir*  
*Local*/Fondation Volkswagen/99/5

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE  
ANNEE UNIVERSITAIRE 2000 - 2001**

**ADMINISTRATION**

DOYEN : MOUSSA TRAORE - PROFESSEUR

1<sup>ER</sup> ASSESSEUR : AROUNA KEITA - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

2<sup>EME</sup> ASSESSEUR : ALHOUSSEYNI AG MOHAMED - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE : YEHIHA HIMINE MAIGA - CONTROLEUR DE TRESOR

**LES PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Aliou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**

**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

**2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

**3. MAITRES DE CONFERENCES**

Mme SY Aïssata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

**4. MAITRES ASSISTANTS**

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale

## D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

### 1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE Toxicologie

### 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA Matière Médicale  
Mr Ousmane DOUMBIA Pharmacie Chimique  
Mr Flabou BOUGOUDOGO Bactériologie - Virologie

### 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA Législation  
Mr Elimane MARIKO Pharmacologie, **Chef de D.E.R.**

### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO Matières Médicales  
Mr Alou KEITA Galénique  
Mr Ababacar I. MAIGA Toxicologie  
Mr Yaya KANE Galénique

## D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

### 1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

### 2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA Santé Publique

### 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE Anthropologie  
Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE Santé Publique  
Mr Adama DIAWARA Santé Publique  
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique  
Mr Massambou SACKO Santé Publique

### CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Arouna COULIBALY	Mathématiques
Mr Mamadou Bocary DIARRA	Cardiologie
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie Médicale

### ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. A.E. YAPO	BIOCHIMIE
Pr. M.L. SOW	MED. LEGALE
Pr. Doudou BA	BROMATOLOGIE
Pr. M. BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr. Babacar FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr. Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Pr. Mounirou CISSE	HYDROLOGIE
Dr. G. FARNARIER	PHYSIOLOGIE

## **Abréviations, sigles et définition des termes**

AOF : Afrique occidentale française

AM : Automédication moderne=automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques

AT : Automédication traditionnelle = automédication ordinaire à base de plantes médicinales

BCG : Bacille Calmett et Guérin

CSCoM : Centre de santé communautaire

DIU : Dispositif intra utérin

DMT : Département de médecine traditionnelle

FMPOS : Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

MST : Maladie sexuellement transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ON : Office du Niger

ONG : Organisation non gouvernementale

ORL : Oto-rhino-laryngologie

SRO : Solution de réhydratation orale

TT : Thérapeute traditionnel = tradithérapeute

**Fièvre** : Température axillaire  $> 37,5^{\circ}\text{C}$

### **Médecine traditionnelle**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la médecine traditionnelle est l'ensemble de toutes les connaissances, usages de substances démesurées et pratiques explicables ou non, basées sur les fondements socioculturels et religieux d'une collectivité donnée, s'appuyant par ailleurs exclusivement sur les expériences vécues et des observations transmises de générations en générations oralement ou par écrit et utilisées pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre de bien être physique, mental et social.

### **Tradithérapeute**

Selon la même source, une personne qui est reconnue par la collectivité dans laquelle elle vit comme compétente pour dispenser les soins de santé grâce à l'emploi de substances végétales, animales, minérales et d'autres méthodes basées sur les fondements socioculturels et religieux aussi bien que sur les connaissances, comportements et croyances liés au bien-être physique, mental et social ainsi qu'à l'étiologie des maladies et invalidités en prévalence dans la collectivité.

## Vocabulaire bamanan

<u>Bambara</u>	<u>Equivalent français</u>	<u>Comme dans :</u>	<u>Traduction française</u>
<b>a</b>	amitié	araba	mercredi
<b>b</b>	biscuit	bana	maladie
<b>c</b>	tchèque	ciibaa	envoyé
<b>d</b>	don	dege	apprendre
<b>e</b>	élève	kelen	un
<b>ε</b>	mètre	here	bonheur
<b>f</b>	feu	fa	folie, père
<b>g</b>	langue	gua	foyer
<b>h</b>	héros	hakili	mémoire
<b>i</b>	idée	miri	pensée
<b>j</b>	(arabe: hadj)	jama	foule
<b>k</b>	képi	kan	cou
<b>l</b>	lait	laban	fin
<b>m</b>	mesure	muso	femme
<b>n</b>	nez	nimisa	regret
<b>ɲ</b>	besogne	ɲangili	punition
<b>ŋ</b>	(anglais : song)	ɲana	rusé
<b>o</b>	rose	bolo	bras
<b>ɔ</b>	crosse	tɔɔ	peine, ennui
<b>p</b>	peu	palan	
<b>r</b>	ré (roulé)	arajo	radio
<b>s</b>	soif	sen	ped
<b>t</b>	têtu	tarata	mardi
<b>u</b>	douleur	tukuci	vaccination
<b>w</b>	ouate	wari	argent
<b>y</b>	yeux	yɛreta	indépendance

### Sons vocaliques

**Dafalen**  
(voyelles brèves)

a : ba  
e : se  
ε : kε  
i : si  
o : ko  
ɔ : kɔ  
u : ku

**Nunnadafalen**  
(voyelles nasales)

an : ban  
en : sen  
ɛn : kɛn  
in : sin  
on : kon  
ɔn : dɔn  
un : kun

**Dafalensamanen**  
(voyelles longues)

aa : baara  
ee : seere  
εε : fεere  
ii : miiri  
oo : boolo  
ɔɔ : tɔɔɔ  
uu : duuru

## Dédicaces

*Si quelqu'un d'entre vous manque de sagesse, qu'il la demande à Dieu, qui donne à tous simplement et sans reproche, et elle lui sera donnée. (Jacques 1 : 5)*

### **A mon père, MATIP NDJOCK Henry Pajarito**

Petite encore j'avais choisi la médecine. Heureux tu m'as dit que tu souhaiterais que je fasse ophtalmologie, anesthésie ou pharmacopée. Le Seigneur dans sa grande bonté a écouté tes prières car me voici dans mon initiation aux savoirs locaux en santé où l'humain est au centre des préoccupations : la pharmacopée savante et d'expertise. Ce travail est mon affection, ma reconnaissance et mon hommage à ta personne.

### **A ma mère, NGO NDOMB Esther Céline**

Tu as toujours voulu le meilleur pour tes enfants. Ton amour, tes conseils et tes encouragements ne nous ont jamais manqué. Tous ces mots ne peuvent pas exprimer ce que je ressens. Pour les principes que tu nous a inculqués et pour tous les sacrifices que tu as consentis, trouve dans ce modeste travail, honneur et écho à ton appel à persévérer davantage. je te remercie maman, je t'aime !

### **A mes frères, LIKWAI NDJOCK Stéphane Clifford ; MATIP NDJOCK Henry Emeri ; LIBII NDJOCK Pierre Terry**

C'est avec vous que j'ai réalisé ce travail. Malgré toutes ces années de séparation vous ne m'avez pas quitté une seule fois. Préservons toujours cet amour qui nous lie. Merci à vous, je vous suis très reconnaissante, je vous aime !

### **A mes grand parents,**

Feu NDJOCK Isaac et feu NDOMB MAHOUND Jean, je suis sûr que vos bénédictions me protègent et guident mes pas.

NGO TECKY Esther et madame NGO NKOKOM Miriame, votre petite fille vous remercie.

### **A ma sœur, NGO NDOMB Esther Michèle**

### **A N'DA N'GUESSAN Anastase MIAN**

Tu as été pour moi bien plus qu'un ami. Auprès de toi j'ai beaucoup appris. Merci pour ton amour, ta patience et pour tes conseils; que le seigneur guide tes pas, je t'embrasse !



## Remerciements

### **A la famille BA**

Auprès de vous j'ai appris l'humilité, la simplicité et la générosité. Vous avez été ma famille. Ce travail est le fruit de vos encouragements et de votre soutien. Trouvez ici mes sincères remerciements, que Dieu vous récompense !

### **A la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie**

Pour la qualité de l'enseignement dispensé et l'entière disponibilité du corps professoral. Nos sincères remerciements.

### **Au docteur Samba DIOP**

En initiant ce travail, vous aviez répondu à mes attentes de réaliser l'un de mes vœux les plus chers la pharmacopée traditionnelle en milieu de terroir. J'espère avoir répondu aux vôtres, attentes liées à l'analyse des axes de développement local auprès de l'Association villageoise de Manyale, je vous remercie pour votre confiance !

### **Au POINT SUD, Centre de recherche sur le savoir local**

Vous direz certainement que je mérite d'être à l'avant-scène de ce travail, je dois cependant avouer que j'ai encore de la peine à réaliser les efforts et sacrifices consentis afin que je puisse honorer les exigences éthiques de mes recherches à la fois de base (ethnographie et éthique des soins ordinaires, savants et conventionnels) que celles orientées vers la résolution des problèmes soulevés. En effet, conformément aux objectifs tels de muscler le savoir local, j'espère que cette recherche de base d'étudiante praticienne (nous insistons là-dessus !) soit à la hauteur des moyens financiers, logistiques et bibliographiques mis à ma disposition. Aussi, j'espère que vous y trouverez satisfaction et je vous remercie de nous permettre de disposer de vos compétences, expertises et autorités en anthropologie !

### **Au professeur Amadou DIALLO, chef du DER de biologie**

En mentor, vous avez toujours su me guider à travers mes programmes pédagogiques et mes traversées sociales. Je vous remercie pour toute votre disponibilité qui ne m'a pas encore fait défaut dans la révision de ce travail où vos pertinentes remarques et suggestions m'ont permis de l'améliorer.

### **A mes oncles et tantes**

En reconnaissance de tout ce que vous avez fait pour moi.

### **A mes cousins et cousines**

En témoignage de mon affection.

**A ma tante NGO NDOMB Louise Alice**

Ta disponibilité et ton soutien ne m'ont jamais manqué. Trouve ici l'expression de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

**Aux familles ELOUGE-BENG ; NGALLE ; NDI ;**

En témoignage des liens qui nous unissent, je voudrais que vous trouviez dans ce travail le fruit des efforts que vous avez consentis à mon égard.

**A EYIKE Flore Thérèse Christine et ESSANGUI DJANGUI Fierté Flacide**

Que la confiance et l'amitié qui règnent entre nous restent inébranlables. Courage et bonne chance. Que le Seigneur répande sur vous sa grâce.

**A mes amis** TCHUENTE Cyrille ; NGUENAN Monique ; YASSI DUI Eric ; KOUAKOU Antoine ; KODJO ; William EDJEME ; Romain TOHOURI, NJINGA Vincent de Paul et NJINGA Hubert ; Angèle

En témoignage de votre sympathie et de votre affection.

**A la "PROMO"**, TANGNING Clémentine, NOUMSI Nathalie, BELEK Blanche, NANCI Valérie, OUOTCHUENG Viviane, NGUETSA Christian, FOKO Valéri, YAYA Désiré, FOKO Justin, BODA Josiane, MEWA Irène

Que le terme "promo" ne soit pas un vain mot. Succès et réussite dans votre carrière professionnelle et sociale.

**A Aly BARRY**

Tu es un ami. Je reste persuadée que rien ne pourra briser ces liens d'amitié si appréciés. Merci pour ton affection et ta disponibilité pour tout ce qui me concerne.

**A la famille SANGARE**

Vous m'avez accepté dans votre maisonnée où j'ai appris à développer mes possibilités sociales qui m'ont apporté beaucoup de sérénité autant au sein de votre famille au Village du Point G qu'à Manyale. Soyez assurés de ma profonde sympathie !

**A mes co-locataires boursiers du POINT SUD**, Isaïe DOUGNON, Mamoutou KOUREISSI, Wamian DIARRA, Mamadou DIALLO, Aly BARRY et Soriba DIAKITE.

Je garde tout au fond de mon cœur le souvenir d'une franche et transparente collaboration.

**Au Département de Médecine Traditionnelle**

A tout le personnel, merci pour votre collaboration.

**Au docteur Daye TALL**

Pour ta contribution efficace à ma formation et ta spontanéité

**Au dojo de la B.I.M et toute l'équipe de gymnastique**

J'ai trouvé un équilibre mental et physique nécessaire à une bonne réflexion auprès de votre simplicité.

**A la population de MANYALE**

Assimi DIARRA, ressortissant de Manyale à Bamako, mon correspondant ; Feu Sidi COULIBALY chef du village; Bakari TRAORE mon guide interprète; Faduga COULIBALY; Koni JARA et tous les autres, sans vous ce travail n'aurait pas pris forme.

**Aux agents** du centre de santé communautaire de Molodo, du cabinet médical privé de Molodo et au chef du centre de santé de Niono

Pour votre collaboration, trouvez ici mes sincères remerciements.

**A la communauté camerounaise au Mali**

**A toutes les communautés estudiantines étrangères au Mali**

**Au Mali**

## **Remerciements aux membres du jury**

**A notre maître et président du jury**

**Professeur Marouf KEITA**

Professeur titulaire de pédiatrie ; Chef du service de pédiatrie au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE.

*Nous sommes fiers de vous avoir comme maître en pédiatrie. Merci cher maître d'accepter de présider ce jury.*

**A notre maître et juge**

**Docteur Mamadou TRAORE**

Gynécologue accoucheur ; Maître-Assistant à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

*Nous vous remercions très sincèrement d'avoir accepté de juger ce travail.*

**A notre maître et juge**

**Docteur Massambou SACKO**

Spécialiste en santé publique ; Maître-Assistant à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie ; Coordinateur pédagogique du Cours supérieur d'épidémiologie appliquée pour cadres supérieurs de la santé pour l'Afrique ; Chercheur du Programme National de Lutte contre le Paludisme ; Coordinateur de la recherche sur la qualité et l'équité dans l'accès aux soins en milieu urbain dans le district de Bamako.

*Vous nous faites un grand plaisir en acceptant de venir juger ce travail.*

**A notre maître et co-directeur**

**Docteur Abdel Kader TRAORE**

Maître de conférence agrégé au service de médecine interne à l'hôpital du Point G ; coordinateur de Programme National de Lutte contre la Carence en Iode ; Editeur principal de DIGEST SANTE Mali.

*C'est un grand honneur et un grand plaisir que vous nous faites en acceptant d'être à nos côtés pour juger ce travail.*

**A notre maître et co-directeur de thèse**

**Docteur Samba DIOP**

Maître es Sciences de la Vie, de la Terre et de la Nature ; DEA d'Ecologie Humaine et d'Anthropologie ; Docteur es Sciences : Écologie Humaine et Santé ; Doctorant Ph.D d'anthropologie (générale, démographique et médicale) et d'ethnoépidémiologie, FMPOS-TDR/OMS, Université de Montréal.

*Nous demeurons convaincu, avec l'aplomb que vous aviez eu à me confier, à m'imposer l'initiation en parler et à la transcription bamanan à la DNAFLA, à m'avoir vivement conseillé de me mettre sous l'autorité de notre regretté Professeur et Maître, le Pr Arouna Keïta et d'un clinicien, mais encore à m'avoir expédié à Manyale avec votre seule parole avec pour obligation de me concilier les acteurs sociaux locaux, vous m'aviez permis de m'éprouver en chercheur praticienne de terrain que j'espère davantage développer !*

**A notre maître et directeur de thèse**

**Feu Professeur Arouna KEITA**

Maître de conférence agrégé de pharmacognosie à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie ; Chef du DMT à l'Institut National de Recherche en Santé Publique et du centre collaborateur OMS/médecine traditionnelle ; Coordinateur du programme de Médecine traditionnelle au CAMES ; Professeur de matières médicales à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie ; Chevalier de l'Ordre National du Mali.

*Votre départ prématuré laisse un grand vide au monde scientifique. Cependant, je suis assurée que votre contribution sera toujours honorée par nous tous au Mali, en Afrique et au-delà. Que votre âme repose en paix !*

## Liste des tableaux et des figures

	<u>Pages</u>
TABLEAU I : Distribution des enfants de 0 à 5 ans en fonction de l'âge	38
TABLEAU II : Distribution des enfants de 0 à 5 ans en fonction du sexe	38
TABLEAU III : Distribution des enfants de 0 à 5 ans en fonction de la résidence	38
TABLEAU IV : Distribution des femmes de 14 à 49 ans en fonction des âges	40
TABLEAU V : Distribution des femmes de 14 à 49 ans en fonction de la résidence	40
TABLEAU VI : Fréquence des pathologies diagnostiquées au mois de novembre	41
TABLEAU VII : Fréquence des pathologies diagnostiquées au mois de décembre	42
TABLEAU VIII : Fréquence des pathologies diagnostiquées au mois d'avril	44
TABLEAU IX : Fréquence des pathologies diagnostiquées au mois de mai	45
TABLEAU X : Fréquence des pathologies diagnostiquées au mois d'août	48
TABLEAU XI : Fréquence des pathologies diagnostiquées au mois de septembre	49
TABLEAU XII : Fréquence des diagnostics ordinaires des mères et des femmes	54
TABLEAU XIII : Perception des mères et des femmes face au diagnostic du paludisme	59
TABLEAU XIV : Diagnostics ordinaires du paludisme en fonction de l'âge des enfants	59
TABLEAU XV : Perception des mères et des femmes face au diagnostic de la dysenterie	61
TABLEAU XVI : Diagnostics ordinaires de la dysenterie en fonction de l'âge des enfants	62
TABLEAU XVII : Perception des mères et des femmes face au diagnostic de la bilharziose	62
TABLEAU XVIII : Perception des mères et des femmes face au diagnostic de la diarrhée infectieuse	62
TABLEAU XIX : Perception des mères et des femmes face au diagnostic de la bronchite/pharyngite	63
TABLEAU XX : Diagnostics ordinaires des bronchites/pharyngites en fonction de l'âge des enfants	63
TABLEAU XXI : Perception des mères et des femmes face au diagnostic de détresse respiratoire/bronchiolite/pneumonie	64
TABLEAU XXII : Association de lieux et types de traitements en fonction des maladies	96
TABLEAU XXIII : Médicaments modernes utilisés par les mères et les femmes pour l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques	98

TABLEAU XXIV : Classification du nombre de grossesse par femmes	197
TABLEAU XXV : Comparaison de la classification des signes émis par les mères et de la classification de leurs diagnostics ordinaires pendant la saison sèche fraîche	206
TABLEAU XXVI : Comparaison de la classification des signes émis par les mères et de la classification de leurs diagnostics ordinaires pendant la saison sèche chaude	207
TABLEAU XXVII : Comparaison de la classification des signes émis par les mères et de la classification de leurs diagnostics ordinaires pendant la saison de pluies	208
TABLEAU XXVIII : Comparaison de la classification des signes émis par les femmes et de la classification de leurs diagnostics ordinaires pendant la saison sèche fraîche	211
TABLEAU XXIX : Comparaison de la classification des signes émis par les femmes et de la classification de leurs diagnostics ordinaires pendant la saison sèche chaude	212
TABLEAU XXX : Comparaison de la classification des signes émis par les femmes et de la classification de leurs diagnostics ordinaires pendant la saison de pluies	213
TABLEAU XXXI : Coûts approximatifs des traitements donnés en fonction des maladies	249
FIGURE I : Carte de l'Office du Niger	6
FIGURE II : Lieux et types de traitement du <i>kənɔdimi</i> concernant les enfants en notre absence	73
FIGURE III : Lieux et types de traitement du <i>sumaya</i> concernant les enfants en notre absence	74
FIGURE VI : Lieux et types de traitement du <i>kolobɔ</i> concernant les enfants en notre absence	74
FIGURE V : Lieux et types de traitement du <i>tɔɔtɔɔni</i> concernant les enfants en notre absence	75
FIGURE VI : Lieux et types de traitement du <i>mura</i> concernant les enfants en notre absence	75
FIGURE VII : Lieux et types de traitement du <i>kənɔdimi</i> concernant les femmes en notre absence	77
FIGURE VIII : Lieux et types de traitement du <i>kungolodimi</i> concernant les femmes en notre absence	78

FIGURE IX : Lieux et types de traitement du <i>sumaya</i> concernant les enfants durant notre présence	84
FIGURE X : Lieux et types de traitement du <i>kənədimi</i> concernant les enfants durant notre présence	85
FIGURE XI : Lieux et types de traitement du <i>mura</i> concernant les enfants durant notre présence	85
FIGURE XII : Lieux et types de traitement du <i>kənəboli</i> concernant les enfants durant notre présence	86
FIGURE XIII : Lieux et types de traitement du <i>səgəsəgə</i> concernant les enfants durant notre présence	86
FIGURE XIV : Lieux et types de traitement du <i>kolobə</i> concernant les enfants durant notre présence	87
FIGURE XV : Lieux et types de traitement du <i>təgətəgəni</i> concernant les enfants durant notre présence	87
FIGURE XVI : Différentes périodes de consultations prénatales des femmes de Maṇale	196
FIGURE XVII : Différentes entités émises par les mères d'enfants pour les symptômes diarrhée, fièvre et vomissements pendant la saison sèche fraîche	205
FIGURE XVIII : Différentes entités émises par les mères d'enfants pour les symptômes diarrhée, fièvre et vomissements pendant la saison sèche chaude	207
FIGURE XIX : Différentes entités émises par les mères d'enfants pour les symptômes diarrhée, fièvre et vomissements pendant la saison des pluies	208
FIGURE XX : Différentes entités émises par les femmes pour l'épisode morbide "frissons" pendant la saison sèche fraîche	211
FIGURE XXI : Différentes entités émises par les femmes pour l'épisode morbide "céphalées" toutes les saisons confondues	212



## Listes et planches des photographies

		<u>Pages</u>
PHOTO n° 1 : Séance de vaccination des enfants de 0 à 5 ans Mapale, novembre 99. Polio orale et vitamine A.		39
PHOTO n° 2 : Dabadableni	<i>Euphorbia hirta</i> .L	139
PHOTO n° 3 : Nongiku	<i>Heliotropium indicum</i> .L	140
PHOTO n° 4 : Nɔrɔnamba	<i>Pupalia lappacea</i> (l) Juss	141
PHOTO n° 5 : Tinjurula	<i>Crotalaria atrorubens</i> Hochst	141
PHOTO n° 6 : Nyɔkɔrɔjalani (jalanikunan)	<i>Cassia nigrican</i> Vahl	142
PHOTO n° 7 : Bakɔri	<i>Abutilon pannosum</i> (Forsk.f)	143
PHOTO n° 8 : Ntimin-ntiminin	<i>Scoparia dulcis</i> .L	144
PHOTO n° 9 : Dubalen	<i>Ficus thonningii</i> Blume	145
PHOTO n° 10 : Ciinba	<i>Eriosema psorateoides</i> (G.Don)	145
PHOTO n° 11 : Gerenaje	<i>Punica granatum</i> L	146
PHOTO n° 12 : Gɛsɛmɛ	<i>Bauhinia rufescens</i> Lam	147
PHOTO n° 13 : Ntomɔnɔn	<i>Zizyphus mauritiana</i> -Lam	148
PHOTO n° 14 : Tubabukoronifin	<i>Lantana camara</i> . L	149
PHOTO n° 16 : Jun	<i>Mitragyna inermis</i> -korth	150
PHOTO n° 17 : Nteke = drama	<i>Cordia myxa</i>	151
PHOTO n° 18 : Konokaje	<i>Nelothria maderaspatana</i>	151
PHOTO n° 19 : N'gɔlɔbe	<i>Combretum micranthum</i> G	152
PHOTO n° 20 : Samanteku	<i>Chrozophora senegalensis</i> (Lam)	153
PHOTO n° 21 : Weje	<i>Eugenia nigerina</i> (A chev)	153
PHOTO n° 22 : Sayijiri	<i>Mimosa pigra</i>	154
PHOTO n° 23 : Toro (Toroba)	<i>Ficus gnaphalocarpa</i> (Mig) ;	154
Cangaraje	<i>Combretum crotonoïdes</i> (Hutch)	155
PHOTO n° 24 : N'tonge	<i>Xinemia americana</i> (L)	156
PHOTO n° 27 : ηuna	<i>Sclerocarya birrea</i> (A.Rich) Hochst	157
PHOTO n° 28 : Sirakɔrɔshwane	<i>Maerua oblongifolia</i>	157
PHOTO n° 29 : Wɔlɔje	<i>Terminalia avicennioïdes</i> Guill et Perv	158
PHOTO n° 30 : Samanèrè	<i>Entada africana</i> Guill et Perv	159

PHOTO n° 31 : Zere, (Zerenidje)	<i>Ficus dokdokna</i> (mig) A.rich	160
PHOTO n° 32 : Kunje	<i>Guiera senegalensis</i> (T.Fanal)	161
PHOTO n° 33 : Kurisiniwuli	<i>Jatropha curcas</i> (L)	162
PHOTO n° 34 : Kenige jɔ	<i>Sorghum bicolor</i> (LInn)	163
PHOTO n° 35 : Dongoro	<i>Acacia macrostachya</i>	164
PHOTO n° 36 : Nkerenkada	<i>Hibiscus panduriformis</i> Burn	164
PHOTO n° 37 : Kunanibulu	<i>Strophantus sarmontosus</i> (DC)	165
PHOTO n° 38 : jamejɔni	<i>Centaurea perrohetri</i> DC	166
PHOTO n° 39 : Nbalanbalafin	<i>Cassia occidentalis</i>	167
PHOTO n° 40 : Jangonani (barakante)	<i>Commiphora africana</i>	168
PHOTO n° 41 : Nzɔjɛ (Nsɔyin)	<i>Leptadenia hastata</i> (pers) Decne	169
PHOTO n° 42 : Patugu	<i>Acacia senegal</i>	170
PHOTO n° 43 : Sinjan	<i>Cassia sieberiana</i> DC	171
PHOTO n° 44 : Berecɛ	<i>Boscia angustifolia</i> (A.Rich)	172
PHOTO n° 45 : Barakala	<i>Periostrophe bicalyculata</i> (Retz)	172
PHOTO n° 46 : Nere	<i>Parkia biglobosa</i> (jacq) Benth	173
PHOTO n° 47 : N'diene	<i>Securinega virosa</i> (pax et hoffm)	174
PHOTO n° 48 : Tiganinguru	<i>Voandzeia subterranea</i> (L).Dc	175
PHOTO n° 49 : Nasebe	<i>Gynandropsis gynandra</i> (L)	176
PHOTO n° 50 : Ntiribara	<i>Cochlospermum tinctorium</i> (A.Rich)	177
PHOTO n° 51 : N'gɔku	<i>Nymphaea lotus</i> (L)	178
PHOTO n° 52 : Kolosijiri		178
PHOTO n° 53 : Sopuku	<i>Lonchocarpus laxiflorus</i>	179
PHOTO n° 54 : Koronifin	<i>Vitex madiensis</i> Oliv	179

## Tables des matières

	<u>Pages</u>
<b>Sommaire</b>	1
<b>Introduction</b>	3
<b>Chapitre 1 : Approche écologique et ethnographique globale</b>	
<b>Carte de l'Office du Niger</b>	6
1.1. Choix et description de la localité d'étude : Manale	7
1.2. Histoire et dynamiques de peuplement	9
<b>1.3. Structures et dynamiques de production/reproduction sociales : genre et société</b>	12
1.3.1 - Populations humaines et activités socio-économiques	12
1.3.2 - Dynamique de genre et systèmes de soins maternels et infantiles	16
1.3.2.1 - Dynamique de genre à l'ON	16
1.3.2.2 - Soins prénatal, postnatal et les interactions précoces mère-enfant	19
1.3.2.3 - Alimentation de la mère et du nourrisson	23
1.3.3 - Relations aînés, cadets et puînés	24
<b>Chapitre 2 : Questions de la recherche</b>	26
<b>Chapitre 3 : Etats des lieux des connaissances</b>	
<b>La santé maternelle et infantile en Afrique subsaharienne</b>	27
3.1. Pertinence de la recherche dans le contexte de décentralisation et de la politique sectorielle de santé du Mali	28
<b>Chapitre 4 : Approche conceptuelle</b>	
4.1. Modèle de recherche	32
4.2. Hypothèses de recherche	34
4.3. Objectifs recherche	34
<b>Chapitre 5 : Approche méthodologique</b>	
5.1. Périodes d'études	36

<b>5.2. Déroulement des études</b>	36
5.3.1- Approche communautaire	36
5.3.2 - Recensement	36
5.3.3 - Description de l'étude	36
5.3.3.1 - Etude clinique	36
5.3.3.2 - Etude de la pharmacopée traditionnelle	37
5.3.3.3 - Etude anthropologique	37
<b>5.3. Caractéristiques des méthodes d'études</b>	37
5.3.1. Méthodes extensives	37
5.3.2. Méthodes intensives	37
<b>5.5 - Composition de l'équipe de terrain</b>	37
<b>5.6 - Matériel</b>	37
<b>5.7 - Gestion et analyse des données</b>	37

## **Chapitre 6 : Résultats**

### **6.1 - CLINIQUES**

<b>6.1.1- Caractéristiques de la population étudiée en clinique</b>	38
6.1.1.1 - Pour les enfants	38
6.1.1.2 - Pour les femmes	40
<b>6.1.2 - Différentes hypothèses diagnostiques émises par le consultant</b>	41
6.1.2.1- Pendant la saison sèche fraîche	41
6.1.2.2 - Pendant la saison sèche chaude	43
6.1.2.3 - Pendant la saison des pluies	47
6.1.2.4 - Classification des pathologies toutes les 3 saisons confondues	51
<b>6.1.3 - Diagnostics ordinaires des mères et des femmes en fonction des saisons</b>	52
6.1.3.1 - Concernant les enfants	52
6.1.3.2 - Concernant les femmes	53
<b>6.1.4 - Fréquence d'occurrence des entités nosologiques</b>	54
<b>6.1.5 - Comparaison entre les hypothèses diagnostics du consultant et les diagnostics ordinaires des mères et des femmes</b>	58
<b>6.1.6 - Prise en charge des malades</b>	68
6.1.6.1 - Prise en charge des malades par le consultant	68
6.1.6.2 - Prise en charge des femmes enceintes	71

6.1.6.3 - Remarques	72
<b>6.2 - ITINERAIRES THERAPEUTIQUES</b>	
<b>6.2.1 - En notre absence du village</b>	73
6.2.1.1 - Lieux et types de traitements identifiés en notre absence	73
• Pour les enfants	73
• Pour les femmes	77
6.2.1.2 - Intervalles moyens entre l'apparition des signes et le début de la prise en charge	80
• Pour les enfants	80
• Pour les femmes	80
6.2.1.3 - Itinéraires thérapeutiques en fonction des maladies	81
• Concernant les enfants	81
• Concernant les femmes	83
<b>6.2.2 - Durant notre présence sur le terrain</b>	84
6.2.2.1 - Lieux et types de traitements identifiés pendant notre présence	84
• Pour les enfants	84
• Pour les femmes	90
6.2.2.2 - Intervalles moyens entre l'apparition des signes et le début de la prise en charge	91
• Pour les enfants	91
• Pour les femmes	91
6.2.2.3 - Itinéraires thérapeutiques en fonction des maladies	92
• Concernant les enfants	92
• Concernant les femmes	95
<b>6.2.3 - Association des lieux et des types de traitement en fonction des maladies</b>	96
<b>6.2.4 - Médicament modernes utilisées par les mères et les femmes pour l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutique</b>	98
<b>6.2.5 - Pharmacologie des médicaments utilisés par les mères et les femmes</b>	102
<b>6.3 - PHARMACOPEE TRADITIONNELLE</b>	
<b>6.3.1 - Médecine ordinaire</b>	105
6.3.1.1- Préventives	105
6.3.1.2 - Curatives	107
<b>6.3.2- Médecine savante</b>	128

<b>6.3.3- Classification des plantes et connaissances liées aux plantes</b>	134
6.3.3.1 - Classification des plantes	134
6.3.3.2 - Connaissances liées aux plantes	139
<b>6.4 - ANTHROPOLOGIQUES</b>	
<b>6.4.1 - Etudes de cas : femmes, enfants et accouchement</b>	188
<b>6.4.2 - Caractéristiques socio-démographiques de Manyale</b>	195
<b>6.4.3 - Perceptions et systèmes de représentations reliées à la santé, à la maladie et aux soins</b>	200
6.4.3.1 - Notion de santé et de maladie	200
6.4.3.2 - Problèmes de santé	202
6.4.3.3 - Episodes morbides	204
<b>6.4.4 - Nosologies et représentations des maladies</b>	217
<b>6.4.5 - Caractéristiques des entités nosologiques</b>	220
<b>6.4.6 - Dynamiques de soins et observation participante</b>	225
6.4.6.1 - Recours au thérapeute traditionnel	225
6.4.6.2 - Recours à la médecine moderne	229
6.4.6.3 - Recours à l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques et/ou à base de plantes médicinales	231
6.4.6.4 - Cas où ni la médecine traditionnelle ni la médecine moderne est sollicitée (le non recours)	233
6.4.6.5 - Pratiques préventives sur les enfants dits en bonne santé et sur les enfants déclarés malades	235
<b>6.4.7- Systèmes médicaux comparés et importance de la médecine savante dans les systèmes de soins</b>	236
6.4.7.1- Accoucheuses traditionnelles	236
6.4.7.2- Tradithérapeutes	237
6.4.7.3 - Centres de santé Analyser les offres de soins	242
6.4.7.4 - Analyser les modes d'accès aux services de santé et aux soins	244
<b>6.4.8 - Perspectives interdisciplinaires et analyse des besoins médicaux</b>	246
<b>6.4.9 - Impact de l'initiative de Bamako ou de la politique sectorielle de santé du Mali</b>	261
<b>6.5 - ETHIQUES DE LA RECHERCHE</b>	263

<b>Chapitre 7 : Commentaires et discussions</b>	268
<b>Chapitre 8 : Conclusion et recommandations</b>	286
<b>Bibliographie</b>	288
<b>Annexe</b>	

## Sommaire

L'usage des plantes médicinales africaines reste surtout lié à des pratiques traditionnelles. Elles entrent dans les remèdes plus ou moins secrets des tradipraticiens qui sont souvent les premiers ou les seuls consultés [...] C'est seulement au Mali que des médicaments traditionnels améliorés ont une existence officielle par leur inscription dans le formulaire thérapeutique national (Maritoux et al., 2000 : 226)<sup>1</sup>

Tel indiqué, au Mali, l'usage des plantes médicinales s'est évadé de ses axes empiriques vers l'innovation thérapeutique d'où nous avons senti le besoin de poser les bases d'une réflexion à la fois clinique, pharmacognosique qu'anthropologique sur ces savoirs locaux [ordinaires et savants]. Ce travail s'intéresse également aux réflexions à initier autant sur leur reconnaissance que sur celle de leurs praticien(nes)s en terme de droits de propriété intellectuelle dans cette ère de marchandisation du savoir du tiers, localement et globalement. Il s'agit ici des discussions d'éthique de recherche où le souci des droits de propriété intellectuelle (DPI) des acteurs sociaux ressort dans leurs déclarations ou préoccupations autour de la gestion des savoirs, savoir-faire voire savoir-être thérapeutiques de terroir.

La première partie de ce document représente l'étude clinique, notre porte d'entrée dans l'analyse des savoirs locaux. Elle a abouti à l'élaboration de la fréquence des maladies en fonction des saisons et des catégories sociales à Majale telles les entités nosologiques. Elle nous a permis de comparer nos hypothèses avec les diagnostics ou satisfaction des femmes ou mères d'enfants.

La seconde partie concerne les itinéraires thérapeutiques des mères et des femmes en fonction des maladies traitées en notre absence (itinéraires ressortis à l'aide des guides d'entrevues intensives) ainsi que ceux réalisés en notre présence (itinéraires ressortis grâce à l'étude clinique). Les variables considérées comme lieux ou types de recours, telles :

- La présence ou l'absence d'un agent de santé sur les lieux,
- La zone (inondée, exondée),
- La femme en âge de procréer ,
- Les enfants de 0 à 5 ans,
- L'entité nosologique déclarée,
- La durée de la maladie.

---

<sup>1</sup> Jeanne Maritoux, Carinne Bruneton et Philippe Bouscharain, 2000: Le secteur pharmaceutique dans les États africains francophones, in *Afrique contemporaine, La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, No. spécial. 3e, 2000, pp. 210-229.



Dans ce chapitre, nous nous appuyons sur les itinéraires thérapeutiques afin de faire ressortir les types de traitements ordinaires et savants liés aux différentes maladies. Nous avons seulement considéré les mères et les femmes qui ont émis un diagnostic ordinaire. Toutes celles qui n'ont pas émis de diagnostic étaient exclues.

Dans la troisième partie nous décrivons les recours aux soins ordinaires et savants liés aux différentes maladies. L'identification des plantes médicinales a été réalisée par le DMT.

L'étude anthropologique nous a permis d'apprécier à la quatrième partie, de par sa spécificité réflexive, l'espace d'analyse de contexte autour des pratiques de soins (nourrissage, toiletage et soins médicaux) chez les acteurs sociaux : hommes, femmes, accoucheuses savantes, guérisseurs, devins, devins-guérisseurs voire les praticiens de la médecine conventionnelle de la zone de Molodo.

Enfin, la cinquième partie, la dernière, représente l'analyse du processus éthique dans ses dilemmes et ses controverses lié à la production de l'ensemble de ce travail que nous vous présentons ici.

Nous espérons que cette recherche de base pourra nous servir, à nous-même ainsi qu'à d'autres étudiants chercheurs en sciences naturelles, sociales et de la santé, à initier les bases d'une vocation qui nous habite depuis de très longue date : celle d'explorer les savoirs savants liés à la santé et à la maladie.

## Introduction

[...] Ici, personne ne se baigne dans l'eau du canal encore moins de s'y soulager. Nous sommes entre *buranyɔgɔmaw* et nous avons honte à certains comportements [...] Soyez les bienvenus, cependant, garder à l'esprit que si vous êtes autorisés à *passer la nuit* parmi nous, vous n'êtes pas autorisés à *passer la journée parmi nous*, aussi, quartier dans mon vestibule et soyez certains que ce que nous laissons comme restes aux chiens, suffit à nourrir trois gaillards ! [...] (Diop, 1991 : 7-13)<sup>2</sup>.

[...] Excuses-moi si mon refus d'accepter ton offre de me conduire à Molodo t'a offusqué, mais étant de la famille des forgerons, je ne saurai jeter l'opprobre sur notre lignée en allant accoucher au centre ! (Diop, 1991 : 13).

Toute recherche sur les sujets humains doit, selon l'éthique hippocratique ou principe de l'exigence du don, procéder d'une finalité éducative et d'intervention sociale orientée vers la résolution de problèmes ressortis. Tel que posé et illustré par les deux citations ci-dessus à Mapale, il ressort autant que chez le défunt chef de village que chez la forgeronne que l'offre et la demande en des soins sont assujeties à des principes d'éthique sociale et d'utilisation des services de soins (Diop, 1995 : 69-85). C'est ainsi qu'étudiante-chercheur en clinique médicale, nous avons été intéressée à entreprendre cette étude de terrain à la fois ethnographique qu'anthropologique auprès des maisonnées domestiques à Mapale (Office du Niger). En effet, l'analyse des processus de construction des itinéraires thérapeutiques, autour des dynamiques quotidiennes domestiques de solidarité (*in situ*) préside la base du recueil et de la construction de ces informations auprès de ces personnes et ménages à majorité analphabètes et éloignés des soins de santé de base ou de qualité. Notre recherche s'articule sur les logiques locales quant aux visées émancipatrices de ces oeuvres coloniales, le colossal projet d'irrigation de 900.000 ha sur les alluvions de l'ère secondaire du fleuve Niger et de l'installation d'au moins un million de *paysans-colons* de l'AOF, du Cameroun, de la Kabylie (Algérie) voire du Vietman. Ou encore de relier l'AOF à l'Algérie par les rails, le *Dakar-Niger-Oran* et par les routes, le *Transaharien* (Traoré, 1992 : 6-36)<sup>3</sup>. C'est ainsi que cette étude d'approche ethnographique et anthropologique autour des pratiques de soins de santé de base fut initiée autour de ce que nous pouvons appeler d'exercice de contrat moral de confiance partagée en partenariat qui s'est progressivement établi entre Mapale et les chercheurs. Exercice qui répond à un impératif de la recherche orientée vers la résolution autonome des problèmes posés en milieu de terroir enclavé (Diop, *op. cit.*).

---

<sup>2</sup> Rapport d'étape de recherche ou de mission d'études doctorales de terrain en éthoécologie humaine et anthropologie financée par le *Projet d'études de l'impact socio-économique de la riziculture irriguée* (thèse de doctorat 3e cycle). Équipe de recherche constituée par le Dr Abdoulaye Dabo, M. Kaïsselem Djiguiba et M Samba Diop, lui-même (allusion assez éloquent).

En effet, si la maladie au sein d'une population, communauté humaine ou en un lieu donné ne présente pas une distribution spatio-temporelle homogène, elle l'est encore moins dans les systèmes de représentations socioculturelles ou dynamiques de représentations socioculturelles, individuelles ou collectives chez les acteurs sociaux. En effet, la prise en charge thérapeutique relève le plus souvent d'un processus qui peut-être aussi individuel ou collectif, particulier ou singulier que, pluriel (Benoist, 1996 : 5-16). Par ailleurs, à l'Office du Niger, zone par excellence de résistances ou de tensions sociales, l'interaction sociale entre *ekolidenw* [l'élite scolarisée] et acteurs sociaux, *togodamɔgɔw* tient à tout un challenge que seule l'émergence d'une véritable culture de partenariat de confiance et de responsabilité partagée puisse répondre aux impératifs du développement social et humain durable et endurable. Telle qu'énoncée par cette pensée satyrique et de mépris de Feu Sidi Kulibali à l'endroit des *ekolidenw* ou *morikalandenw* qui selon son expression favorite et celle collective, des parasites sociaux, *tònsow* [chauves-souris]<sup>4</sup> usurpateurs de la connaissance de *l'autre* qu'ils ne maîtriseront jamais. De cette disposition d'esprit singulière, quoiqu'ayant été introduite par le bénéfice d'un contrat moral de confiance établi, notre séjour et notre acceptation furent un processus marqué par l'observation participante aux accouchements, et aux activités quotidiennes domestiques au sein des maisonnées sous étude.

Ce processus d'intégration nous a permis de traverser les espaces des contradictions autour du concept *éthique du consentement éclairé collectif* que nous remplacerons par celui de l'éthique de la confiance individuel. En effet, la méthode de l'observation participante nous a amené à passer successivement du statut de sollicité par l'usager (en milieu hospitalier lors de nos stages cliniques) à celui de sollicitatrice d'informations de services (échantillonnage, entrevues, analyses de cohorte, etc.) vers un contrat social de partenariat de confiance et de partage des services. il s'agit alors d'éthique de confiance et de responsabilité partagée (voir à la page ).

Part inévitable soit universelle chez tout être vivant, ici la personne humaine, la rupture de la santé par la survenue de la maladie engendre outre la quête de soins celle du sens. En effet, dans la formulation des plaintes le recours aux systèmes étiologiques (naturalistes ou surnaturalistes), quel que soit le sujet ou la société concernée, donne au *pourquoi moi ; qu'ai-je fait pour mériter cela ?* toute la profondeur des dynamiques individuelles et collectives liées aux interrogations et aux motivations de recours de soins.

---

<sup>3</sup> Ismaïla Samba Traoré, 1992: *Hinë nana*. Réveil d'un paysannat, Sahélienne, 1992, 119.

<sup>4</sup> Ce qui, en sens, veut dire les moralement, éthiquement et spirituellement déchus par suite d'une malédiction divine (Cissé, 1979 : 178-179).

C'est le système écologique humain ou culturel total ou le paradigme des représentations de la santé et de la maladie ou le phénomène des valeurs sociales ou sociétales autant en anthropologie socioculturelle que médicale telles respectivement chez Meillassoux (1975 : 57-81) et Byron Good (1998 : 25-69)<sup>5</sup>. Ces interrogations s'inscrivent, selon le niveau ou statut social du sujet, sur de multiples et divers registres sémiologiques (*taamasyenw*), sur ceux étiologiques de sens et sens commun (*sababuw*) qui ensemble, renvoient à ceux de types préventifs (*kunbɛli*) ou curatifs (*furakɛli*)(Sow, 1978 : 81-85; Diop, 2001 : 1-26).

Bien évidemment, les types de recours aux soins; les motivations et décisions qui les sous-tendent relèvent à la fois de la signification biologique ou sociale de la maladie, ou l'individu, ou son groupe social d'appartenance, à partir de la construction sociale, la signification qui lui est donnée par l'un ou l'autre.

---

5

L'anthropologie et la croyance, in *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*. Collection *Les empêcheurs de penser en rond*, 1998, pp. 25-69.

## **Chapitre 1**

### **Approche écologique et ethnographique globale**



## 1.1 - Choix et description de la localité d'étude : Majale

Le choix de la zone du village d'étude, respectivement l'Office du Niger et Majale relève du statut singulier de cette zone à conflits d'intérêts entre élite scolarisée et les acteurs sociaux que la résistance de Majale illustre assez éloquemment. En effet, à la fois village de terroir et association villageoise, il représente la base des études monographiques sur les terroirs et mutations sociales, culturelles et politico-idéologiques entreprises par l'initiateur de cette étude (Diop, 1995 : 5-153). Majale est respectivement situé dans le secteur et zone de production de Molodo et de Niono. Chef-lieu de cercle de Niono situé à 114 Km au Nord-Est de la ville de Ségou et à 349 Km de la ville de Bamako. Les coordonnées géographiques sont : Latitude 14°17' nord, longitude 80 ouest. Organisé en structures éclatées de villages, hameaux de cultures ou de pâturages, *were*.

### Relief et hydrographie

*Zone de riziculture irriguée*: C'est une vaste plaine argilo-sablonneuse parsemée de digues et de canaux d'irrigation qui se subdivisent en primaires, secondaires et tertiaires. Il existe également des mares temporaires, des lacs (*Fala* de Molodo), et des parcelles irriguées. Ces points d'eau sont le siège de nombreux gîtes larvaires de culicidés (*Anopheles*, *Culex*).

*Zone non irriguée*: Cette zone est une plaine argilo-sablonneuse. Il n'y a pas de cours d'eau permanent, mais la présence de mares temporaires favorisant le développement des larves pendant la saison de pluie.

### Climat et végétation

*Zone de riziculture irriguée* : de climat sahélien et à sols nus limoneux-sablonneux sous l'influence de l'harmattan et de la mousson, les zones de l'Office du Niger sont caractérisées par l'alternance de trois saisons, la saison sèche chaude (mars à mai), *kaola*, la saison pluvieuse (juin à septembre), *samiye*, et *fɔbɔnda*, la saison sèche fraîche (octobre à février). La végétation est réduite à une strate herbacée représentée par les plantes de riz (*Oryza sativa*) au moment des cultures et les *Cyperaceae* (*pycreus lanceolatus*) qui poussent le long des canaux d'irrigation. Quelques grands arbres issus du reboisement sont aussi rencontrés, il s'agit des espèces telles que *Mangifera indica*, *Kaya senegalensis*, *Eucalyptus sp.*

*Zone non irriguée* partage les mêmes rythmes saisonniers à la différence que les sols sont beaucoup plus couverts ou parsemés par des espèces végétales de type savane claire qui sont

essentiellement composées d'arbustes épineux et de quelques rares arbres. On rencontre une strate herbacée composée de :

Lemnacée *Lemna paucicostata* ;

Graminées *Andropogon gayanus* ;

Acanthacées *Nelsonia canescens*, *Hydrophila senegalensis* ;

Papaveracées *Argemone mexicana* ;

Amarantacées *Amaranthus spinosus*, *Amaranthus viridis*, *Alternanthera repens*

La strate arbustive comporte :

Asclépiadacées *Calotropis procera* ;

Rhamnacées *Zizyphus mauritiana*, *Zizyphus mucronata* ;

Terminalicées *Terminalia macroptera*, *Terminalia albida*, *Guiera senegalensis* ;

Mimosacées *Dichrostachys glomerata*

La strate arborescente est composée de :

Mimosacées *Acacia albida* ;

Bombacacées *Bombax costatum*, *Ceiba pentandra* ;

Rubiacées *Mitragina inermis* ;

Simaroubacées *Balanites egyptiana*.

**La Faune en zone de culture irriguée**: la faune est représentée par : des oiseaux tels que les *Keleya-keleya* très nombreux, les *Colombus guinea*; des reptiles comme : *Pythons (regia, sebae)*, *Varanus (niloticus, exanthematicus)*, *Agama agama*. On y rencontre aussi beaucoup de *Rattus rattus*.

En revanche dans la **zone non irriguée**, il existe des insectes à intérêt médical, vétérinaire ou agricole. Les principaux sont: Les *Culicidae* ; les *Muscidae*; les *Psychodidae*, les Acridiens. Quant à la faune vertébrée, elle est composée de : reptiles et les mammifères ( *Papio papio*, *Phacochoerus aethiopicus*, *Gazella rufifrons* ).



## 1.2 - Histoire et dynamiques de peuplement

Mapale ancien refuge de captifs de guerre (*Jɔnwɛɛ*) ou des groupes vulnérables (*Marakawɛɛ*) a fini par représenter le site d'élection des Kulibali de Cemadeli en fuite de leur incorporation dans le colonat (*samawɛɛ*, *abilayiwɛɛ* et *benkɔɔwɛɛ*). Les *Kulibalijɔnw* rejoints par leurs anciens maîtres en fuite du *colonat*<sup>6</sup> ont quitté leur premier site (l'actuel *Samawɛɛ*). Pour avoir habité les parcelles construites par l'Office du Niger où Sama Kulubali, héritier coutumier devint le premier chef de village. Son fils, feu Sidi Kulibali, une autorité reconnue dans la région de Kala lui succéda jusqu'à la succession de son frère Dirisa Kulibali, l'imam du village. Mapale représente, respectivement par ordre d'importance de chefferie coutumière des Kulibali se déclarant *Bitonsi* originaires de *Cemadeli* [Tiémédéli] situé à 8 kms du village sur les terres de cultures pluviales d'où ils ont dû partir en 1919 par suite d'une spoliation de leurs droits de terroir par leur dépossession de leur unique point d'eau au profit de pasteurs fulfuldés. Les autres lignages de Mapale sont respectivement les Jara se réclamant *Mɔnzɔnsi* à *Samawɛɛ* et *Jarakawɛɛ*, les Kulibali de *Benkɔɔ* et de *Abilayi wɛɛ*, les Tungara Soninké de *Marakwɛɛ*, les Tarawele et Balo de *Sokura* et les Ba fulfulde de *Amadijɔɔwɛɛ*, les plus excentrés sur les terres exondées.

L'activité principale était basée essentiellement sur la culture du mil (zone sèche), la chasse venait en seconde position. L'élevage et le maraîchage étaient absents. Le village de Mapale fut entré en colonisation à l'Office du Niger en 1957.

L'effectif total de la population estimée de nos jours à 1750 habitants, est composée essentiellement de *bamanan* (majoritaire), Minyanka, Fulfulde, Bozo, Maraka, Samɔɔ, Dogon, etc.

---

<sup>6</sup> Suite à leur expropriation du seul puits de la zone d'où du droit coutumier des terres aux enjeux d'hégémonie liés à la propriété de l'eau, les Kulibali ont quitté Cemadeli au profit de leurs *dunanw*, les Jalo Fulfulde pasteurs [*dugudunanw*]. En effet, suite à un prêt d'usure contracté par le chef de lignage Kulibali, *Kabila* et de province, *kafo* auprès de leurs pasteurs fulfulde, cet aîné sans héritiers avait conclu le pacte signé auprès d'un commis-interprète colonial, Modibo Jalo où à sa mort, ce seul point d'eau revenait de droit aux pasteurs fulfulde. Aussi, les Kulibali se sont réfugiés auprès de leurs parents à Molodo-Bamanan d'où ils ont quitté afin de fuir le colonat. Successivement établis à Tabou et sur d'autres sites aujourd'hui inoccupés, *tɔmokòròw*, ils ont fini par céder en s'établissant auprès de leurs anciens captifs de guerre qui se sont déplacés sur l'actuel *Jɔnwɛɛ*. C'est ainsi que cette famille à chefferie locale a développé, en particulier chez le défunt chef de village, des attitudes et conduites de résistances voire de rejet envers de tout pasteur fulfulde ou maures et envers tout *ekoliden* accusés d'être d'essence traître et le second d'acculturation ou de malédiction spirituelle. Par ailleurs, l'administration coloniale de l'Office du Niger pronait le déplacement des populations de leurs terroirs ancestraux pour les installer dans des habitations de l'Office telles quelques habitations de *Jɔnwɛɛ* et *Sokura*. Quant aux anciennes familles de Jalo du vieux Cemadeli, ils se sont transformés en colons et sont installés à Cemadeli de N'debugu.

Le village est constitué de 9 hameaux familiaux appelés *wεε* (Sama , Jaraka, Si, Maraka, Abilayi, Benkoro, Jon, Sokura, Hamadijoso).

### ***Caractéristiques des habitations et Infrastructures villageoises***

Les habitations sont constituées de cases rectangulaires en banco et en ciment, le toit est fait en banco, le sol en terre et les clôtures sont des murs en banco ne dépassant pas 1,5 mètres. Il existe des cases rondes avec la toiture en paille surtout à Hamdidjoso *wεε* chez les peuls. Les animaux domestiques vivent à l'intérieur des cours familiales. Ils sont constitués de volailles (poules, coqs, pintades, parfois pigeons), d'ovins (moutons) et de caprins (chèvres). En général, à chaque enfantement les femmes attribuent une poule qui constitue l'épargne et le réservoir sacrificiel de cet enfant. Ces poules vont faire des poussins qui grandiront et ainsi la ferme s'agrandira.

Ces animaux domestiques sont tués pendant le baptême (chèvre), à la naissance d'un enfant ou lors des fêtes (poulet).

L'hygiène des cours familiales est relativement bonne. Les ordures sont jetées dans un trou creusé dans un coin de la cour et brûlées au moins une fois par semaine. Il existe en moyenne un puits et demi pour deux familles (cours familiales).

Toutes les cours ont au moins une latrine. Dans les familles à plusieurs ménages, chaque ménage a sa latrine. Les latrines comme les puits de Mapale sont faites de sable donc très fragiles d'où sujet à effondrement imprévisible. Ce qui explique que les enfants de 0 à 5 ans ne se servent pas des latrines pour se mettre à l'aise, ils le font en plein air. Selon les mères ils ne sont pas très alertes. Par ailleurs, les espaces d'aisance sont attribués à chaque épouse que certains hommes (initiés) ne fréquentent pas de crainte de perdre leur protection : *cεyaminew*.

La cour familiale compte en moyenne 30 personnes. La principale source d'éclairage est la lampe tempête et le principal moyen de transport est la charrette (pour les femmes), le vélo et la moto. La source d'information est la radio. L'Islam est la principale religion, on rencontre aussi des animistes.

Dans le village il existe :

- Une association villageoise qui assure l'achat des intrants agricoles et la commercialisation du riz.

- Une infrastructure scolaire (premier cycle fondamentale à Sama werε), une médersa (Jaraka werε) et 2 salles de classes pour l'alphabétisation des jeunes du village qui ne sont pas encore opérationnelles.
- Il n'existe pas d'infrastructures sanitaires. Mais il y a un aide-soignant chargé de la vente de médicaments essentiels donnés par le CSCom. Il est chargé aussi de faire un rapport mensuel concernant le nombre de grossesses attendues ainsi que le nombre de naissances, ceci pour faciliter l'établissement des certificats de naissance.

### 1.3 - Structures et dynamiques de production/reproduction sociales : genre et société

#### 1.3.1 - Population humaine et activités socio-économiques

Contrairement à la majorité des villages : associations ou tons villageois, Majale présente deux types d'aires de cultures, les aires irriguées et celles pluviales. Les aires de cultures irriguées concernent le riz et l'oignon tandis que les aires de cultures pluviales concernent le mil, l'arachide, le maïs, etc. Toutes les familles de Majale s'adonnent aux deux types de culture et seul *Amadijɔɔwɛɛ* occupe les terres exondées et une position semi-exondée pour le *Marakawɛɛ*, le *Benkɔɔwɛɛ*, *Jarakawɛɛ*, *Siwɛɛ* et *Abilayiwɛɛ* qui sont répartis autour du fala de Majale. Constituée de Bamanan, Fulfulde, Minyanka, Maraka, Bozo, etc, la population de Majale offre une certaine homogénéisation sociale du fait des échanges matrimoniaux ou transferts de compétences et d'expertise culturelle (pêche, élevage et labours). Celle de la zone exondée est essentiellement composée de Fulfulde (*Amadijɔɔwɛɛ*) quoique colons. Ils ont une activité principale liée à l'élevage. A partir de 1957 la riziculture est venue s'ajouter aux activités précédentes telles la culture du mil, la chasse et la cueillette qui étaient solennellement organisée entre les *kabilaw* des provinces (*kafow*). A côté, nous avons le jardinage (maraîchage), la cueillette de citrons, de mangues et de goyaves, l'élevage de volaille, de caprins et de bovins (surtout bœuf de labour).

La pêche de poissons (carpes et silures) dans les eaux des canaux d'irrigation (pour une auto consommation) et la forge sont pratiquées. Il existe une foire hebdomadaire tous les dimanches à Niono. Les habitants s'y rendent pour vendre les produits de leur récolte.

#### *Calendrier cultural*

- avril : confection de briques de terre ; entretien des canaux d'irrigation ; nettoyage des plantes aquatiques.
- Mai - juin : premier labour
- Août - septembre : désherbage des parcelles envahies par les plantes aquatiques gênant l'écoulement de l'eau. Culture du riz, mil, de l'arachides, du piment, du haricot, du gombo, de l'oseille et du pois sucré.
- Octobre - novembre - décembre - janvier : récolte, commercialisation.
- Novembre : maraîchage (oignons, piment, haricot, ail, patates, piment, gombo, oseille ) ; et culture du riz hors casier.

### *Activités des femmes*

Selon notre guide : " *les familles de ce village reposent sur le dos des femmes* ". ou une doyenne d'âge de Majale : *Siya bε musow ka fisa bamananmusow ye, an be du konyan fan bε, nka fosi t'an ta ye, anw yεε t'an ta ye* [De toutes les communautés, les femmes bamanan sont les plus exploitées de toutes, nous sommes à la base de la production de tous les biens de la famille, mais rien ne nous appartient, nous ne nous appartenons même pas à nous-mêmes].

### Saison sèche fraîche

Dès le petit matin vers 5 heures, commence le pilage du mil pour la bouillie de 6 à 7 heures, précéder par le chauffage de l'eau pour la toilette du mari et pour plus tard des enfants. Les préparatifs du déjeuner suivent afin que le repas soit servi entre 9 et 10 heures dans les champs pluviaux ou parcelles rizicoles. Aux environs de 14 heures c'est le retour à la maison pour la vaisselle, recevoir le grain du chef des greniers pour la préparation du souper, et à 16 heures débute la cuisine. Le repas est consommé aux environs de 18 heures.

Pour celles qui ne sont pas de cuisine, après le petit déjeuner, certaines vont dans leur jardin, d'autres vont au canal pour laver le linge et faire la vaisselle. Au retour elles mangent et se reposent quelques temps. Aux environs de 16 heures, elles aident à piler le mil, puisent de l'eau au puits et remplissent les jarres (eau de boisson) et font une provision pour le lendemain matin.

Pendant la récolte du riz, toutes les femmes se rendent dans les rizières après avoir pilé le mil et pris le petit déjeuner. Celles qui font la cuisine se rendent dans les rizières vers 10 heures avec le repas et se mettent aussi au travail. Vers 14 heures elles retournent pour puiser de l'eau, laver les ustensiles et sortir le grain pour le repas du soir. Vers 16 heures 30 minutes après que tout le monde soit rentré, les femmes ensemble pilent le grain pour aider celle qui fait la cuisine du soir.

### Saison sèche chaude

Matin : on prépare petit déjeuner et le mil du déjeuner est pilé. Ensuite on chauffe l'eau pour la toilette de hommes et enfants. Vers 9 heures, le repas est préparé. Celles qui ne sont pas à la cuisine sont occupées à la recherche du bois de chauffage. Ce bois sera stocké en partie pour la période pluvieuse. Certaines iront au canal pour laver les ustensiles et le linge. A 16 heures le mil est pilé pour le repas du soir. Plus tard c'est la reprise de la corvée d'eau de boisson.

Cette année il n'y a pas eu de culture de contre saison (le jardinage) parce que l'Office du Niger a fermé les canaux d'irrigation pour un réaménagement qui n'a commencé qu'au mois de mai 2000. C'est au cours de cette période que plusieurs femmes iront dans leur famille respective soit pour y passer la saison, soit pour le mariage d'un membre de leur famille ou pour d'autres raisons. Cela s'explique par le fait qu'à cette période il n'y a pas beaucoup d'activité dans les champs.

Au mois de juin, c'est le début du repiquage du riz. Ce travail est fait par les femmes de 7 heures du matin à 17 heures du soir. Celle qui fait la cuisine se rend dans les rizières vers 10 heures avec le repas et se met aussi au travail. A 14 heures elle retourne pour puiser de l'eau, laver les ustensiles et sortir le grain pour le repas du soir. Vers 16 heures 30 minutes après que toutes les femmes soient rentrées, elles pilent ensemble le grain pour aider celle qui prépare le repas du soir.

### Saison des pluies

Fin juin et début juillet, les femmes vont dans les rizières semer le riz à la volée pour les pépinières. Ensuite elles vont semer l'arachide, le mil, les pois sucrés, le haricot, le maïs. Au début du mois d'août, les femmes arrachent les pépinières de riz (les plants ne doivent pas faire 30 jours, parce que la pépinière d'être trop âgée). Les rizières sont d'abord labourées à l'aide de bœufs de labour et de charrues. On ouvre les canaux ensuite les femmes commencent le repiquage. Le travail se fait courbée (pliée en deux), en reculant et laissant entre les plants environ 5 cm. Le semis à la volée ne se pratique plus, car selon les femmes, 1 carré de riz repiqué donne 50 sacs de riz alors qu'à la volée, elles n'ont que la moitié. Ce travail peut durer 30 à 45 jours en fonction de la taille de la rizière. Comme disent les femmes : *E be malo turu fo k'i sa. E kɔ be ja, kan be ja ani sen be ja*. Parfois les femmes s'organisent en *Ton* (association) de 30 à 40 femmes qui repiquent un carré (= 100 m<sup>2</sup>) de champs à 20.000 francs CFA. Si une femme ne fait pas partie d'une association, elle peut chercher des femmes qui seront payées à 750 francs CFA pour un carré de rizière. Si une femme qui fait partie d'une association s'absente pendant un jour de travail, elle paie 500 francs CFA.

Si l'absence se justifie par un cas de maladie d'un membre de son ménage ou d'elle-même, elle paie 250 francs. Tous les soirs, après le retour de la rizière, elles vont chacune dans son jardin (*nakɔforo*).

Début septembre, elles vont dans les champs d'arachide pour arracher les mauvaises herbes et en fin septembre, c'est le début des récoltes.

## *Activités des hommes*

### Saison sèche fraîche (*foobɔnda*)

Les hommes s'occupent des récoltes de novembre à décembre. Ils coupent le riz et le décortiquent pour la campagne de commercialisation qui débute en janvier.

### Saison sèche chaude (*kaola*) ou extraction d'argile

Le matin après le petit-déjeuner et à partir de 17 heures, les hommes sont occupés à la confection des briques de terre qui seront utilisées pour la construction de nouvelles maisons ou la réparation des anciennes. De nouveaux greniers seront construits. Certains se livrent à des activités de désherbage de champs. Le travail s'arrête quand le soleil évolue vers le zénith, c'est à dire vers 10 heures et reprend à 17 heures, car il n'est pas conseillé de travailler sous le soleil, cela peut entraîner certaines maladies. Pendant cette saison les peulhs se déplacent vers les zones vertes à la recherche de pâturage pour le bétail. Le matin les hommes vont traient les vaches et les brebis, les femmes s'occupent de la commercialisation de ce lait.

### Saison des pluies (*samiyé*)

En août les hommes vont dans les champs de mil et dans les rizières pour le labour. Avant et après le repiquage ils épandent les engrais dans les champs. En début septembre, ils s'organisent en association des hommes pour désherber les rizières. Ils désherbent aussi dans les champs d'arachides. Les se rendent dans les champs de mil casser les tiges pour que les oiseaux ne picorent pas les graines. Octobre commence la récolte.

Considérés comme des instruments aratoires, *cikeminɛw*, les jeunes hommes vigoureux procèdent à l'entraide matrimoniale ou *buranfurusɛɛ*, *buranmaloturu* ou *buranmalokan*. Ces activités consistent à rendre hommage au père ou à la famille de leur fiancée. Une autre tradition concerne les *namadenw* (les enfants de l'hyène soit de la cupidité !) les cousines de lignage ou les petites-soeurs des épouses de lignage viennent exécuter des travaux de récolte à charge de rétribution salariale ou en nature (par exemple le riz).

## 1.3.2 - Dynamique de genre et systèmes de soins maternels et infantiles

### 1.3.2.1 - Dynamique de genre à l'Office du Niger

La femme (Chotan) que nos partenaires nous envoient m'embarrassent personnellement. Pourquoi donc ? Le jour où Chotan a été présentée à nos envoyés, on l'avait fait quérir au puits [...] Et d'un ! En venant se présenter à nos envoyés, elle a franchi le seuil de la porte en se servant du pied gauche [...] Et de deux ! Quand elle a franchi le seuil de mon vestibule pour la première fois, elle l'a fait également du pied gauche [...] La tête de cette fille a la position de celle d'une poule apeurée. Ses mains divergent beaucoup trop du corps. Chacun de ces signes dont je vous épargnerai l'explication, est suffisant à lui seul pour refuser cette femme [...] D'expérience, je sais que les signes évoqués sont très sérieux ; Chotan ne saurait pour autant retourner chez elle. Elle ne peut pas devenir l'épouse d'un jeune homme. Pour être clair, la position de sa tête signifie qu'elle regarde dans une tombe. Et, en s'adressant à un vieillard de la famille : Pour ne pas lui faire du tort [...] Grand-père Chopé, tu m'entends ? [...] Pour le bien de cette famille que *Klè* [dieu] a toujours bénie et favorisée, tu prendras cette jeune fille. Nagognimé U. Dembéle (Jonckers, 1987 : 45).

Le pouvoir traditionnel ou financier d'une famille est évalué par le jeune âge (moins de 22 ans) du marié et/ou par le nombre d'épouses de celui-ci. Selon B.T "*de tous les hommes, les hommes maliens sont ceux qui ont préservé leur dignité, parce qu'ils n'ont pas valorisé la femme*". Selon l'imaginaire collectif, on ne procède jamais à l'offre ou l'acceptation de la dot d'une femme (*furunafolo*) un samedi ni recueillir les plantes médicinales au risque que cela se reproduise en ruptures successives de fiançailles pour cette jeune fille et de récurrence morbide pour cet enfant. La même représentation sociale s'observe comme phénomène à conjurer en cas de décès ou à ne pas présenter de condoléances ce jour dit. Une femme dont la dot a été versée un samedi ne restera pas avec cet homme et pourra être continuellement en instance de fiançailles jusqu'à la fin de sa vie. Les mariages se font pendant la saison sèche chaude (avril, mai et juin), pour que les nouvelles épouses passent la période d'hivernage dans leur nouvelle famille. Elle sera ainsi une main d'œuvre précieuse pour le début des travaux champêtres.

Les groupes d'âge d'hommes entretiennent divers types de relations sociales d'entraide tels le *dama* pour les travaux de construction, de labour ou de récolte : c'est la promotion des concitoyens et leurs amis.

En revanche, les mêmes groupes d'âge chez les jeunes filles ou femmes représentent le *jara* qui est une association lucrative autour des travaux de repiquage, de désherbage ou de récolte. L'argent recueilli de ces activités leur sert à organiser des fêtes et à constituer le trousseau de leurs filles. Cela se fait à tour de rôle. Il existe un respect mutuel entre les jeunes hommes et leurs aînés. Les jeunes filles quittent le village, vers le mois d'octobre, pour aller travailler dans d'autres villages. Elles font généralement la récolte du riz et reçoivent un peu d'argent. Cet argent leur permettra de commencer à constituer leur trousseau.



Les jeunes hommes choisissent seuls leurs femmes ou avec l'aide des amis. Mais dans certaines familles les épouses ou l'époux est imposé. Dans ce cas, du côté masculin, c'est son ami ou frères de case du jeune homme qui sont avisés par le père ou le tuteur du futur marié en ces termes : *Vous avez une visite auprès de telle famille dans tel village, un tel jour, préparez-vous y en conséquence !* En revanche, du côté de la jeune fille, c'est également son, ses amies ou consoeurs de jeux qui sont avisées de l'imminence d'une visite à recevoir : *aw ye laben, barokelaw kun sin b'an kan ni dən jəŋgəna, ka bə nin yəwə la, nin dənmasina* [préparez-vous, des causeurs sont en route vers vous de tel village, un tel jour !]. Il peut arriver qu'entre l'annonce de la visite et le jour de réception, survienne le marché forain ; les jeunes tentent de profiter de cette opportunité, chacun aidé de ses pairs, pour identifier son ou sa partenaire matrimoniale sans toutefois paraître s'y intéresser. De même qu'au jour de la rencontre (causeries nocturnes), la pudeur recommande à ne s'intéresser qu'à l'ami(e) de son élu(e) où les taquineries de l'un ou de l'autre deviennent l'objet de boutades ou de feintes de flirt de désintéret, mais qui s'estompent lors de raccompagnement des jeunes hommes.

Pour une fille qui sort d'une famille ou d'un village : la veille de son départ elle se retire dans une pièce avec ses amies (les filles de son âge) et toute la nuit les femmes chantent, danse et pleurent. Les pleurs marquent les différentes étapes de la vie d'une femme. Le lendemain, elles réunissent le matériel (ustensiles de cuisine, pagnes, matelas, radio, miroir, armoires et autres) les lavent et ensuite les comptent.

La puissance financière de la famille s'évalue par la quantité de biens offerts ou achetés à la jeune mariée. Vers 17 heures, la jeune mariée accompagnée de ses amies et d'une vieille femme, se rend dans sa nouvelle famille où elle fera 3 jours dans la chambre nuptiale. Le quatrième jour, c'est le retour de la mariée dans sa famille où elle restera 20 ou 40 jours. Pendant cette période elle recevra une nouvelle éducation qui consiste à un apprentissage concernant l'entretien d'un mari et d'un foyer.

Pour une fille qui entre dans une famille ou dans le village : quelques semaines avant son arrivée, le marié envoie des amis dans la famille de la femme pour leur dire qu'il est prêt à accueillir la fille chez lui.

La veille ou le jour de son arrivée (cela dépend de la distance qui existe entre les différents villages), un moyen de locomotion est envoyé par le mari pour la chercher. Pendant ce temps les amis de la famille et les habitants du village vont chez l'homme pour accueillir la nouvelle

mariée et y passer la nuit. Toute la nuit on chante et danse, la mariée rentre dans la chambre nuptiale et n'en sort qu'après 3 jours si c'est son premier mariage ou 1 jour si elle avait déjà été mariée auparavant. Le lendemain on rassemble le trousseau de la mariée et on fait le décompte et le partage aux belles-sœurs (la mariée doit habiller toutes ses belles-sœurs), aux griots et aux femmes. Après ces jours passés dans la chambre nuptiale, elle retourne dans sa famille pour 20 ou 40 jours.

Le rôle des amis ou des parents du futur marié ou du marié est celui d'observer la fiancée ou la femme de celui-ci à la recherche de certains comportements ou signes qui prédisent leur future vie commune tels le *tere* qu'illustre cette citation ci-dessus et ces deux premières déclarations (a et b) des acteurs sociaux. En revanche, il existe d'autres techniques de corps qui consistent à garder de la vigueur chez la personne comme l'indiquent les deux dernières déclarations (c et d) des mêmes acteurs sociaux :

- a) Quand une fille marche le cou tiré en avant, si elle se marie, elle va provoquer le décès précoce de son mari. Il est question ici de *tere*.
- b) Au moment de servir à manger, pendant que la femme pose l'assiette au sol, si son pied droit est en avant c'est très bien. Si son pied gauche est en avant ce n'est pas un bon signe car la femme sera infidèle.
- c) Quand une femme et son mari dorment, elle doit toujours faire face à son mari, "*a te den fanga dɔgɔya*". Mais si elle lui présente le dos (*a be den fanga dɔgɔya*). Il s'agit ici de toute la dynamique de construction de la morale et de l'éthique sexuelles et de la conception des enfants en milieu de terroir, entre épousé et époux. Cela se retrouve confirmé par l'adage commun selon lequel : *den be bi ba bolo* [chaque enfant tient son destin de sa mère. Cela renvoie au respect de l'époux !].
- d) Si une fille pile le grain, en tenant sa tête droite, elle vieillira en conservant toute sa force physique. Dans le cas contraire (*a te kɔrɔ, a be desɛ*) [elle va se fatiguer avant le temps].

La femme prend ses fonctions dans sa nouvelle famille juste après son arrivée. Le savoir faire culinaire représente un atout important car une paresseuse est une honte pour son mari et pour sa famille. Elle doit être un exemple pour sa future fille dont elle est garant de même que tout enfant tient son destin de sa mère.

mariée et y passer la nuit. Toute la nuit on chante et danse, la mariée rentre dans la chambre nuptiale et n'en sort qu'après 3 jours si c'est son premier mariage ou 1 jour si elle avait déjà été mariée auparavant. Le lendemain on rassemble le trousseau de la mariée et on fait le décompte et le partage aux belles-sœurs (la mariée doit habiller toutes ses belles-sœurs), aux griots et aux femmes. Après ces jours passés dans la chambre nuptiale, elle retourne dans sa famille pour 20 ou 40 jours.

Le rôle des amis ou des parents du futur marié ou du marié est celui d'observer la fiancée ou la femme de celui-ci à la recherche de certains comportements ou signes qui prédisent leur future vie commune tels le *tere* qu'illustre cette citation ci-dessus et ces deux premières déclarations (a et b) des acteurs sociaux. En revanche, il existe d'autres techniques de corps qui consistent à garder de la vigueur chez la personne comme l'indiquent les deux dernières déclarations (c et d) des mêmes acteurs sociaux :

- a) Quand une fille marche le cou tiré en avant, si elle se marie, elle va provoquer le décès précoce de son mari. Il est question ici de *tere*.
- b) Au moment de servir à manger, pendant que la femme pose l'assiette au sol, si son pied droit est en avant c'est très bien. Si son pied gauche est en avant ce n'est pas un bon signe car la femme sera infidèle.
- c) Quand une femme et son mari dorment, elle doit toujours faire face à son mari, "*a te den fanga dɔgɔya*". Mais si elle lui présente le dos (*a be den fanga dɔgɔya*). Il s'agit ici de toute la dynamique de construction de la morale et de l'éthique sexuelles et de la conception des enfants en milieu de terroir, entre épousé et époux. Cela se retrouve confirmé par l'adage commun selon lequel : *den be b'i ba bolo* [chaque enfant tient son destin de sa mère. Cela renvoie au respect de l'époux !].
- d) Si une fille pile le grain, en tenant sa tête droite, elle vieillira en conservant toute sa force physique. Dans le cas contraire (*a te kɔrɔ, a be dɛɛ*) [elle va se fatiguer avant le temps].

La femme prend ses fonctions dans sa nouvelle famille juste après son arrivée. Le savoir faire culinaire représente un atout important car une paresseuse est une honte pour son mari et pour sa famille. Elle doit être un exemple pour sa future fille dont elle est garant de même que tout enfant tient son destin de sa mère.

### 1.3.2.2 - Soins prénatal, postnatal et les interactions précoces mères-enfants

#### *La femme enceinte*

" Si tu n'es pas au courant de tous les interdits des femmes enceintes, même si tu fais quelque chose d'interdit, ton enfant n'aura rien. Mais si tu es au courant ou si on t'a mise au courant et tu le fais quand même, ton enfant n'échappera pas à la maladie et parfois même à la mort précoce".

Voilà pourquoi on dit qu'il faut respecter son mari ainsi que les parents de son mari. Alors tes enfants grandiront et auront un bel avenir. Mais si tu ne respectes pas ton mari ni ses parents, tes enfants même s'ils grandissent ne seront pas heureux dans la vie "*herε te den sɔɔ*".

Quand une femme est enceinte, elle ne doit plus balayer, ou plus précisément, elle ne doit pas soulever le sable ou la poussière de sa maison (en banco) parce que ça appelle la mort. Si elle accouche l'enfant va mourir ou au mieux sera un "*banabatɔ*" (maladif). Selon les femmes "*mελεκε don*".

Elle ne doit pas s'asseoir sur le mortier du côté du bord ouvert. Elle ne doit pas se rendre dans la brousse le jour (*a te ta kungo kɔnɔ tile gwan fε*).

Quand une femme est enceinte, chez les bamanan, la femme elle peut tout manger. Chez les kɔrebɔɔ, elle doit éviter les aliments tels le lait frais qui est déclaré faire beaucoup grossir le fœtus ; le sucre, le citron parce qu'ils favorisent les contractions utérines qui peuvent être très violentes ; la farine de baobab, parce qu'elle fait en sorte que l'enfant va se caler au niveau du flanc droit ou gauche de la mère et ne reste pas au milieu du ventre.

Quand une femme enceinte se présente chez vous, si vous mangez quelque chose, il faut toujours lui en donner. "*ni nege b'a la, dɔ be maloya a te kuma. E b'a ta ani e ba di a ma. Ni e ma di ama, dɔ be gerejegε be cien*". Si tu ne lui donnes pas, l'envie peut provoquer l'avortement spontané de la grossesse et ce n'est pas bien. On ne refuse rien à une femme enceinte.

Quand une femme est enceinte, si la nuit pendant son sommeil elle veut se retourner sur l'autre côté, il faut qu'elle s'assoie d'abord, puis se tourne et s'allonge sur le côté voulu. Si elle se retourne d'un côté à l'autre sans s'asseoir, cela va provoquer la naissance d'un enfant avec circulaire du cordon.

#### *Conduites à suivre après l'accouchement*

L'enfant, après lui avoir donné son bain, nous le remettons à une femme, en général, âgée ou la plus ancienne des femmes de la famille qui est encore valide. Elle prend l'enfant et le

dépose d'abord sur le sol (au contact du sable et du banco) et dit des paroles suivantes avant de le poser sur le lit :

Nous allons causer ensemble, manger ensemble, faire le repiquage ensemble.

*Pourquoi ?* Parce que si on le dépose d'abord sur le lit, cet enfant passera tout son temps à pleurer, nuit et jour. Mais si on le dépose d'abord sur le sol, il ne pleurera pas beaucoup ou pas du tout sauf quand il a faim.

Les femmes disent que quand une femme accouche à l'hôpital, on lui fait des injections qui favorisent l'évacuation rapide du sang (les lochies) qui se trouve dans le ventre de la femme.

C'est pourquoi les lochies ne font pas plus de 7 jours.

"Mais si tu accouches à la maison, il faut prendre des médicaments traditionnels. Si tu ne le fais pas, ton ventre restera gros au moins pendant 5 mois. Surtout si tu manges des aliments froids, si tu bois froid, cela va favoriser l'augmentation du volume de ton ventre (il n'y aura pas d'involution rapide) parce que le sang qui se trouve à l'intérieur ne sortira pas vite ou si ça sort, le tout ne sortira pas".

Quand une femme accouche, elle doit boire des liquides chauds, manger des aliments chauds et prendre des médicaments chauds, cela favorise la sortie rapide du sang qui se trouve dans le ventre.

Elle ne doit pas faire la cuisine avant 15 jours. *Pourquoi?* Parce qu'elle n'a pas encore évacué tout le sang qui se trouve dans son ventre. Elle ne va pas au marché avant 40 jours, elle ne doit pas traverser une rivière avant 40 jours. *Pourquoi ? bamanan lada don.*

Pour plusieurs des sujets interrogés, il existe des interdits alimentaires tels de ne pas manger le *dege* (la crème) ni la viande. Ces aliments sont censés accélérer la formation du pus dans le ventre de la femme (le sang qui se trouve encore dans le ventre de la femme va se transformer en pus).

Afin d'éviter de tels incidents, la femme qui souhaiterait manger ces aliments doit suivre une médication savante spécifique (cf. savoir traditionnel, p. 105). Elle ne doit pas manger le maïs (aliments qui ballonnent le ventre) qui entraîne une forte montée laiteuse et si l'enfant tète ce lait, son ventre va se ballonner. A ce moment il faut lui faire des traitements préventifs traditionnels pour éviter ce ballonnement abdominal.

### ***Relation entre la mère et l'enfant***

#### **Par le cordon ombilical de l'enfant**

Nous avons fait accoucher certaines femmes. 4 à 5 jours après, généralement le cordon ombilical de l'enfant tombait. Les femmes ont dit de nous que : *E bolo kapy* [Tu as une bonne main].

Certaines personnes (*mogɔ jugu*) ne doivent pas voir la mère de l'enfant avant la chute du cordon de l'enfant, sinon l'enfant mourra. Tant que le cordon ombilical de l'enfant n'est pas tombé, les douleurs abdomino-pelviennes de la femme ne finiront pas : *ni den bara ma bin, ne kɔnɔnbara be ne n'dimi. Kuru mun be ne kɔnɔnna bɛɛ be n'dimi* [le cordon ombilical de cet enfant n'est pas tombé, mon ventre me fait mal. La masse fait que tout l'intérieur de mon ventre me fait mal]. En parlant de *kuru*, elles font allusion au globe utérin qui se forme après la délivrance. Certaines femmes nous disent *ganke kɔnɔndimi*. Pour que la mère puisse sortir sans peur et être soulagée de ses douleurs, il faut que le cordon chute très vite, de préférence avant le baptême de l'enfant (*den kundi*). Raison pour laquelle elles font un traitement traditionnel (cf. pharmacopée, p. 105), qu'elles appliquent sur le cordon de l'enfant.

Quand une femme a accouché, elle ne doit pas sortir l'enfant hors de la cour familiale avant qu'il ait eu 15 jours.

*Pourquoi ?* Selon le chef du village : "nous avons ici des personnes (*mogɔ jugu*) qui se promènent dans le village. Si une femme avec son enfant qui n'a pas encore 15 jours passe sur la route où est passée une de ces personnes méchantes avant elle, l'enfant ou la maman aura une maladie. Le nom de la maladie que l'enfant aura est : *muruku bana*"

#### Par les cheveux

Chez les songhoï, on ne rase pas les cheveux de l'enfant avant le jour de son baptême. Ce jour l'enfant est pris très tôt le matin et on lui rase les cheveux. La maman peut sortir dès le jour de la naissance de l'enfant.

Chez les bamanan à Majale, quand l'enfant naît, on lui rase ses cheveux le plus tôt possible. Sinon, si certaines personnes dites méchantes ou sorcières voient la mère où les premiers cheveux de l'enfant, il va mourir. Voilà pourquoi les femmes qui ont accouché ne sortent pas tôt de la chambre.

Les bamanan, après le baptême ou avant, tressent les cheveux de la femme. Ces tresses spéciales sont appelées *jibato kun*.

- *muna jibato kun ?* [Pourquoi *jibato kun* ?]

- *Den kama don. A be den boɲɛ. Ni e m'a jibato kun ke e den te boɲɛ.* Elle se tresse toutes les semaines (tous les 7 jours), les mêmes tresses sont faites pendant 3 semaines si elle a eu un garçon et pendant 4 semaines si elle a eu une fille.

Si une femme qui a encore ces tresses sur la tête perd son enfant, elle ne se tressera plus de cette façon pour les autres enfants qui suivront.

Les enfants qui naissent avec une dent ou qui poussent des dents avant de pouvoir s'asseoir ou avant 3 - 4 mois d'âge, sont considérés comme des enfants de mauvaise augure. Car selon la population si un enfant naît avec une dent dans un ménage, le père ou la mère de cette enfant va mourir bientôt. Alors pour prévenir la mort d'un des parents on laisse parfois l'enfant mourir (il n'est pas alimenté).

### ***La culture du riz et ses conséquences sur la grossesse, l'accouchement et l'enfant***

A la question de savoir comment travaillent les femmes enceintes pendant le repiquage du riz?

Les femmes (koni Jara) répondent que c'est toujours, durant l'hivernage que telle ou telle femme est malade, ou décédée. On dit que c'est la maladie. C'est faux, ce n'est pas la maladie, mais c'est le travail (culture) du riz qui tue les femmes. Une femme en grossesse qui fait le repiquage, si l'enfant n'est pas mort dans le ventre, elle a de fortes chances d'accoucher un enfant avec une procidence du cordon, une circulaire du cordon, par le siège ou un enfant en souffrance fœtale (*walama den be segena*). Lorsqu'un de ces cas survient, on va appeler la vieille accoucheuse traditionnelle. Si elle ne se dépêche pas, l'enfant meurt.

"Tout ça c'est la faute du repiquage du riz car c'est pendant ce travail que la femme enceinte est courbée en deux et l'enfant dans le ventre n'arrive plus à bouger. Le soir au repos il bouge un peu seulement et quand tu te couches, il se repose. C'est ça la cause de la souffrance fœtale de l'enfant à la naissance. Cette même position que prend la femme qui fait le repiquage, fait en sorte que l'enfant dans le ventre change de position. Il le fait parce qu'il cherche une qui siée avec celle que la maman prend. C'est ce qui entraîne les procidences, les circulaires du cordon et les enfants qui naissent avec le siège (surtout incomplet)".

Pour les enfants qui naissent par le siège comme c'était le cas de l'enfant de K.D, la maman se plaint qu'après la naissance, l'enfant avait toujours ses jambes remontées sur la poitrine. Elle a dû se rendre à Molodo 2 chez Hawa (tradithérapeute) pour traiter l'enfant. Si elle n'était pas allée faire ce traitement, l'enfant ne marcherait pas jusqu'à aujourd'hui, parce qu'il souffrirait de *kəpasadimi*.

Certains enfants naissent avec une détresse respiratoire ou souffrance fœtale après un long travail ou un accouchement laborieux. Ces enfants en général ne crient pas dès la première minute ou n'arrivent pas à inhaler assez d'air (*den te fiɲɛn sɔɔɔ*) pour pousser le cri. Les accoucheuses traditionnelles remplissent leur bouche d'eau froide. Elles font une pression dans leur bouche et aspergent avec force le nouveau-né, en continue pendant environ 15

secondes. L'eau qui est dans la bouche ne doit pas se réchauffer. Cette technique est reprise autant de fois que possible, jusqu'à ce qu'il pousse son premier cri.

### 1.3.2.3 - Alimentation de la mère et du nourrisson

#### *Alimentation de la mère*

Les aliments à ne pas manger pour éviter l'assèchement des glandes mammaires (du lait dans le sein) sont ceux qui n'ont pas beaucoup d'eau tels que : le maïs, les féculents ...

les aliments à consommer pour favoriser la montée laiteuse sont :

- Les liquides chauds. Pourquoi ? Ils favorisent la circulation de sang dans l'organisme ainsi que la transpiration, (*e be dumini gonima dun fo k'i wəsi*). Ces phénomènes favorisent l'ouverture des pores galactophores (*fo sin wo'o be da yeɛ*) et par conséquent le remplissage du sein.
- Les arachides fraîches et beaucoup de bouillie bien chaude.

Les hommes en général ne mangent pas la bouillie de la femme qui vient d'accoucher "*jibato seri*".

#### *Alimentation du nouveau-né*

Quand une femme n'a pas de lait dans le sein ou si la montée laiteuse se fait lentement,

Chez les fulfulde : "*tout ce qui sort de la vache ou du bœuf est bon pour l'Homme en général*". "*narè fanga ka swa si tulu fanga*". Les femmes prennent du *narɛ* (beurre du lait de vache), mettent dans un pagne propre. Elles pressent le beurre dans le pagne et le recueille dans un récipient. Elles donnent ce beurre à l'enfant jusqu'à ce qu'il se rassasie. Cela favorisera l'évacuation de la saleté qui se trouve dans le ventre de l'enfant.

#### Autres recettes

Prendre du beurre de lait et le nettoyer (tamiser), ajouter un peu de jus de citron, du *keɛ keɛ*, du *kəkɔfin* et du gingembre. Battre le tout pendant longtemps et donner à l'enfant. "*den kənɔbara be bon, ani a kənɔ te ja ble*" [le ventre de l'enfant sera gros et il ne souffrira plus de constipation].

Certaines femmes *bamanan* utilisent plutôt le beurre de karité. Les prescriptions préventives consistent à ne pas donner du lait frais d'animaux aux nouveau-nés. On donne du beurre de karité ou des dattes (*n'damaro*) fraîches après les avoir trempés et pressés dans de l'eau. ce



jus sucré donné à l'enfant favorisera l'évacuation de la saleté qui se trouve dans le ventre de l'enfant. Chez les nouveau-nés, les vieilles femmes, généralement, la grand-mère de l'enfant, procèdent à certains rituels. Elles lavent les nouveau-nés et les nourrissons et font des massages à l'aide de beurre de karité. L'eau du bain (rinçage) de l'enfant est un liquide tiède provenant de l'ébullition de certaines plantes. Eau qu'on fait aussi boire à l'enfant soit pour qu'il grossisse, soit pour la prévention des maux de ventre. Pour les enfants de plus de 6 mois qui ne s'assoient pas encore, elles donnent des plantes pour rendre les os de l'enfant plus dur.

### **1.3.3 - Relation aînés, cadets et puînés**

Les enfants qui naissent avec une dent ou qui poussent des dents avant de pouvoir s'asseoir ou avant 3-4 mois sont considérés comme des enfants de mauvaise augure.

"Si un enfant naît avec une dent dans un ménage, le père ou la mère de cette enfant va mourir plus tôt que prévu".

Pour prévenir la mort d'un des parents on laisse parfois l'enfant mourir (il n'est pas alimenté).

Pour les enfants qui ont entre 0 jour et 180 jours ou même plus, et qui passent toujours leurs nuits en pleurs, ce n'est pas grave si les grands-parents de l'enfant vivent encore. Mais s'ils ne vivent plus, la maman doit prendre son enfant et le mettre sur sa poitrine pour le bercer ou l'attacher au dos et faire les cents pas dans la cour familiale. Surtout ne pas le mettre au sol (au contact de la terre) parce qu'il tombera malade et mourra par la suite. Selon les femmes "cela signifie parfois que un de ses grands-parents décédés l'appelle".

Nous avons constaté ce phénomène chez un enfant âgé de 1 mois. Les femmes nous ont dit que c'est la faute de la vieille qui à pris l'enfant juste après qu'il soit sorti du ventre de sa mère et l'a posé directement sur le lit. Ce n'est pas conseillé, et la vieille est parmi celles qui ne doivent pas voir un enfant juste après sa naissance, si cet enfant ne fait pas partie de sa famille.

A partir du 5<sup>ième</sup> jour d'apparition de la lune jusqu'à sa disparition les enfants ne dorment pas dehors. Si un hangar existe, ils peuvent dormir sous ce hangar mais sous leurs moustiquaires. S'il n'existe pas de hangar et ils dorment dehors il faudra les mettre à l'ombre ou mettre un pagne au dessus de la moustiquaire. Parce que la clarté de la pleine lune ne doit pas entrer dans la moustiquaire.

Pourquoi ? "*kaloje be bana wele. Bana misen-misen cama, dɔgɔtɔɔ t'a dɔn, bamanan t'a dɔn. A te foyi ke makɔɔba ma, a be demisen minɛ drɔn.*" (L'enfant est toujours malade. Les médecins ne se retrouvent pas dans leur diagnostic et même les tradithérapeutes ne se retrouvent pas). Quand tu as un cas de maladie de ce genre dans ta maison, et si tu expliques aux gens du village que tu as déjà fait tous les traitements moderne et traditionnel, la population va te poser la question de savoir si tu dors dehors (*e be si kenɛka wa ?*).

Les femmes en âge de procréer ne doivent pas manger la tête du maïs dont les grains ont été picorés par les oiseaux, ni les fruits que les oiseaux ont déjà percés.

*Pourquoi ?* Cela donne le *tonsojimi* (*a be tonsojimi bla muso na*). Alors elles cassent la tête du maïs et le jette, puis mangent le reste.

## **Chapitre 2**

### **Questions de la recherche**

Nous développons les questions suivantes :

1. En quoi, les systèmes de signes, de sens et d'actions liés à la santé et à la maladie influent-ils sur les comportements thérapeutiques des femmes quant à leur santé et à celle de leurs enfants ?

2. Ces comportements de recours aux soins (populaires, traditionnels et conventionnels) individuels et collectifs sont-ils déterminés par l'appréciation (diagnostic populaire) de l'état de santé des enfants, par des contraintes socio-économiques ou environnementales ?

3. En quoi une étude anthropologique basée sur l'analyse contextualisée des relations de genre, de population-environnement peut-elle être un outil pertinent de compréhension des modes de recours aux soins dans une localité ou communauté donnée ?

4. Sont-ce les contraintes liées aux conditions socio-économiques ou socio-culturelles (sexe, âge ou statut sociaux de l'enfant), aux conditions environnementales au sens large du terme qui sont les plus déterminantes par rapport aux motivations des choix thérapeutiques (Goldberg, 1982 ; Aiach, 1986 : 83 et Dozon et Fassin, 1989 : 25-28) ?

5. En quoi la mise en œuvre de la politique sectorielle de la santé peut-elle répondre aux besoins de soins de santé primaires des populations, fragilisées par le phénomène croissant de la pauvreté, dûe au recul des productions vivrières au profit des cultures de rentes dans des zones rurales de l'Office du Niger où à l'accès des populations aux infrastructures socio-sanitaires qui constitue un souci majeur pour les femmes ?

## **Chapitre 3**

### **Etat des lieux des connaissances**

### 3.1- La santé maternelle et infantile en Afrique subsaharienne

La situation de la santé de la mère et de l'enfant en Afrique subsaharienne, au Mali indique que la période de grossesse, d'accouchement et de nourrissage représentent les espaces de vulnérabilité et de fragilité où les enfants traversent surtout une période de survie très précaire (Unicef, 1997 : 39-56). Cette période de risque ou de fragilité marque une étape importante dans la vie sociale de l'enfant et de sa mère voire du couple. En effet, elle correspond à la phase de vulnérabilité tant pour la mère, pour l'enfant que pour la famille domestique. Aussi fait-elle l'objet de pratiques culturelles spécifiques de protection, de prévention et d'observances de tabous divers. C'est la période critique des maladies populaires d'étiologie surnaturelle comme de toutes sortes de maladies de la petite enfance et des maladies de transgression de tabous ou d'interdits. La compréhension du contexte socioculturel de cette période de plus grande fragilité exige une recherche anthropologique d'approche interprétative et émiq. Cette approche devrait aussi permettre une mise en place d'une intervention plus efficiente à insérer dans le cadre de la promotion de la santé et de développement social en prenant en compte les réalités économiques, culturelles et environnementales de l'enfant, de sa mère et de la femme. Les programmes ainsi constitués d'éducation pour la santé de l'enfant, de la mère, des femmes et des populations peuvent intégrer, par exemple un module pour la formation des matrones, des sages-femmes et des agents de santé (Child, *op. cit.*).

Une telle étude nécessite assurément dans une région comme celle de l'Office du Niger, où la politique de colonisation des terres se faisait par un déplacement des populations entières, de leur terroir ancestral en préservant cependant selon l'initiateur de l'Office du Niger, Bellime, nous citons : « toute leur intégrité culturelle ».

Il s'agit dans un premier temps de décrire la situation socio-sanitaire des populations dans les localités sous étude et dans un second temps de comprendre la logique et le sens des comportements à partir desquels s'organisent l'ensemble des démarches initiées par les populations et notamment les mères lors d'un trouble ou morbidité de leurs enfants et lors de leurs propres problèmes de santé (accès fébriles et pathologies diverses). La combinaison dans cette étude des approches de l'ethnographie classique à celles de la médecine et de la santé publique nous permettra de recueillir des données relatives aux comportements et aux discours des mères, des femmes et des hommes des ménages sous étude face à la maladie et à la santé.

Par les techniques d'observation directe, d'observation participante et par celles des entrevues libres, nous analyserons les multiples et complexes interactions qui se mettent en place lors des modes de recours aux soins chez la mère et chez les enfants de 0 à 5 ans (Bonnet, 1986). Ces démarches ou processus de quête de soins ne peuvent à notre avis se comprendre qu'à partir de la matrice culturelle sur laquelle sont ancrées les représentations socioculturelles et les relations sociales entre mères-enfants et entre les femmes-sociétés. C'est-à-dire entre les femmes et les hommes tant dans les domaines de la vie sociale quotidienne en général, que dans ceux de la santé et de la maladie en particulier (Durkheim, 1972 ; Corin et *al.*, 1990 ; Bibeau et *al.*, 1992 ; de Sardan, 1994).

### **3.2- Pertinence de la recherche dans le contexte de décentralisation et de la politique sectorielle de santé du Mali.**

Peu de gens savent encore que nos structures *tunnel* sont héritées de l'armée. L'administration malienne est calquée sur l'armée. C'est l'armée coloniale qui a donné les noyaux des principaux services [...] Donc, on a un chef à Bamako, et ce chef a ses agents dans un tunnel au plus loin jusqu'où il peut aller. Nous avons hérité de cela, nous l'avons agrandi, nous l'avons entretenu, nous en avons fait des instruments d'interventions de l'état (Kassibo, 1997 : 3-4).

Les politiques et les systèmes de soins en Afrique subsaharienne sont caractérisés par deux périodes, à savoir la période coloniale et celle de la post-colonie. L'époque coloniale était caractérisée par une médecine appelée de soins indigents, gratuits, durant laquelle certaines endémies ont commencé à être maîtrisées telles la fièvre jaune. La médecine curative était surtout accessible aux militaires, fonctionnaires ainsi qu'à leur famille tandis que la médecine préventive était essentiellement assurée par des services mobiles, le service d'hygiène et de prophylaxie mobile.

Il faut noter que, comme l'illustre assez bien cette pensée de feu Boubacar Sada Sy, toutes les structures publiques : administratives, sanitaires, éducatives [...] judiciaires des territoires coloniaux français, en particulier celles au Soudan français sont nées de cette structure, dynamique et logique de tunnel (Kassibo, *op. cit.*). Quant au budget de santé, contrairement à cette date, il était entièrement pris en charge par la Métropole (A. Ag. Rhaly, 1994 : 17). La période post-coloniale, celle des indépendances africaines, est caractérisée par différentes étapes de volontés et de tentatives politiques, militaires et civiles d'émancipation des années 1960, 1970 et 1990.

Elles ont été traversées par les politiques d'ajustement structurel des années 1980, du Fond Monétaire International qui sont venues à bout de la résistance des états d'Afrique subsaharienne lourdement endettés et englués dans de graves crises institutionnelles, financières et politiques. Ces politiques ont consisté à la diminution des subventions de l'état auprès des entreprises d'état, de l'éducation, de l'emploi et du secteur de la santé, où se sont substituées, sans aucune alternative ou éducation communautaire à gestion émancipatrice, des entreprises à caractère de production économique et industrielle telle l'Office du Niger, se sont transformées en entreprises publiques à caractère administratif (MckPake and *al.*, 1985 : *iii*).

C'est dans de tels contextes que cette étude sur la problématique de la santé maternelle et infantile, dans une approche holistique, a été initiée afin de comprendre les niveaux différentiels ou dynamiques de perceptions, de représentations et d'adaptation aux dynamiques locales/globales. Nous nous intéressons à la situation malienne, spécifiquement à celle des femmes et des enfants au sein des populations rurales des zones inondées et exondées de l'Office du Niger. Ici, nous nous proposons d'étudier d'une part, par une approche anthropologique, l'application de la politique sectorielle de santé du Mali dans cette région de développement socio-économique, et d'autre part, d'analyser les systèmes de représentations socioculturelles, les motivations, les décisions et les itinéraires thérapeutiques reliés à la dynamique environnementale chez les populations locales. En effet, il s'agit ici pour nous d'analyser les offres de soins, les besoins et les modes d'accessibilité des services socio-sanitaires ainsi que de la mise en évidence de l'importance qu'occupe la médecine traditionnelle ou savante africaine dans les décisions ou motivations de recours aux soins essentiels de santé chez ces populations du village de Mapale à l'Office du Niger. Aussi, nous tenterons de rendre également compte de façon contextuelle de l'impact de cette crise sociétale sur (Rhaly, 1994 et McPake, 1992, *op. cit*) la complexité de la dynamique des motivations, des décisions et choix de recours aux soins. En particulier chez les femmes et les enfants en milieu rural qui se déclarent et où l'on constate une certaine prise de conscience de leurs forces pour un auto-développement local enclavé (*comment, par qui ou à quel niveau et à quel moment se décide dans un ménage ou dans une famille un choix thérapeutique chez un enfant ou chez une femme malade ?*).

Malgré la proximité, certes relative, de trois centres de santé : public et privé à Molodo (8km) et ensuite du dispensaire de Niono (14 km), on note une certaine évolution du secteur des médicaments essentiels, notamment dans des officines de pharmacie.



Quoique plus marquée en zone urbaine ou périurbaine telle dans le district de Bamako où dans les années 1990, l'Initiative de Bamako a permis une autre approche dans l'évaluation de la situation socio-sanitaire qui, sous la pression des populations mal desservies par un système de santé très bureaucraté ou centralisé. Il s'agit en fait d'atteindre l'objectif principal de l'Initiative qui est l'accessibilité universelle aux soins de santé primaires, particulièrement par un approvisionnement en médicaments essentiels tout cela afin qu'il y ait des soins de santé primaires autofinancés par les populations locales, privilégiant ainsi la santé des femmes et des enfants.

La question essentielle que nous nous sommes posée ici est de savoir ou de comprendre en quoi les motivations et les décisions thérapeutiques chez les populations locales répondent-elles à l'offre de soins que représente la politique sectorielle de la santé et des systèmes de soins de santé primaires que l'Initiative de Bamako cherche à promulguer ?

En effet, quant on sait que la santé et la maladie certes considérées comme des perturbations physiologiques de l'organisme par la médecine conventionnelle sont le plus souvent tributaires d'une signification ou interprétation culturelle pour beaucoup de sociétés humaines dites traditionnelles (Bonnet, 1988 : 88). En raison de cette double réalité du recours aux soins, que représente donc la place et l'importance de la médecine traditionnelle dans la dynamique de satisfaction thérapeutique en matière de santé de la femme, de la mère et de l'enfant (statut prioritaire de l'intention thérapeutique) ? Selon certains auteurs occidentaux comme le Dr T. Turmen : « 4,5 millions de bébés périssent avant d'atteindre l'âge d'un mois, 3 millions de décès se produisent pendant la semaine suivant l'accouchement, en grande partie à cause de problèmes de traitement pendant la grossesse et l'accouchement » (Child, 1994). Le tableau de cette mortalité très élevée présente quelques spécificités parmi lesquelles on peut signaler :

- a) Une forte prévalence de certaines maladies comme le paludisme : 500.000 à 1,2 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans par an (UNDP, Wbank et WHO, 1993) 1000 et celui de la mortalité infantile s'élève à 159 p.1000 :
- b) Les maladies diarrhéiques également présentent un taux très élevé de mortalité infantile et provoquent le plus souvent la fragilisation du système immunitaire des enfants, même après guérison (Contandriopoulos, 1994) ;
- c) Une forte fréquence de mortalité des enfants consécutive à des maladies infectieuses comme le tétanos néonatal, la rougeole, le choléra, la coqueluche et la broncho-pneumonie.

A cela s'ajoute une malnutrition protéino-énergétique grave, drame qui touche environ 80 à 100 millions d'enfants dans le monde (Hercberg et *al.*, 1995). 33 % des 12 millions de décès d'enfants de moins d'un an chaque année sont directement ou indirectement attribuables à des problèmes de malnutrition (Unicef, 1993). Les mères d'enfants de moins de 5 ans, le plus souvent incriminées en cas d'épisodes morbides et de malnutrition chez les jeunes enfants, représentent les sentinelles de santé du ménage, de la famille. Elles sont caractérisées au Mali par la situation sociale, culturelle et économique de la mère et de l'enfant (Ramaro, 1997 : 1)<sup>7</sup> et présente les mêmes caractéristiques, 51 % dont près de la moitié (46 %) est âgée de moins de 15 ans (CEPED, 1994). Le taux de scolarisation primaire (6-13 ans) est de 35 % pour les garçons et de 20 % pour les filles (recensement de 1976), le taux d'analphabétisme (ne sachant ni lire ni écrire) chez les populations actives (15 ans et plus) est de 71,4 % chez les hommes et de 87,0 % chez les femmes. Par ailleurs, le fait que 75% de la population malienne vive sous le seuil de la pauvreté (Unicef, 1999 : ; Coulibaly et Keïta, op. cit, Anaheim-Jamet et *al.*, 1997 : 137-152; Ag Iknane et *al.*, 1997 : 153-166; Crochet, 2000 : 47-77) constitue un très sérieux handicap à l'installation de toute politique de santé qu'elle soit sectorielle, locale ou globale.

Cependant, des stratégies de la politique sectorielle de la santé du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales sont élaborées au niveau local afin de pallier à cette insuffisance et afin de répondre à son objectif de priorité de l'action sanitaire. Cette action est réservée au milieu rural et périurbain par la création des CSCOM, Centre de Santé Communautaire, la création et l'installation de médecins de campagne, en réponse aux objectifs de l'Initiative de Bamako (Losi et Pisani, 1992 : 127 ; Konaté, 1993 : 1-6).

---

<sup>7</sup> Le Mali est un pays continental de l'Afrique de l'ouest dont la superficie du Mali est de 1,240.192 km<sup>2</sup> et compte 10.800.000 habitants (1995) avec une densité égale à 8,7 hab/km<sup>2</sup>. Le PNB est de \$ 200 US par tête d'habitant sur un PNB global de 1,94 milliard de dollars (1994).

## **Chapitre 4**

### **Approche conceptuelle**

#### 4.1- Modèle de recherche

Nous privilégions contre les deux modèles analytiques dominants dans l'explication de l'utilisation différentielle des services de santé, le modèle d'inspiration culturelle sémanctico-pragmatique. En effet, les deux premiers modèles sont respectivement basés sur la combinaison d'une approche individuelle et populationnelle, *le modèle comportemental* qui distingue trois ensembles de facteurs en interrelation : la disponibilité des services, la facilité d'accès aux services et les différents besoins médicaux et *le modèle des croyances de la santé* qui accentue plutôt l'influence des perceptions et des connaissances de l'individu pour expliquer les comportements des personnes dans l'utilisation des services de santé (Bibeau, 1984 ; Contandriopoulos, A.P., *op. cit.*).

Notre modèle d'inspiration culturelle est basé sur l'analyse intégrée des systèmes de signes (*sémiologie populaire*) et des systèmes de sens (*explication des étiologies profanes*), auxquels nous nous référons pour mieux comprendre les systèmes d'action des usagers des services de santé, les formes de recours aux soins dans les communautés rurales et les systèmes de représentations, en particulier les femmes et les mères d'enfants de 0 à 5 ans. Ce modèle culturel nous permet d'appréhender les différentes modalités des interventions des personnes, des femmes surtout, dans le processus de prise de décision thérapeutique (Massé, 1995 ; Bibeau, 1984 et Cantrelle, 1990).

D'approche interprétative et émiqne, le modèle culturel se situe à l'interface de plusieurs champs disciplinaires comme l'écologie humaine (analyse des écosystèmes humains en relations avec ceux environnementaux : la saisonnalité climatique ; les plantes, les animaux et les eaux) ; la démographie historique et médicale (stratégies populaires et traditionnelles de régulation des naissances ; structure et reconstitution des ménages, etc.) et la santé publique. La clinique médicale constitue la porte d'entrée et l'anthropologie, le centre de gravité et d'intégration.

Notre modèle d'analyse nous permettra assurément de rendre compte de façon contextualisée de la réalité paradoxale du phénomène de suspicion ou de rejet et de celui de l'engouement que le terme ou concept de traditionnel, ou de médecine traditionnelle suscite respectivement chez les spécialistes et décideurs de la santé ou de la médecine conventionnelle au Mali et chez les populations tant urbaines que rurales (Coppo et Keïta, 1989).

En effet, l'on assiste au Mali à une prolifération sans précédent de centres de soins, de recherche et de formation en médecine traditionnelle. L'existence d'un tel paradoxe ne saurait à mon avis être appréhendée par les deux modèles d'analyse, le modèle comportemental et le modèle des croyances de la santé ci-dessus mentionnés.

Nous sommes persuadés qu'une analyse anthropologique comparée du système empirique et de celui conventionnel dans une dynamique d'interaction contextualisée entre soignants/soignés (tradithérapeutes/patients et médecins/malades) réussira à mieux rendre compte du système de communication, voire de dysfonctionnement langagier entre les deux protagonistes. Dysfonctionnement que nous pensons déjà plus ressenti par les patients en consultation thérapeutique de relation médecin/patients que dans celle tradithérapeute/consultant (Bonnet, *op. cit.*).

En outre, une question reste à être élucidée : le phénomène de la pauvreté d'ailleurs en croissance inquiétante peut-il à lui seul expliquer ce regain d'intérêt pour la médecine traditionnelle chez ses usagers ? Qu'est-ce qui motive les usagers de cette médecine traditionnelle, est-ce l'économique, le culturel ou encore l'expérience pratique du sujet ou de son entourage (immédiat) qui justifie le choix à un recours thérapeutique parmi d'autres ?

Ces questions nous conduisent à adopter une méthodologie d'enquête anthropologique intensive limitée à la communauté villageoise cosmopolite de Majale qui de plus offre une structure à habitats éclatés en hameaux de culture, les *wεrε*

Dans cette étude, nous nous fixons deux points de départ pour la recherche :

1°) Définir les différentes intentions thérapeutiques de combinaison chez chaque sujet sous étude, les disponibilités et les contraintes dans le recours aux soins professionnels, populaires et traditionnels ;

2°) Prendre en compte des mères ayant des enfants en situation dite de «*bonne santé*» sans aucune démarche de recours à des soins et recenser à leur niveau toutes les pratiques de protection ou de prévention sanitaire. Nous analyserons surtout leur système d'alerte précoce de maladies d'enfants.

Nous investiguerons également à leur niveau leurs représentations populaires liées à la santé et à la maladie (sémiologies et étiologies profanes des maladies d'enfants plus haut identifiées) de même que leurs pratiques et leurs "techniques de corps" de soins préventifs appliquées par les mères et personnes ressources aux nourrissons.

Les entretiens seront enregistrés, transcrits et traduits *in extenso*. Nous procéderons à des analyses de contenu afin de dégager les régularités dans les interprétations populaires de la maladie et de la santé ainsi que pour tout ce qui concerne les diverses situations des patients (*handicaps et observance des traitements*) et des soignants (*connaissance des systèmes d'interprétations populaires, préjugés partagés par les populations, etc.*).

En fonction des thèmes investigués et des réponses obtenues relativement aux sémiologies, aux étiologies populaires et aux itinéraires thérapeutiques, nous tenterons d'établir leur variabilité, de décrire ensuite les pratiques et les savoirs spécifiques par rapport aux affections déclarées. Nous dégagerons notamment les diverses sources de ces «connaissances» en fonction de leurs systèmes de référence : religieux et magico-religieux (*Islam, religions traditionnelles, expériences phénoménologiques des anciens malades*) ; statutaire castique (*forgerons, griots, cordonniers*). A ce titre des interviews complémentaires seront effectués, qui se dérouleront auprès de ces divers spécialistes et catégories sociales (Iroko, 1994).

## **4.2 -Hypothèse de recherche**

Notre hypothèse de recherche est que la connaissance que les femmes de Mapale possèdent, de même que les contraintes sociales, économiques et les difficultés d'accessibilité aux soins de santé primaires influent sur l'itinéraire thérapeutique qu'elles vont suivre.

## **4.3 - Objectifs recherche**

### **4.3.1 - Objectifs généraux**

- a) Contribuer à l'amélioration des pratiques sanitaires, de soins ou d'accouchements chez les populations à Mapale.
- b) Organiser et proposer les résultats de notre étude en module d'animation de santé villageoise de proximité auprès des acteurs sociaux, praticiens de la santé ainsi qu'auprès

des décideurs de la santé publique [contribution aux énoncés de la politique sectorielle de santé du Mali].

#### **4.3.2 - Objectifs spécifiques**

- a) Etudier le comportement de recours aux soins populaires, conventionnels et traditionnels.
- b) Identifier les critères ou les mécanismes socio-culturels, socio-économiques et environnementaux de discrimination prioritaires des modes de recours aux soins en fonction des catégories pathologiques.
- c) Analyser les facilités ou difficultés d'accès aux soins de santé populaires, traditionnels ou conventionnels, communautaires ou privés.
- d) Etudier les rapports entre la médecine conventionnelle et la médecine traditionnelle.  
Comment passer du syncrétisme actuel médecine moderne/médecine traditionnelle, à une synthèse, à la fois théorique et pratique des deux sphères ?

#### **4.3.3 - Objectifs opératoires**

- a) Administrer des soins de santé primaires
- b) Participer aux accouchements auprès des accoucheuses villageoises
- c) Evaluer les pratiques ou techniques d'accouchement utilisées par les accoucheuses villageoises
- d) Evaluer l'environnement ou/et la maîtrise hygiénique chez les accoucheuses villageoises ainsi qu'auprès des parturientes

## **Chapitre 5**

### **Approche méthodologique**



## 5.1. Périodes d'étude

Le recueil des données s'est fait en 7 mois divisé en trois passages dans le village.

Le premier passage s'est déroulé du 18 octobre au 12 décembre 1999

Le deuxième passage s'est déroulé du 09 avril au 04 juin 2000

Le troisième passage s'est déroulé du 01 août au 15 octobre 2000

## 5.2. Déroulement des études

### 5.2.1 Approche communautaire

Arrivée dans le village, la première étape consistait à prendre contact avec le chef de l'association villageoise de Majale et avec ses conseillers. Nous avons procédé à la sensibilisation et à une demande d'autorisation de recherche par les autorités villageoises. Celles-ci m'ont donné un guide interprète local.

### 5.2.2 Recensement

Nous avons effectué durant tout le mois d'octobre 99 le recensement de la population du village. Cela a été fait à l'aide de carnet de famille et en présence d'un représentant de la famille. Les données étaient recueillies sur une fiche de recensement (cf. annexe).

### 5.2.3. Description de l'étude

Nous avons fait trois études qui sont :

#### *L'étude clinique*

L'échantillonnage est de type exhaustif puis focalisé sur deux populations. Celle des enfants de 0 à 5 ans (361 cas) et celles des femmes en âge de procréer de 14 à 49 ans (63 cas).

Il s'agit d'enquêtes médico-cliniques et d'entretiens individuels des femmes et mères d'enfants.

Les données ont été recueillies sur une fiche clinique (cf. annexe, guide d'observation clinique) rigoureusement identifiées par un numéro. Les femmes et les mères se présentaient dans notre chambre, qui tenait lieu de salle de consultation. Elles venaient spontanément pour un cas de maladie qui les concerne ou leurs enfants.

Il s'agit d'une étude transversale dont les données ont été récoltées après :

- Examen clinique (interrogatoire, inspection, palpation, auscultation et prise de la température axillaire).
- Hypothèse diagnostic et confirmation de l'hypothèse, après efficacité du traitement.

### ***L' étude de la pharmacopée traditionnelle***

Les entretiens se sont fait auprès des femmes et des tradithérapeutes. Chaque individu était isolé et questionné. Les informations étaient recueillies sur des fiches d'enquêtes ethnobotaniques préétablies. Les tradithérapeutes vus étaient seulement ceux qui ont été cités par les femmes. 7 ont été cités et seulement 5 ont été vus et interrogés à l'aide d'un questionnaire préétabli (cf. annexe) et 2 entrevues ont été enregistrées.

Les plantes citées par les femmes étaient collectées pour la constitution d'un herbier. Nous avons recensé 86 plantes, dont 12 n'ont pas été identifiées et 52 ont été prises en photo. 4 espèces d'animaux ont été citées.

### ***L'étude anthropologique***

Destinée aux enfants de 0 à 5 ans, aux femmes en âge de procréer (14 à 49 ans), et quelques chefs de ménage. Le but est d'analyser les données socio anthropologiques et socio-démographiques. L'interrogation se faisait à l'aide de questionnaires préétablis. Un questionnaire socio anthropologique pour les femmes et un pour les enfants (cf. annexe). Un questionnaire socio-démographique pour les femmes et un pour les chefs de ménages (cf. annexe). Nous nous rendions dans tous les hameaux et chaque individu de l'échantillon pris au hasard était isolé et questionné afin de minimiser les biais de réponses. Notre échantillon était composé de 54 enfants et de 54 femmes, que nous devions interroger pendant les trois séjours.

## **5.3 - Caractéristiques des méthodes d'études**

Les recherches extensives (quantitatives) ont concerné les études cliniques et le recensement démographique de base. En revanche, les recherches intensives ont porté sur les entrevues approfondies (enregistrées sous bandes magnétiques) ainsi que les activités d'observation participante.

## **5.4 - Composition de l'équipe de terrain**

L'équipe était composée d'un guide interprète local de sexe masculin, qui est le trésorier de l'association villageoise du village.

## **5.5- Matériel**

Le matériel était composé d'un stock de médicaments essentiels, et d'un financement du Point Sud, "Muscler le Savoir Local".

## **5.6 - Gestion et analyse des données**

La saisie et analyse des données ont été faites sur EpiInfo 6.4

## Chapitre 6

### Résultats

## **6.1. Résultats cliniques**

## 6.1.1 - Caractéristiques de la population étudiée en clinique

### 6.1.1.1 - Les enfants de 0 à 5 ans

**TABLEAU I - DISTRIBUTION DES ENFANTS DE 0 A 5 ANS EN FONCTION DE L'AGE**

Tranche d'âge en années	Nombre d'enfants	%
< 1	89	24,7
1	82	22,7
2	58	16,1
3	60	16,6
4	37	10,2
5	27	7,5
Ne sait pas	8	2,2
Total	361	100

Les enfants de moins de un an constituent 24,7% de notre échantillon, suivie des enfants de un an d'âge. Les enfants de 3 ans occupent la troisième place suivie de ceux de 2 ans. Enfin, nous avons les enfants de 4 ans et ceux de 5 ans.

**TABLEAU II - DISTRIBUTION DES ENFANTS DE 0 A 5 ANS EN FONCTION DU SEXE**

Sexe	Nombre d'enfants	%
Masculin	177	49
Féminin	184	51
Total	361	100

Sur 361 enfants consultés, nous avons plus de filles 51% que de garçons.

**TABLEAU III - DISTRIBUTION DES ENFANTS DE 0 A 5 ANS EN FONCTION DE LA RESIDENCE.**

Lieu de résidence ( <i>were</i> )	fréquences	%
Sama	179	49,6
Jo	7	1,9
Sokura	11	3
Jaraka	62	17,2
Maraka	25	6,9
Si	21	5,8
Benkorɔ	7	1,9
Abilaye	27	7,5
Hamadijɔɔ	10	2,8
Ailleurs	12	3,3
Total	361	100

Les enfants de *Samawèrè* sont les plus consultés, suivis de ceux de *Diaraka wèrè*. En troisième position nous avons ceux de *Abilayewèrè* et de *Marakawèrè*, enfin ceux des autres hameaux. Le sexe ratio donne le féminin en plus grande représentation dans la tranche d'âge des 0 à 5 ans soit 1,04.

Les Bamanan sont majoritaires à Manyale, suivis des Fulfulde et les Minyanka. Les enfants de moins de un an sont les plus nombreux soit 24,7%. Il est très difficile de connaître exactement la date de naissance des enfants ou des femmes, car elles ne se réfèrent pas au jour, mois ou année, mais plutôt aux saisons telles *samiyènnadenw* (saison des pluies), *foobòndadenw* (saison sèches froide ou des vents) et *kaoladenw* (saison sèche chaude) ou encore aux événements historiques *Musaminèsan* (arrestation de Moussa Traoré) ou dramatiques tels l'invasion des sautériaux, etc.

80% des enfants sont vaccinés. Le calendrier de vaccination suivi par les mères est le suivant :

A 15 jours d'âge : BCG et polio orale 1<sup>ère</sup> dose ;

Un mois plus tard : polio orale 2<sup>ième</sup> dose ;

Un mois plus tard : polio orale 3<sup>ième</sup> dose ;

A 6 mois d'âge : vitamine A

A 9 mois d'âge : rougeole.

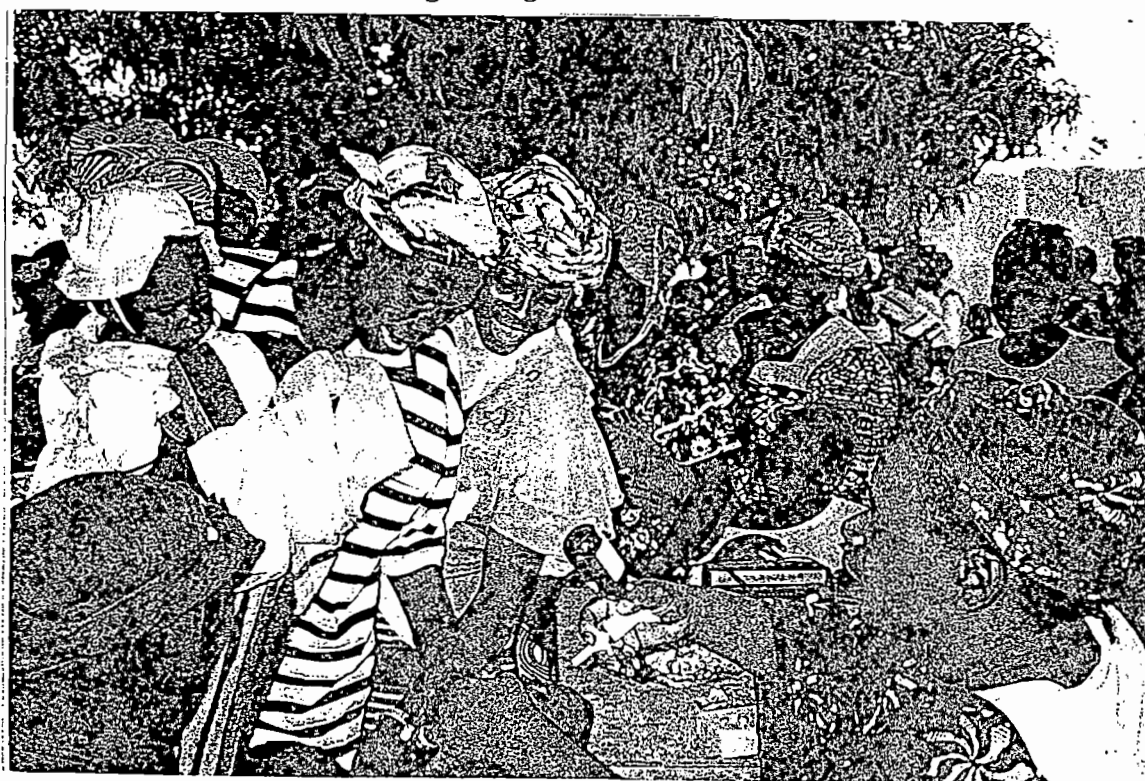


Photo n°1. Séance de vaccination dans le village de Manyalé, novembre 99. Administration de la polio orale et la vitamine A aux enfants de 0 à 5 ans.

### 61.1.2 - Les femmes de 14 à 49 ans

**TABLEAU IV - DISTRIBUTION DES FEMMES DE 14 A 49 ANS EN FONCTION DES AGES**

Classes d'âges en années	Nombre de femme	%
14 -19	21	33,3
20 - 24	13	20,6
25 - 29	4	6,3
30 - 34	12	19,0
35 - 39	4	6,3
40 et <50	6	9,5
Ne sait pas	3	4,8
Total	63	100

La tranche d'âge la plus représentée est celle des femmes de moins de 20ans soit 33,3%, suivie de celle des femmes qui ont entre 20 et 24 ans. La troisième place est occupée par celles qui ont entre 30 et 34 ans. Enfin les femmes qui ont entre 40 et 49 ans et celles qui ont entre 35 et 39 ans ; 25 et 29 ans.

**TABLEAU V - DISTRIBUTION DES FEMMES DE 14 A 49 ANS EN FONCTION DE LA RESIDENCE**

Lieu de résidence	fréquences	%
Sama	31	49,2
Jo	2	3,2
Sokura	5	7,9
Jaraka	6	9,5
Maraka	1	1,6
Si	7	11,1
Benkoro	3	4,8
Abilaye	5	7,9
Hamadijɔɔ	3	4,8
Total	63	100

Les femmes de *Sama wɛɛ* sont les plus nombreuses, suivies de celles de *Si* et *Jaraka wɛɛs*, enfin celles des autres hameaux.

Les patients qui ont été consultés faisaient partie à 85% de la zone irriguée et à 15% de la zone non irriguée.

## 6.1.2 - Différentes hypothèses diagnostiques émises par le consultant

### 6.1.2.1 - Saison sèche fraîche

La symptomatologie la plus représentée est par ordre :

- Céphalée, fièvre, vomissement avec parfois diarrhée, suivi de
- Diarrhée avec présence de sang dans les selles ; fièvre, toux avec des râles à l'auscultation
- En troisième position, nous avons les signes tels que fièvre, vomissements et diarrhée avec présence de sang dans les selles ;
- Enfin nous avons les dyspnées, rhinorrhées, écoulement nasal, détresse respiratoire et hématurie terminale.

**TABLEAU VI - FREQUENCE DES PATHOLOGIES DIAGNOSTIQUÉES AU MOIS DE NOVEMBRE 99**

Maladies	Fréquences générales	Enfants de 0 à 5 ans en %	Femmes de 14 à 49 ans en %
Paludisme	49 cas	65	2
Pharyngite / bronchite	18 cas	100	0
Dysenterie	14 cas	64,3	0
OMA	1 cas	100	0
Impétigo/mycoses	2 cas	100	0
Diarrhées infectieuses	1 cas	100	0
Bilharziose	8 cas	37,5	0
Conjonctivite	6 cas	100	0
Douleurs abdominales	1 cas	100	0
Méningite	1 cas	100	0
Asthme	1 cas	0	0
<b>Total</b>	<b>102 cas</b>	<b>72,5</b>	<b>1</b>

26,5% de cas ne faisaient pas partie de notre échantillon.

Les pathologies les plus représentées ce mois sont par ordre décroissant : le paludisme 47%, les infections des voies aériennes 18% et la dysenterie 14%. La bilharziose et les conjonctivites se retrouvent en grand nombre.



**TABLEAU VII - FREQUENCE DES PATHOLOGIES DIAGNOSTIQUEES AU MOIS DE  
DECEMBRE 99**

<b>Maladies</b>	<b>Fréquences générales</b>	<b>Enfants de 0 à 5 ans en %</b>	<b>Femmes de 14 à 49 ans en %</b>
<b>Paludisme</b>	11 cas	81,8	0
<b>Dysenterie</b>	7 cas	71,4	0
<b>OMA</b>	2 cas	50	0
<b>Impétigo/mycoses</b>	1 cas	100	0
<b>Bilharziose</b>	5 cas	80	0
<b>Méningite</b>	1 cas	100	0
<b>Total</b>	27 cas	77,8	0

22,2% de cas ne faisaient pas partie de notre échantillon.

Les pathologies les plus représentées dans la population générale par ordre décroissant sont : le paludisme 40,7%, la dysenterie 25,9% et la bilharziose 18,5%. Nous pouvons aussi citer les infections de la sphère ORL.

La prévalence générale des affections pendant la saison sèche froide est la suivante (cf. annexe tableaux I et II) :

Dans la population générale cette saison, par ordre décroissant nous avons les maladies suivantes :

- 1- Paludisme ;
- 2- Dysenterie ;
- 3- Bilharziose ;
- 4- Infection des voies aériennes ;
- 5- Infections ORL ;
- 6- Infections dermatologiques.

Les fréquences chez les enfants de 0 à 5 ans suivent le même classement.

- 1- Paludisme ;
- 2- Infection des voies aériennes ;
- 3- Dysenterie ;
- 4- Bilharziose ;
- 5- Conjonctivite ;
- 6- Infections dermatologiques.
- 7- Infections ORL, méningite ;

En fonction des maladies nous avons (tableau VI et VII) :

Nous avons plus de paludisme chez les enfants que chez les femmes.

### 6.1.2.2 - Saison sèche chaude

La symptomatologie la plus représentée chez les enfants de 0 à 5 ans par ordre décroissant est:

- Fièvre, diarrhée, vomissements ;
- Selles avec présence de sang, fièvre
- Fièvre, diarrhée, vomissements et toux ;
- Papules, vésicules, macules dermiques parfois prurigineuses; les douleurs abdominales et les diarrhées ;
- Hématurie terminale ; conjonctivite.

Pour les femmes en âge de procréer (14 à 49 ans) nous avons :

- En général, les femmes qui ont été consultées souffraient en premier d'infections urinaires basses et douleurs lombaires uni ou bilatérales ;
- Suivie de courbatures, céphalée et parfois vomissements.
- Les autres cas sont : selles avec présence de sang, pertes blanches, avortements spontanés, HTA du post-partum, anémie et enfin les infections de la peau.

Dans le cas particulier des femmes enceintes, nous avons par ordre :

1. Les douleurs lombaires uni ou bilatérales (3 cas), 2 cas de trouble urinaire (dysurie ou pollakiurie) ;
2. Anorexie, céphalée, fièvre, asthénie ; les asthénie et tension artérielle en dessous de 9/7 et les infections digestives (un cas de dysenterie et cas de douleur abdominale)
3. Enfin nous avons les pertes vaginales.

**TABLEAU VIII - FREQUENCE DES PATHOLOGIES DIAGNOSTIQUEES AU MOIS DE AVRIL 00**

Maladies	Fréquences générales	Enfants de 0 à 5 ans en %	Femmes de 14 à 49 ans en %
Paludisme	31 cas	67,7	6,5
Pharyngite/bronchite	11 cas	100	0
Grippe	1 cas	0	100
Dysenterie	15 cas	46,7	20
OMA	1 cas	0	0
Impétigo/mycoses	3 cas	66,6	0
Infection urinaire	2 cas	0	50
Bilharziose	8 cas	12,5	37,5
Conjonctivite	1 cas	100	0
Mycoses génitales	4 cas	25	75
Douleurs abdominales	1 cas	0	100
Typhoïde	2 cas	50	0
<b>Total</b>	<b>80 cas</b>	<b>56,3</b>	<b>17,5</b>

26,3% de cas ne faisaient pas partie de notre échantillon.

La prévalence des maladies pendant le mois d'avril est par ordre décroissant la suivante :

Dans la population générale, le paludisme 38%, suivi de la dysenterie 18%, enfin les infections des voies aériennes 13,%. Quelques cas de bilharziose. Dans la population de moins de 6 ans, le paludisme 47%, les infections des voies aériennes 24% et la dysenterie 16%. Les conjonctivites, les infections dermatologiques sont plus représentées chez les enfants que dans la population des femmes.

**TABLEAU IX - FREQUENCE DES PATHOLOGIES DIAGNOSTIQUEES AU MOIS DE MAI 00**

<b>Maladies</b>	<b>Fréquences générales</b>	<b>Enfants de 0 à 5 ans en %</b>	<b>Femmes de 14 à 49 ans en %</b>
<b>Paludisme</b>	32 cas	71,9	6,3
<b>Pharyngite/ bronchite</b>	11 cas	90,9	0
<b>Dysenterie</b>	15 cas	17	0
<b>OMA</b>	1 cas	0	0
<b>Impétigo/mycoses</b>	6 cas	33,3	33,3
<b>Diarrhées infectieuses</b>	7 cas	85,7	0
<b>Infection urinaire</b>	5 cas	60	40
<b>Bilharziose</b>	3 cas	0	0
<b>Conjonctivite</b>	1 cas	100	0
<b>Syphilis BW+</b>	2 cas	0	100
<b>Mycoses génitales</b>	2 cas	0	100
<b>Douleurs abdominales</b>	1 cas	0	100
<b>typhoïde</b>	2 cas	100	0
<b>Méningite</b>	1 cas	100	0
<b>Anémie</b>	1 cas	0	100
<b>HTA</b>	1 cas	0	100
<b>Hernie ombilicale</b>	1 cas	100	0
<b>Total</b>	92 cas	55,4	14,1

30,4% de cas ne faisaient pas partie de notre échantillon.

Durant ce mois, sont plus représentés dans la population générale, le paludisme 35%, suivi de la dysenterie 16% et des infectons des voies aériennes 12%. Nous avons aussi les diarrhées infectieuses, les infections dermatologiques et les infections urinaires autres que la bilharziose.

Dans la population des enfants, les pathologies les plus représentées sont le paludisme 45%, les infections des voies aériennes 19,6% et les diarrhées infectieuses 11,7%.

Dans la population des femmes, nous avons le paludisme 15,2%, les infections de la peau 15,2%, les mycoses génitales 15,2%, les infections urinaires 15,2% et la syphilis 15,2%.

La prévalence des maladies dans la population générale pendant cette saison est (cf. annexe tableaux III et IV) :

- 1- Paludisme ;
- 2- Dysenterie ;
- 3- Infections des voies aériennes supérieurs ;
- 4- Bilharziose ;

- 5- Infections dermatologiques et urinaires, infections de la sphère ORL et diarrhée infectieuses ;
- 6- Typhoïde.

Dans la population de 0 à 5 ans, nous avons :

- 1- Paludisme ;
- 2- Infections des voies aériennes supérieures ;
- 3- Diarrhée infectieuse ;
- 4- Infections urinaires ;
- 5- Typhoïde, dysenterie et infections dermatologiques.

Dans celle des femmes de 14 à 49 ans, nous avons :

- 1- Infections génitales (mycoses) ;
- 2- Paludisme ;
- 3- Infection urinaire ;
- 4- Bilharziose ;
- 5- Dysenterie ;
- 6- Infections dermatologiques et syphilis.

Les femmes enceintes sont incluses dans cette population de femmes. Elles présentent plutôt les infections urinaires en premier, paludisme en second et enfin, anémie, mycose génitale, douleurs abdominale et bilharziose.

La fréquence des maladies dans les différentes populations est (tableau VIII et IX) :

Beaucoup plus de paludisme, dysenterie et infection dermatologique chez l'enfant que chez la femme ;

Beaucoup plus d'infections génitales et urinaires chez la femme que chez l'enfant.

Dans la prévalence des maladies chez les femmes, il faut prendre en considération celle des femmes enceintes par rapport à celle de la femme en général.

Il y a plus d'infection urinaire chez la femme enceinte.

### 6.1.2.3 - Saison des pluies

Les signes les plus cités par les mères pour leurs enfants sont :

- En premier, vomissements, diarrhée, fièvre, anorexie et parfois céphalées.
- Suivis des même signes mais avec la toux.
- Les otites qui sont généralement suppurées,
- Les mycoses gastro-génitales et les conjonctivites ;
- Enfin les autres telles que les hernies ombilicales, les hématuries terminales ou troubles à la miction et les diarrhées ou douleurs abdominales.

Pour les femmes en âge de procréer (14 à 49 ans), nous avons par ordre les signes suivants :

- 1- Courbatures, vomissements, céphalées, parfois anorexie ;
- 2- Selles avec présence de sang
- 3- Douleurs lombaires uni ou bilatérales (surtout des femmes enceintes) et les douleurs abdominales ;
- 4- Pertes génitales ;
- 5- Rhinite et écoulement nasal, douleurs gastriques ou gastrites calmées par l'alimentation, caries dentaires, ballonnement abdominal ;
- 6- Papules, vésicules, plaques dermiques parfois prurigineuses, avortements spontanés, accouchement, métrorragies, inflammation du sein.

**TABLEAU X - FREQUENCE DES PATHOLOGIES DIAGNOSTIQUEES AU MOIS DE AOUT 00**

<b>Maladies</b>	<b>Fréquences générales</b>	<b>Enfants de 0 à 5 ans en %</b>	<b>Femmes de 14 à 49 ans en %</b>
<b>Paludisme</b>	145 cas	58,62	12,41
<b>Pharyngite/bronchite</b>	30 cas	96,67	0
<b>Grippe</b>	2 cas	0	100
<b>Sinusite</b>	1 cas	0	100
<b>Dysenterie</b>	54 cas	50	9,26
<b>OMA</b>	7 cas	71,42	0
<b>Impétigo/mycoses</b>	23 cas	82,61	0
<b>Diarrhées infectieuses</b>	12 cas	100	0
<b>Infection urinaire</b>	4 cas	0	100
<b>Bilharziose</b>	15 cas	0	0
<b>Infection dentaire</b>	2 cas	0	100
<b>Angine</b>	1 cas	0	100
<b>Conjonctivite</b>	2 cas	100	0
<b>Aménorrhée</b>	1 cas	0	0
<b>Cancer génital</b>	1 cas	0	100
<b>Métrorragie</b>	1 cas	0	100
<b>Dysménorrhée</b>	1 cas	0	100
<b>Syphilis BW+</b>	1 cas	0	100
<b>Hépatomégalie</b>	1 cas	0	0
<b>Ulcère/gastrite</b>	2 cas	0	50
<b>Mastodynie</b>	1 cas	0	100
<b>Mycoses génitales</b>	4 cas	25	75
<b>Douleurs abdominales</b>	2 cas	50	50
<b>Total</b>	313 cas	57,8	13,7

28,4% de cas ne faisaient pas partie de notre échantillon.

Dans la population générale la prévalence des maladies par ordre est la suivante :

Le paludisme 46,33%, suivi de la dysenterie 17,25%. Ensuite les infections des voies aériennes 9,58% et dermatologiques 7,35%.

Dans la population des enfants de moins de 6 ans, les maladies se classent de la façon suivante : paludisme en premier 47%, suivi des infections des voies aériennes 16% et de la dysenterie 14,9%, enfin les infections dermatologiques 10,5%.

Dans celle des femmes, nous avons le paludisme 41,9% suivi de la dysenterie 11,6%, ensuite les infections urinaires 9,30% suivies des mycoses génitales 7%.

**TABLEAU XI - FREQUENCE DES PATHOLOGIES DIAGNOSTIQUEES AU MOIS DE SEPTEMBRE 00**

Maladies	Fréquences générales	Enfants de 0 à 5 ans en %	Femmes de 14 à 49 ans en %
Paludisme	162 cas	30,25	3,09
Accès pernicieux	5 cas	80	0
Pharyngite/bronchite	20 cas	100	0
Dysenterie	12 cas	58,33	8,33
OMA	1 cas	0	0
Impétigo/mycoses	7 cas	85,71	0
Diarrhées infectieuses	1 cas	100	0
Infection urinaire	1 cas	0	100
Bilharziose	3 cas	33,33	0
Conjonctivite	4 cas	100	0
Syphilis BW+	3 cas	0	100
Mycoses génitales	1 cas	0	100
Typhoïde	1 cas	0	0
<b>Total</b>	<b>221 cas</b>	<b>41,6</b>	<b>5</b>

Durant ce mois, 53,4% de cas ne faisaient pas partie de notre échantillon.

Dans la population générale la prévalence des maladies par ordre est :

Le paludisme 73,30%, suivi des infections des voies aériennes 9,05%, ensuite de la dysenterie 5,43%.

Dans la population des enfants de moins de 6 ans, les maladies se classent de la façon suivante : paludisme en premier 53,3% avec des cas d'accès pernicieux 4,3%, suivi des infections des voies aériennes 21,7% et de la dysenterie 7,6%, enfin les infections dermatologiques 6,5%.

Dans celle des femmes, nous avons le paludisme 45,5% suivi de la syphilis 27,3%.

Pendant cette période, nous avons dans la population générale, la prévalence des maladies qui est la suivante (cf. annexe tableaux V et VI) :

- 1- Paludisme ;
- 2- Dysenterie ;
- 3- Infections broncho-pulmonaires ;
- 4- Infections dermatologiques ;
- 5- Bilharziose ;
- 6- Diarrhée infectieuse.



Dans celle des enfants de moins de 6 ans, nous avons :

- 1- Paludisme ;
- 2- Infections broncho-pulmonaires ;
- 3- Dysenterie ;
- 4- Infection dermatologique ;
- 5- Diarrhées infectieuses ;
- 6- Infections ORL et les conjonctivites.

Dans la population des femmes, nous avons :

- 1- Paludisme ;
- 2- Dysenterie ;
- 3- Infections urinaires ;
- 4- Mycoses génitales ;
- 5- Grippe et infection odonto-stomatologique.

Dans cette population de femme nous considérons celle des femmes enceintes à part.

la classification des maladies dans cette population de femme enceinte est :

- 1- Paludisme ;
- 2- Infections urinaires ;
- 3- Grippe, infection odonto-stomatologique et mastodynies.

En fonction des maladies, nous avons les fréquences suivantes (tableau X et XI) :

Les maladies présentées seulement par les enfants sont : infections broncho-pulmonaires et impétigo. Nous avons reçu des accès pernicieux chez les enfants cette saison, surtout pendant le mois de septembre.

Les maladies présentées uniquement par les femmes sont : syphilis, les mycoses génitales et les infections urinaires.

Les maladies telles que, la dysenterie, le paludisme, la bilharziose sont plus représentées chez les enfants que chez les femmes.

#### 6.1.2.4 - Classification des pathologies toutes les 3 saisons confondues

En fusionnant les résultats des trois saisons, les prévalences sont les suivantes :

Population générale, 835 cas de maladies:

- 1- Paludisme 52% ;
- 2- Dysenterie 14% ;
- 3- Infections broncho-pulmonaires 10,7% ;
- 4- Bilharziose 5%.

Population des enfants de 0 à 5 ans, 464 cas de maladies :

- 1- Paludisme 48,1% ;
- 2- Infections broncho-pulmonaires 19,2% ;
- 3- Dysenterie 12,3% ;
- 4- Bilharziose 1,9%.

Population de femmes, 82 cas de maladies :

- 1- Paludisme 34,1% ;
- 2- Dysenterie 10,9% ;
- 3- Mycoses génitales et Infections urinaires 9,7 % chacun;
- 4- Bilharziose et syphilis 3,6% chacun;

## 6.1.3 - Les diagnostics ordinaires des mères et des femmes en fonction des saisons

### 6.1.3.1- Concernant les enfants

#### 1.1- Saison sèche fraîche

Par ordre, selon les mères nous avons :

- 1- *Sumaya*, suivie de
- 2- *Kuru-kuru* et *buo-buo*
- 3- *Sog-sog* et *mura* ;
- 4- *Togotogoni*, *kondimi*/ *konboli* et *kolob* ;
- 5- Enfin nous avons *tulodimi*, *kaliya* et *damajalan*.

#### 1.2- Saison sèche chaude

Par ordre :

- 1- *Kondimi*, suivie de
- 2- *Sog-sog*. Par la suite avec le même pourcentage, nous avons
- 3- *Kolob*, *damajalan* ou *n'korosyen*, *dadimi*, *kakodimi*, *kaba*, *mura* et *togotogoni*.

#### 1.3- Saison des pluies

Par ordre :

- 1- Aucun diagnostic ;
- 2- *Sumaya*
- 3- *Kondimi* ou *konboli*
- 4- *Sog-sog* ou *mura*
- 5- *Togotogoni* et *kolob* ;
- 6- *Buo-buo* ou *kuru-kuru* ;
- 7- *Tulodimi*, *galakadimi*, *kononugutige*, *bana mun bena sanfe* ;
- 8- Enfin *dadimi*, *kaliya*, *emanjedimi*, *leminanbo*.

### 6.1.3.2 - Concernant les femmes

#### Saison sèche chaude

Par ordre, selon les femmes le résultat est :

- 1- Aucun diagnostic ;
- 2- *Joli*, utilisé par les femmes dans un cas d'anémie avec fatigue (surtout si elle est enceinte ou si elle vient d'accoucher) ;
- 3- *Kaliya*, utilisé dans le cas de douleur lombaire uni ou bilatérale et aussi pour les douleurs abdominales (chez une femme enceinte) ;
- 4- *Kuru-kuru*, utilisé dans le cas de papules ou vésicules qui apparaissent sur la peau ;
- 5- *Leminanbo*, dans le cas des pertes vaginales (leucorrhée) ;
- 6- *Tonsojimi*, dans le d'avortement spontanée chez une femme. (Ces avortements spontanés sont dus à la syphilis, car ces femmes ont été référées par moi au centre de santé de Niono et après certains examens biologiques, nous avons eu deux cas de syphilis confirmés ;
- 7- *Tɔgɔtɔgɔni* pour le cas de dysenterie.

#### Saison des pluies

Les diagnostics évoqués par les femmes sont :

- 1- *Sumaya* ;
- 2- *Tonsojimi* ;
- 3- *Tɔgɔtɔgɔni*, *damajalan* et *leminanbo* ;
- 4- *Mura*, *kɔnɔdimi*, *sindimi*, *jenemini* et *kaba kɔnɔdimi*.

#### 6.1.4 - Fréquences d'occurrence des entités nosologiques

TABLEAU XII - FREQUENCE DES DIAGNOSTICS ORDINAIRES DES MERES ET DES FEMMES

Entités nosologiques	Fréquences générales	Enfants de 0 à 5 ans en %	Femmes de 14 à 49 ans en %
<i>Kolobɔ</i>	20 fois	100	0
<i>Sɔgɔ-sɔgɔ</i>	10 fois	100	0
<i>Kɔnɔdimi</i>	46 fois	67,39	23,91
<i>Kɔnɔboli</i>	12 fois	100	0
<i>Sumaya</i>	81 fois	56,79	18,51
<i>Kungolo (ti)</i>	2 fois	100	0
<i>Mura</i>	30 fois	80	16,66
<i>Tɔgɔtɔgɔni</i>	30 fois	53,33	6,66
<i>Kuru-kuru</i> <i>Buo-buo</i>	14 fois	78,57	9,09
<i>jenemini</i>	6 fois	0	100
<i>Damajalan</i>	5 fois	0	40
<i>Kungolodimi</i>	6 fois	0	83,33
<i>Nudimi</i>	1 fois	0	100
<i>N'korosyen</i>	5 fois	20	0
<i>Cemanjedimi</i>	3 fois	100	0
<i>Nenɛdimi</i>	3 fois	0	33,33
<i>Ninana</i>	2 fois	50	0
<i>Kaliya</i>	10 fois	20	60
<i>Kaba kɔnɔdimi</i>	1 fois	0	100
<i>Leminanbo kɔnɔdimi</i>	4 fois	25	75
<i>Dajoli</i>	1 fois	100	0
<i>Galakaɔɔɔɔ (dimi)</i>	3 fois	100	0
<i>Kɔnɔnugu (tigɛ)</i>	2 fois	100	0
<i>Kaba</i>	2 fois	100	0
<i>Dado</i>	1 fois	100	0
<i>Bana munbena sanfɛ</i>	2 fois	100	0
<i>Demisen bana (farigwan)</i>	2 fois	100	0
<i>Disidimi</i>	1 fois	0	0
<i>Tonsojimi</i>	5 fois	0	100
<i>Dugufinɛ</i>	1 fois	100	0
<i>Kɔnɔ</i>	2 fois	100	0
<i>Gankɛ kɔnɔdimi</i>	3 fois	0	100
<i>Kɔdimi</i>	1 fois	0	100
<i>Mɛlɛkɛ</i>	1 fois	0	100
<i>Dadimi</i>	1 fois	100	0
<i>jedimi jɛkaliya</i>	10 fois	80	10
<b>Total</b>	<b>329 fois</b>	<b>63,2</b>	<b>21,3</b>

En général dans la population, par ordre décroissant les fréquences sont les suivantes (cf. annexe tableau VII) :

- 1- *Sumaya* : 24,6% ;
- 2- *Konodimi* : 14% ;
- 3- *Mura, tɔgɔtɔgɔni* : 9,1% chaque ;
- 4- *Kolobɔ* : 6,1% ;
- 5- *Kuru-kuru/buo-buo* : 4,3%
- 6- *Sɔgɔ-sɔgɔ* 3%, *kɔnɔboli* 3,6%, *kaliya* 3%, *ɲedimi* : 3%

Chez les enfants de 0 à 5 ans, les fréquences sont :

- 1- *Sumaya* : 22,4% ;
- 2- *Konodimi* : 15,1% ;
- 3- *Mura* : 11,7%
- 4- *Kolobɔ* : 9,8% ;
- 5- *Tɔgɔtɔgɔni* : 7,8% ;
- 6- *Kɔnɔboli* : 5,9% ;
- 7- *Kuru-kuru/buo-buo* : 5,4% ;
- 8- *Sɔgɔ-sɔgɔ* : 4,9% ;
- 9- *ɲedimi* : 3,9%.

Chez les femmes de 14 à 49 ans, les fréquences sont :

- 1- *Sumaya* : 21% ;
- 2- *Konodimi* : 16% ;
- 3- *ɲenemini, kaliya* : 9% chaque ;
- 4- *Mura, kungolodimi, tonsoɲimi* : 7% chaque ;
- 5- *Leminanbo konodimi, gankɛ konodimi* : 4% chaque;
- 6- *Tɔgɔtɔgɔni, damajalan* : 3% chaque.

*Sumaya* et *kənɔdimi* occupent respectivement la 1<sup>ière</sup> et la 2<sup>ème</sup> place toutes les trois saisons dans la population générale, précisément dans celle des enfants de 0 à 5 ans et celle des femmes.

*Mura* occupe la 3<sup>ème</sup> place dans la population générale et celle des enfants. Il occupe la 4<sup>ème</sup> place dans celle des femmes.

Les entités nosologiques exclusives aux enfants sont (tableau XII) :

- *Kolobɔ* ;
- *Sɔgɔ-sɔgɔ* ;
- *Kənɔboli* ;
- *Kungolo/kungoloti* ;
- *Cɛmanjɛdimi* ;
- *Galakadimi/galakanɔɔ* ;
- *Kononugutige*
- *Kaba* ;
- *Dado* ;
- *Bana mun bena sanfe ou demiseni bana ou demiseni farigwan* ;
- *Kənɔ* ;
- *Dugufine*.

Les entités exclusives aux femmes sont :

- *jenemini* ;
- *Nudimi* ;
- *Kaba kənɔdimi* ;
- *Tonsojimi* ;
- *Ganke kənɔdimi* ;
- *Kɔdimi* ;
- *Meleke* ;

Pour les autres entités, les fréquences sont les suivantes :

1- Les enfants sont les plus représentées pour :

*Kənədimi* à 67,39% chez les enfants et 23,91 % chez les femmes.

*Sumaya* à 56,79% chez les enfants et 18,51% chez les femmes.

*Təğətəğəni* à 53,33% chez les enfants et 6,66% chez les femmes.

*Kuru\_kuru* à 78,57% chez les enfants et 9,09% chez les femmes.

*yədimi* à 80% chez les enfants et 10% chez les femmes

2- Les cas sont plus fréquents chez les femmes que chez les enfants pour :

*Ləminanbo kənədimi* à 25% chez les enfants et 75% chez les femmes.

*Kaliya* à 20% chez les enfants et 60% chez les femmes.



### 6.1.5 - Comparaisons entre les hypothèses diagnostiques du consultant et les diagnostics ordinaires des femmes et mères

La confirmation de nos diagnostics se faisait à partir de l'efficacité du traitement. L'évolution du traitement donné a été favorable à 68,8% (379/551) dans la population générale. Pour 24,3% des cas, nous n'avons pas eu d'information concernant l'évolution de leur maladie. L'évolution a été stationnaire à 3,8%, défavorable à 1,1% et 0.5% de décès.

Dans la population des enfants de 0 à 5 ans, le traitement a été favorable à 75% (270/361). L'évolution a été stationnaire à 3%. Nous avons enregistré 1% de décès et 19% de cas pour les quels nous n'avons pas d'information concernant l'évolution de la maladie.

Dans celle des femmes, l'évolution a été favorable à 48% (30/63), dans 35% de cas, nous n'avons pas eu d'informations concernant l'évolution de la maladie.

Une grande majorité de femme n'a pas donné de diagnostic aux différents symptômes et signes qu'elles ont cités. Ces maladies n'ont pas été considérées dans les différents tableaux. Ont été considérés seulement les symptômes pour les quels les femmes et les mères d'enfants ont émis un diagnostic ordinaire.

- Pour le paludisme, nous avons eu 430 cas, dont 319 femmes qui n'ont pas émis de diagnostic.
- Pour la dysenterie, 117 cas dont 77 qui n'ont pas donné de diagnostic.
- Diarrhée infectieuse, qui sont les diarrhées généralement sans fièvre ni vomissements, nous avons 21 cas, dont 13 qui n'ont pas eu de diagnostic ordinaire chez les femmes.
- Pharyngite et bronchite avec les cas de détresse respiratoire, nous avons eu 108 cas. Ces différents diagnostics étaient posés après auscultation des poumons et observation des côtes et abdomen de l'enfant. 88 femmes n'ont donné aucun diagnostic.
- Les parents ne font pas (ou presque pas) allusion au *n'korosyen*. Voilà pourquoi cette affection a été séparée des autres affections urinaires, car il est très difficile de donner réellement la fréquence de cette pathologie dans le cadre de notre étude.

Ces tableaux ont deux entrées, une entrée muette avec le diagnostic émis par le consultant. Une entrée verticale avec les différentes entités nosologiques émises par les femmes pour désigner le diagnostic émis par le consultant.

Pour les autres entités, les fréquences sont les suivantes :

1- Les enfants sont les plus représentées pour :

*Kənədimi* à 67,39% chez les enfants et 23,91 % chez les femmes.

*Sumaya* à 56,79% chez les enfants et 18,51% chez les femmes.

*Təğətəğəni* à 53,33% chez les enfants et 6,66% chez les femmes.

*Kuru\_kuru* à 78,57% chez les enfants et 9,09% chez les femmes.

*yədimi* à 80% chez les enfants et 10% chez les femmes

2- Les cas sont plus fréquents chez les femmes que chez les enfants pour :

*Ləminanbo kənədimi* à 25% chez les enfants et 75% chez les femmes.

*Kaliya* à 20% chez les enfants et 60% chez les femmes.

### 6.1.5 - Comparaisons entre les hypothèses diagnostiques du consultant et les diagnostics ordinaires des femmes et mères

La confirmation de nos diagnostics se faisait à partir de l'efficacité du traitement. L'évolution du traitement donné a été favorable à 68,8% (379/551) dans la population générale. Pour 24,3% des cas, nous n'avons pas eu d'information concernant l'évolution de leur maladie. L'évolution a été stationnaire à 3,8%, défavorable à 1,1% et 0.5% de décès.

Dans la population des enfants de 0 à 5 ans, le traitement a été favorable à 75% (270/361). L'évolution a été stationnaire à 3%. Nous avons enregistré 1% de décès et 19% de cas pour les quels nous n'avons pas d'information concernant l'évolution de la maladie.

Dans celle des femmes, l'évolution a été favorable à 48% (30/63), dans 35% de cas, nous n'avons pas eu d'informations concernant l'évolution de la maladie.

Une grande majorité de femme n'a pas donné de diagnostic aux différents symptômes et signes qu'elles ont cités. Ces maladies n'ont pas été considérées dans les différents tableaux. Ont été considérés seulement les symptômes pour les quels les femmes et les mères d'enfants ont émis un diagnostic ordinaire.

- Pour le paludisme, nous avons eu 430 cas, dont 319 femmes qui n'ont pas émis de diagnostic.
- Pour la dysenterie, 117 cas dont 77 qui n'ont pas donné de diagnostic.
- Diarrhée infectieuse, qui sont les diarrhées généralement sans fièvre ni vomissements, nous avons 21 cas, dont 13 qui n'ont pas eu de diagnostic ordinaire chez les femmes.
- Pharyngite et bronchite avec les cas de détresse respiratoire, nous avons eu 108 cas. Ces différents diagnostics étaient posés après auscultation des poumons et observation des côtes et abdomen de l'enfant. 88 femmes n'ont donné aucun diagnostic.
- Les parents ne font pas (ou presque pas) allusion au *n'korosyen*. Voilà pourquoi cette affection a été séparée des autres affections urinaires, car il est très difficile de donner réellement la fréquence de cette pathologie dans le cadre de notre étude.

Ces tableaux ont deux entrées, une entrée muette avec le diagnostic émis par le consultant. Une entrée verticale avec les différentes entités nosologiques émises par les femmes pour désigner le diagnostic émis par le consultant.

**TABLEAU XIII - PERCEPTION DES MERES ET FEMMES FACE AU DIANOSTIC DU PALUDISME**

<i>sumaya</i>	59 = 53,15%
<i>Kɔnɔ</i>	1 = 0,90%
<i>Kaliya</i>	2 = 1,80%
<i>Galakakaliya</i>	1 = 0,90%
<i>Kolobɔ</i>	11 = 9,90%
<i>Kɔnɔdimi</i>	11 = 9,90%
<i>Kɔnɔboli</i>	6 = 5,40%
<i>Mura</i>	9 = 8,10%
<i>Sɔgɔsɔgɔ</i>	3 = 2,70%
<i>ɲenemini</i>	1 = 0,90%
<i>Kungolo/kungoloti</i>	1 = 0,90%
<i>Galakadimi</i>	1 = 0,90%
<i>Kungolodimi</i>	2 = 1,80%
<i>fɔnɔ</i>	1 = 0,90%
<i>nɛnɛdimi</i>	2 = 1,80%
<b>total</b>	<b>111 = 100%</b>

Après avoir consulté l'enfant ou la femme, nous posons à la maman la question de savoir, si c'est le cas d'un enfant : "e ye sumayafurakisɛ d'a ma wa ?" [ lui avez vous donné des comprimés contre le *sumaya* ?], La réponse de la femme en général est : "ayi, ne m'a sumayafurakisɛ di a ma" [non, je ne lui est pas donné des comprimés contre le *sumaya*]. Nous continuons "e ye mun d'a ma ?" [que lui avez vous donné ?], La femme répond : "ne ye nivakini ani aspirini d'a ma"[je lui est donné de l'aspirine et de la nivaquine].

Cette phrase peut expliquer la variabilité des entités nosologiques que les femmes ont par rapport au paludisme.

Lorsque nous classons ces entités en fonction de l'âge de l'enfant, le résultat est (tableau 14) :

**TABLEAU XIV - DIAGNOSTICS ORDINAIRES EN FONCTION DE L'AGE DES ENFANT**

Ages en années	<1	1	2
Classification des entités nosologiques par ordre décroissant.	1- <i>Kolobɔ</i> 2- <i>Sumaya ; kɔnɔboli</i> 3- <i>mura ; kɔnɔdimi</i> 4- <i>sɔgɔ sɔgɔ ; fɔnɔ</i>	1- <i>sumaya</i> 2- <i>Kolobɔ</i> 3- <i>kɔnɔdimi</i> 4- <i>kungolo mura ; sɔgɔ sɔgɔ kɔnɔboli ; galakadimi ; kɔnɔ</i>	1- <i>sumaya</i> 2- <i>kɔnɔboli</i> 3- <i>kɔnɔdimi ; kolobɔ ; mura</i>

Ages en années	3	4	5	>5
Classification des entités nosologiques par ordre décroissant.	1- <i>sumaya</i> 2- <i>mura</i> 3- <i>kaliya</i> ; <i>kənɔdimi</i>	1- <i>sumaya</i> 2- <i>mura</i> ; <i>kənɔdimi</i>	1- <i>sumaya</i> 2- <i>kənɔdimi</i> 3- <i>kungolodimi</i> ;	1- <i>sumaya</i> 2- <i>Nənɛdimi</i> 3- <i>kaliya</i> <i>Kungolodimi</i> ; <i>Mura</i> ;

### Pour les femmes

Trois entités nosologiques sont citées par les femmes : *sumaya* en premier, suivi de *jenemini* et *galakakaliya*.

L'entité *sumaya* est le plus utilisé par les femmes pour désigner le paludisme. Suivie de *kolobɔ* et de *kənɔdimi*. *Kolobɔ* est utilisé seulement chez les enfants de moins de 2 ans (en général à partir de 7 mois d'âge). *Kənɔdimi* peut s'expliquer par le fait que les enfants se plaignent généralement de douleurs abdominales dans les accès palustres. *Kənɔboli* pour la présence de diarrhée surtout chez les enfants de moins de 3 ans. Dans la tranche d'âge des enfants de moins de 1 an, le paludisme est généralement accompagné de signes rhinopharyngés, ce qui peut expliquer la place du *mura* et de *sɔgɔ- sɔgɔ*. Nous rencontrons le diagnostic de *jenemini* chez les femmes surtout enceintes.

Pendant la saison sèche chaude, les enfants de 0 à 1 ans souffrent beaucoup de diarrhées et de vomissements. Ils arrivent dans un tableau de déshydratation, parfois sévère avec :

- Abaissement de la fontanelle ;
- Enfoncement des yeux ;
- pli cutané persistant et bouche sèche.

Selon les cas, les mères donnent deux diagnostics à ce phénomène de déshydratation qui sont:

- *pasani* quand il y a amaigrissement et la présence du pli cutané persistant.
- Celui de *kungolo* quand il y a abaissement de la fontanelle.

Chez un enfant qui présente, fièvre, vomissements et diarrhée, les femmes précisent en citant les signes, que "*a be ɲuna*", [l'enfant geint]. Pour cela Les femmes donnent parfois le diagnostic de *galakadimi*. Parce que les geignements sont généralement accompagnés de polypnée (fréquence respiratoire élevée) avec soulèvement rapide des côtes et de l'abdomen.

Parfois elles nous disent : "*ne ye kungolodimifurakisε ani sumayafurakisε ta*" [j'ai pris des comprimés pour le *kungolodimi* et des comprimés pour le *sumaya*]. Nous posons la question "*jumε?*" [quels comprimés ?], elles répondent "*kungolodimifurakisε, nivakini ani aspirini, ani sumayafura ne te a tɔgɔ don, fankele be jεman fan kele nεrεna*" [la nivaquine et l'aspirine contre le *kungolodimi*, ceux du *sumaya* je ne connais pas le nom un côté est blanc et l'autre côté rouge ou jaune].

Certaines femmes viennent nous voir et nous disent :

- "*Dɔgɔtɔɔ musoni, ne mankenε*" [jeune fille docteur, je ne suis pas bien, littéralement je ne suis pas fraîche], nous leurs demandons "*mun b'i la ?*" [qu'as tu ?], Elle répondent "*sumaya ani kungolodimi*" [le *sumaya* et le *kungolodimi*].
- "*Dɔgɔtɔɔ ne fari fan be be ne dimi*" [docteur tout le corps me fait mal]. Alors nous répondons "*sumayafura bana awn fe*" [les médicaments contre le *sumaya* sont finis]. Elle dit "*ah!, a kεra bara e, kungolodimifura kun ?*" [ah! C'est devenu difficile, les médicaments contre le *kungolodimi* alors ?].

Ces phrases illustrent la distinction que les femmes font entre le *kungolodimi* et le *sumaya*. Donc les différentes entités qui peuvent exister.

**TABLEAU XV - PERCEPTION DES MÈRES ET FEMMES FACE AU DIAGNOSTIC DE LA DYSENTERIE**

<i>Tɔgɔtɔgɔni</i>	22 = 55%
<i>Kaliya</i>	1 = 2,5%
<i>Kɔnɔdimi</i>	15 = 37,50%
<i>Galakadimi</i>	1 = 2,5%
<i>Kɔnɔnugu (tigε)</i>	1 = 2,5%
<b>total</b>	<b>40 = 100%</b>

Pour les mères, le signe, selles avec présence de sang a pour diagnostic *tɔgɔtɔgɔni*. Mais lorsque l'enfant a des selles glaireuses accompagnées ou précédées de ténésmes, d'épreintes (*a kɔnɔ be sɔgɔ sɔgɔ*) et parfois l'enfant pleure en faisant les selles, cela a pour diagnostic *kɔnɔdimi* ou *kɔnɔnugutigε*.

**TABLEAU XVI - DIAGNOSTICS ORDINAIRES EN FONCTION DE L'AGE DES ENFANTS**

Ages en années	<1	1	2	3	5	>5
Classification des entités par ordre décroissant	1- <i>kənɔdimi</i>	1- <i>Tɔgɔtɔgɔni</i> ; 2- <i>kənɔdimi kənɔboli</i>	1- <i>Tɔgɔtɔgɔni</i> ; 2- <i>Kənɔdimi</i> 3. <i>kənɔnugutige</i>	1- <i>kənɔdimi</i> 2- <i>Tɔgɔtɔgɔni</i>	1- <i>Tɔgɔtɔgɔni</i> 2- <i>kənɔdimi</i>	1- <i>Tɔgɔtɔgɔni</i> 2- <i>kənɔdimi</i> 3- <i>Kaliya</i> ; <i>galakadimi</i>

Concernant les femmes

Dans cette catégorie seulement l'entité *Tɔgɔtɔgɔni* a été citée pour désigner la dysenterie.

*Kənɔnugutige* est plus utilisé chez les enfants de moins de 3 ans.

*Kənɔdimi* peut aussi être un diagnostic émis en présence de selles avec sang ou selles glaireuses chez les enfants de 3 ans et plus. Ces symptômes s'accompagnent presque toujours de douleurs abdominales.

L'entité *galakadimi* à été émise par le père d'un enfant.

**TABLEAU XVII - PERCEPTION DES MERES ET FEMMES FACE AU DIANOSTIC DE LA BILHARZIOSE**

<i>Damajalan</i>	4 = 44,44%
<i>N'korosyen</i>	5 = 55,55%
<b>total</b>	<b>9 = 100%</b>

*N'korosyen* vient avant *damajalan*. En fonction des âges les résultats sont :

L'entité *n'korosyen* suivie de *damajalan* pour les enfants de plus de 5 ans.

L'entité *n'korosyen* (une seule fois) émis pour un enfant âgé de 2 ans, et celle de *damajalan* (une seule fois) pour un autre enfant âgé de 2 ans.

**TABLEAU XVIII - PERCEPTION DES MERES ET FEMMES FACE AU DIANOSTIC DE DIARRHEE INFECTIEUSE**

<i>Kolobɔ</i>	1 = 12,5%
<i>Kənɔdimi</i>	2 = 25%
<i>Kənɔboli</i>	5 = 62,5%
<b>total</b>	<b>8 = 100%</b>

Par ordre les entités sont : *kənboli*, suivi de *kəndimi* et enfin *kolobə*.

En fonction de l'âge de l'enfant :

*Kənboli* a été émis pour deux enfants de moins de 1 an ; un enfant de 2 ans, un de 3 ans et enfin un enfant de 4 ans.

*Kəndimi* a été émis pour un enfant de 8 mois et pour un enfant de 1 an.

*Kolobə* a été émis pour un enfant de un an.

### TOUX SECHE

Entité *mura* émise pour un enfant âgé de 2 ans.

### IMPETIGO

Les diagnostics ordinaires suivants ont été émis : en premier *buo-buo* suivi de *kuru-kuru*.

Ensuite *kaba* et enfin *dugufinε*.

**TABLEAU XIX - PERCEPTION DES MERES ET FEMMES FACE AU DIANOSTIC DE PHARYNGITE/BRONCHITE**

<i>Mura</i>	6 = 37,5%
<i>Səgəsəgə</i>	7 = 43,75%
<i>kəkədimi</i>	1 = 6,25%
<i>Galakadimi (nəwə)</i>	2 = 12,5%
<b>total</b>	<b>16 = 100%</b>

Pour le diagnostic pharyngite ou bronchite émis par le consultant, les femmes ont émis les entités suivantes par ordre : *səgəsəgə*, *mura* et enfin *kəkədimi*.

**TABLEAU XX - DIAGNOSTICS ORDINAIRES EN FONCTION DE L'AGE DES ENFANTS**

Ages en années	<1	1	2	3	4	5
Entités nosologiques par ordre décroissant.	1- <i>səgəsəgə</i> 2- <i>mura</i> ; 3- <i>galakadimi</i>	1- <i>Mura</i> ; 2- <i>galakadimi</i>		1- <i>səgəsəgə</i> <i>Kəkədimi</i> ; <i>mura</i>	1- <i>səgəsəgə</i>	1- <i>səgəsəgə</i>

*Galakadimi* est émis pour les enfants de moins de 2 ans.



**TABLEAU XXI - PERCEPTION DES MERES ET FEMMES FACE AU DIANOSTIC DE  
DETRESSE RESPIRATOIRE/PNEUMONIE/BRONCHIOLITE**

<i>Mura</i>	1 = 25%
<i>Galakadimi (nɔɔ)</i>	2 = 50%
<i>cɛmanjɛdimi</i>	1 = 25%
<b>total</b>	<b>4 = 100%</b>

En fonction des âges,

L'entité *cɛmanjɛdimi* a été émise pour un enfant âgé de 3 mois, le diagnostic détresse respiratoire a été émis par le consultant.

L'entité *galakadimi* a été émise pour un enfant âgé de 1 an. Le diagnostic pneumonie a été émis par le consultant.

L'entité *galakanɔɔ* a été émise pour un enfant de 9 mois, le diagnostic bronchiolite a été émis par le consultant.

#### **DOULEURS ABDOMINALES**

Pour cette maladie, deux diagnostics ordinaires qui sont : *kɔnɔdimi* qui occupe la première place suivie de *kɔnɔnugutige*.

L'entité *kɔnɔnugutige* a été émise pour les douleurs abdominales d'un enfant de sexe masculin âgé de 8 mois.

#### **DOULEURS ABDOMINALES DU POST-PARTUM (tranchées)**

Un seul diagnostic ordinaire qui est *ganke kɔnɔdimi* a été émis.

#### **ANEMIE**

Dans le cas de cette affection, un seul diagnostic ordinaire, *joli* a été émis.

Les femmes enceintes qui ont accouché souffrent beaucoup de vertiges et fatigue car elles sont anémiées et hypotendues.

*Joli*, utilisé par les femmes dans un cas d'anémie avec fatigue (surtout si elles sont enceintes ou si elles viennent d'accoucher).

#### **GRIPPE**

*Mura* est le seul diagnostic ordinaire émis.

### INFECTION URINAIRE (BASSE)

Pour ces infections nous avons reçu trois cas, tous avec le même diagnostic ordinaire qui est *damajalan*.

Les femmes font la différence entre *n'korosyen* et *damajalan*. Elles disent : "*gale gale n'korosyen tum b'a la, ni a beta sugunike, joli be bɔ labana. Sisan a kera damajalan, a te suguni ke sɔrɔ, a b'a ke dɔni dɔni ani a b'a dimi*" [au début il souffrait du *n'korosyen*, quand il allait uriner le sang apparaissait à la fin des urines. Maintenant c'est devenu le *damajalan*, il n'arrive plus à uriner et il souffre de pollakiurie].

### PYELONEPHRITE

Pour cette maladie un seul diagnostic ordinaire, *kaliya* a été émis.

Les femmes (enceintes surtout) ne font pas la différence entre *damajalan* (troubles de la miction ou des douleurs à la miction) et les infections urinaires basses et hautes de la femme enceinte.

- Les infections urinaires hautes qui entraînent des douleurs lombaires bilatérales, surtout droites, sont regroupées sous le nom de *kaliya*. Si ces douleurs s'accompagnent de vomissements, ce qui arrive parfois en cas de forte fièvre, elles le regroupent sous le nom de *sumaya*.

- Les infections urinaires basses qui entraînent des troubles de la miction (douleur, dysurie ou pollakiurie) sont regroupées sous le nom de *damajalan*.

### CALCUL DE L'APPAREIL URINAIRE

Ici c'est le cas d'une femme, qui avait des douleurs à la miction avec présence de pus et de sang. Après une médication, il y avait évacuation de petits calculs translucides pendant la miction.

### MYCOSES DIGESTIVES

Le diagnostic ordinaire *dajoli* a été émis.

### ULCERE/GASTRITE

Un seul diagnostic ordinaire *kaliya* a été cité.

### **SYPHILIS AVEC BW+**

Nous avons reçu plusieurs femmes se plaignant de *tonsojimi*. Les femmes que nous avons consultées souffraient d'avortements spontanés, après deux ou trois mois de grossesses (2 cas ayant déjà un enfant et 1 cas sans enfant, toutes mariées depuis 10 ans en moyenne). Après l'interrogatoire, nous les avons envoyées chez le chef de centre de Niono (2 sont allées), qui leur a demandé de faire les examens suivants (bilan demandé en cas d'avortements spontanés). Deux seulement ont pu faire ces examens biologiques avec un BW positif.

Y.C, âgée de 32 ans qui a eu 7 grossesses, 6 parités et 2 enfants vivants. Elle dit : "tous mes enfants naissent, mais meurent tous avant l'âge de 5 mois. Quand je suis enceinte, je fais toujours mes consultations prénatales et je prends mes trois nivaquines par semaine. La sage femme dit que c'est le *sumaya* qui tue mes enfants. Moi je pense que c'est le *tonsojimi*. Même les sages femmes le pensent maintenant quand je leur dis que j'ai des douleurs abdomino-pelviennes et un prurit vulvaire pendant mes grossesses"

### **DYSMENORRHEE**

Nous avons reçu plusieurs cas de dysménorrhées, deux femmes seulement ont émis le diagnostic ordinaire de *gankε kɔnɔdimi*.

### **KERION DE CELSE**

Nous avons reçu plusieurs cas mais un seul diagnostic ordinaire *kaba*. Les femmes confondent certaines infections dermatologique telles que l'impétigo ou autre avec les infections mycosiques.

### **LEUCORRHEE**

Nous avons reçu six femmes se plaignant de leucorrhée. L'entité *leminanbo* occupe la première place suivie de *kaba kɔnɔdimi*.

*Leminanbo*, dans le cas des pertes vaginales (leucorrhée). Nous avons *leminanbo kɔnɔdimi* qui a été émis par une femme pour la maladie de sa fillette âgée de 1 mois. *Kaba kɔnɔdimi* est l'entité émise par une femme âgée de plus de 40 ans.

POUR CERTAINES MALADIES TELLES QUE :

**Accès pernicleux, conjonctivite, mastodynies, infections de la peau et otites généralement suppurées,**

les femmes donnent d'emblée les différents diagnostics qui sont respectivement :

- *Bana mun bena sanfe* ou *sanfe ta* ou *demiseni bana* ou *pasaja bana* ou *demiseni farigwan* ;
- *Sindimi* ;
- *Kuru-kuru, buo-buo, kaba* ;
- *pedimi* ;
- *Tulodimi*.

## 6.1.6 - Prise en charge des malades par le consultant

### 6.1.6.1- Prise en charge des enfants de 0 à 5 ans et des femmes en âge de procréer

#### 1.1- Examen physique

Les résultats des examens physiques ont quelques particularités en fonction des saisons.

- Le poids moyen des enfants de 0 à 5 ans est de 9 kgs avec la majorité à 8 et 11 kg pendant la saison sèche fraîche ; 7 à 10 kg en saison sèche chaude.
- La température axillaire moyenne des enfants en saison sèche froide est de 37°C ; 37,8 en saison sèche chaude et enfin 38,2° en saison de pluie.
- L'examen de la peau révèle des infections bactériennes de la peau (impétigo) ; la présence de pli cutané persistant chez certains enfants et enfin une xérose cutanée surtout en saison sèche fraîche. Pour ce qui concerne les muqueuses, elles sont décolorées et sont parfois le siège des infections mycosiques.
- Pour les yeux, la conjonctivite suivie de, l'enfoncement des yeux et enfin l'ictère.
- L'examen de l'appareil respiratoire donne pour les trois saisons en premier la présence de râles (bronchiques, crépitants ou sibilants) suivie de tirage costal et écoulement nasal.
- L'appareil digestif ne montre rien de particulier. Des cas d'hépatomégalie isolés ou associées à une splénomégalie et chez les nourrissons, des cas de hernie ombilicale. L'examen physique des enfants de la zone exondée (surtout Hamadijoso *Wεε* ) était beaucoup plus facile parce que ces enfants ont un abdomen plat et plus souple (moins de malnutrition, kwashiokor) que ceux de la zone inondée
- L'appareil génital montre quelques cas de leucorrhée.
- Concernant l'appareil cardio-vasculaire, nous avons des tachycardies surtout chez les enfants souffrant de fièvre élevée, de vomissement et de diarrhée.
- Chez les femmes, surtout enceintes, nous avons quelques cas d'hypotension artérielle.

#### 1.2 - Hypothèses diagnostiques

Les hypothèses diagnostiques émises pour les signes suivants sont :

- Paludisme : pour la symptomatologie fièvre, vomissements, diarrhées chez les enfants ou courbatures, céphalées et asthénie chez les femmes.

- Dysenterie : pour selles avec présence de sang ou selles glaireuses avec douleurs abdominales ;
- Pyélonéphrite : pour les douleurs lombaires uni ou bilatérales chez les femmes enceintes ;
- Bilharziose : en présence d'une hématurie terminale ;
- Pharyngite ou bronchite : pour toux avec présence de râles crépitants ou bronchiques à l'auscultation ;
- Détresse respiratoire ou bronchiolite après auscultation de l'enfant et observation des côtes et de l'abdomen ;
- Diarrhées infectieuses : pour celles qui ne sont pas accompagnées de fièvre ou pour celles qui ne se sont pas arrêtées après un traitement contre le paludisme, ou contre la dysenterie. Ce sont en général les diarrhées dues aux mycoses digestives.

La confirmation du diagnostic se faisait à partir de l'efficacité du traitement.

Les femmes que nous avons consultées souffrant d'avortements spontanés, après deux ou trois mois de grossesses ont été envoyées chez le chef de centre de Niono, qui leur a demandé de faire les examens suivants (bilan demandé en cas d'avortements spontanés) :

- ECBU
- NFS-Rh
- Selles POK
- BW
- Groupe rhésus
- Toxoplasmose

Les résultats des deux cas sont : **BW positif**

### 1.3 - Le traitement

Après avoir émis notre hypothèse diagnostique, nous avons donné un traitement à la mère de l'enfant ou à la femme. Les médicaments étaient gratuits.

- Contre le paludisme : chloroquine 100 mg, adultes 5cp par jour pendant 5 jours ; enfants 10 mg par kg de poids corporel. Paracétamol
- Contre les infections des voies respiratoires : amoxicilline, enfant 100 mg par kg de poids corporel par jour, adultes 4 gélules par jour. Carbetux. En cas de détresse respiratoire,

nous ajoutons la dexaméthasone à la dose de 8 à 10 gouttes par kg. Ce traitement n'allait jamais au-delà de 7 jours.

- Contre l'impétigo : benzylpénicilline (peniG) avec ou sans gentamicine.
- Contre la dysenterie : cotrimoxazole 480 mg, adultes 3 à 4 cp par jour ; enfants 1 à 2 cp par jour. Métronidazole 250 mg 6 cp pour les adultes et généralement 3 cp par jour chez les enfants pendant cinq jours. Ces médicaments sont généralement donnés au même moment.
- Contre les conjonctivites : auréomycine 1%
- Contre les leucorrhées : nystatine ovule 1 ovule par jour pendant 16 jours associés au métronidazole comprimés oraux.
- Contre la méningite : ampicilline 1g, 200mg par kg de poids corporel chez les enfants, généralement associée à un traitement contre le paludisme.
- Contre la typhoïde : cotrimoxazole pendant 14 jours.
- Contre les accès pernicieux : diazepam en IM ou IR à la dose de 0,5 mg par kg de poids corporel, associé à la quinine résorcine 25 mg par kg de poids corporel et à un anti pyrétique. paracétamol
- Contre la syphilis : benzatine pénicilline 2,4 million d'unité. Une injection par semaine pendant trois semaines. Nous faisons appel au couple ou aux différents partenaires pour les foyers polygamiques.

Chez les nourrissons (enfants de moins de 3 mois) présentant des signes tels que :

- fièvre +++
- diarrhée et
- irritabilité +++

Nous avons donné de la nivaquine et du paracétamol pour le paludisme ; ampicilline pour les infections ORL et la méningite. N'ayant pas de matériel adéquat pour faire certains examens physiques (otoscope) et biologiques (frottis sanguin et autres), nous avons opté pour la prévention.

Nous avons traité les femmes qui se plaignaient de *damajalan* avec du praziquantel (bilharziose) et des antibiotiques tels erythromicine, doxycycline (contre les infections autres que la bilharziose). N'ayant pas les moyens de faire un examen physique complet du patient ni de faire des examens biologiques, alors nous traitons tout.

Pour les femmes qui se plaignaient de *kaliya* (douleur lombaire) ou de *damajalan* et qui étaient enceintes, nous leur avons donné l'amoxicilline pendant 7 jours et un antalgique. Traitement avec une évolution favorable 3 fois sur 3 cas.

Les hommes de moins de 30 ans souffrant de *damajalan*, nous les avons traités avec la doxycycline (MST) et le praziquantel.

Nous avons reçu deux vieillards de plus de 70 ans se plaignant de *damajalan*. Les signes évoqués par les deux sont :

- dysurie ou pollakiurie
- Douleur pelvienne après évacuation de l'urine.

Notre hypothèse diagnostique était liée à une maladie de la prostate. Nous ne pouvons pas faire un examen physique (toucher rectal) du malade, parce que notre statut de femme et le respect que nous devons à nos aînés ne nous permet pas de le faire. Alors avons donné du praziquantel et surtout cotrimoxazole fort (3 comprimés par jour ) pendant 2 mois pour les prostatites.

#### **6.1.6.2 - prise en charge des femmes enceintes**

Sur le terrain, par principe nous ne faisons pas de consultations prénatales. Le matériel que nous avions sur place ne nous le permettait pas. Toutes les femmes enceintes qui se sont présentées dans notre salle de consultation pour une consultation prénatale avaient été référées au centre de santé de Molodo. Dans ce centre de santé ces femmes bénéficient d'une meilleure prise en charge et d'une vaccination antitétanique gratuite.

Les femmes en travail avaient été prises en charge. Après consultations, celles qui pouvaient arriver au centre de santé étaient référées. Celles dont le travail était avancé se sont fait accoucher sur place par nous.

Les accouchements se déroulaient au sol sur une natte ou un grand plastique.

Le matériel dont nous disposions était composé de :

Méthergin (methyl ergomethrine)

Syntocinon

Pinces hémostatiques

Alcool

Bétadine

Tétracycline pommade oculaire



Ciseaux

Bandes stériles

Compresses stériles

Coton

Mètre ruban

Sur le terrain nous avons pour principe de ne pas utiliser le syntocinon, mais de laisser le travail se dérouler normalement, tout en stimulant les contractions de façon manuelle.

La maman et le nouveau-né étaient par la suite suivies tous les jours pendant une semaine. 15 jours après, elles étaient référées au centre de santé pour une consultation post natale et pour l'administration des premiers vaccins au nouveau-né (B.C.G. et polio orale 1<sup>ère</sup> dose).

### 6.1.6.3 - Remarques

\* Quand une mère vient avec son enfant qui présente les signes suivants :

Vomissements, fièvre, diarrhée, elle donne le diagnostic de *mura* ou *sumaya*.

Mais s'il existe, en plus de ces signes, d'autres signes tels que hématurie terminale ou présence de sang dans les selles, elles ne donnent qu'un seul diagnostic ordinaire et c'est en général celui de *tɔɔtɔɔni* s'il y a selle sanguinolente ou *sumaya* tout court s'il y a une hématurie terminale. Elles émettent une seule entité en général peut être pour des raisons de signe prédominant ou de sévérité de la maladie.

\* Lorsqu'il y a toux avec les signes vomissements, fièvre et diarrhée, pour elle c'est le *mura* ou *sɔɔsɔɔ*. Contrairement à nous qui ne posons le diagnostic de pharyngite ou bronchite seulement si à l'auscultation il y avait présence de râles. Si les poumons sont vides, nous posons généralement le diagnostic de paludisme. L'évolution était en général favorable après le traitement contre le paludisme.

\* Notre diagnostic de diarrhée infectieuse était posé lorsque les selles sont liquides, sans vomissements ni fièvre ou après un traitement contre le paludisme et contre la dysentérie sans succès.

\* Pour les maladies telles que conjonctivite, infections de la peau (bouton, papules ou vésicules), les otites suppurées en générale, mastodynies (inflammations ou abcès) et les accès pernicieux. Le diagnostic est d'emblée fait par la maman. *ɲɛdimi*, *kuru-kuru* ou *buo-buo*, *tulodimi*, *sindimi* et *bana mun bana sanfe* ou *kɔnɔ* ou *pasaja bana* ou *demisenibana* ou *demiseni farigwan*.

## **6.2. Itinéraires thérapeutiques**

### 6.2.1 - En notre absence du terrain

Nous avons interrogé les mères de 107 enfants. 18 enfants n'étaient pas malades.

89 femmes ont été interrogées dont 30 qui ont déclarées être en bonne santé.

#### 6.2.1.1- Lieux et types de traitements identifiés en fonction des maladies chez les mères et les femmes

- **Pour les enfants**

86 diagnostics ordinaires ont été émis pour 89 épisodes morbides.

Dans la zone inondée 54 recours ont été effectués pour 76 diagnostics émis, donc 22 non recours. Nous avons obtenu les résultats suivants : 30% d'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques ; 29% de non recours ; 25% d'automédication ordinaire à base de plantes médicinales ; 9% pour le centre de santé et 5% pour le thérapeute traditionnel.

Dans la zone exondée, 10 diagnostics ordinaires ont été émis pour 10 recours qui sont : 40% d'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques ; 40% d'automédication ordinaire à base de plantes médicinales et 20% de recours au centre de santé.

Lorsque nous comparons les lieux et les types de traitements de la zone irriguée (série 1) et ceux de la zone non irriguée (série 2), les résultats sont les suivants :

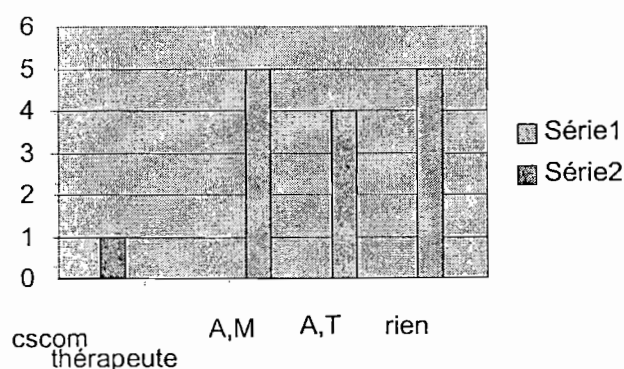


Figure n°2 Lieux et types de traitements du *Konximi* en notre absence

Nous constatons que dans la zone irriguée, le non recours et l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques occupent la première place, suivi de l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales. Dans la zone non irriguée, le centre de santé seul a été sollicité.

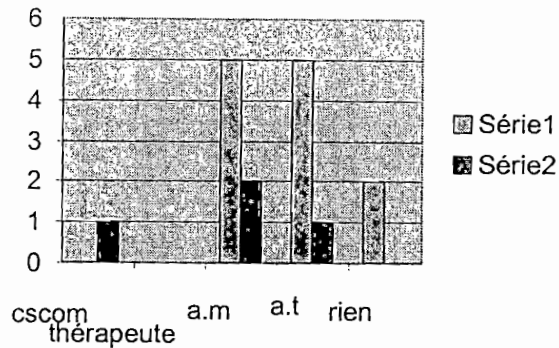


Figure n°3 Lieux et types de traitements du *Sumaya* en notre absence

Dans les deux zones, l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques occupe la première place, suivi de l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales. Les mères de la zone non irriguée sont allées au CSCoM, contrairement à celles de la zone irriguée qui n'ont rien fait.

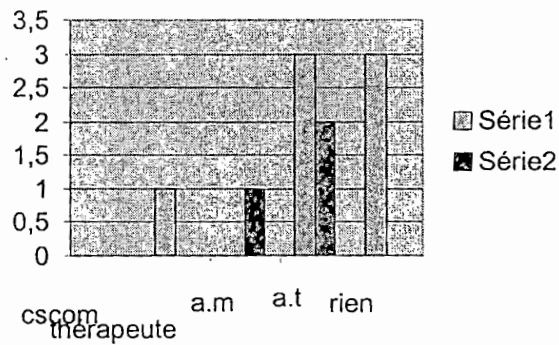


Figure n°4 Lieux et types de traitements du *Kolobo* en notre absence

L'automédication ordinaire à base de plantes médicinales occupe la première place dans les deux zones. Dans la zone irriguée le non recours occupe la première place, suivi du thérapeute traditionnelle. Dans la zone non irriguée, l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques vient en deuxième position.

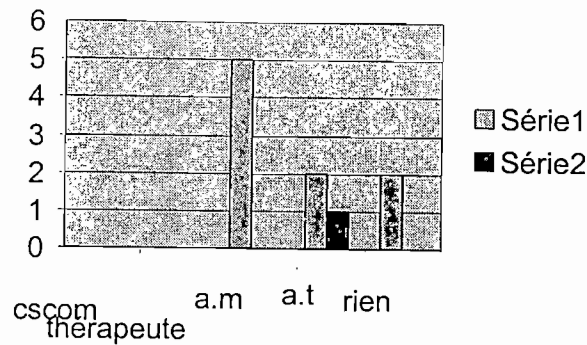


Figure n°5 Lieux et types de traitements du *Togotogoni* en notre absence

Dans la zone non irriguée seule l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales a été faite. Dans la zone irriguée, l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques occupe la première place, suivie de l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales et du non recours.

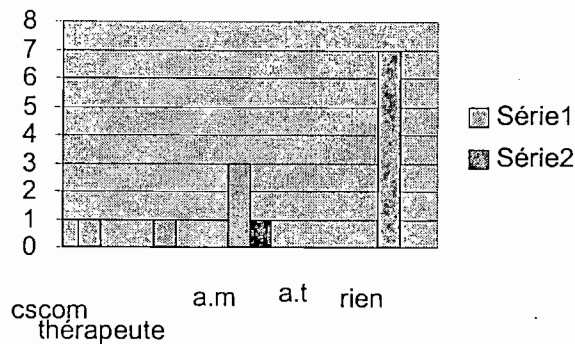


Figure n°6 Lieux et types de traitements du *Mura* en notre absence

Dans la zone non irriguée seule l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques a été faite. Dans la zone irriguée, le non recours occupe la première place, suivi de l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques, enfin viennent le CSCoM et le thérapeute traditionnelle.

## En résumé

### - **Le centre de santé**

Dans la zone irriguée le CSCom a été beaucoup plus sollicité pour le *kuru-kuru*, suivi du *kənəboli* et enfin le *mura*. Dans la zone non irriguée, il a été vu pour le *kənədimi* et le *sumaya*.

### - **Thérapeute traditionnel**

Seules les mères de la zone irriguée ont vu le thérapeute traditionnel, pour les maladies suivantes : *leminanbo*, *kolobə*, *mura*, *kungolo*, *kənə*.

### - **L'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques**

Dans la zone non irriguée, l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques a été faite pour les maladies suivantes : en premier, le *sumaya*, suivi du *mura* et du *kolobə*. Dans la zone irriguée elle a été faite pour le *kənədimi* surtout, le *təgətəgəni*, le *sumaya* et le *mura*.

### - **L'automédication ordinaire à base de plantes médicinales**

Dans la zone non irriguée, l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales a été faite pour le *kolobə*, ensuite pour le *sumaya* et le *təgətəgəni*. Dans la zone irriguée, les mères ont recouru à ce traitement pour le *kənədimi* et le *sumaya*, le *kolobə* et le *kənəboli*, enfin le *səgə-səgə* et le *təgətəgəni*.

### - **Aucun traitement (le non recours)**

Seules les mères de la zone irriguée n'ont pas fait de traitement pour le *mura* surtout, suivi du *kənədimi* et du *kolobə*, enfin pour le *təgətəgəni* et le *sumaya*.

En fusionnant les deux zones, en notre absence sur le terrain les résultats sont :

- 1- L'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques **31%** ;
- 2- L'automédication ordinaire à base de plantes médicinales **27%** ;
- 3- Le non recours **26%** ;
- 4- Le centre de santé **10%** ;
- 5- Le thérapeute traditionnel **6%**.

Notre premier constat est que, en notre absence sur le terrain, c'est l'automédication à base de produits pharmaceutiques qui occupe la première place, suivie de l'automédication traditionnelle. Le non recours vient en troisième position, suivi du centre de santé et enfin le thérapeute traditionnelle.

Le thérapeute traditionnelle a été beaucoup plus consulté par les mères de la zone irriguée.

- **pour femmes**

41 diagnostic ordinaires ont été émis par les femmes pour 59 épisodes morbides.

Dans la zone inondée 22 recours ont été sollicités pour 34 diagnostics ordinaires émis. 35% de non recours ; 26% d'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques ; 21% d'automédication ordinaire à base de plantes médicinales ; le centre de santé et le thérapeute traditionnel à 9% chacun.

4 recours ont été choisis pour 7 diagnostics émis dans la zone exondée. 43% de non recours ; 29% d'automédication ordinaire à base de plantes médicinales ; l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques et le centre de santé chacun 14%.

Lorsque nous comparons les lieux et les types de traitements de la zone irriguée (série 1) et ceux de la zone non irriguée (série 2), les résultats sont les suivants :

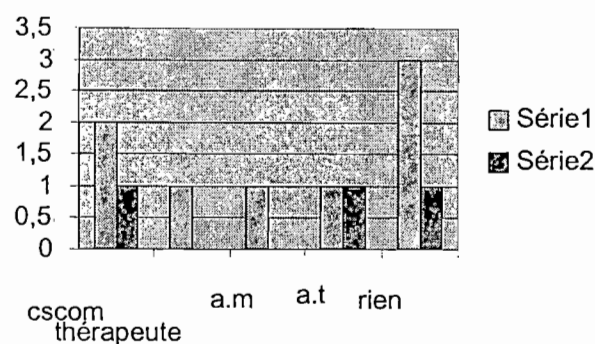


Figure n°7 Lieux et types de traitements du *Konximi* en notre absence

Dans la zone non irriguée, le centre de santé, l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales et le non recours occupent le même rang. Dans la zone irriguée, le non recours occupe la première place, suivi du centre de santé. Enfin viennent l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales, à base de produits pharmaceutiques et le thérapeute traditionnel.

### *Sumaya*

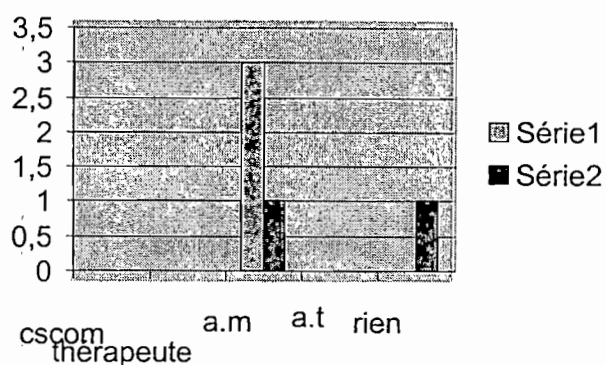
Seules les femmes de la zone irriguée ont donné ce diagnostic. L'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques et le non recours occupent la première place, ils sont suivis de l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales.

### *Ganke kɔnɔdimi*

Les femmes de la zone irriguée ont choisi l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales et le centre de santé à la même proportion.

### *Tonsoŋimi*

Seules les femmes de la zone irriguée se sont plaints de cette maladie. C'est le thérapeute traditionnel qui a été sollicité.



**Figure n°8** Lieux et types de traitements du *Kungolodimi* en notre absence

Dans la zone irriguée, les femmes ont fait l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques. Dans la zone non irriguée l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques et le non recours occupent le même rang.





### 6.2.1.2 - Intervalle moyen entre l'apparition des premiers symptômes et le début du traitement

- **Pour les enfants**

Zone irriguée

<i>Kənəboli :</i>	en moyenne 7 jours ;
<i>Kolobə :</i>	en moyenne 1 mois = 30 jours (plusieurs mères ont répondu que c'est depuis la naissance
<i>Kənədimi :</i>	en moyenne 16 jours (avec des réponses de 1 an et plus) ;
<i>Səgə-səgə :</i>	en moyenne 4 jours ;
<i>Təgətəgəni :</i>	en moyenne 32 jours (plusieurs mères ont répondu que c'est depuis longtemps) ;
<i>Sumaya :</i>	en moyenne 24 jours ;
<i>Mura :</i>	en moyenne 11 jours ;
<i>Kuru-kuru :</i>	en moyenne 17 jours ;
<i>Kənə :</i>	en moyenne 3 jours

Zone non irriguée

Nous n'avons pas de durées précises.

- **Pour les femmes**

Zone irriguée

<i>jenemini :</i>	en moyenne 30 jours ;
<i>Sumaya :</i>	en moyenne 17 jours (extrême 5 ans) ;
<i>Damajalan :</i>	longtemps ;
<i>Kənədimi :</i>	en moyenne 20 jours (longtemps, avec la grossesse, et 4 ans ont été cités) ;
<i>Tonsojimi :</i>	avec le début de la grossesse

Zone non irriguée

<i>Təgətəgəni :</i>	1 an ;
<i>Kənədimi :</i>	en moyenne 30 jours
<i>Faridimi et kungolodimi :</i>	5 jours

### 6.2.1.3 - Itinéraires thérapeutiques

Il est difficile de dire exactement après combien de temps la prise en charge des maladies par les mères a été effective. Nous avons ressortis quelques itinéraires thérapeutiques concernant les enfants et les femmes en fonction des maladies.

- **Pour les enfants**

Pour le *sumaya*, les mères ont fait en première intention une automédication ordinaire à base de plantes médicinales à 60%, suivie de l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques à 20% et du thérapeute traditionnel à 20%.

C'est en deuxième recours qu'elles se sont rendues au CSCom à 50%, suivi de l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques à 25% si le premier traitement donné n'a pas été efficace sur la maladie de l'enfant.

Pour le *togotogoni*, comme premier recours, les mères ont entrepris une automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques à 50% suivie du thérapeute traditionnel et de l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales à 25% chaque.

En deuxième intention elles sont allées au CSCom à 50% et ont eu recours à l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques à 25%. Autres traitements ont été fait à 25%.

Si un troisième recours existe c'est en général l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques.

Pour le *mura*, la première intention a été le non recours avec un taux de 58%. Pour celles qui avaient entrepris un recours, c'est l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques à 42% qui a été fait.

Comme second recours elles ont fait soit l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales ou sont allées vers le thérapeute traditionnel.

Si un troisième recours existe, les mères se rendent au CSCom de Molodo.

*Cemanjedimi* : les mères ont eu recours au thérapeute traditionnel en première intention.

Selon elles, c'était pour connaître l'origine de la maladie de l'enfant. Le recours du thérapeute qui était généralement efficace selon les mères, ne nécessitait pas un second type de recours.

*Kolobɔ* : le premier recours de la maman a été l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales, elle est allée vers le thérapeute traditionnel parce que la maladie avait dépassé ses compétences.

*Konɔdimi* : le premier recours de la maman a été l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales. Comme deuxième recours, elle est allée vers un thérapeute traditionnel parce qu'on lui avait parlé de lui, son diagnostic a été *leminanbo*. Elle y allait toute fois que les douleurs de l'enfant recommençaient. En troisième recours, elle est allée au CSCom de Molodo, par sa propre initiative parce qu'elle a constaté que l'enfant ne se portait toujours pas bien. Le diagnostic des agents de santé a été *leminanbo*. Enfin, maintenant elle ne fait que l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques ou à base de plantes médicinales selon ses humeurs parce que la maladie de l'enfant est récurrente, et son diagnostic à elle est le *konoɔgutige*. Selon la maman la médecine moderne est plus efficace parce qu'elle calme rapidement les douleurs de l'enfant.

*Konɔ* : La maman est allée vers le thérapeute traditionnel en première intention. Lorsque la maladie est revenue pour la deuxième fois, elle est allée au centre de santé de Molodo. Pour la troisième fois en l'espace de trois mois selon la maman, elle est allée voir le thérapeute traditionnel, parce que la maladie (convulsions) avait commencé la nuit et elle ne pouvait pas se rendre au CSCom à cause de l'éloignement.

*Kungolodimi* : la maman a commencé par l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques, sans efficacité sur la maladie de l'enfant. Selon elle quand un de ses enfants souffre d'une maladie, elle ne se rend jamais au CSCom, elle achète des médicaments et lui donne. En second recours, elle est allée chez un thérapeute traditionnel pour connaître le sens de la maladie de l'enfant. Il lui a dit que l'enfant avait le *sumaya*.

- **Pour les femmes**

*Sumaya* : la première fois, elle a eu recours à une automédication ordinaire à base de plantes médicinales parce qu'elle vomissait et avait des frissons.

La seconde fois, elle n'a rien entrepris, parce qu'elle n'était pas alitée. Si les courbatures et les céphalées commencent, elle se repose seulement.

Pour le *kənɔdimi*, l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales a été faite en première intention. Parfois le centre de santé ou le thérapeute traditionnel est sollicité.

En seconde intention, elles sont allées chez le thérapeute traditionnel ou au centre de santé. Parfois l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales est fait.

En troisième recours, elles sont allées au centre de santé, suivie de l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques ou à base de plantes médicinales.

Un quatrième recours existe qui est en général l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales.

*Damajalan* : cela avait commencé dans l'enfance par le *n'korosyen*, et ses parent n'avaient rien entrepris. Maintenant c'est le *damajalan*, elle a fait une automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques parce qu'elle avait des douleurs pendant la miction, mais sans efficacité.

En second recours, elle s'est rendus chez un thérapeute traditionnel pour une meilleure prise en charge.

*Tɔgɔtɔgɔni* : le premier recours de la femme a été le CSCom de Molodo à cause de la maladie. En second recours elle est allée chez un thérapeute traditionnel parce qu'elle n'avait pas été soulagée par la médecine moderne.

*Fari dimi* : comme premier recours elle a fait l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales, sans efficacité.

En second recours, elle est allée chez un thérapeute traditionnel pour meilleure une prise en charge. Le diagnostic donné a été *jiné bana*, mais le traitement a été sans effet sur la douleur.

En troisième recours, elle est allée au centre de santé de Molodo, ensuite au centre de santé de Markala. Elle se porte assez bien maintenant, mais les douleurs reviennent parfois, alors le chef de famille lui donne un traitement à base de plantes médicinales.

## 6.2.2 - Durant notre présence sur le terrain

361 enfants ont été consultés dans notre salle, tous amenés pour un cas de maladie.

63 femmes ont été consultées.

### 6.2.2.1 - Lieux et types de traitements identifiés chez les mères et femmes

- **Pour les enfants**

136 diagnostics ordinaires ont été émis par les mères.

Dans la zone inondée les mères ont effectué 64 recours pour 119 diagnostics émis, donc 55 non recours. les résultats sont : 46% de non recours ; 29% d'automédication ordinaire à base de plantes médicinales ; 17% d'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques et 8% pour le thérapeute traditionnel.

Dans la zone exondée, 13 recours ont été effectués pour 17 diagnostics ordinaires émis. Les résultats sont : 41% d'automédication ordinaire à base de plantes médicinales ; 29% d'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques ; 24% de non recours et 6% pour le thérapeute traditionnel.

Le centre de santé n'a pas été sollicité pendant notre présence.

Lorsque nous comparons les lieux et les types de traitements de la zone irriguée (série 1) et ceux de la zone non irriguée (série 2), les résultats sont :

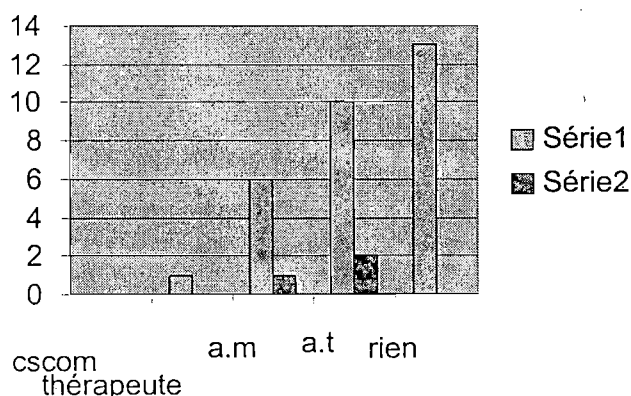


Figure n°9 Lieux et types de traitement du *Sumaya* durant notre présence

Dans la zone irriguée, le non recours occupe la premier rang avant que les mères se présentent dans notre salle de consultation. Il est suivi de l'automédication ordinaire à base de plantes

médicinales, ensuite l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques et enfin le thérapeute traditionnel.

Dans la zone non irriguée, elles avaient fait l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales suivie de l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques.

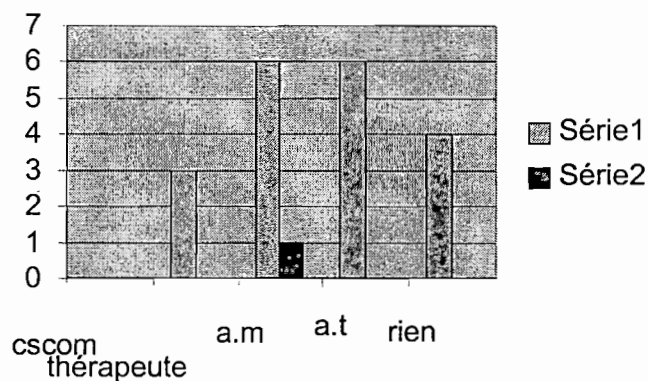


Figure n°10 Lieux et types de traitement du *Kɔɔdimi* durant notre présence

Dans la zone non irriguée, seule l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques a été faite. Dans la zone irriguée, l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques et à base de plantes médicinales occupent la première place, suivies du non recours et enfin vient le thérapeute traditionnel.

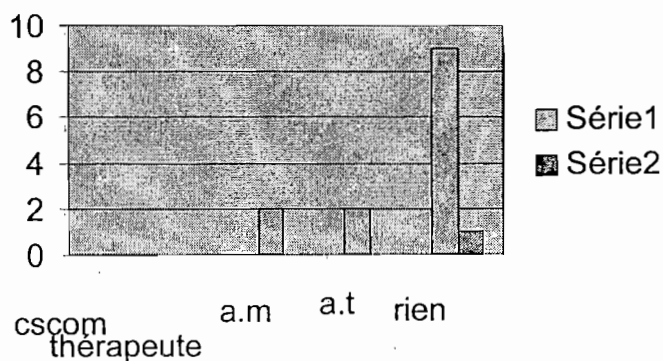


Figure n°11 Lieux et types de traitement du *Mura* durant notre présence

Dans la zone non irriguée, rien n'avait été fait. Dans la zone irriguée, le non recours occupe le premier rang, suivi de l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques et à base de plantes médicinales.

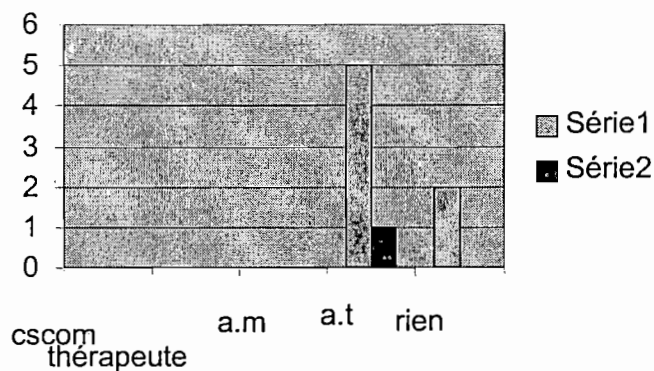


Figure n°12 Lieux et types de traitement du Kɔɔɔɔɔ durant notre présence

Dans la zone non irriguée, seule l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales avait été faite. Dans la zone irriguée l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales vient avant le non recours.

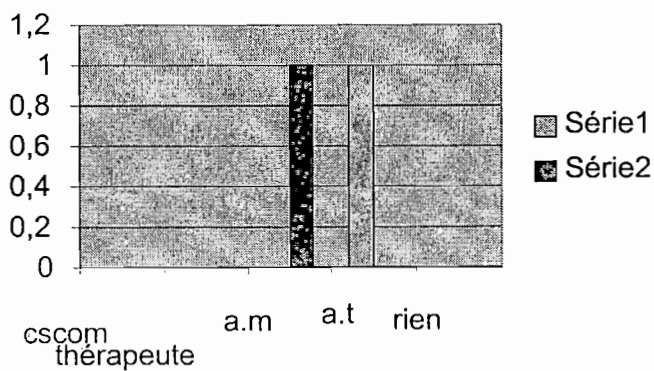


Figure n°13 Lieux et types de traitement du Sɔɔɔ-sɔɔɔ durant notre présence



Les mères de la zone irriguée avaient fait l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales. Par contre celles de la zone non irriguée avaient fait l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques.

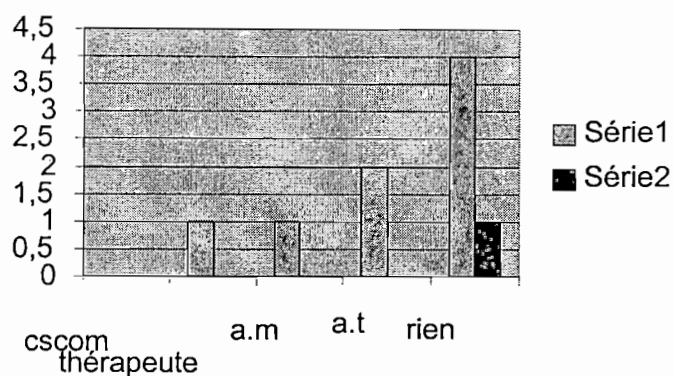


Figure n°14 Lieux et types de traitement du *Kolobɔ* durant notre présence

Dans la zone non irriguée les mères n'avaient rien fait. Pour celles de la zone irriguée, le non recours occupe le premier rang, suivi de l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales. Enfin viennent l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques et le thérapeute traditionnel.

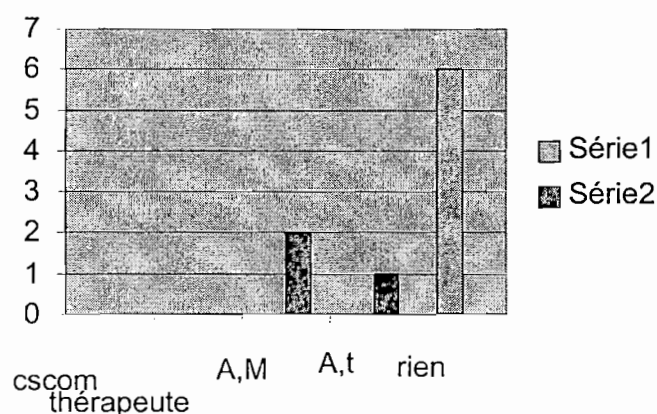


Figure n°15 lieux et types de traitement du *Togɔtɔgni* durant notre présence

Les mères de la zone irriguée n'avaient rien entrepris en première intention. Celles de la zone non irriguée avaient fait en premier, l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques suivie de l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales.

#### *Bana mun bena sanfe*

Seules les mères de la zone irriguée en ont fait cas. L'itinéraire suivi était : le non recours, suivi du thérapeute traditionnel.

#### *Galakanɔɔ*

Nous n'avons eu ce diagnostic que des mères de la zone irriguée. L'automédication ordinaire à base de plantes médicinales avait été faite en première intention, suivie du non recours et enfin l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques.

#### En résumé

##### - **Centre de santé**

Aucune mère n'est allée au centre de santé en première intention durant notre présence sur le terrain.

##### - **Thérapeute traditionnel**

Le thérapeute traditionnel a été sollicité par les mères de la zone irriguée surtout pour certains *kɔnɔdimi*. Il a aussi été vu pour le *cɛmanjedimi*, le *ninana*, le *koungobana*, le *bana mun bena sanfe*, le *kolobɔ* et le *sumaya*. Seule une mère de la zone non irriguée est allée voir un thérapeute pour son enfant qui souffrait de *kɔkɔdimi*.

##### - **Automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques**

Dans la zone non irriguée, l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques a été faite pour le *tɔgɔtɔgɔni*, suivi du *sumaya*, du *sɔgɔ-sɔgɔ* et du *kɔnɔdimi*.

Dans la zone irriguée, elle a été faite pour le *sumaya* et le *kɔnɔdimi*, suivis du *kuru-kuru* et du *mura*. Enfin pour le traitement du *galakanɔɔ*, du *kaliya* et du *kolobɔ*.

##### - **Automédication ordinaire à base de plantes médicinales**

Dans la zone non irriguée, l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales a été faite pour le *sumaya* et le *buo-buo* en premier, suivis du *tulodimi* et du *tɔgɔtɔgɔni*.

Dans la zone irriguée, elle a été faite pour le *sumaya*, suivi du *kɔnɔdimi*. Ensuite vient le *kɔnɔboli* et enfin le *mura*, le *kaliya*, le *galakanɔɔ* et le *tulodimi*.

- **Le non recours**

Dans la zone non irriguée, les mères n'ont fait aucun traitement pour les maladies telles que : *tulodimi*, *ɲedimi*, *mura* et *kolobɔ*.

Dans la zone irriguée, elles n'ont rien fait surtout pour le *sumaya* en premier, suivi du *mura*. En troisième position vient le *tɔgɔtɔgɔni* suivi du *kɔnɔdimi*, du *sɔgɔ-sɔgɔ*, du *kolobɔ* et enfin le *bana mun bena san fɛ* et le *ɲedimi*.

En fusionnant les deux zones, durant notre présence sur le terrain, la classification des lieux et des types de traitements est :

- 1- Le non recours **43%** ;
- 2- L'automédication ordinaire à base de plantes médicinales **31%** ;
- 3- L'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques **18%** ;
- 4- Le thérapeute traditionnel **7%** ;
- 5- Le centre de santé **0%**.

Le premier constat que nous faisons lorsque nous sommes sur le terrain est que, les mères ne fréquentent pas le centre de santé en première intention, c'est-à-dire avant de venir dans notre salle de consultation. Ceci n'est valable que pour les maladies à symptomatologie aiguë. Elles ont recours à l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales en premier, suivie de l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques et enfin le thérapeute traditionnel est sollicité. Ces tradithérapeutes avaient généralement été vus avant notre arrivée sur le terrain. Surtout pour les maladies à évolution chronique telles que certains *kɔnɔdimi*, le *ninana*.

Les thérapeutes traditionnels ont été plus sollicités par les mères de la zone irriguée.

Pour celles qui n'ont rien entrepris, cela s'explique par le fait qu'elles se tournent vers nous en première intention, quelques jours après le début de la maladie.

- **Pour les femmes**

29 diagnostics ordinaires ont été émis par les femmes.

Dans la zone inondée, 7 recours pour 27 diagnostics, donc 19 non recours. les résultats sont : 70% de non recours ; 15% d'automédication ordinaire à base de plantes médicinales ; 7% d'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques . Le thérapeute traditionnel et le centre de santé à 4% chacun.

Dans cette zone, les femmes n'avaient rien entrepris pour le *togotogoni*, le *tonsojimi* et le *ganke konodimi*. L'automédication ordinaire à base de plantes médicinales comme seul recours a été faite pour le *konodimi*.

*Sumaya* : en premier, c'est le non recours, suivi de l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques.

*Kaliya* : en premier elles n'avaient rien entrepris, suivi de l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques et du centre de santé.

*Leminanbo* : en premier , c'est le non recours, suivi de l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales.

Dans la zone non irriguée, seul le *togotogoni* a été cité, et les femmes n'avaient rien entrepris en première intention.

### En résumé

En fusionnant les deux zones, pendant notre présence sur le terrain ; le résultat est le suivant :

- 1- Le non recours **67%** ;
- 2- L'automédication ordinaire à base de plantes médicinales **19%** ;
- 3- L'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques **7%** ;
- 4- Le centre de santé et le thérapeute traditionnel **4%** chacun.

Lorsque nous sommes sur le terrain c'est le non recours qui occupe la première place, avant qu'elles se présentent dans notre salle de consultation. Il est suivi de l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales, ensuite de l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques et enfin viennent le thérapeute traditionnel et le centre de santé.

### 6.2.2.2 - Intervalles moyens entre l'apparition des premiers symptômes et l'arrivée dans notre salle de consultation

- Pour les enfants

Zone irriguée

<i>Sumaya</i> :	en moyenne 4 jours ;
<i>Kolobɔ</i> :	en moyenne 4 jours ;
<i>Kɔnɔdimi</i> :	en moyenne 20 jours ;
<i>Kɔnɔboli</i> :	en moyenne 18 jours ;
<i>Mura</i> :	en moyenne 7 jours ;
<i>Bana mun bena san fe</i> :	en moyenne 3 jours
<i>Sɔgɔ-sɔgɔ</i> :	en moyenne 4 jours ;
<i>Tɔgɔtɔgɔni</i> :	en moyenne 5 jours ;
<i>Galakanɔɔ</i> :	en moyenne 5 jours ;

Zone non irriguée

<i>Sumaya</i> :	en moyenne 7 jours ;
<i>Kolobɔ</i> :	en moyenne 8 jours ;
<i>Kɔnɔdimi</i> :	en moyenne 12 jours ;
<i>Tɔgɔtɔgɔni</i> :	en moyenne 13 jours ;

- Pour les femmes

Zone irriguée

<i>Sumaya</i> :	en moyenne 3 jours ;
<i>Kaliya</i> :	en moyenne 2 jours ;
<i>Leminanbo ; Ganke kɔnɔdimi ; Tonsojimi ; Kɔnɔdimi</i> :	très imprécis, mais la maladie évolue en général depuis longtemps.

Zone non irriguée

RAS

### 6.2.2.3 - Itinéraires thérapeutiques

- Pour les enfants

Signalons que tous ces recours sont des recours de première intention. Parce qu'en seconde intention, les femmes et mères se sont dirigées vers notre salle de consultation.

1- Le recours à l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales

Occupe la première place pour le *kənəboli*, le *galakanərə*.

Occupe la seconde place pour le *sumaya*, la *kolobə*, le *kənədimi*.

Occupe la troisième place pour le *təgətəgəni*.

2- Le recours à l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques

Occupe la première place pour le *kənədimi*.

Occupe la deuxième place pour le *təgətəgəni*.

Occupe la troisième place pour le *sumaya*, le *kolobə*, le *galakanərə*.

3- Le recours aux deux automédications

Occupe la première place pour le *səgə-səgə*.

Occupe la première place pour le *mura*.

4- Le recours au thérapeute traditionnel

Occupe la deuxième place pour le *bana mun bana sanfə*.

Occupe la troisième place pour le *sumaya*, le *kolobə*.

Occupe la quatrième place pour le *kənədimi*.

5- Le non recours

Occupe la première place pour le *sumaya*, le *kolobə*, le *təgətəgəni*, le *bana mun bana sanfə*, le *mura*.

Occupe la deuxième place pour le *kənəboli*, le *galakanərə*.

Occupe la troisième pour le *kənədimi*.

## *Synthèse*

Le temps mis entre le début de la maladie et le début du traitement dans notre salle de consultation est de 4 jours dans la zone inondée et de 7 jours dans celle exondée pour le *sumaya*. 39% des mères n'avaient entrepris aucun traitement ces jours avant de se rendre dans notre salle de consultation. 36% avaient fait une automédication ordinaire à base de plantes médicinales, 21% une automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques et 3% étaient allées chez un thérapeute traditionnel avant de se rendre dans notre salle de consultation.

Le temps mis entre le début de la maladie et le début du traitement dans notre salle de consultation est de 4 jours dans la zone inondée et de 8 jours dans celle exondée pour le *kolobɔ*. 56% des mères n'avaient pas entrepris de traitement ces jours avant de se rendre dans notre salle de consultation. 22% avaient fait une automédication ordinaire à base de plantes médicinales, 11% une automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques et 11% étaient allées chez un thérapeute traditionnel avant de se rendre dans notre salle de consultation.

Pour le *kɔnɔdimi*, le temps mis entre le début de la maladie et le début de la prise en charge par nous est en moyenne de 20 jours dans la zone inondée et de 12 jours dans celle exondée. 35% des mères avaient fait une automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques et 30% une automédication ordinaire à base de plantes médicinales avant de se rendre dans notre salle de consultation. 20% de non recours et 15% avaient vu un thérapeute traditionnelle avant de venir vers nous. Les mères de la zone non irriguée n'avaient fait que l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques.

Pour le *kɔnɔboli*, le temps mis entre le début de la maladie et la venue dans notre salle de consultation est de 18 jours en moyenne. Mais 75% des mères avaient déjà entrepris une automédication ordinaire à base de plantes médicinales avant de se rendre dans notre salle de consultation. 25% des mères seulement n'avaient rien fait.

Pour le *təgətəgəni*, le temps mis entre le début de la maladie et la venue dans notre salle de consultation est de 5 jours en moyenne dans la zone inondée et de 13 jours dans celle exondée. 67% des mères n'avaient rien entrepris auparavant, et cette tranche appartient à la zone inondée. 22% avaient fait une automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques et 11% une automédication ordinaire à base de plantes médicinales. Ces deux dernières tranches appartiennent à la zone exondée.

Le temps mis entre le début de la maladie et le début du traitement dans notre salle de consultation est de 4 jours pour le *səgə-səgə* et de 7 jours pour le *mura*. 69% des mères n'avaient rien entrepris, 15,5% avaient fait une automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques et 15,5% une automédication ordinaire à base de plantes médicinales avant de se rendre dans notre salle de consultation.

Pour le *bana mun bena sanfə*, le temps mis entre le début de la maladie et le début de la prise en charge dans notre salle est de 3 jours. 75% des mères n'avaient rien entrepris avant et 25% avaient vu un thérapeute traditionnel.



- **Pour les femmes**

En première intention, les femmes n'avaient pas eu recours au centre de santé ni au thérapeute traditionnel.

- 1- Le non recours occupe la première place pour toutes les maladies recensées.
- 2- Le recours à l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques occupe la deuxième place pour le *sumaya* et le *kaliya*.
- 3- Le recours à l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales occupe la deuxième place pour le *leminanbo* et le *kɔɔɔdimi*.

### *Synthèse*

Pour le *sumaya*, le temps mis entre le début de la maladie et le début de la prise en charge dans notre salle est de 3 jours. 66% des femmes n'avaient rien entrepris avant et 34% avaient déjà entrepris une automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques.

Pour le *kaliya*, le temps mis entre le début de la maladie et le début de la prise en charge dans notre salle est de 2 jours. 60% des femmes n'avaient rien entrepris avant de se présenter dans notre salle de consultation. 20% s'étaient déjà rendues au centre de santé et 20% avaient déjà entrepris une automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques.

Pour le *tɔɔɔɔɔɔni*, le *leminanbo*, le *ganke kɔɔɔdimi* et le *kɔɔɔdimi*, le temps mis entre le début des maladies et le début de la prise en charge dans notre salle est imprécis. 100% des femmes n'avaient rien entrepris avant de se rendre dans notre salle pour le *tɔɔɔɔɔɔni*, 66% des femmes n'avaient rien entrepris pour le *leminanbo* et 34 % avaient fait une automédication ordinaire à base de plantes médicinales. Ces maladies sont en général des maladies chroniques qui avaient en général déjà fait l'objet de plusieurs prises en charges différentes.

### 6.2.3 - Association des lieux et des types de traitements en fonction des maladies

TABLEAU XXII : LES ASSOCIATIONS DE TYPES ET LIEUX DE RECOURS EN FONCTION DES MALADIES

Maladies	AM +AT	TT + CCom	CCom + AT	CCom + AM	TT + AT	TT + AM
<i>Təgətəgəni</i>	***	*				
<i>Kənədimi</i>	**	*				*
<i>Pasani</i>		*				
<i>sumaya</i>	*		*		*	
<i>Kədimi</i>	*					
<i>Ganke kənədimi</i>					*	
<i>Jine bana</i>		*				
<i>Kolobə</i>	*					
<i>Kənəboli</i>	*					
<i>Kənənugu</i>	*					
<i>Galakanərə</i>						*
<i>Kənədimi des femmes</i>		***				
<i>damajalan</i>	*					

Nous constatons qu'il n'y a pas d'association CCom + AM

Tous les enfants qui ont été amenés à nous étaient consultés et nous remettons un traitement à suivre à la mère. Au moment où la mère sortait de notre salle, les autres femmes lui posaient la question de savoir de quoi souffre son enfant. Elle répondait et, par la suite chaque femme lui proposait un traitement ordinaire à base de plantes médicinales en complément. Généralement elle appliquait ce traitement, si il n'était pas déjà fait.

Pour le tableau clinique suivant : vomissements, fièvre avec ou sans diarrhées, les femmes font toujours une automédication ordinaire à base de plantes médicinales malgré notre traitement. Elles lavent l'enfant avec le médicament et lui donnent aussi un peu à boire.

Les associations de traitements se font en général au même moment. La classification de ces associations en fonction des maladies est la suivante :

*Təgətəgəni :*

- 1- Les deux automédications (AM +AT);
- 2- Le centre de santé et le tradithérapeute (CSCom + TT);

*Kənədimi :*

- 1- Les deux automédications ;
- 2- Tradithérapeute et centre de santé (TT+CSCom); le tradithérapeute et l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques.

*Pasani :*

- 1- Tradithérapeute et centre de santé.

*Sumaya :*

- 1- Les deux automédications ; le centre de santé et l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales (CSCom+AT); le Tradithérapeute et l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales (TT + AT).

*Kədimi :*

- 1- Les deux automédications ;

*kolobə :*

- 1- Les deux automédications ;

*Kənəboli :*

- 1- Les deux automédications ;

*Kənənugutige :*

- 1- Les deux automédications ;

*galakanəwə :*

- 1- Le tradithérapeute et l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques (TT +AM);

*damajalan :*

- 1- Les deux automédications ;

*gankə kənədimi :*

- 1- Le tradithérapeute et l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales

*Kənədimi (des femmes) :*

- 1- le tradithérapeutes et le centre de santé.

6.2.4 - Les médicaments modernes utilisés par les mères et femmes pour l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques en fonction des maladies

TABLEAU XXIII : MEDICAMENTS MODERNES UTILISES PAR LES FEMMES ET MERES POUR L'AUTOMEDICATION

Médicaments entités	<i>nivak ini</i>	<i>aspiri ni</i>	<i>parac etam oli</i>	<i>ganid an</i>	<i>buta</i>	<i>tyfo</i>	<i>prazi quant el</i>	<i>collyr es</i>	<i>Nivak ini nɛɛn a</i>	<i>Kum bleni nɛɛ</i>	<i>Kum bleni blem a</i>
<i>Kɔɔdimi</i>	7	2								1	4
<i>Tɔɔɔɔɔɔɔni</i>	4	2	2	3	1	3				1	7
<i>Sumaya</i>	11	5	5		2	1	2		1	1	
<i>Kɔɔɔboli</i>	2										2
<i>Mura</i>	4	3	1								
<i>kuru-kuru</i>	2										
<i>Kungolodimi</i>	2	4	3								
<i>ɲɛdimi</i>								1			
<i>Kɔɔdimi</i>			1		2						
<i>Kolobɔ</i>	2										2
<i>Dajɔli</i>	1										1
<i>Kaliya</i>											1
<i>Damajalan</i>										1	1
<i>Kungoloti</i>	1										

Après avoir consulté l'enfant, nous posons à la maman la question de savoir : "e ye sumayafurakisɛ d'a ma wa ?", La réponse de la maman en général est : "ayi, ne m'a sumaya furakisɛ di a ma". Nous continuons "e ye mun d'a ma ?", elle répond : "ne ye nivakini ani aspirini d'a ma" (cf. p.58).

Quand il s'agissait d'elles-mêmes, elles nous disaient : "Ne ye kungolodimi ani sumayafurakisɛ ta". Nous posons la question "jume ?", elle répond "kungolodimi furakisɛ nivakini ani aspirini, ani sumaya fura ne te a tɔɔɔ don, fankele be jɛman fankele nɛɛna"(cf. p.59).

La nivaquine est plus consommée pour le *sumaya* avec un taux de 31% surtout chez les enfants. L'aspirine est pris pour le *sumaya* à 31% et le paracétamol toujours pour le *sumaya* à un taux de 42%. Le praziquantel est utilisé pour le *sumaya* à un taux de 100%. Le buta, seulement utilisé par les femmes adultes pour le *sumaya* et le *kɔɔdimi* à 20% chacun.

*Kumbleni blema* est plus utilisé pour le *Tɔɔɔɔɔɔɔni* à un taux de 39%. Le *tyfo* est également plus utilisé pour la même maladie à un taux de 75%.

Les fréquences d'utilisation des médicaments par ordre décroissant en fonction des maladies sont :

*Konodimi :*

- 1- Nivaquine ;
- 2- *Kumbleni* rouge ;
- 3- Aspirine ;
- 4- *Kumbleni* jaune.

*Togotogoni :*

- 1- *Kumbleni* rouge ;
- 2- Nivaquine ;
- 3- *Tyfo*, ganidan ;
- 4- Aspirine, paracétamol ;
- 5- *Buta*, *kumbleni* jaune.

*Sumaya :*

- 1- Nivaquine ;
- 2- Aspirine, paracétamol ;
- 3- *Buta*, praziquantel ;
- 4- *Tyfo*, nivaquine jaune, *kumbleni* jaune.

*Mura :*

- 1- Nivaquine ;
- 2- Aspirine ;
- 3- Paracétamol.

*Kungolodimi :*

- 1- Aspirine ;
- 2- Paracétamol ;
- 3- Nivaquine.

*Kodimi :*

- 1- *Buta* ;
- 2- Paracétamol.

*Kolobɔ :*

- 1- Nivaquine, *kumbleni* rouge

*kənɔboli :*

1- Nivaquine, *kumbleni* rouge.

*Dajoli :*

1- Nivaquine, *kumbleni* rouge.

*damajalan :*

1- *Kumbleni* rouge, *kumbleni* jaune.

*Kaliya :*

1- *Kumbleni* rouge

Elles appellent - Le *kumbleni* rouge (*blema*) : *kaliya kumbleni* ou *Tɔgɔtɔgɔni kumbleni*.

- Le *kumbleni* jaune (*nerɛna*) : *kənɔdimi kumbleni*.
- Le *buta* = *pasani* : *sumayafura*, *pasadimifura* ;
- Le *kumbleni* blanc (*jɛma*) : *kənɔdimi kumbleni*.

Pour les signes telles que :

- Courbatures, asthénies et céphalées, les femmes prennent la nivaquine, l'aspirine et le *buta*.
- Fièvre et irritabilité des enfants, elles donnent, le paracétamol et ensuite la nivaquine.

Les femmes donnent les comprimés de terpine codéine à leurs enfants qui souffrent de toux. Elles ne mentionnent pas le médicament parce qu'elles ne connaissent pas le nom. Ce produit est fourni par les marchands ambulants qui l'appelle " *sɔgɔ-sɔgɔ furakisɛ'*".

Pendant la période de repiquage, à la fin de la journée les femmes ont des douleurs au niveau des jambes. Elles achètent le *pasani* (comprimé BUTA) chez les marchands ambulants et le boivent tous les jours avant d'aller au champs. Selon elles, ça soulage. Si elles ne prennent pas le comprimé *buta*, elles souffriront de *pasadimi* après le repiquage.

#### Autres traitements

- Tɔgɔtɔgɔni* : - Thé lipton (qui peut être tout autre marque de thé en sachet)+ *buta*
- *Kumbleni* rouge ou jaune + la boisson Tonic + le café noir en poudre.
  - *Kumbleni* rouge + *tyfo* + café noir en poudre.

Ulcère d'estomac : Traitement donné par un marchand ambulancier à une dame.

- Prendre l'antiseptique DETTOL, mettre une petite quantité dans un litre d'eau. Boire le mélange tout au long de la journée à petites gorgées. Cela favorise l'évacuation du sang qui se trouve dans le ventre. "*furudimi be ne la. Ne be nin fura bla ji la, litiri kele, ani ne b'a mi dɔni dɔni tile kɔnɔ. A be joli mun be ne kɔnɔ sama ka na, fo ka be be bɔ*".

*Buo-buo, kaba* : Mentholatum blanc "*chinois fura jema*".

*Damajalan* : - La boisson Tonic + *kumbleni* rouge.

- La boisson Tonic + *sikoufale* + *dabadableni*

#### Correspondances des différents médicaments

*Buta* = phénylbutazone en comprimés enrobés ;

*Kumbleni* rouge = tétracycline en gélules dosées à 250 mg ; ou amoxicilline 500 mg

*Kumbleni* blanc =

*Kumbleni* jaune = indométhacine 25 mg ;

*Tyfo* = chloranphénicol ;

*Ganidan* = Sulfaguanidine

Nous constatons avec ces résultats que les femmes ont une certaine connaissance des effets des produits qu'elles prennent. Pour le *kungolodimi*, l'aspirine et le paracétamol sont utilisés pour leurs effets antalgiques. Pour le *mura* et *sumaya*, chez les enfants, l'aspirine et le paracétamol sont utilisés pour leurs effets antipyrétiques. Chez les femmes, la sulfaguanidine est utilisée pour ses effets antalgiques et antiinflammatoires articulaires. Donc utilisée pour les courbatures. La sulfaguanidine est aussi utilisée pour les mêmes effets pour le *kɔdimi*.

### 6.2.5 - Pharmacocinétique, indications, contres indications et effets secondaires des médicaments les plus utilisés.

**Acide acétyl salicylé (Aspirine) :** dosé à 500mg

Indications : Traitement symptomatique des affections douloureuses et/ou fébriles.

Posologie : 1 à 2 cp 2 à 3 fois par jour pour les adultes. Enfants de 4 à 15 ans, entre 15-20 kg prendre ½ cp 2 à 3 fois par jour ; enfants entre 25-40 kg prendre ½ cp 4 à 6 fois par jour.

Contre indications : Ulcères gastro-duodénaux, maladies hémorragiques, enfants de moins de 4 ans, dernier trimestre de la grossesse.

Effets secondaires : Peut entraîner des ulcères gastriques, une hémorragie digestive, des douleurs abdominales.

Pharmacodynamie : Analgésique, antipyrétique, anti-inflammatoire et antiagrégant plaquettaire.

**Tétracycline :** gélule dosée à 250 mg

Indications : Infections pulmonaires, génito-urinaires, ophtalmiques, chlamydia, brucellose, choléra, infections ORL (surtout les bronchites aiguës), gonococcie, tréponèmes (syphilis, indiqué en cas d'allergie aux β-lactamines).

Posologie : 1,5 à 2 g, 2 à 3 fois par jour à prendre en dehors des repas. Coût du traitement journalier, environ 500 francs CFA).

Contre indications : Enfants de moins de 8 ans, en raison du risque de coloration des dents et hypoplasie de l'émail dentaire, la grossesse et l'allaitement.

Mises en garde : L'utilisation des tétracyclines périmées peut entraîner l'apparition d'acidoses tubulaires rénales rapidement réversibles.

Pharmacodynamie : Antibiotique bactériostatique.

**Chloroquine (nivaquine) :** comprimé dosé à 100mg

Indications : Paludisme, lupus érythémateux disséminé, polyarthrite rhumatoïde.

Posologie : Curatif adultes ; 1<sup>er</sup> jour et 2<sup>ième</sup> jours, 6 cp ; 3<sup>ième</sup> et 4<sup>ième</sup> jours, 3 cp ; 5<sup>ième</sup> jour, 2 cp. Enfants 10 mg par kg de poids corporel par jour. Prophylactique, 1 cp par jour pendant 6 à 7 jours et 3 cp par semaine en une prise pour les femmes enceintes.



**Paracétamol** : comprimé dosé à 500mg

Indications : Traitement symptomatique des affections douloureuses et/ou fébriles.

Posologie : Adulte et enfants > 15 ans, 1 ou 2 cp, 2 à 3 fois par jour. Ne pas dépasser 3 g par jour. Enfants < 15 ans, 50 mg par kg de poids corporel par jour.

Pharmacodynamie : Antalgique et antipyrétique.

**Praziquantel** : comprimé sécable dosé à 600mg

Indications : Schistosomiasés et dystomatoses.

Posologie : Pour les schistosomes, une dose unique de 40 mg par kg de poids corporel (1 cp pour 15 kg de poids corporel).

Contre indications : femmes enceintes et allaitement

**Terpine codéine** : comprimés

Indications : Traitement des affections de l'arbre respiratoire, rhume, bronchite, toux grasse.

Posologie : Adultes ; enfants > 8 ans

Contre indications : Enfants < 8ans, toux de l'asthmatique, insuffisance respiratoire quel que soit le degré (en raison de l'effet dépresseur des centres respiratoires et de la nécessité de respecter la toux).

Précaution d'emploi : Ne pas utilisé de façon continue, éviter la prise de boisson alcoolisée.

Effets secondaires : La terpine peut provoquer des troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements). Les effets indésirables de la codéine sont, constipation, somnolence, vertige, nausée, vomissement et dépression respiratoires.

Pharmacodynamie : La terpine appartient à la classe des expectorants. La codéine est un antitussif d'action centrale, dépresseur des centres respiratoires.

**Sulfaguanidine** : gélules

Indication : Traitement des diarrhées aiguës présumées bactériennes.

Posologie : Durée du traitement : 4 jours au maximum. Adultes : 2 à 3 gélules 2 fois par jour ; enfants : 1 gélule pour 5 kg de poids corporel, à répartir en deux prises. Coût du traitement, environ 500 francs.

Contre indication : Grossesse, allaitement, nourrissons, rétention urinaire liée à des troubles uréthro-prostatique.

Précaution d'emploi : En cas de diarrhée infectieuse avec manifestation clinique suggérant un phénomène invasif (caractère sanglant ou purulent des émissions), seule l'activité des antibactériens à bonne diffusion systémique a été démontrée.

Pharmacodynamie : Antiseptique intestinal. Activité antibactérienne de contact : intraluminal. L'homatropine contenu dans le médicament à la dose de 0,1 mg par gélule, diminue le péristaltisme intestinal.

**Indométhacine** : gélule jaune dosée à 25 mg

Indication : Traitement symptomatique au long cours des rhumatismes inflammatoires aigus. Traitement symptomatique de la fièvre au cours de certaines affections inflammatoires sévères d'origine non infectieuse.

Posologie : 50 à 150 mg par jour

Contre indication : Grossesse et allaitement.

Pharmacodynamie : Anti-inflammatoire non stéroïdien du groupe des indoliques, doué de propriétés antalgiques et antipyrétiques. Action inhibitrice sur l'agrégation plaquettaire.

**phénylbutazone** : comprimé blanc enrobé dosé à 100 mg

Indications : Indiqué chez l'adulte et l'enfant à partir de 15 ans.

Traitement de courte durée de certaines affections rhumatismales péri articulaires, radiculalgies sévères.

Posologie : Se conformer strictement à l'ordonnance de votre médecin.

Contre indications : A partir du 6<sup>ième</sup> mois de grossesse, ulcère d'estomac, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle.

Effets secondaires : Exceptionnellement une jaunisse.

Pharmacodynamie : Anti-inflammatoire non stéroïdien.

### 6.3. Pharmacopée traditionnelle

" L'abeille ne mange que ce que l'homme mange (en matière de plante). L'estomac de l'abeille et celui de l'homme sont identiques. Si tu arrives dans un village ou dans un endroit et tu ne connais pas les arbres ou plantes qui ont des vertus médicinales, cherche les abeilles. Car si une abeille se pose sur une plante, cette plante a des vertus médicinales". (K.D, 39 ans, femme de Majale)

### 6.3.1- Recettes thérapeutiques ordinaires des femmes et des hommes en fonction des maladies

#### 6.3.1.1 - Préventives

##### Tu te sens malade mais tu ne sais pas de quoi tu souffres

###### 1- Yiriladon

Faire sécher les feuilles et les piler, ensuite recueillir la poudre. Au moment du bain, mettre la poudre dans de l'eau froide et se rincer avec.

##### Protection contre la foudre (*san perene*) pendant la pluie

###### 1- Yiriladon

Si tu as la plante sur toi, rien ne peut t'arriver. Tu mets la plante dans l'eau du bain et tu te rinces avec.

##### Prévention du *Bana mun bena sanfe = kono*

- Selon K.D, femme de 39 ans à Majale

Dans le cas où cette maladie a déjà tué un de tes enfants, pour la prévention afin que cela ne tue pas les autres enfants qui naîtront.

Il faut chercher un tout petit oiseau appelé *jakoni* (oiseau tout petit de couleur rouge ou bleue). Le tuer et, sans le dépecer ni le déplumer, le mettre dans un mortier et piler. Sécher ensuite au soleil

Utilisation : si tu tombes enceinte, tu prends un peu de cette poudre, tu mets dans la bouillie et tu bois. Ainsi cette maladie n'atteindra plus aucun de tes enfants.

- Selon le chef du village :

Il faut juste que la femme soit obéissante à son mari et aux parents de son mari.

- Quand l'enfant est encore bébé ;

Prendre les feuilles du tiganinguru et les bouillir. Laver les nouveau-nés et les jeunes enfants avec, ainsi ils n'auront pas cette maladie.

### **Prévention du *kɔnɔdimi* (douleurs abdominales des nouveau-nés)**

- jama

15 jours après l'accouchement, prendre les jeunes pousses (violette) qui apparaissent entre les feuilles mûres et les bouillir. Mettre du beurre de karité dans le liquide chaud et donner à boire au nouveau-né ou au nourrisson. Il n'existe pas de dose précise ni spécifique.

- jama, Ngɔlɔbɛ

Prendre les jeunes pousses violettes de *jama* et faire un nœud, ensuite faire un nœud avec les feuilles de *ngɔlɔbɛ*. Bouillir le tout et mettre du beurre de karité après refroidissement du liquide. Donner deux fois par jour (matin et soir) jusqu'à ce que le médicament finisse ou pendant un mois.

### **Prévention du *sumaya***

- *Mugu fara*

Prendre le mil, le piler et enlever le son. Le laver et le griller dans une marmite bien sèche jusqu'à ce qu'il cuise. Ajouter les condiments suivants : *kelekele* ; *n'gandi* ; *kɔkɔ* ; *fiefie*. Ecraser le tout soit à la machine soit à la main sur une pierre à écraser. Enfin tamiser la poudre. Prendre un peu de cette poudre de temps en temps, ajouter du lait avec un peu de sucre et manger. Cela prévient contre le paludisme

### **Prévention du *Kɔnɔnugutige***

#### Des nouveau-nés

- Chez les peulhs : donner du *narɛ* tous les jours à l'enfant.

- Chez les bamanan :

*jama* (prendre les jeunes feuilles qui sont encore violettes) ; *ngɔlɔbɛ* ; *ntimin-ntimini* ;

Prendre les feuilles de chaque plante et faire un nœud commun ou un nœud de chaque, et les bouillir. Ajouter du beurre de karité et donner à boire à l'enfant tous les jours.

### 6.3.1.2 - Curatives

#### Traitement du *tuadimi* (douleurs de la hanche)

##### Ethnie bambara (chasseur)

Prendre les feuilles de *Sezan* avec les racines et l'écorce, bien les bouillir. Masser la hanche avec le édicament à l'inde d'un linge. Position à prendre : décubitus dorsal.

#### Traitement du *kəkədimi* (douleurs thoraciques)

##### - Siribulu

Chez les bamanan ; Faire un nœud de feuilles et le bouillir. Laisser refroidir. Donner le médicament à boire à l'enfant, le laver avec et le masser avec du beurre de karité.

#### Traitement donner pour faire grossir l'enfant

##### - Nzoyin

Chez les bamanan ; Faire un nœud et le bouillir. Laisser refroidir le liquide et donner à boire à l'enfant. Le laver normalement et le rincer avec le liquide tiède restant.

#### Traitement donné par les mères pour faire durcir les os des nourrissons de 3 à 6 mois

##### - Balakawuli

Chez les bamanan ; Faire un nœud avec les feuilles et le bouillir. Laver l'enfant avec le liquide tiède et lui donner aussi à boire une fois par jour, pendant 4 jours pour les filles et 3 jours pour les garçons.

#### Contre poison

##### - Samanere ;

Chez les bamanan ; Prendre l'écorce, la nettoyer et la mâcher. Avaler seulement le liquide qui en sort. Evolution : neutralise l'effet du poison. Efficace seulement après avoir ingéré un poison.

#### Traitement des ménorragies

- Cangara (l'espèce qui ne grandit pas beaucoup en hauteur, mais les feuilles restent très groupée). Chez les bamanan ;

Prendre les feuilles du *cangara* (les feuilles jeunes). Faire 4 nœuds et bouillir un par jour. Donner à la femme pour qu'elle boive. Cela va favoriser le raccourcissement de la durée et elle n'aura plus des règles de plus de 4 jours.

**Traitement des œdèmes des membres inférieurs qui apparaissent généralement lorsqu'on a longtemps maintenu la position assise.** (insuffisance veineuse), *senfunu*

Chef du village, bambara chasseur

- Ngaro jiri ;

Prendre les racines rampantes de cet arbre et ne les couper qu'au milieu, piler et faire sécher.

Chercher du *ntongu blema* (terre des termitières). Enlever et prendre un peu de cette terre rouge, la piler et la mélanger avec les feuilles séchées du *ngaro jiri*. Ajouter une petite quantité d'eau dans ce mélange et enduire tous les membres inférieurs.

Evolution : cela favorise la disparition des œdèmes.

**Traitement du *Sumu*** (carie dentaire)

- Dongoro

Prendre l'écorce, la nettoyer, la bouillir et la laisser refroidir. Mettre le liquide dans la bouche et remuer, puis verser (ne pas avaler). Faire des bains de bouche avec.

Prendre ensuite le bois avec lequel les tisserands travaillent (il a un trou à chaque extrémité), aller vers la dent cariée avec un bout et souffler par l'autre bout à l'intérieur de la carie. Cela va entraîner l'évacuation des petits vers, noirs et poilus.

Mettre ces vers sur le charbon ardent et aspirer la fumée. Ainsi vous ne souffrirez plus de *sumu*.

**Traitement des malades souffrant d'hémiplégie.** selon Z.D

Un matin vers l'heure de la prière, il veut se lever de son lit mais en vain, son côté gauche n'obéit plus à sa volonté. Il est alors conduit au cabinet privé de Molodo où il se fait soigner. Son état s'améliore avec le temps. Quand il quitte le cabinet privé, il a retrouvé quelques fonctions motrices, mais ses doigts restent paralysés malgré les médicaments modernes.

Pour cela il décide de suivre un traitement traditionnel. Il se dirige vers les vendeurs ambulants de médicaments traditionnels et leur demande s'ils ont de quoi le soulager.

Réponse de vendeur : Moi, je fais les médicaments et je les vends. Mais la plante qui soigne ta maladie est au-dessus de ta tête (ils étaient assis à l'ombre, sous un manguier).

### Recette :

Le soir, balayer sous l'arbre. Le matin très tôt, récupérer toutes les feuilles du manguier qui sont tombées pendant la nuit. En général se sont des feuilles mortes. Faire des nœuds et les bouillir. Boire 2 fois par jour et se laver aussi avec 2 fois par jour.

Résultat : ses doigts ont retrouvé leur fonction motrice et il arrive à travailler. Z.D dit :

" La médecine moderne soigne bien, mais la médecine traditionnelle augmente son efficacité".

### **Traitement du *bara* de l'enfant à la naissance**

Le médicament pour accélérer la chute du cordon ombilical de l'enfant. Chez les bamanan ;

- Kenige ꞑo ;

Prendre le *kenige kala* (tige du kenige) déjà utilisé (la retirer des nattes fabriquées avec ces tiges) ou vieux et le brûler. Récupérer ensuite la cendre, la mettre dans unealebasse, ajouter un peu d'huile de karité et mélanger le tout. Appliquer sur le cordon ombilical tous les jours.

Résultat : chute du cordon ombilical au maximum 3 à 4 jours après la naissance. Traitement fait seulement par les vieilles qui s'y connaissent encore.

### ***Seringefilibana = kilikilimasiyen* (épilepsie)**

Selon F.C, bambara

- Si quelqu'un se suicide dans la brousse avec une corde, détacher le et prendre la corde. Aller la déposer "*di den mun be kaburu kɔɔ e ba jini, ani e ba bla juru a cela. Ani ji be kara su fla. E b'a ji di a tigi ma, bana be ban pewu. Ni ta suma ma a tigi jeni, a be keneya. Ni ta suma ye a tigi jeni a te keneya ble*" [Si le malade n'est jamais tombé dans le feu pendant une de ses crises, il guérira. Mais si au contraire il est déjà tombé dans le feu, il n'y a plus rien à faire pour lui].

### ***Kɔpasadimi***

Traitement donner surtout aux enfants qui ne marchent pas encore à un certain âge. Si le diagnostic de *kɔpasadimi* est posé, le traitement suivant est fait :

- Koronin ;

Prendre les feuilles faire un nœud et le bouillir. Donner à l'enfant le liquide lorsqu'il est refroidi. Laver l'enfant et enfin lui masser le dos avec les feuilles chaudes.

Evolution : après 4 à 7 jours l'enfant marchera.



### Traitement du *sumaya* (paludisme)

- Ngolobe

Bouillir de l'eau et faire une infusion des feuilles de *ngolobe*. Laver l'enfant avec cette eau et lui donner un peu à boire.

- Ntimin-ntimini

Faire bouillir les feuilles, laisser refroidir et donner à boire à l'enfant.

- Papayer

Faire bouillir les feuilles de papaye, laisser refroidir et donner à boire à l'enfant.

- Ngolobe, jun

Faire un nœud de chaque plante, les bouillir ensemble et laisser refroidir le liquide. Il faut laver l'enfant avec et lui donner un peu à boire.

- Jun

Bouillir les feuilles et les laisser refroidir. Laver l'enfant 2 fois par jour avec le liquide et lui donner un peu à boire 2 fois par jour.

- Tindjurula, tiganinguru, nɔfo

Faire bouillir ensemble les feuilles de chaque plante et donner un peu à boire à l'enfant.

- Maramarafi

Bouillir les feuilles, les laisser refroidir, laver l'enfant avec et lui donner un peu à boire.

- Ngolobe, sijnan

Faire bouillir ensemble les feuilles de chaque plante, laisser refroidir le médicament et donner à boire à l'enfant.

- Buyagi

Bouillir les feuilles, laisser refroidir le liquide et donner un peu à boire à l'enfant.

- Gerenaje, lemurufura (feuilles du citronier)

Bouillir ensemble les feuilles de chaque plante, les laisser refroidir et donner un peu de liquide à boire à l'enfant.

- Mbalanbalafin ou mbalanbala

Bouillir les feuilles, laisser refroidir le médicament et donner à boire un peu à l'enfant.

- Nongiku, Sirakoroswane

Prendre les feuilles de chaque plante avec les tiges, les faire bouillir ensemble et laisser refroidir. Laver l'enfant et lui donner un peu à boire.

- Ngolobe, Buyagi

Bouillir ensemble les feuilles de chaque plante, laisser refroidir et donner à boire à l'enfant.

- Donege, jun

Prendre les feuilles avec les tiges et faire un nœud de chaque plante. Les faire bouillir, laisser refroidir, laver l'enfant et lui donner à boire.

- Pour le *sumaya* qui donne des œdèmes du visage, ballonnement abdominal.

Prendre les feuilles du n'tonge, faire un nœud et le bouillir. Donner le liquide à l'enfant lorsqu'il est refroidi.

- Nbalanbala ; wolo ;

Prendre les feuilles de chaque plante, faire un nœud et les bouillir. Donner le liquide à l'enfant lorsqu'il est refroidi.

- Nbalanbala ; jun ;

Prendre les feuilles de chaque plante, faire un nœud et les bouillir. Donner le liquide à l'enfant lorsqu'il est refroidi.

- Cekorobalafiya ;

Prendre les feuilles, faire un nœud et le bouillir. Donner le liquide à l'enfant lorsqu'il est refroidi.

- Balanzan ;

Prendre l'écorce et la nettoyer. La bouillir et boire le liquide lorsqu'il est refroidi.

- Mangoro ;

Prendre l'écorce, la nettoyer et récupérer le milieu. Bouillir ce milieu de l'écorce et boire le liquide lorsqu'il est refroidi. Laver aussi l'enfant avec.

- Mangoro ; ngolobe

Prendre les feuilles de chaque plante, faire un nœud et les bouillir. Donner le liquide à l'enfant lorsqu'il est refroidi.

- jamejoni ;

Prendre les feuilles et tiges qui se trouvent au milieu de la plante (*jamejoni ce*) et les bouillir. Laver l'enfant avec ce médicament et lui donner un peu à boire.

#### **Traitement du *togotogoni* (dysenterie)**

- Buyagi, lemurufura, ngolobe

Prendre les feuilles de chaque plante, faire un nœud de chaque. Faire bouillir le tout et laisser refroidir. Donner à boire à l'enfant 1 à 2 fois par jour, jusqu'à ce qu'il soit soulagé.

- Buyagi, ngolobe

Prendre les feuilles de chaque plante, faire un nœud et les bouillir. Donner le liquide à l'enfant lorsqu'il est refroidi et le laver avec.

- Tubabungalama

Faire bouillir les feuilles, laver l'enfant avec le médicament et lui donner un peu à boire.

- Geseme

Faire bouillir les feuilles et donner le médicament à boire à l'enfant.

- Nongiku

Prendre les feuilles, faire un nœud et le bouillir. Donner un peu à boire à l'enfant.

- Sɔɔjuku ;

Prendre l'écorce et la nettoyer. La piler, la faire sécher au soleil et ensuite la tamiser. Prendre quelques pincées de cette poudre et mettre dans la bouillie de l'enfant.

- Zaban ;

Prendre les feuilles, faire un nœud et le bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi

### **Traitement du *kɔnɔdimi* (douleurs abdominales)**

Traitement des *kɔnɔdimi* de l'enfant, quand il a tété le sein de sa mère alors qu'elle est enceinte.

- Nongiku ;

Prendre les feuilles et faire un nœud. Le bouillir dans un demi-litre d'eau et laisser refroidir. Mettre cela dans une bouteille et donner à l'enfant une petite quantité tous les jours jusqu'à ce que le médicament finisse. Prendre un œuf frais de poule ou de pintade et le bouillir. Lui donner seulement le jaune d'œuf à manger.

- Sekufali

Arracher l'arbuste (feuilles, écorce et racine), laver et faire bouillir le tout. Donner à boire à l'enfant (il n'y a pas de dose) jusqu'à ce qu'il soit soulagé.

- Hɔɔɔɔɔɔɔɔɔɔ

Prendre les feuilles avec les tiges et les faire bouillir. Laisser refroidir le médicament et donner une petite quantité à l'enfant.

- Nɔɔɔɔɔɔɔɔɔɔ, Zaban

Prendre les feuilles, faire un nœud de chaque et les bouillir. Donner une patite quantité à boire à l'enfant et le laver avec deux fois par jour pendant 4 jours pour les filles et 3 jours pour les garçons.

- Dabadableni

Prendre les feuilles et les bouillir. Donner une petite quantité à boire à l'enfant.

- Ngɔlɔbɛ, nzɔyin

Prendre les feuilles, faire un nœud de chaque plante et les bouillir. Donner un peu à boire à l'enfant, 2 fois par jour (matin et soir).

- Ngɔlɔbɛ ; musofin ;

Prendre les feuilles de chaque et faire un nœud commun ou un nœud de chaque plante. les bouillir et boire le liquide lorsqu'il est refroidi

- Ngɔlɔbɛ ;

Prendre les feuilles, faire un nœud et le bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi

- Buyagi ;

Prendre les feuilles, faire un nœud et le bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi

- Ntimin-ntimini ; dabadableni ;

Prendre les feuilles de chaque et faire un nœud commun ou un nœud de chaque plante et les bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi

- Ngɔlɔbɛ, n'diene ; dabadableni ;

Prendre les feuilles de chaque et faire un nœud commun ou un nœud de chaque plante et les bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi

- Dabadableni ; ngɔlɔbɛ ; bakori ;

Prendre les feuilles de chaque et faire un nœud commun ou un nœud de chaque plante et les bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi

- Ngɔlɔbɛ ; gerenaje ;

Prendre les feuilles de chaque et faire un nœud commun ou un nœud de chaque plante et les bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi

### **Traitement du *Gankε-kɔɔdimi***

Chez les bamanan, prendre une toute petite grenouille, jeune et vivante, ne pas la dépecer et bien la laver. Prendre les grains de mil jeune (*ɲɔ ʝuma-ʝuma = suna'a*), bien les laver, mettre le tout dans un mortier et piler. Cela donnera du *nzengere* (qui est autre genre de crème).

Emploi : mettre cette farine dans du lait frais avec du sucre. Donner à la femme 2 ou 3 fois et la maladie sera guérie.

- Nɔyɪn, Ntimin-ntimini, Nɔrɔnamba

Prendre les feuilles, faire un nœud de chaque plante et les bouillir. Donner le médicament à la femme matin et soir jusqu'à ce qu'elle soit soulagée.

### **Traitement du *tulodimi* (douleurs auriculaires)**

- Ndomonɔ

Prendre seulement les feuilles, les piler ou les écraser. Retirer le jus qui en sort et le mettre dans l'oreille de l'enfant.

- Nare (beurre du lait de vache)

Prendre ce beurre et le mettre dans l'oreille (le méat) malade de l'enfant.

- Tomati ;

Prendre les feuilles de tomate, les écraser ou les piler. Récupérer le jus et introduire dans l'oreille malade.

- Nasebe ;

Prendre les feuilles, les écraser ou les piler. Récupérer le jus et introduire dans l'oreille malade.

- Zamu-zamu

Mettre les particules obtenues après dessiccation dans l'oreille et attendre qu'elles ressortent, ou après, nettoyer l'oreille avec un coton tige.

### **Traitement du *kənɔja* (constipation chronique)**

- Bali-bali

Prendre les feuilles avec les tiges et les bouillir. Laisser refroidir le liquide et boire 1 à 2 verres.

- Diabi (hene)

Creuser la terre et retirer les racines. Les laver et les bouillir. Laisser refroidir et boire 1 à 2 verres (liquide très amer).

- Kurisiniwuli ;

Prendre 1 ou 2 grains mûrs et enlever la coque. Les écraser et mélanger la poudre avec du lait frais (environ ¼ de litre), et boire.

NB : cela peut donner des vertiges.

### **Traitement du *kaliya***

- ɲɔkɔɔɔjalani

Sécher les feuilles et ensuite les broyer. Bouillir de l'eau, infuser les feuilles et donner à boire à l'enfant.

- La cendre (de charbon)

Mettre la cendre dans de l'eau bien chaude, laver l'enfant et lui donner à boire une seule fois.

- Neem ; (Cette recette concerne seulement les adultes, pour le kaliya du ventre).

Prendre les feuilles sans les fruits et les bouillir. Laisser refroidir et boire, ou cueillir les feuilles et les mâcher.

### **Traitement du *kolobɔ* (désagréments (surtout les diarrhées) liés à la poussée dentaire)**

- Dabadableni, bakori, zaban

Prendre les feuilles et faire un nœud de chaque plante. Les bouillir et laisser refroidir le liquide. Laver l'enfant avec et lui donner un peu à boire, 2 fois par jour pendant 4 jours pour les filles et 3 jours pour les garçons.

- Zaban, Musofin, Bojaraje

Prendre les feuilles avec les tiges et faire un nœud de chaque plante. Les bouillir ensemble et donner une petite quantité à boire à l'enfant, 2 fois par jour jusqu'à ce que la diarrhée provoquée par la poussée dentaire s'arrête.

- Bojaraje, Ntimin-ntiminin

Prendre les feuilles avec leurs tiges et faire un nœud de chaque plante. Les bouillir, laisser refroidir le liquide et donner seulement une petite quantité à l'enfant.

- Nere, Nɔrɔnamba

Prendre les feuilles avec les tiges et faire un nœud de chaque plante. Les bouillir et laisser refroidir le liquide. Donner une petite quantité à l'enfant et le laver avec.

- Chez les bellah : Prendre un couteau et racler le bois d'un pilon avec lequel on a l'habitude de piler. Prendre les excréments des gros lézards (ceux qui ont une tête rouge ou jaune) qui grimpent sur les arbres. Bien mélanger les copeaux de bois et les excréments, ensuite tamiser. Prendre la poudre et la mettre dans l'anus de l'enfant.

- Zaban ; gerenaje ;

Prendre les feuilles de chaque plante, faire un nœud commun ou un nœud de chaque et bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi

- Nɔrɔnamba ; bakori ; dabadableni ; bojaraje ;

Prendre les feuilles de chaque plante, faire un nœud commun ou un nœud de chaque et bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi

- Nɔrɔnamba ; samandeku ;

Prendre les feuilles de chaque plante, faire un nœud commun ou un nœud de chaque et bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi

- Samandeku ;

Prendre les feuilles, faire un nœud et bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi. Trois fois par jour pour les garçons et quatre fois par jour pour les filles.



### Traitement du *səgəsəgə* (toux)

Ethnie bozo : pour le traitement de la toux qui survient tous les soirs seulement (au coucher, surtout chez les enfants).

- Chercher l'oiseau appelé *n'gunangε* (oiseau tout blanc qui se pose généralement sur le dos des bœufs). Brûler cet oiseau sans le déplumer ni le dépecer, jusqu'à le rendre en cendre. Tous les soirs, prendre un peu de cette cendre, ajouter un peu de sel et déposer sur la langue.

- Ngələbe, dabadableni, lemurufura

Prendre les feuilles de chaque plante et les bouillir ensemble. Donner à boire à l'enfant 2 fois par jour (matin et soir).

- Lemurufura, eucalyptus, *səgəsəgəbənən*

Prendre les feuilles de l'eucalyptus et celles de lemuru, faire un nœud de chaque et les bouillir. Mettre les *səgəsəgəbənən* (pas de nombre précis) dans le liquide chaud et laisser les fondre. Boire 2 fois par jour (matin et au coucher), jusqu'à ce que l'enfant soit soulagé.

- Ntimin-ntiminin, nama

Prendre les feuilles et faire un nœud de chaque plante, les bouillir et donner à boire matin et soir à l'enfant jusqu'à ce qu'il soit soulagé.

- Mangoro

Prendre les feuilles de mangue et faire un nœud. Le bouillir, le laisser refroidir et donner une petite quantité à l'enfant.

- Le lait d'âne (*fali nənə*) ;

Prendre un peu de ce lait et le donner à l'enfant.

- Balanzan ;

Prendre l'écorce et la nettoyer. La bouillir et boire le liquide lorsqu'il est refroidi.

### **Traitement du *kɔnɔboli* (diarrhée)**

- Chez les bamanan, Pour les diarrhées ou selles de couleur verte.

Jurasonkalanin, N'diene

Prendre les feuilles de chaque plante et les mélanger pour faire un nœud. Le bouillir et donner une petite quantité de ce médicament à l'enfant, 3 fois par jours pendant 3 jours pour les filles et les garçons.

- Bojaraje

Bouillir les feuilles, laisser refroidir le médicament et donner une petite quantité à l'enfant.

- Ngɔlɔbe

Bouillir les feuilles, laisser refroidir le médicament et donner une petite quantité à l'enfant.

- Bojaraje ; ciinba ;

Prendre les feuilles de chaque plante, faire un nœud et le bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi.

- Dabadableni

Prendre les feuilles, faire un nœud et le bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi.

- Nongiku

Prendre les feuilles, faire un nœud et le bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi. Laver aussi l'enfant avec le liquide un peu tiède.

- Lemurufura ; buyagi ; oseforejiri (Eucalyptus) ;

Prendre les feuilles de chaque plante, faire un nœud commun et le bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi.

### **Traitement du *kuru-kuru* / *buo-buo* : (boutons)**

- Utiliser le produit traditionnel appelé *kana'a*. Ce produit est fait à partir de :

Sabot d'âne, de cheval et parfois de chien et de bœuf qu'on brûle jusqu'à le rendre en cendre.

C'est cette cendre qui est utilisée ici.

Mettre ce produit dans un peu de beurre de karité et appliquer sur les boutons.

- Koronifin, mununa

Prendre les feuilles et les tiges du koronifin ainsi que les feuilles de mununa, les faire bouillir ensemble et laver l'enfant avec le liquide tiède.

- Weje

Prendre les feuilles, les bouillir et les laisser refroidir. Laver les parties affectées tous les jours.

- Pour les boutons appelés *Sumuni* en langue bamanankan

Prendre la cendre noire provenant du raclage des murs de cuisine traditionnelle et appliquer sur les boutons au moins deux fois par jour, tous les jours jusqu'à la guérison. (Ne pas percer les boutons).

- jamejoni (jamaɲoni)

Déraciner la plante, la laver et la faire bouillir. Après refroidissement, laver le visage avec le liquide et en boire aussi une fois par jour, jusqu'à ce que vous soyez soulagé.

Evolution : certains disparaissent et d'autres apparaissent.

### Traitement du *kaba* (teigne, kérion)

- Pommades traditionnelles à base de miel. Méthode de préparation. Prendre :

Les carottes ; les concombres ; la banane mûre, l'huile d'arachide. Ajouter ;

Le *jirijeji* (graisse de miel) ; *lekeje* ; le *di ngambo* (*nerε*) ; *dena* (*di den kuabale*)

comme le ver de l'abeille.

Mettre le tout dans un sac en plastique (généralement les sacs dans lesquels on met le riz).

Mettre dans une marmite avec de l'eau et laisser bouillir pendant longtemps, jusqu'à ce que l'huile remonte à la surface de l'eau. Récupérer cette huile et ajouter des parfums.

- Savons traditionnels à base de miel.

Méthode de préparation :

Acheter le savon BT blanc et le râper.

Prendre du miel pur (1 litre pour un carton de savon BT, environ 14 cubes).

Mélanger le miel pur avec le savon BT râpé. Ajouter tous les produits de la pommade et bien mélanger. Enfin mettre dans des moules à savon traditionnels et sécher au soleil.

### Utilisation :

Se laver avec le savon et appliquer la pommade tous les jours.

Indications : *jedimi* ; *joli caya bana* (HTA) ; *kuru-kuru* ; *mara bana* ; et enfin les démangeaisons (*fari yenyen*).

- Bereceni

Prendre les feuilles et les faire bouillir. Donner le liquide à boire à l'enfant et le laver avec 2 fois par jour pendant au moins une semaine.

### **Traitement du *dadimi* (plaies buccales)**

- Patugu, Toro

Prendre les feuilles, faire un nœud de chaque plante et les bouillir. Boire 2 fois par jour, matin et soir.

- Nere, Zaban, Zere

Prendre les feuilles, les mélanger et bouillir le tout. Donner le liquide à boire à l'enfant et le laver avec.

- Dongoro ; pour les **aphtes buccaux**

Prendre l'écorce de l'arbre et la bouillir (sans la piler). Laver régulièrement la bouche avec le liquide refroidi, même si la personne l'avale, cela ne fait rien.

### **Traitement du *Dado***

- Chez les bamanan, Pour les boutons qui apparaissent dans la bouche des nourrissons au niveau du palais et qui les empêche de téter.

Prendre le *N'gwala* (poudre blanche que les femmes utilisent pour filer le coton). Percer le bouton et appliquer cette poudre blanche sur la plaie. Traitement généralement fait par les vieilles femmes. Après une application, faire un trait horizontal sur le front de l'enfant, 3 fois pour les garçons, 4 fois pour les filles.

### **Traitement du *nenedimi* (frissons)**

- Mapo

Brûler la tige de maïs et inhaler la fumée plusieurs fois par jour pendant 2 jours.

### **Traitement de l'anorexie (vitamine donnée en cas d'anorexie)**

- Dabadableni, sikufale, n̄r̄onamba, fiyebani

Prendre les feuilles et les tiges de chaque plante, les bouillir ensemble et laisser refroidir. Donner le liquide à boire à l'enfant 2 fois par jour jusqu'à la reprise correcte de l'alimentation.

### **Traitement du *n'korosyi*en (bilharziose)**

- Nsegen̄

Prendre l'écorce et les racines de la plante et les bouillir. Laisser refroidir le liquide et ajouter le beurre de karité. Boire 2 fois par jour (matin et soir), jusqu'à ce qu'à la guérison.

- Sikufale ; n̄amēn̄oni ; nḡol̄obe ;

Prendre les feuilles de chaque plante, faire un nœud commun ou un nœud de chaque et les bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi

### **Traitement du *jolicayabana* (hypertension artérielle)**

- n̄una ;

Chez les bamanan ; Prendre l'écorce, la nettoyer, la piler et ensuite sécher la poudre au soleil. Tous les jours mettre un peu de cette poudre dans les différents repas et boire ou manger.

Evolution: soulagement.

- Tubabukoronifin

Prendre les feuilles avec les fruits et les bouillir. Boire le liquide plusieurs fois par jour, cela favorise la chute de la tension artérielle.

- kinkeliba

Prendre les feuilles et les bouillir. Boire le liquide (sans sucres de préférence) plusieurs fois par jour.

### **Traitement des *kungolodimi* (céphalées)**

- Yirilad̄n

Bouillir les feuilles de la plante et mettre le liquide dans un bol. Couvre la tête à l'aide d'un pagne en tenant le bol sous le pagne et inhaler la vapeur.

- Barakante

Mettre la sève du *barakante* sur du charbon ardent, inhaler la fumée.

### **Traitement des petites plaies**

- Laver correctement la plaie et mettre la poudre de *kumbleni* dessus. Cela arrêtera le saignement et fera sécher la plaie.

### **Traitement du *leminanbo* (pertes vaginales = leucchorée)**

- Siribulu

Chez les bamanan ; Faire un nœud de feuilles et le bouillir. Après refroidissement su liquide, le boire et se laver les parties génitales avec.

- Musofin ;

Prendre les feuilles, faire un nœud et le bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi (*A be kɔnɔ nɔɔɔɔɔ*).

### **Traitement du *ɲedimi* ou *ɲekaliya***

Inflammation des paupières (*ɲekaliya*) :

- Prendre le son de mil, le mélanger avec du *kata* [potasse ou sel gemme], mouiller légèrement le mélange et appliquer le sur les paupières.

- Zamu-zamu pour le (*ɲedimi*)

Si l'œil est irrité par la pénétration de grains sable, des cailloux ou autres choses, prendre les grains de *zamu-zamu* et les mettre dans l'œil. Quelques minutes après, nettoyer l'œil avec un coton-tige. Parfois le Z-Z provoque la sécrétion d'un liquide qui, en s'écoulant favorise l'évacuation de la saleté.

### **Traitement du *sayi***

- Kungodugurani ;

Chez les bamanan ; Prendre la racine de la plante, enlever l'écorce et bien la nettoyer. Mettre cette racine dans de l'eau (environ 1 litre) le soir et laisser jusqu'au matin. Boire un peu de ce liquide une fois, le matin avant de manger. La personne va vomir jusqu'à ce qu'un liquide jaune sorte. Après cela, boire le reste du liquide tous les matins pendant au moins 6 jours.

Traitement du *sumaya sayi* :

- Sayijiri

Chez les bamanan ; Prendre les feuilles, faire un nœud et le bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi.

Traitement du *sayifin* :

Chez les bamanan ; Le traitement se fait avec le serpent appelé *dangala*.

- Jiribara (nglibara) ;

Prendre la racine de la plante, enlever l'écorce et bien la nettoyer. Mettre cette racine dans de l'eau (ne pas trop mettre de l'eau) et laisser pendant au moins 24 heures. Boire un peu de ce liquide chaque matin avant de manger.

### **Traitement du *Ninana***

- Ngolobe ; wolo ; cangara ;

Prendre les feuilles de chaque plante et faire un nœud commun ou un nœud de chaque. Ajouter le papier mâché (*nasiji*) et bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi.

### **Traitement des métrorragies**

- Ngoku ;

Prendre les feuilles et les bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi.

- Nongiku ;

Prendre les feuilles, faire un nœud et le bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi.

### **Traitement du *Damajalan***

- Sikufale ; dabadableni ;

Prendre les feuilles de chaque plante, faire un nœud commun ou un nœud de chaque et bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi. Ajouter si possible la boisson tonic.

### **Traitement du *Fɔnɔ* (vomissements)**

- Barakala ;

Prendre les feuilles, faire un nœud et le bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi.

### **Traitements que suivent les femmes en post-partum : (traitement des lochies)**

Pour favoriser l'évacuation du sang qui se trouve dans le ventre de la femme et permettre l'involution du ventre (utérus).

- Nzoyin ; dubalen ;

Prendre les feuilles de chaque plante, faire un nœud commun ou un nœud de chaque et bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est encore chaud.

- Sinjan ;

Chez les bamanan, prendre les feuilles, faire des nœuds et les bouillir. Boire le liquide chaud. Envelopper les feuilles chaudes dans un pagne et masser le ventre et tout le reste du corps. Cela favorise l'expulsion rapide du sang qui se trouve dans le ventre, ainsi que son involution.

- Chez les peulhs, les femmes boivent plutôt beaucoup de beurre de lait.

### **Traitement du *Sindimi***

- *Tori jala* (crapeau ou grenouille sèche) ; Pour les inflammations du sein.

Brûler l'animal et le rendre en cendre. Mélanger cette cendre avec un peu de beurre de karité et appliquer sur le sein.

- Pour les douleurs dues à une montée laiteuse abondante (surtout chez les femmes qui ont accouché et ont malheureusement par la suite perdu l'enfant).

Prendre les excréments de vache et appliquer sur les seins. Quand ces excréments sèchent sur le sein, ça entraîne un assèchement rapide du lait dans le sein de la femme et une diminution du volume.

### **Traitement du *Bana mun bena sanfe***

- Emmener l'enfant chez le vieux qui va "*kilisi fo ani a be den saalo*" [masser et dire des prières].

- Lemurufura ; basakasarani ;

Prendre les feuilles de chaque plante, faire un nœud commun ou un nœud de chaque et bouillir. Donner une petite quantité du liquide à l'enfant lorsqu'il est refroidi, 2 fois par jour jusqu'à ce qu'il soit soulagé.



### Traitement du *Barakɔɔsi*

- Zamu-zamu ;

Attendre que la plante sèche et la récolter. La mettre dans un mortier ou un récipient en fer et ajouter du charbon ardent. Le feu va brûler les feuilles sèches et la tige sèche, il ne restera que des grains dans le mortier (grains qui ont l'aspect du sable).

#### Utilisation :

Quand l'enfant souffre d'inflammation péri ombilicale, mettre les grains dans une petitealebasse (concentration environ ¼ litre) dans laquelle on ajoute de l'eau chaude. Cettealebasse a juste un petit trou comme ouverture. Appliquer laalebasse pleine d'eau chaude du côté de l'ouverture, sur le nombril de l'enfant et masser son ventre avec, 2 à 3 fois par jour.

### Traitement suivi en cas de gros nombril de la femme enceinte

Si une femme qui a un gros nombril est enceinte, et si les contractions ont commencé, il faut chercher un pagne et l'attacher sur son ventre en enveloppant le nombril. Bien le serrer et l'enlever seulement quand la femme a accouché.

### *kɔnɔnugutige*

- Geseme ;

Prendre les feuilles, faire un nœud et le bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi.

- Des femmes enceintes ;

Prendre les feuilles de *nongiku*, faire un nœud et le bouillir. Boire le liquide lorsqu'il est refroidi.

### Traitement du ballonnement abdominal des nouveaux nés

Quand le bois ou charbon s'est consumé, récupérer la cendre blanche ou grise qui y reste. A l'aide d'un doigt qu'on plonge dans la cendre, faire une large croix (une horizontale, d'un flanc à l'autre et une verticale, du pelvis à la xiphôide et qui se rencontrent sur le nombril).

Ce geste (la cendre sur le ventre) permet à l'enfant de faire des gaz et ainsi sortir le trop plein d'air qui se trouve dans son ventre, entraînant la diminution du volume de l'abdomen.

#### Dessin



### **Traitement du *Kungolo / kungoloti***

Chercher une grenouille déjà morte (*tori salee*), la brûler et la rendre en cendre. Mélanger cette cendre avec un peu d'huile de karité et appliquer sur la tête de l'enfant au niveau de sa fontanelle. Selon les femmes, ça soigne mais c'est très long.

- Tinjurula ;

Pendre les feuilles et les piler ou les écraser. Appliquer sur la fontanelle de l'enfant.

- Barakante (jargonani) ;

Prendre la sève qui sort quand on coupe l'écorce "*barakante ni a koroyara, den be tulu di*" et l'appliquer sur la fontanelle de l'enfant. Si la sève a déjà durcie, la laisser ramollir au soleil.

### **Traitement du *Zanfala***

(comme des *ptyriasis versicolores* qui sont de petites taches hypopigmentées sur la peau)

- Gierenkeda ;

Prendre les feuilles et les écraser ou les frotter à l'aide des deux paumes des mains. Frotter le visage ou les parties affectées avec les feuilles écrasées.

### 6.3.2 - Recettes thérapeutiques des tradithérapeutes (Pharmacopée savante) en fonction des maladies.

#### M.C, herboriste

##### Traitement du *kɔnɔdimi*

- Buyagi pour le *kɔnɔdimi* (des femmes)

Couper la plante le jeudi matin et prendre seulement les feuilles avec leur tige. Faire 4 nœuds pour les filles et 3 seulement pour les garçons. Les bouillir tous au même moment dans de l'eau (quantité selon la femme), dans un canaris et éviter que le coq ou la poule y mettent leur bec. Réchauffer le liquide tous les jours.

Posologie : un quart de litre par jour pour les adultes et moins d'un quart pour les enfants. Cela pendant 3 jours pour les hommes et 4 jours pour les femmes.

Evolution selon le tradithérapeute : guérison.

##### Traitement du *tɔgɔtɔgɔni*

- Kɔlɔsijiri

Prendre les feuilles seulement ou avec leurs tiges et faire un nœud. Le bouillir et donner à boire 2 fois par jour (matin et soir) à l'enfant pendant deux jours.

**NB** : le liquide du kɔlɔsijiri doit être pris chaud ou tiède, car s'il refroidit, il devient compact.

##### Traitement *cɛmanjedimi*

- Kunanikala

Prendre les feuilles seulement ou avec leurs tiges et faire un nœud. Le bouillir et donner à boire 2 fois par jour (matin et soir) à l'enfant. Le laver et le masser avec ce liquide.

#### K.D, chasseur animiste

##### Traitement du *kɔnɔdimi*

- Nongiku

Prendre les feuilles, faire un nœud et le bouillir. Donner à boire à l'enfant, une fois par jour pendant 3 jours pour les garçons et 4 jours pour les filles.

Evolution : Quand le médicament est donné à l'enfant, ça provoque la diarrhée et c'est ainsi que sort la maladie.

#### **Traitement du *kolobɔ***

- Bakɔri ou zaban ou dabadableni

N'utiliser qu'une seule plante à la fois.

La cueillette se fait à tout moment. Prendre les feuilles avec les tiges de la plante et les fruits (s'ils existent). Prendre une poignet, faire un nœud et l'attacher. Le bouillir et donner une petite quantité du liquide à l'enfant deux fois par jour pendant 3 jours.

La conservation du médicament se fait dans le récipient où il a été préparé. Le réchauffer seulement chaque jour (3 jours).

#### **Traitement du *tɔgɔtɔgɔni***

- Jangonani

La cueillette se fait à tout moment à Molodo. Prendre les racines de la plante, les laver et les sécher. Ensuite piler la racine et la réduire en poudre.

Mettre une pincée de cette poudre dans la bouillie puis boire une fois par jour.

Remarque : si la diarrhée s'arrête, il faut arrêter le traitement sinon cela entraînera une constipation. La poudre peut se conserver pendant un an.

#### **Traitement du *sumaya***

- Jun et ngɔlɔbɛ

La cueillette se fait à tout moment et à tous les stades d'évolution de la plante. Prendre les feuilles avec leurs tiges et faire un nœud de chaque plante. Mettre dans de l'eau (pas de quantité précise) et faire bouillir.

Laver l'enfant avec le liquide tiède et lui donner à boire 2 fois par jour (matin et soir), pendant 3 jours pour les garçons et 4 jours pour les filles.

Conserver le médicament dans la marmite pendant tous ces jours et le réchauffer seulement.

## **K.D, ethnie Bobo**

### **Traitement du *sumaya chronique***

- Sisan ou sezan

Prendre les feuilles de la plante et faire un nœud. Le bouillir et boire une fois par jour pendant 3 jours pour les garçons et 4 jours pour les filles.

### **Traitement du *kuru-kuru* (boutons qui apparaissent sur la tête des enfants) et *sumuni* qui apparaissent sur le corps surtout au visage et membres supérieurs**

- Prendre la peau d'une vache morte et que la pluie a déjà battue. La carboniser et recueillir la cendre. Mettre quelques pincées de cendre sur la tête de l'enfant.

**N.B :** ne pas mélanger avec du beurre de karité.

### **Traitement du *sogəsogə* (toux)**

- Eucalyptus

Prendre les feuilles de la plante et faire un nœud. Bien le bouillir, laisser refroidir et boire une petite quantité, une fois par jour pendant 3 jours pour les garçons et 4 jours pour les filles.

### **Traitement du *kənəboli* (diarrhée)**

- Eucalyptus

Prendre les feuilles, faire un nœud et le bouillir dans un litre d'eau. Ensuite mettre une pincée de sel et une pincée de sucre (en même quantité). Boire 3 fois par jour (matin, midi et soir) pendant 3 jours pour les garçons et 4 jours pour les filles.

### **Traitement du prurit généralisé de l'enfant**

- Nzoyin

Prendre les feuilles, faire un nœud et le bouillir. Laver l'enfant avec le liquide et lui donner ¼ de litre à boire une fois par jour, pendant 3 jours pour les garçons et 4 jours pour les filles.

### **Traitement pour les enfants qui ne marchent pas encore à 2 ans et plus**

- jameɲoni

Prendre la plante et la bouillir. Laver l'enfant le liquide tiède et lui donner à boire un huitième de litre une fois par jour. Cela jusqu'à ce que l'enfant marche. La conservation du médicament se fait dans un canaris.

### **Traitement de la fièvre (*farigwan*)**

- Nongikù

Faire bouillir les feuilles après avoir fait un nœud, laisser refroidir le liquide et donner à boire à l'enfant.

### **M.D, maître de médersa (musulman) Manyale**

#### **Traitement du *Kɔnɔdimi***

Traitement des *kɔnɔdimi* de l'enfant quand il a tété le sein de sa mère alors qu'elle est enceinte.

- Zaban ; ngolobe ; nzojin (avec ou sans nteke) ;

Prendre les feuilles (les feuilles sont cueillies très tôt tous les matins sauf le samedi) de chaque plante et faire un nœud commun. 3 nœuds pour les garçons et 4 pour les filles. Le thérapeute demande le nom de l'enfant et dit des paroles en sur les nœuds.

Les bouillir et laisser refroidir. Donner le liquide à boire à l'enfant et le laver avec. Lui donner aussi le jaune d'œuf (uniquement) bouilli.

#### **Traitement du *Galakanɔɔ***

- "*a bé kilisi fo ani a be den galaka saalo*" [le thérapeute dit des prières tout en massant les côtes de l'enfant].

#### **Traitement du *Kungolo et kungoloti***

Ce traitement est généralement fait par les tradithérapeutes.

- Prendre une aiguille et la chauffer jusqu'à ce que le bout devienne rouge. Avec ce bout, faire trois traits sur le front de l'enfant. "*e be miseli ta, ka bla ta suma, ani e b'a tige siyen saba*".

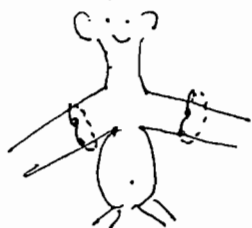
Selon les femmes : ça fait très mal, mais cela traite vite la maladie. Ça entraîne la fermeture de la partie ouverte qui est au front et laisse seulement celle qui se trouve entre les scissures frontales et temporales, où se trouvent les battements.

dessin



- Certains tradithérapeutes disent plutôt des *kilisi* [prières, incantations] sur une feuille sèche de *sebe* (rônier), tout en l'attachant plusieurs fois pour faire des nœuds. L'enfant les portera autour des deux bras.

dessin



Y.F, forgeron, animiste

### **Traitement du *Pasani* (déshydratation de l'enfant)**

- Dubalen

Prendre les lianes rouges (*dubalen niyonɔ*) et faire plusieurs nœuds. 3 nœuds pour les garçons et 4 pour les filles et les bouillir ensemble tous les jours. Laisser refroidir le liquide et donner à boire à l'enfant.

Evolution: si l'enfant boit ce liquide, il grossira et ses nerfs (*pasa*) qui sont saillants sur les tempes ne se verront plus.

### **Traitement du *kungolo***

Prendre la tête d'un chiot, la brûler puis la rendre en cendre. Mettre cette cendre dans du beurre de karité et frotter sur la tête de l'enfant 2 fois par jour (matin et soir) jusqu'à la guérison.

### **Traitement du *kɔnɔdimi***

- Bojaraje ou mununa ou musofin ou dabadableni

La récolte se fait à tout moment. Prendre les feuilles de toutes les plantes avec leur tige dans le champ ou le jardin. Faire 4 nœuds pour les femmes et 3 nœuds pour les hommes, chaque nœud doit contenir les feuilles de toutes les plantes. Mettre dans l'eau (pas de quantité précise) et laisser bouillir.

Boire le médicament 2 fois par jour (matin et soir), pendant 3 jours pour les hommes et 4 jours pour les femmes

### **Pharmacopée savante : chef du village de Manpale**

#### **Prévention contre les épidémies**

S'il y a une épidémie dans le village, après la première précaution qui est celle de ne pas se rendre dans une famille où des enfants sont atteints, le chef de la famille fait un traitement traditionnel savant pour les enfants de sa famille.

- Le chef de famille cherche les crapeaux ou grenouilles (*tori*) vivants. Prend un mortier et le met juste à l'entrée de sa concession. Il y met les grenouilles vivantes et les pile. Il prend de grandes bassines pleines d'eau et y ajoute le produit sorti du mortier et le mélange.

#### **Emploi :**

Il appelle toutes les femmes de la concession qui ont encore des enfants en bas âge, leur demande de puiser cette eau et d'aller laver tous les enfants avec.

**N.B** : ne pas boire cette eau

Ainsi les enfants de cette concession ne seront pas touchés par l'épidémie. Elle passera devant la maison, mais n'entrera pas dans la maison.



### 6.3.2 - Classification des plantes et connaissances liées aux différentes plantes

#### 6.3.3.1 - Classification des plantes

Nous avons le nom de la famille à laquelle appartient la plante au-dessus, le nom vernaculaire (bambara en général) et le nom scientifique de la plante en dessous.

##### Acanthacées

Barakala *Periostrophe bicalyculata* (Retz)

##### Amaranthacées

Nɔrɔnamba *Pupalia lappacea* (L) Juss

##### Anacardiacees

ɲuna *Sclerocarya biriae* (A.Rich) Hochst

Mangoro fura *Mangifera Indica* L

##### Apocynacées

Zaban *Saba sénégalensis* (ADC) pichon

Kunanibulu *Strophantus sarmontosus*(DC)

Soɲuku *Lonchocarpus laxiflorus*

##### Asclepiadacée

Nzɔɲe (Nsɔyin) *Leptadenia hastata* (pers) Decne

##### Asteracées

Musofin *Eclipta prostata*.L

Hɔrɔndjuruकेके *Acanthospermum hispidum* (DC)

##### Boraginacées

Nongiku *Heliotropium indicum*.L

Nteke = drama *Cordia myxa*

##### Burseracées

Jangonani (barakante) *Commiphora africana*

### Caesalpiniacées

nama	<i>Piliostigma reticulatum</i> (DC) Hochst
Nyokorɔjalani (jalanikunan)	<i>Cassia nigrican</i> Vahl
Bali- bali	<i>Cassia italica</i> Lam
Sinjan	<i>Cassia sieberiana</i> DC
Siri	<i>Burkea africana</i> (Hook)
Geseme	<i>Bauhinia rufescens</i> Lam
Nbalanbalafin	<i>Cassia occidentalis</i>

### Capparidacées

Berece	<i>Boscia angustifolia</i> (A.Rich)
Dongoro	<i>Acacia macrostachya</i>
Nasebe	<i>Gynandropsis gynandra</i> (L)
Sirakorɔshwane	<i>Maerua oblongifolia</i>

### Caricacées

Papayer	<i>Carica papaya</i> (L)
---------	--------------------------

### Cochlospermacées

Ntiribara	<i>Cochlospermum tinctorium</i> (A.Rich)
-----------	--

### Combretacées

N'gɔlobe	<i>Combretum micranthum</i> G
Kunje	<i>Guiera senegalensis</i> (T.Fanal)
Wɔloje	<i>Terminalia avicennioïdes</i> Guill et Perv
Cangaraje	<i>Combretum crotonoïdes</i> (Hutch)

### Compositées

niamaɔni	<i>Centaurea perrohetri</i> DC
----------	--------------------------------

### Cucumbitacées

Konokaje	<i>Nelothria maderaspatana</i>
----------	--------------------------------

### **Euphorbiacées**

Dabadableni	<i>Euphorbia hirta</i> .L
Bodiaraje	<i>Chrosphora brocchiana</i> .Vis
N'diene,	<i>Securinega virosa</i> (pax et hoffm)
Samanteku	<i>Chrozophora senegalensis</i> (Lam)
Kurisiniwuli	<i>Jotropha curcas</i> (L)

### **Fabacées**

Tinjurula	<i>Crotalaria atrorubens</i> Hochst
-----------	-------------------------------------

### **Flacourtiacées**

Cekorobalafiya	<i>Flacourtia flavescens</i> Willd
----------------	------------------------------------

### **Legumineuses**

Sekufali	<i>Stylosanthes mucronata</i>
----------	-------------------------------

### **Loranthacées**

ɲupe_lador (Yiriladon)	<i>Loranthus sp</i>
------------------------	---------------------

### **Lythracées**

Diabi (hene)	<i>Lawsonia inermis</i> (L)
--------------	-----------------------------

### **Malvacées**

Bakori	<i>Abutilon pannosum</i> (Forsk.f)
Neem, Sayijirinin	<i>Azadirachta indica</i> (A.juss)
Nkerenkada	<i>Hibiscus panduriformis</i> Burn
Sisan (sezan)	<i>Pseudocedrela kotschyi</i> (Harms)

### **Mimosacées**

Balazan	<i>Acacia albida</i> (Del)
Patugu	<i>Acacia senegal</i>
Nere	<i>Parkia Biglobosa</i> (jacq) Benth
Sayijiri	<i>Mimosa pigra</i>

Samanèrè *Entada africana* Guill et Perv

#### **Moracées**

Dubalen *Ficus thonningu* Blume

Zere, (Zerenidje) *Ficus dokdokna* (mig) A.rich

Toro (Toroba) *Ficus gnaphalocarpa* (Mig)

#### **Myrthacées**

Eucalyptus *Eucalyptus camaldulensis* Mehn

Wεɲε *Eugenia nigerina*(A chev)

Buyagifura (Goyavier) *Psidium guajava* (L)

#### **Nympheacées**

N'gòku *Nymphaea lotus* (L)

#### **Olacacées**

N'tonge *Xinemia americana* (L)

#### **Palmées**

Sebe *Borassus aethiopum* Mart

#### **Papilionacées**

Tiganinguru *Voandzeia subterranea* (L).Dc

Ciinba *Eriosema psorateoides* (G.Don)

Allah-ɲon *Uraria picta*

#### **Poacées**

Kenige ɲo *Sorghum bicolor* (LInn)

#### **Punicacées**

Gerénaje *Punica granatum* L

### Rhamnacées

Ntomonon *Zizyphus mauritiana*-Lam

### Rubiacées

Jun *Mitragyna inermis*-korth

Mununa *Mitragyna inermis*-korth

Lemurufura (Citronnier) *Citrus aurantifolia* (swingle)

Jurasonkalanin *Feretia apodanthera* (Vahl)

### Scrophulareacées

Ntimin-ntiminin *Scoparia dulcis*.L

### Verbenacées

Tubabukoronifin *Lantana camara*. L

koronifin *Vitex madiensis* Oliv

### Zygophyllacées

Nsegene *Balanites aegyptiaca* (L) Del

#### Plantes non identifiées :

Tomati ; Donege ; Tubabungalama ; Balakawuli ; Kungodugurani ; kinkeliba ;  
Majno (Maïs) ; Maramarafin ; Nofɔ ; Fiyebani ; Kolosijiri ; Ngarojiri

Toutes ces plantes ont permis d'élaborer un herbier pour l'identification (sauf celles qui n'ont pas de nom scientifique). Des photos ont aussi été prises.

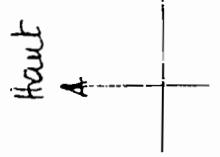
#### **Animaux utilisés :**

*Gunange* : Oiseau blanc qui se pose toujours sur le dos des bœufs.

*Tori* : Crapeau ou grenouille.

*ɲokoni* : Tout petit oiseau de couleurs bleue, noire ou rouge.

*Dangala* : Un serpent de type

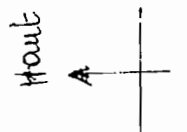


53- Somuku

*Lonchocarpus laxiflorus*

(Apocynaceae)

Emplois : Chez les bambaras les racines sont utilisées comme anti entéralgiques et anti lépreux. En Gambi, utilisé pour les maladies des femmes.



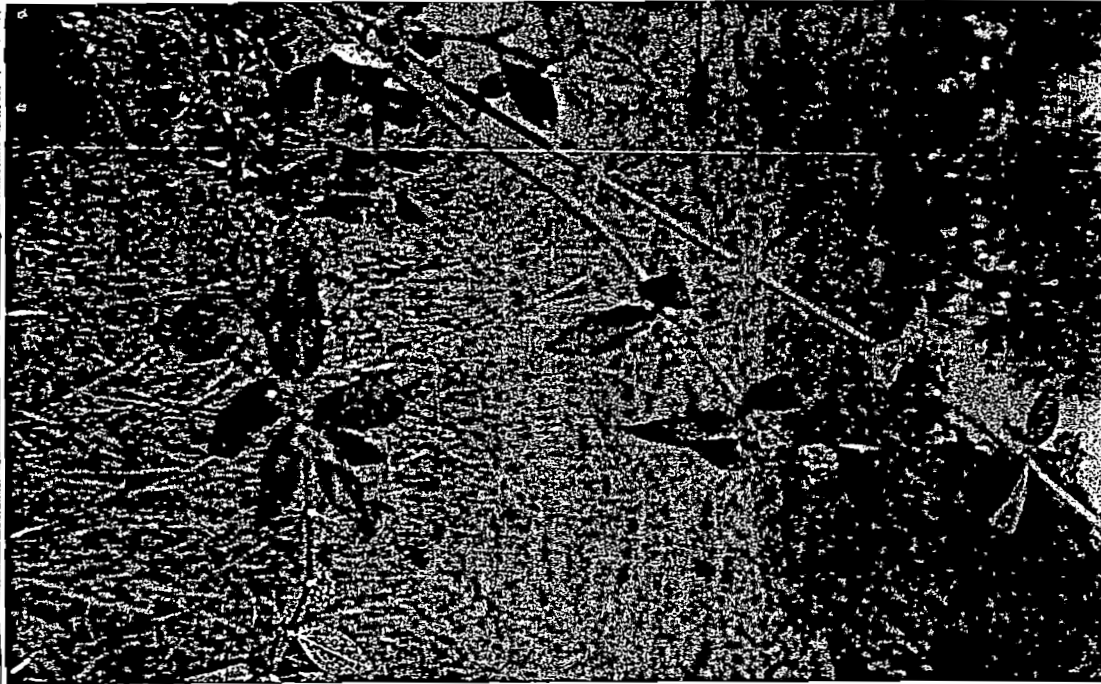
54- koronifin

*Vitex madiensis Oliv*

(Verbenaceae)

Emplois : en usage interne contre les coliques et les douleurs abdominales (riz cuit avec le décocté de racines). Décocté de rameaux feuillés, en fumigation pour les courbature et en douche sur la tête pour les céphalées.

## Connaissances liées aux plantes



2- Dabadableni

*Euphorbia hirta.L*

(Euphorbiaceae)

**Emplois :** Les wolofs lui accordent des propriétés antientéralgiques et prescrivent pour les diarrhées des adultes et des nourrisson et contre les coliques. Les toucouleurs l'utilisent comme antidiarrhéique, antiblénnorragique, diurétique et galactogogue. Utilisé aussi comme antiseptique et cicatrisant des plaies.

**Efficacité thérapeutique :** les travaux français se sont orientés vers les propriétés galactogues et antidysentérique. Ces travaux ont été pratiqués sur des amibiens confirmés à l'hôpital de Conakry. *E hirta* a été spécialisé en France comme antidysentérique sous le nom de "socamibe", mais ne figure plus actuellement dans le *dictionnaire des spécialités*.



3- Nongiku                      *Heliotropium indicum.L*                      (Boraginaceae )

**Emplois :**Les feuilles réduites en poudre après séchage à l'ombre sont plus réputés chez les Wolof et Lébou pour différentes dermatoses, mais plus particulièrement pour les croûtes laiteuses caractéristiques de l'eczéma et de l'impétigo des enfants.

La plante a la réputation d'être toxique pour certains animaux.

**Efficacité thérapeutique :** la pharmacodynamique a été étudiée sur divers animaux et organes isolés à partir d'un extrait aqueux de feuilles et tiges à 100 partie de drogue pour 100 d'eau. il n'a pas été constaté de toxicité particulière par voie intra-veineuse chez la souris ni d'effets de spasmes sur les organes isolés (intestin de cobaye, utérus de rate, muscle strié de crapaud). Par contre il a été noté une diminution du débit sanguin de la patte du rat et de la pression sanguine chez le chien avec 0,1 ml d'extrait.





4- Noronamba

*Pupalia lappacea* (l) Juss

(Amaranthaceae)

**Emploi :** Utilisée comme appât végétal qu'on attache solidement au filet avant de la jeter dans l'eau, par les pêcheurs toucouleur du fleuve Sénégal.



5- Tinjurula

*Crotalaria atrorubens* Hochst

( Fabaceae )

**Toxicologique :** Ce *Crotalaria* est considéré par les peul du Ferlo comme toxique pour le bétail.



6- Niokorodjalani

*Cassia nigrican Vahl*

(Caesalpiniaceae)

**Emplois :** Ce *Cassia* est surtout employé par les Wolof, les feuilles en décocté comme béchique, fébrifuge, sudorifique, les racines comme vermifuge.

**Efficacité thérapeutique :** l'auteur (Duquénois) estime qu'on peut préjuger des propriétés laxatives meilleures des folioles récentes, ou la proportion de formes anthracéniques réduites peut être supérieure et qu'on peut aussi rapporter aux leucocanthocyanes quelques autres propriétés curatives.

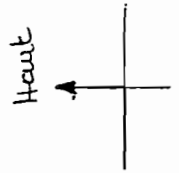


7- Bakori

*Abutilon pannosum* (Forsk.f)

(Malvaceae)

**emplois :**La plante jouit chez les guérisseurs du Walo, du Toro, du Goye d'une bonne réputation en médecine infantile pour les diarrhées et les maux de ventre en général. certains utilisent la plante en fonction de sa maturité des feuilles fleurs et des fruits. Ces organes sont pilés avec *Solanum incanum*, *Leptadiena hastata* et du beurre jusqu'à obtention d'une pommade dont on donne aux nourrissons des doses fractionnées, incorporées aux bouillies, dans le cas de constipation et de diarrhées vertes.



8- Ntimintiminin

*Scoparia dulcis.L*

(Scrophulariaceae)

**Emplois :** Plante recommandée pour les dysuries, les diarrhées et les coliques des enfants sous forme de décocté mélangé au sanglé. Ce serait un excellent fétiche de voyage chez les Socé, utilisé pour les ablutions lorsqu'on est éloigné de son village, afin d'éviter les mauvais sorts et les maladies contagieuses. Les Sarakolés la recommande aux femmes stériles. Les peuls l'utilise pilée avec de l'eau pour les aphtes, les muguets, la langue râpeuse (avitaminose B) en gargarisme. Utilisé aussi comme défatiguant, tandis que les racines sont considérées comme antipsoriques.

**Efficacité thérapeutique :** en 1943, Bath et Banerjee font état d'un principe antidiabétique nouveau, l'amélline. ce principe est selon les auteurs, efficace dans le traitement des diabètes sucrés. Par voie orale, à raison de 15 à 20 mg par jour, l'amélline produit une chute lente, mais progressive de la glycémie sanguine. Le sucre des urines tombe aussi graduellement. Ces conclusions sont étayées par 15 observations de malades traités régulièrement par administration buccale d'amélline.

effet anticancéreux trouvé par Abbott et coll dans les extraits aqueux des racines, tiges, feuilles et fruits chez les souris.



9- Dubalen

*Ficus thonningu Blume*

(Moraceae)

Emplois : Le décocté d'écorces est considéré dans le pays Siné comme un médicament des affections des voies respiratoires et des métrorragies.



10- Shiinba

*Eriosema psorateoides (G. Don)*

(Papilionaceae)



11- Grenadier      *Punica granatum L*      (Punicaceae )

**Emplois :** Les fruits et les fleurs sont considérés comme antidiarrhéique, l'écorce comme antihelminthique, mais il s'agit là sans doute d'un apport européen.

**Efficacité thérapeutique :** les tests biologiques pratiqués sur l'espèce Egyptienne révèlent des effets hypotenseurs, antispasmodiques et antihelminthiques.. l'huile de la graine possède une activité oestrogénique. Quand l'huile de la graine et l'oestradiol sont associés, ils ont un effet synergique. Rossiki a montré que la poudre de différents organes est efficace dans les diarrhées et les entérocolites; elle l'est encore, mais à un degré moindre dans les cas chroniques.

L'écorce de la racine de grenadier doit son activité ténifuge à la pelletièreine (isopelletièreine). Elle paralyse les helminthes en général, mais elle est également active contre les ascaris et les ankylostomes. C'est un toxique violent avec lequel on a constaté des cas mortels à dose médicinale. Son action comparable à celle de la nicotine et de la conine, se manifeste par la paralysie du système nerveux, la mort pouvant survenir par arrêt respiratoire comme avec le curare. L'intoxication débute par des troubles digestifs avec nausées, puis céphalées, vertiges, troubles de la vue et dépression du système nerveux central. La pseudo- pelletièreine possède des propriétés cardiovasculaires.

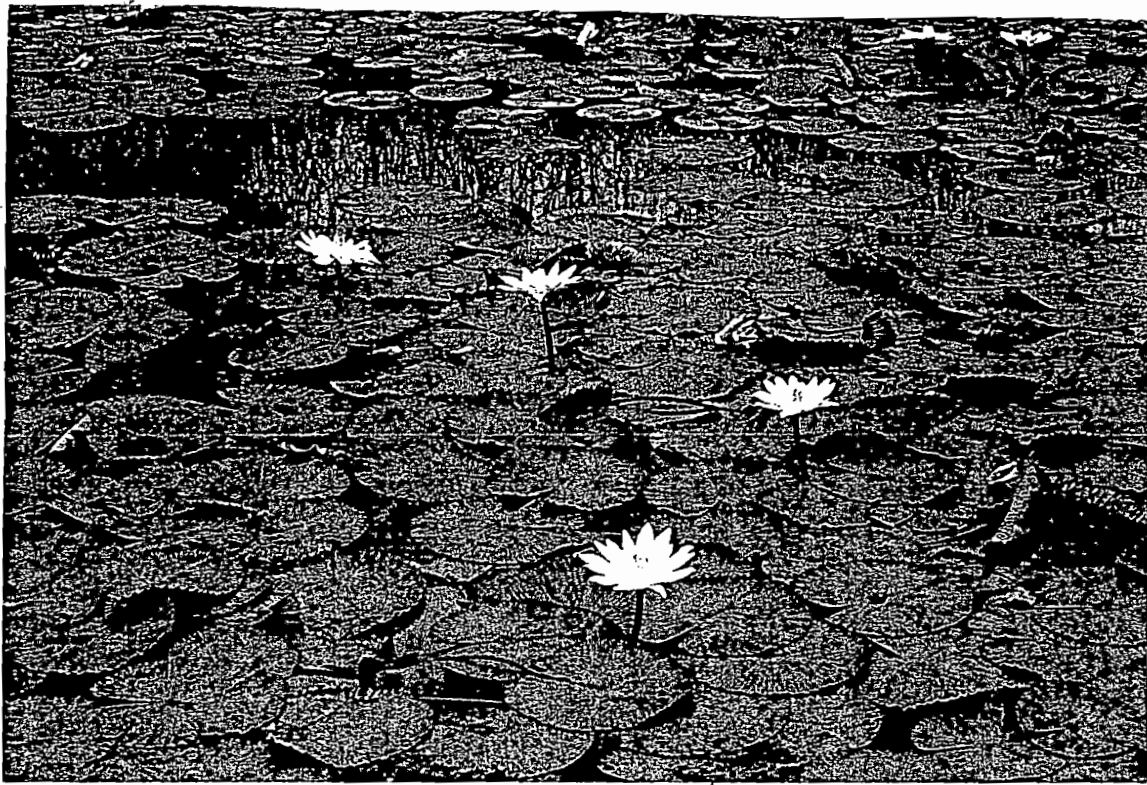


12- Gèssèmè

*Bauhinia rufescens Lam*

(Caesalpinaceae)

**Emplois :** Les racines jouissent d'une bonne réputation de fébrifuge, diurétique, antientéralgique chez les Wolof. On traite aussi les conjonctivites par les vapeurs de décocté bouillant de feuilles. Chez les Sarakolés, le décocté de rameaux de feuilles est prescrit dans les diarrhées dysentéroides et en association avec *Acacia sieberiana*, dans les oedèmes généralisés (infiltration diffuses et segmentaire qu'albuminurie, voire même béri-béri et ascite). Les feuilles sont utilisées par les peuls pour leur propriétés cholagogues, stomachiques, antidiarrhéique et antidysentérique.



51- N'gòku

*Nymphaea lotus* (L)

(Nymphaeaceae)

**Emplois :** utilisation des fruits et inflorescences comme calmant dans les diarrhées et même les insomnies, émollient et antinauséux.

**Efficacité thérapeutique :** Jain et Sharma ont vérifié l'action hypoglycémiante du jus frais d'expression de racine. Action cardiotonique (retrouvée dans les bougeons et les graines). Propriétés sédatives, spasmolytiques et hypertensives.



52- Kolosijiri





13- Ntomonon

*Zizyphus mauritiana-Lam*

(Rhamnaceae)

**Emplois :** Chez les Wolof, l'écorce est utilisée pour les maux de ventre et les racines pour les maladies vénériennes. Les prescriptions des guérisseurs sont plus nuancées et comprennent des associations médicamenteuses. Les racines étant reconnues émétocathartiques est mise en œuvre dans le traitement de la syphilis, la blénorrhagie, les empoisonnements et des indigestions avec *Borrelia verticillata*, *Euphorbia balsamifera*, *Prosopis africana*, *Leptadiena hastata*, *Stereospermum kunthianum* ...les écorces ont une bonne réputation d'anti-enteralgique doux. On les utilise aussi pour les enfants rachitiques, anorexiques, et atteints de kwashiorkor. La poudre d'écorce est utilisée par les peul Toucouleur en usage interne pour les hémorragies du post partum, en usage externe les feuilles sont utilisées pour les ulcères phagédéniques.

**Efficacité thérapeutique :** l'injection intra-péritonéale de 10 à 20 ml de l'extrait aqueux de feuilles provoquait, chez la souris, des symptômes d'intoxication péritonéale avec tachypnée, ataxie, convulsion et dépression, symptômes parfois suivis de mort. Cependant l'injection intraveineuse ne produit pas d'effet.



14- Tubabu koronifing                      *Lantana camara. L*                      (Verbenaceae )

**Emplois :**La plante n'est pas considérée comme toxique. Les feuilles sont couramment utilisées au Sénégal en qualité de boissons théiformes à propriétés béchiques. Les enfants aussi consomment les fruits à goût sucré sans que les troubles soient signalés. Les guérisseurs prescrivent la préparation aqueuse d'inflorescence aux asthmatiques, car elles auraient une action calmante dans les crises de dyspnée et de suffocation.

**Efficacité thérapeutique :** la toxicité de la plante pour le bétail est généralement reconnu en Australie. Les effets se traduisent chez les animaux par une inflammation des muqueuses, œdème du museau, des oreilles des paupières. Des expériences alimentaires ont montré que la plante provoquait de la photosensibilité et des troubles gastro-intestinaux (surtout chez les animaux de plus de 180 kgs). La toxicité sur le cobaye est caractérisée par une paralysie du muscle du tube digestif, des nécroses périportales, une hyperplasie des canalicules dans le foie ainsi que des lésions du poumon, du cœur et du rein. En Floride, Wolfson et coll, ont eu à donner des soins à 16 enfants ayant ingéré des fruits verts. 4 d'entre eux montrèrent des signes et des symptômes d'empoisonnement aigu et l'un d'eux sur lequel on n'avait pas pratiqué le lavage gastrique dans les 5 heures, mourut rapidement. Les tests d'activité antibiotique sont positifs pour les extraits aqueux de feuilles, racines et tiges vis-à-vis des Bacilles Gram+. ceux qui concernent l'action anticancéreuse des feuilles et l'action antimalarique des fleurs et rameaux sont peu marquantes



16- jun

*Mitragyna inermis-korth*

( Rubiaceae )

**Emplois :** C'est une drogue importante considérée comme fébrifuge par les Wolof et les peul-Toucouleur, comme stimulant par les Casamançais et les Serer, comme médicament spécifique pour les états gravido-puerpéraux par les Peul-Toucouleur, les Wolof, les Serer et comme psychosomatique.

**Efficacité thérapeutique:** les extraits totaux de la drogue sont fébrifuges et hypotenseurs, effets qu'on peut attribuer aux alcaloïdes, et plus particulièrement à la mitrinermine.



17- Ntéké = drama      *Cordia myxa*      (borraginaceae)

Emplois : chez les féticheurs Sérér, utilisation du macéré d'écorces avec des incantations appropriés en lavage corporel le matin à jeun, pour la recherche d'une bonne situation.



18- Konikajè (Basakasarani)      *Melothria maderaspatana*      (Cucumbitacea)

Emplois : chez les peul, utilisés comme contrepoisons. Les feuilles sont parfois ajoutées à des préparations pour traiter les troubles mentaux.



19- N'golobè

*Combretum micranthum G*

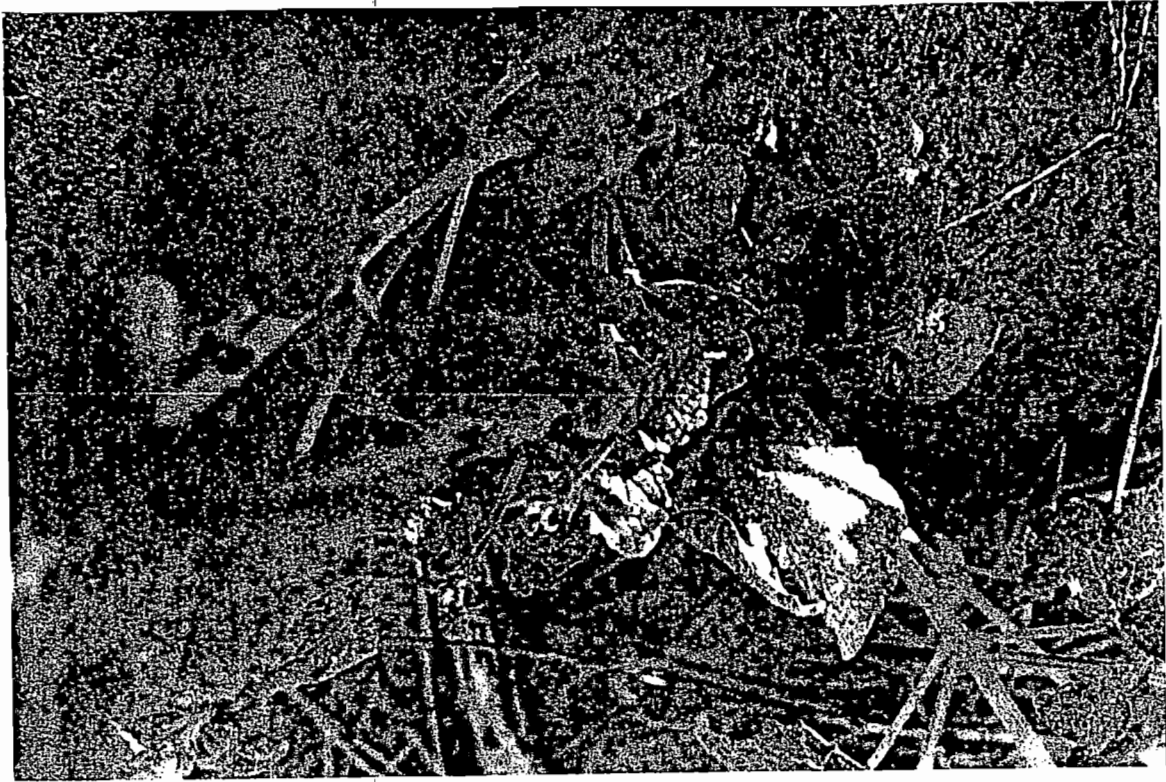
(Combretaceae)

**Emplois :** Les propriétés cholagogues et diurétiques de feuilles sont connues de tous les africains. Utilisé dans la toux, bronchite, paludisme, fièvre bilieuse hématurique et toute les affection hépatobiliaires comme médicament d'appoint.

L'emploi en Casamance des racines prescrites dans l'alimentation des femmes stériles, et fabrication d'onguent pour le massage dans les contusions, entorses.

**Efficacité thérapeutique :** l'action diurétique et cholagogue des feuilles est connue depuis longtemps. Balasard et coll. Montrent que chez le lapin, la diurèse provoquée par le décocté de feuilles porte, non seulement sur l'élimination de l'eau, mais encore sur celles des chlorures et de l'urée et cela avec un certain retard. Ceci permet d'admettre que le facteur rénal n'est pas seul en cause et que le foie de même que les tissus, interviennent dans le mécanisme de l'action constatée. De ce fait, les auteurs classent la drogue dans les diurétiques tissulaires et hépato-rénaux.

Les écorces de l'espèce Nigériane, présentent une certaine activité antitumorale vis-à-vis de la leucémie lymphoïde.



20- Samantéku

*Chrozophora senegalensis* (Lam) (Euphorbiaceae)

**Emplois :** au Sénégal, arrive en tête pour le traitement de toutes les maladies oculaires, allant de la conjonctivite à la cécité (instillation de macéré dans les cas bénins et du jus de fruit dans les cas graves). En médecine infantile, utilisé pour les diarrhées vertes, le rachitisme.

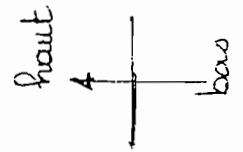
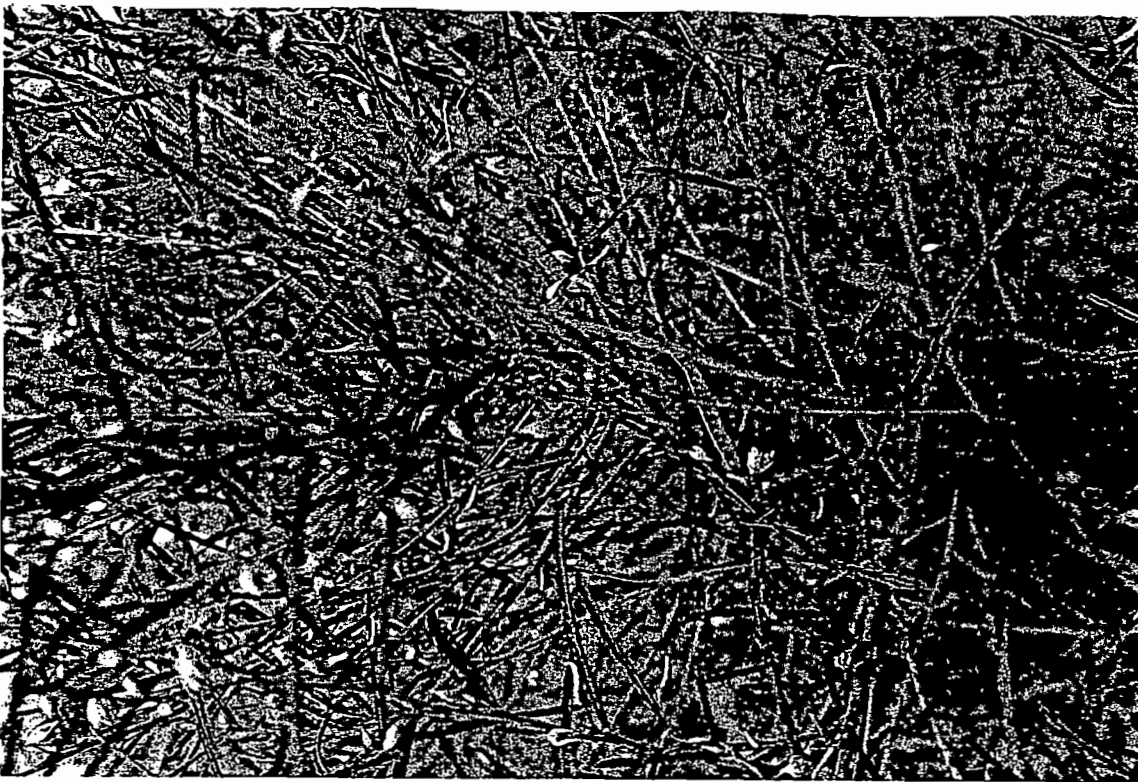
**Efficacité thérapeutique :** l'administration du décocté diminue considérablement l'hyperglycémie (étude du professeur Giono à Dakar).



21- Wègnè

*Eugenia nigerina* (A chev)

(Myrtaceae)

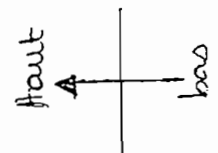
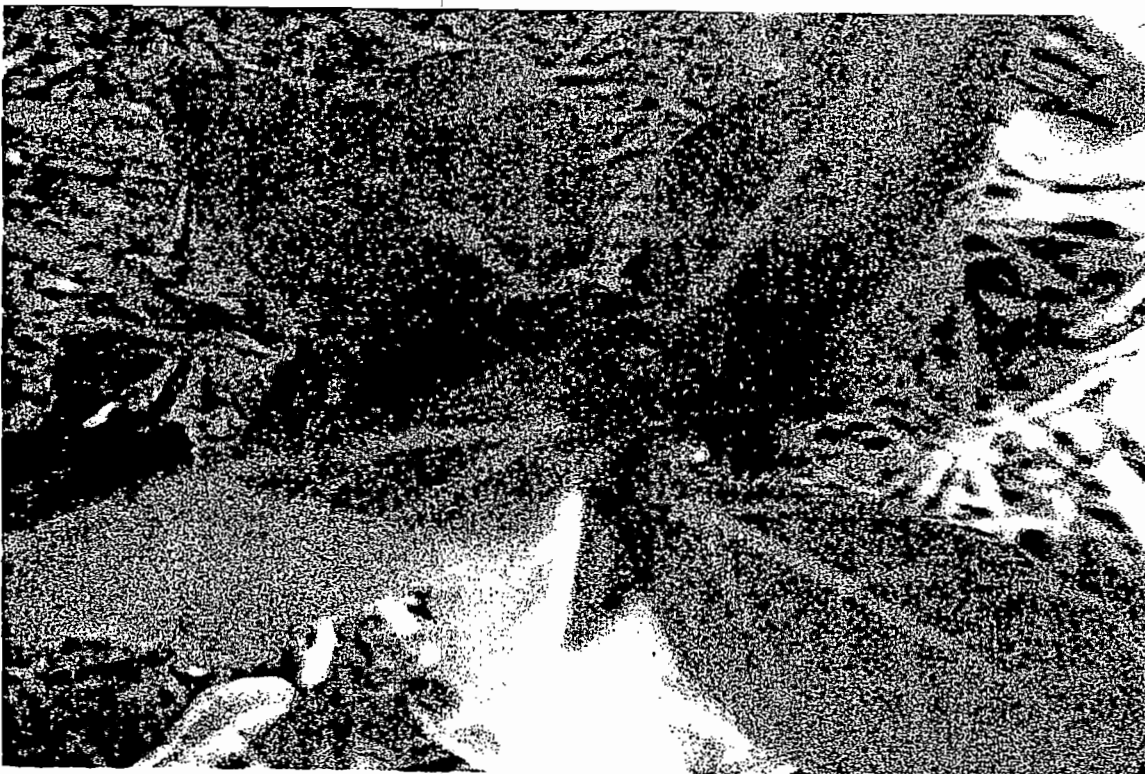


22- Sayijiri

*Mimosa pigra L.*

(Mimosaceae)

Emplois : cette espèce entre dans certains traitements des maladies mentales chez les Toucouleurs.

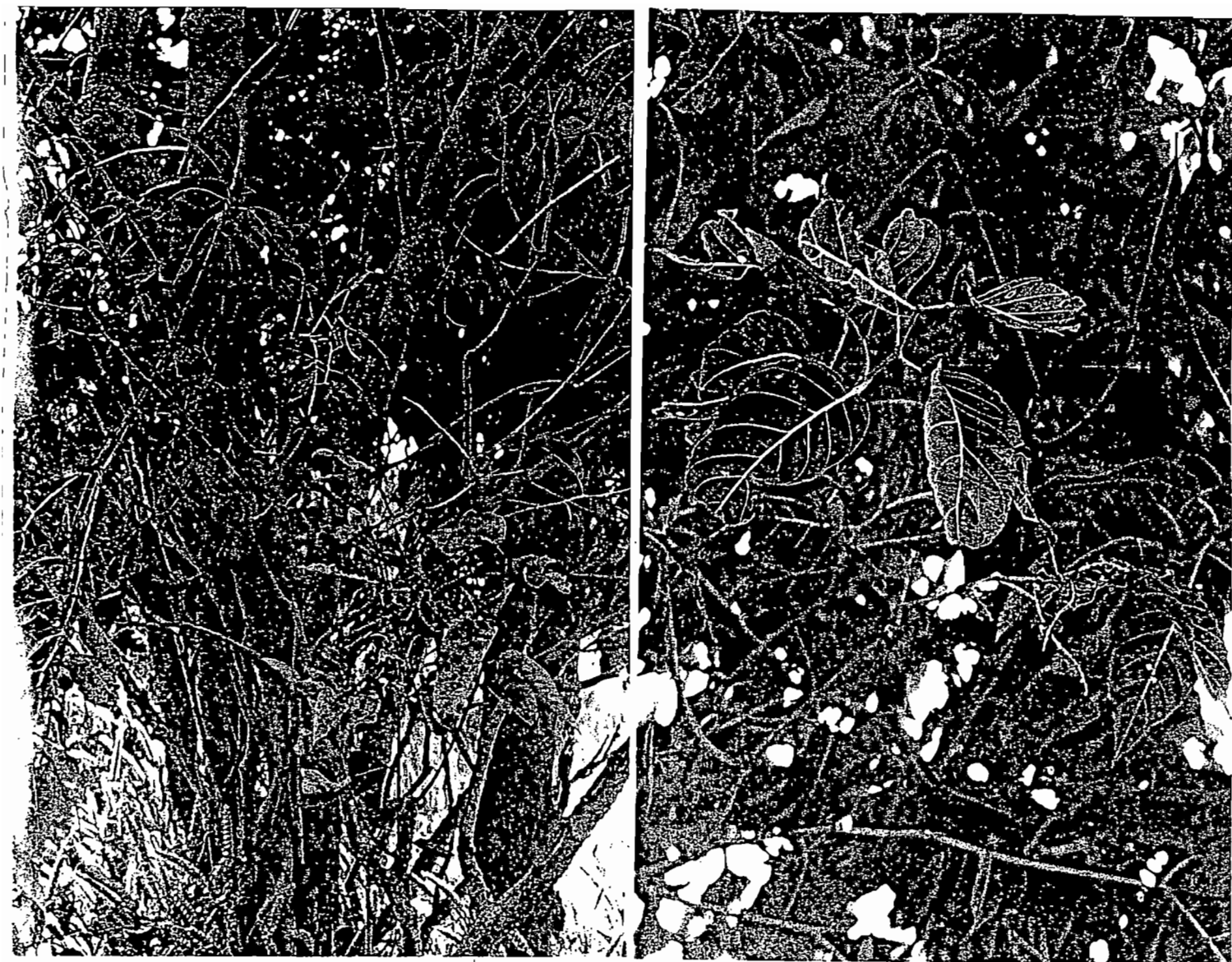


23- Toro (Toroba)

*Ficus gnaphalocarpa (Mig)*

(Moracées)

Emplois : utilisé contre les maux de ventre (le latex est antidysentérique) la racine et les écorces purgatives, les feuilles cholagogues (emploi anti ictérique).



23- N'cangarajè

*Combretum crotonoides* (Hutch) (Combretaceae)

**Emplois :** chez les Peul-toucouleur, le décocté de feuilles est utilisé en béchique et anti pneumo-bronchique, les marcs résiduels appliqués en cataplasme sur la poitrine. Chez les Manding et Socé, recommandé en usage externe comme défatigant et anti rhumatisimal, en usage interne comme cholagogue.





24- N'tonguè

*Xinemia americana* (L)

(Olacaceae)

**emplois :** en usage interne, le décocté de feuilles fraîches serait un bon fébrifuge, actif aussi dans les colites et le météorisme intestinal et les angines de poitrine. le macéré de racine dans le traitement antilépreux. En usage interne et externe dans le traitement des maladies mentale. En usage externe, applications temporales et frontales de pâte de rameaux feuilles d'écorces, de racines pour le traitement des maux de tête des dents, des oreilles et d'yeux.

**efficacité thérapeutique :** la présence d'acide cyanhydrique dans l'amande est responsable de la toxicité du fruit. L'ingestion de 7 ou 8 fruits avec leurs amande suffit pour provoquer de graves accidents toxiques (deux heures après ingestion, nausée et coliques. Deux heures plus tard diarrhée, vomissements, pâleurs, sueurs profuses et froides, fatigue générale).



27- N'guna *Sclerocarya biriae* (A.Rich) Hochst (Anacardiaceae)

Emplois : utilisé comme antivenimeux, contre la rage et anti syphilitique.

Efficacité thérapeutique : la boisson fermentée préparée à partir des fruits de *Sclerocarya caflra* est très antiscorbique, mais peut provoquer des intoxications.



28- Sirakoroshwané *Maerua oblongifolia* (Capparidaceae)



Somme  
A

29- Wolojè *Terminalia avicennioides* Guill et Perv (Combretaceae)

**Emplois :** chez les wolofs, utilisé dans les traitements de l'ascite et autres oedèmes, de la conjonctivite des enfants. Chez les peuls, le macéré est utilisé comme boisson par les femmes qui ont accouchées.

**Efficacité thérapeutique :** Caius et coll ont trouvés pour 13 espèces indiennes, qu'elles étaient ou des diarrhéiques doux, ou des stimulants cardiaques nettements efficaces, ou à la fois diurétiques et cardiotoniques.



30- Samanère

*Entada africana* Guill et Perv

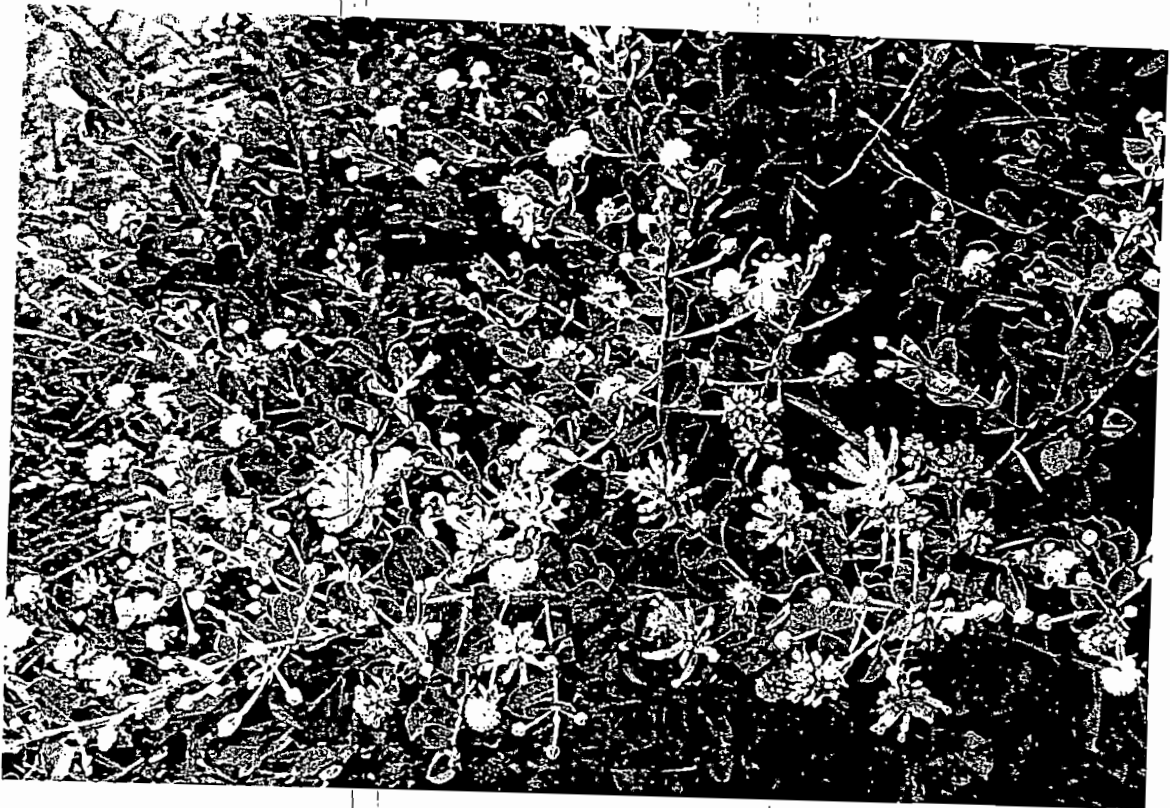
(Mimosaceae)

**Emplois :** la boisson (décocté d'écorces de tronc, racines et rameaux feuillés) est considéré comme contre poison en Casamance. le macéré d'écorces pour les bronchites et la toux. La pâte obtenue à partir de l'écorce préalablement débarrassée du liège, réduite en poudre, puis machée et mêlée de salive, est utilisée comme vulnéraire, antiseptique, cicatrisant des plaies et blessures.

**Efficacité thérapeutique :** la plante est ichtyotoxique. Selon Githens, le saponoside aurait des propriétés abortives.



31- Zèrè, (Zèréni djè) *Ficus dokdokna* (mig) A. rich (Moraceae)



32- N'goujè

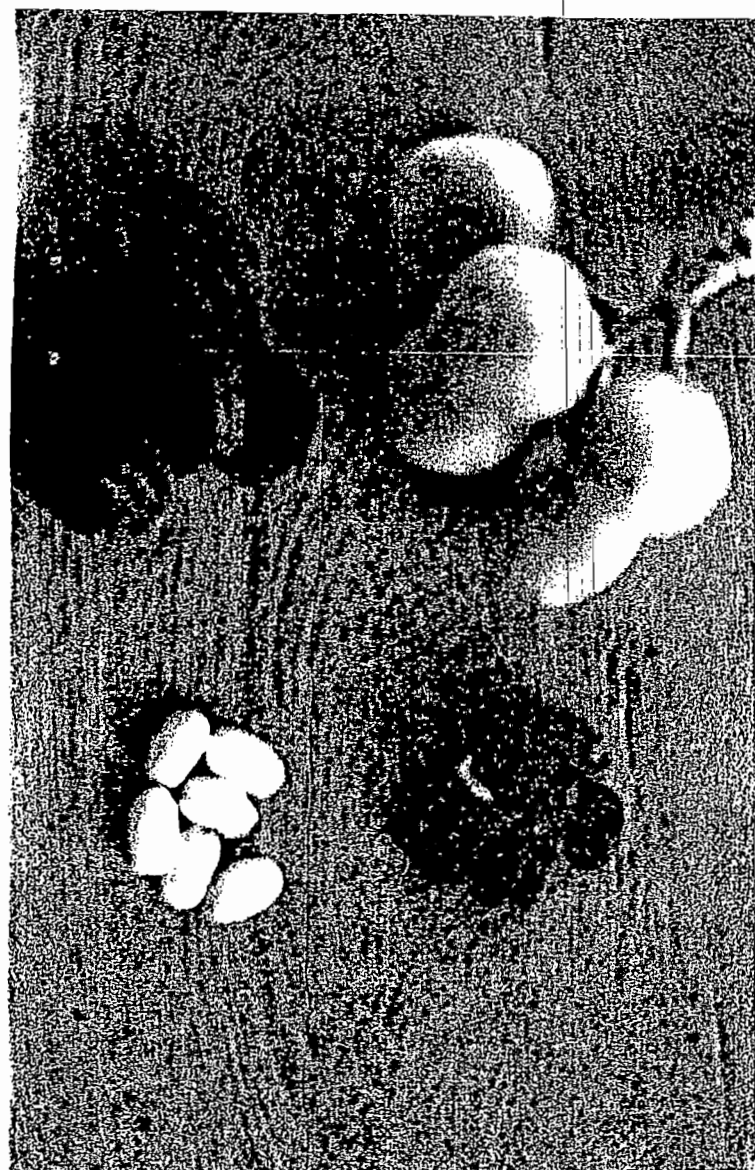
*Guiera senegalensis* (T.Fanal)

(Combretaceae )

(Gienfura)

**Emplois :** les indications sont les mêmes que le kinkéliba. Béchique, eupnéique et fébrifuge. Traitement des coliques et des diarrhées dysentériques. Considéré comme antiseptique et cicatrisant en usage externe.

**Efficacité thérapeutique :** elle a des propriétés antitussives, hypotensives, entidiarhéiques et antiinflammatoires.



33- Kurichiniwuli

*Jatropha curcas* (L)

(Euphorbiaceae)

**Emplois :** le latex de la plante est classé par la population au Sénégal comme toxique interne et vulnérable externe. Les graines sont utilisées comme purgatifs proprement dit et purgatifs de dérivation dans les entéralgies et les parasitoses intestinales. Les feuilles sont parfois prescrites contre la syphilis et les maladies pulmonaires.

**Efficacité thérapeutique :** Mameesh et coll. ont étudiés l'action contraceptive des fruits et graines. L'huile jaune extrait des racines serait hémolytique. Les graines révèlent une certaine activité insecticide. D'après le R.P. Duss on employait autrefois, comme purgatif en Amérique et aux Antilles, un mélange d'huile de ricin et de *Jatropha curcas*, connu sous le nom d'huile de ricin anglaise.



34- Kénigüé nyo *Sorghum bicolor* (Linn) (Anacardiaceae)

**Emplois :** traitement de la toux avec une poudre absorbée en nature, composée de graines de sorgho, de la plante entière de *Tapinanthus bangwensis* et de l'écorce de *Combretum glutinosum*. Le traitement de la blennorragie avec les graines de sorgho et des cantharides (*Psalydolytta flavicornis*). Les cantharides privées de leur tête sont réduites en poudre avec les graines de sorgho à partie égale. La dose d'essai est d'une demi coque d'arachide. si le malades supporte cette dose sans trop de troubles, surtout sans débâcle intestinale, on double la dose au bout de 48 heures.

**Efficacité thérapeutique :** la toxicité du sorgho, sauf cas d'empoisonnement criminel ne peut intervenir que pour les animaux.



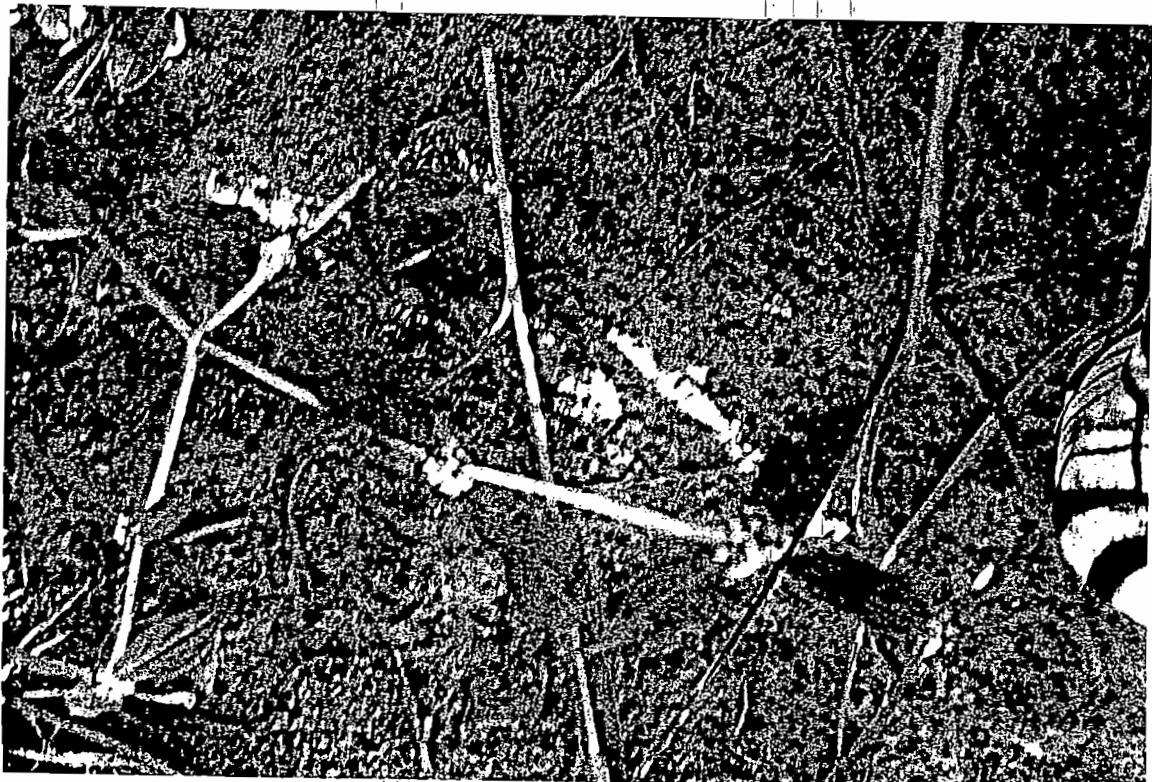


35- Dongoro(sofaragoni)

*Acacia macrostachya*

(Mimosaceae)

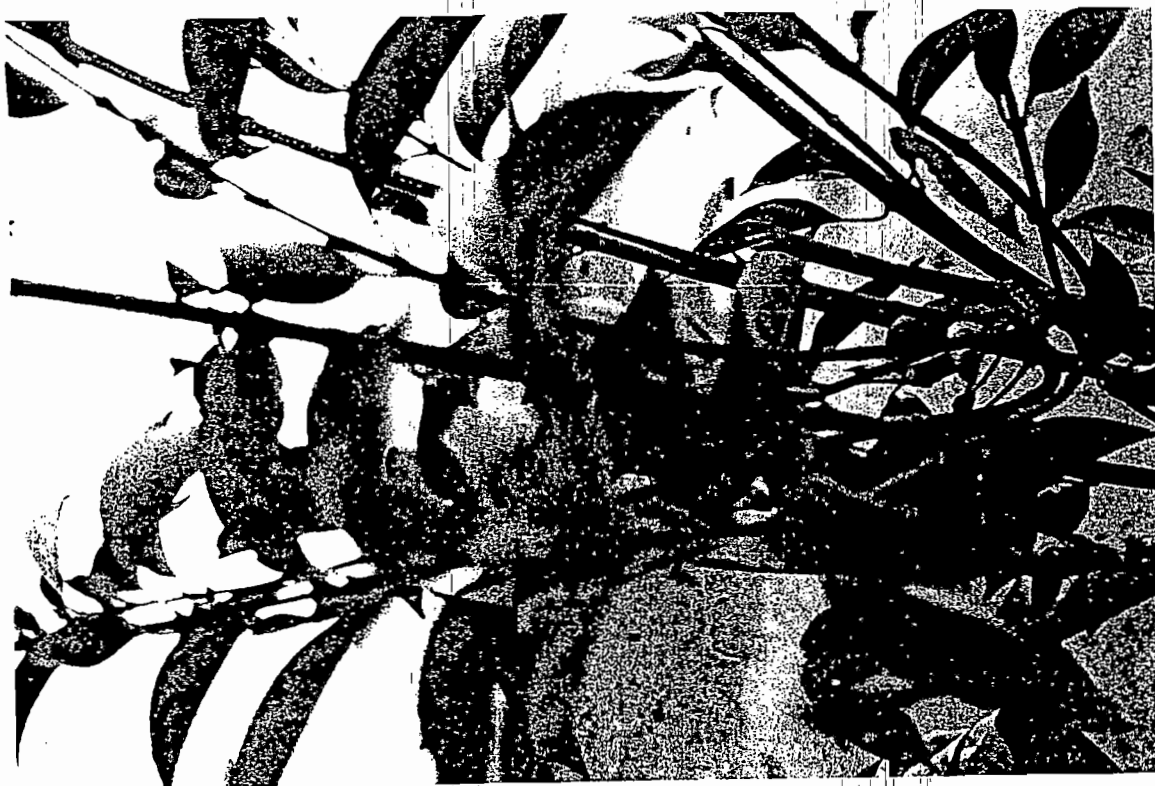
Emplois : les feuilles et les écorces sont utilisées comme anti-entéralgiques, surtout pour les syndromes dysentériques et cholériformes. Considérées aussi comme vermifuge. Entre dans la composition d'un poison de flèche avec *Gardenia triacantha*, *Asparagus africana*, et *Clerodendron capitalum*.



36- Nkérenkada

*Hibiscus panduriformis* Burn.

(Malvaceae)



Haut  
A

37- Kunanibulu (*Strophantus sarmentosus*(DC)) (Apocynaceae)  
(kunanikala)

**Emplois :** la poudre est utilisé comme laxatif doux. Le décocté utilisé comme vermifuge et fortifiant. En Casamance, la racine est utilisé dans les douleurs articulaires et hernières. La plante (latex) est considéré comme fétiche de circoncision.

**Efficacité thérapeutique :** effet très peu ou pas cardiotonique.



38- Niamegoni

*Centaurea perrotetii* DC

(Compositae)

**Emplois :** en usage interne pour la blennorragie et les états fébriles. En usage externe, en pansements sur les plaies ulcéreuses. La plante pilée, appliquée après léger chauffage sur le cou contre les oreillons.

**Efficacité thérapeutique :** les extraits de *Centaurea calcitrapa* étudiées par Spencer ont donnés des résultats positif pour la recherche de l'activité anti paludique. L'élément actif de la drogue (cynisine) a été utilisé en qualité de tonique, mais émétique à forte dose.



39- Mbalambalafing *cassia occidentalis* (Caesalpinaceae)

**Emplois :** chez les sérer utilisée par les accoucheuses traditionnelles comme ocytocique. Les feuilles sont utilisées en boisson comme fébrifuge. Le décocté de graines en guise de boisson réconfortante.

**Efficacité thérapeutique :** l'extrait aqueux des feuilles possède des propriétés antitumorales (on constate une réduction du sarcome chez l'animal traité). La chrysaphanhydroanthrone du bois serait irritante pour la peau.



40- Ndjangonani (barakanté) *Commiphora africana* (Burseraceae)

**Emplois :** les écorces et les racines sont prescrites pour les coliques, constituent un antientéralgique conseillé aux femmes enceintes. La résine est utilisée en aromathérapie. la fumée de la myrrhe qui brule jouit d'une excellente réputation d'antiseptique, général et respiratoire, et d'antimigraineux.

**Efficacité thérapeutique :** des extraits de branches et d'écorces testés par Heal révèlent une certaine activité insecticide. la gomme résine, entrain autrefois dans la préparation du diachylon gommé et de l'emplâtre mercuriel.



41- Nzognè (Nsoyin) *Leptadenia hastata (pers) Decne* (Asclepiadaceae)

**Emplois :** pour les coryzas et les blessures, le latex isolé ou les pétioles dans les narines. Le macéré de racines pour l'anurie et la constipation. La plante entière pour la blennorragie et le macéré de feuilles pour l'agalactie et l'impuissance. dans tous les cas d'absorption orale, une bonne diurèse est constatée.



42- Patugu

*Acacia senegal*

(Mimosaceae)

**Emplois :** utilisé comme béchique, calmant les maux de ventre et des coliques en médecine humaine et vétérinaire. En boisson , le décocté d'écorce ou la poudre de gomme diluée dans l'eau.

**Efficacité thérapeutique :** la gomme arabique est douée de propriétés lénitives. C'est un émoullient topique. Etait employée autrefois comme diurétiques dans les néphroses lipoïdiques et comme succédané de plasma. Les injections intraveineuses provoque un syndrome connu sous le nom d'arabinose : splénomégalie, hépatomégalie avec délabrement de la fonction hépatique et abaissement des protéines du sérum sanguin.



43- Sinjan

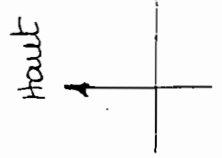
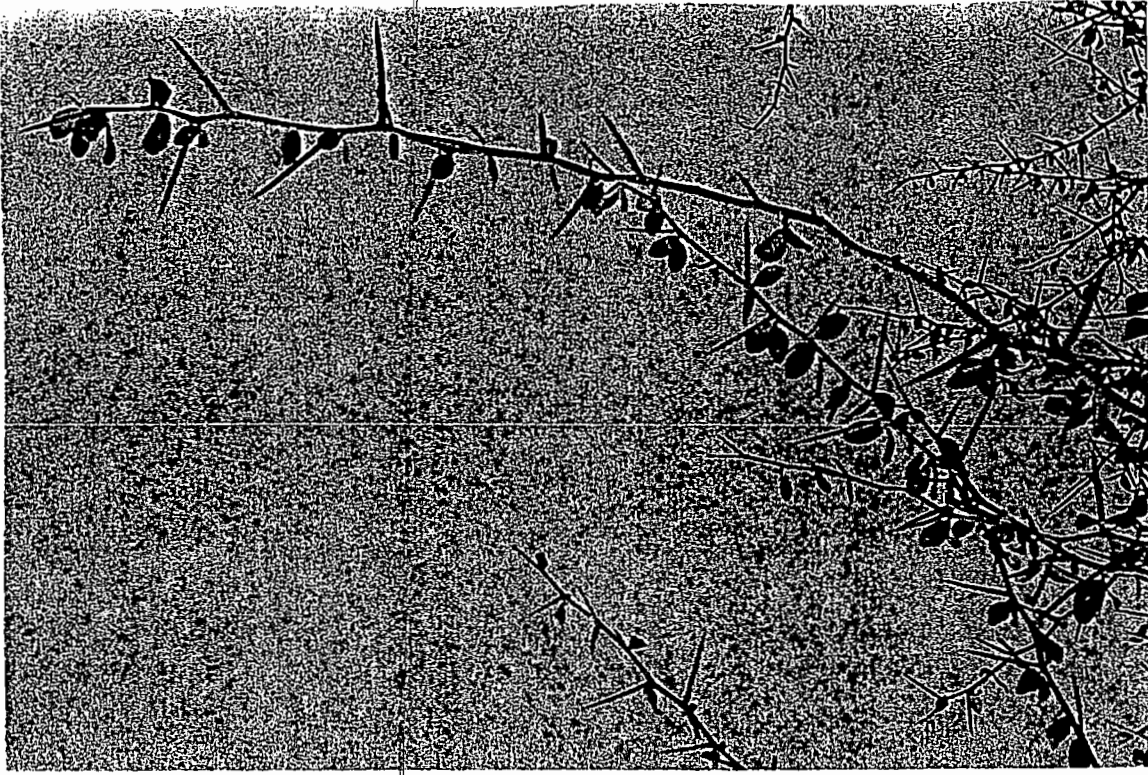
*Cassia sieberiana* DC

(Caesalpiniaceae)

**Emplois :** Utilisé comme purgatif-diurétique très connu par la médecine populaire et plutôt comme purgatif de dérivation en médecine de guérisseur. Les conceptions sémiologiques et étiologiques sur les maladies : constipation opiniâtre, anurie, dysurie et aussi dans les cas d'antéralgies, parasitisme intestinal, lèpre, oedèmes, maladies vénériennes, bilharziose, impuissance, stérilité, douleurs rénales et courbatures fébriles. Ce sont presque toujours les racines qui entrent dans la préparation.

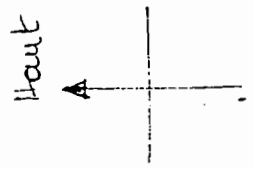
**Efficacité thérapeutique :** Duquenoie et Anton estiment que la composition des folioles peut expliquer leur emploi empirique car elles sont légèrement purgatives par leur dérivé anthracénique et surtout diurétique par la prédominance de leur flavonoides. Les extraits des fruits montrent une certaine activité insecticide. Les extraits aqueux de racines de l'espèce Nigériane montrent une certaine activité antibiotique Gram+.





44- Bérítjéni, Béréçè *Boscia angustifolia* (A.Rich) (Capparidaceae)

**Emplois :** les feuilles sont considérées comme cholagogues, les écorces considérées comme antinévralgiques dans les céphalées les raideurs de la nuque, les maux de rein. Employées en cataplasme pour les pieds gonflés et surtout en fumigations sèches pour les ophtalmies en les brûlant après dessiccation sur les braises ardentes.



45- Barakala *Periostrrophe bicalyculata* (Retz) (Acanthaceae)

**Emplois :** le mucilage des graines devient par dessiccation collant, élastique et peut s'étirer en une lame mince dont on se sert pour l'évacuation des corps étrangers des yeux et des oreilles.

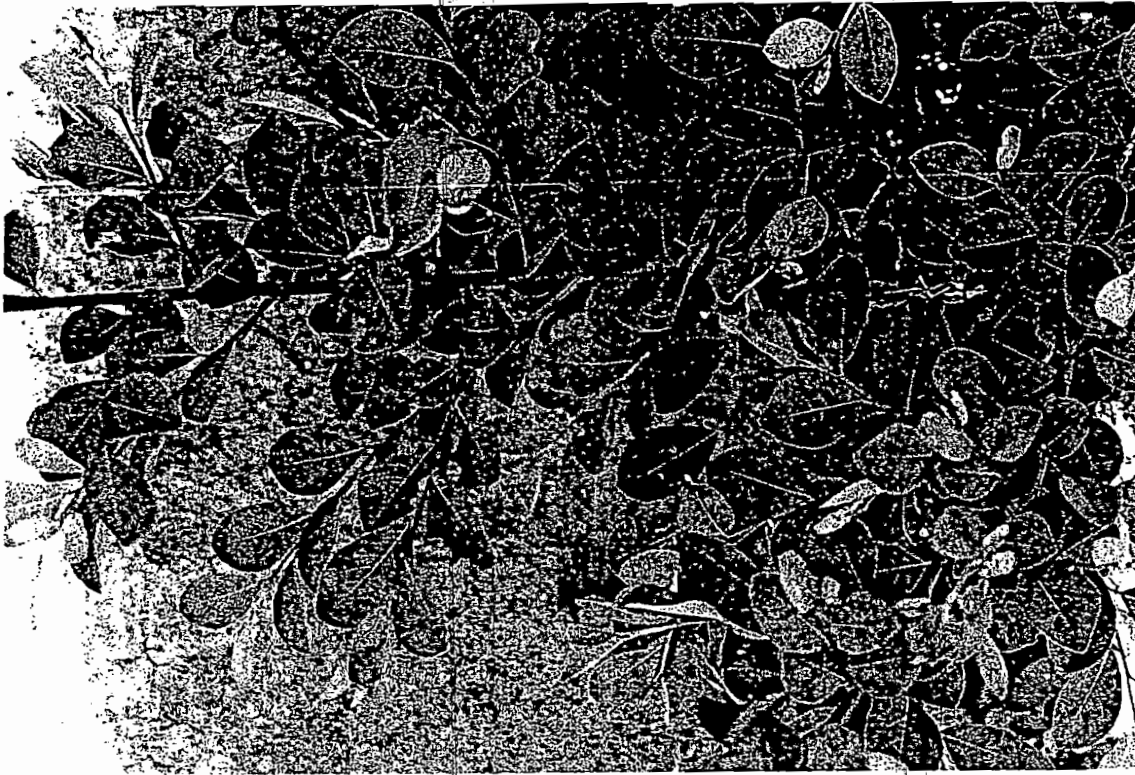


46- Néré

*Parkia Biglobosa (jacq) Benth* (Mimosaceae)

**Emplois :** les écorces et les racines sont employées dans le traitement de la stérilité, bronchite, lèpres et maladies vénériennes. Les écorces sont utilisées pour les ostéopathies, les odontalgies et les oreillons. Utilisé aussi dans l'alimentation.

**Efficacité thérapeutique :** la richesse de la pulpe en saccharose en fait un excellent aliment énergétique; celle de la graine en protides et lipides en fait un succédané de fromage extrêmement précieux.



47- N'diénè, *Securinega virosa* (pax et hoffm) (Euphorbiaceae)  
(ngolanidjè)

**Emplois :** efficace pour les troubles, hépatobiliaires, rénaux, vésicaux et génitaux. Les racines sont utilisées pour la fièvre bilieuse hématurique, les lithiases rénales, la bilharziose.

**Efficacité thérapeutique :** l'infusé d'écorces de racines est légèrement hémolytique à 1 pour 200. sur l'intestin isolé du lapin on observe tant avec les racines qu'avec les écorces de racine pour une concentration de un sur 250, une légère diminution du tonus qui revient rapidement à la normale. L'administration par voie intraveineuse de 0,10g/kg d'écorces de racine, on observe une chute de la tension artérielle chez le chien.



48- Tiganinguru

*Voandzeia subterranea* (L.) DC

(Papilionaceae)

**Emplois :** dans les régions sénégalaises, on emploie les préparations de feuilles pour les abcès et les envenimations.

**Efficacité thérapeutique :** cette plante a fait l'objet d'une étude chimique par Busson et Toury, avec des résultats qui concernent la nutrition. Ils montrent que le pois bambara est un aliment complet. Il comporte 20,9% de protéine, 60,3% de glucide, 6,08% de lipide, avec une teneur en phosphore, calcium, fer et vitamine.



49- Nasebe

*Gynandropsis gynandra* (L)

(Capparidaceae)

**Emplois :** à usage externe après froissage des parties aériennes : emplâtre à demeure pour le traitement des céphalées, instillation auriculaire du suc pour les otites, friction pour les rhumatismes, les courbatures et la fatigue. En usage interne comme défatigant, surtout chez les vieillards cachectiques.



50- Ntiribara *Cochlospermum tinctorium* (A. Rich) (Cochlospermaceae)

**Emplois** : pratiquement réservée à la médecine infantile, rachitisme, coliques et helminthiases. Le tubercule (racine) constitue le médicament spécifique de toutes les affections hépato-biliaires, en particulier les ictères et les fièvres bilieuses hématuriques.

**Efficacité thérapeutique** : avec des extraits aqueux de racines de l'espèce nigériane, Malcom et coll. ont obtenu des tests positifs d'activité antibiotiques vis-à-vis des organismes Gram. +; *Sarcinea lutea*, *Staphylococcus aureus*, *Mycobacterium phlei*.

N'segene

*Balanites aegyptiaca* (L) Del

(Zygophyllaceae)

**Emplois :** le macéré de racines et d'écorces à une action purgative et un calmant très renommé pour les coliques. Utilisées aussi pour le traitement de l'épilepsie. Les Sénégalais attribuent aux racines des propriétés antivenimeuses. En usage externe les fruits et l'huile donnent une embrocation antirhumatismale, tandis que les feuilles, seraient le meilleur médicament contre le charbon.

**Efficacité thérapeutique :** plante toxique. Les écorces, les racines, les tiges, les fruits et les graines, ont été testés au point de vue pouvoir insecticide par Heal et Roger avec des résultats intéressants.

Les saponigènes stéroïdiques, et en particulier la diosgénine, servent de matière première pour la production industrielle des différents corticostéroïdes, au premier rang des quels se situent les hormones sexuelles.

Papayer

*Carica papaya* (L)

(Caricaceae)

**Emplois :** les trois propriétés principales qui lui sont reconnues sont :

- anti-ictérique, Surtout les fruits verts. Décocté de feuilles de *Cymbopogon giganteus*, ou poudres d'écorces de *Tinospora bakis* avec les papayes vertes.

a) diurétique, les racines et les feuilles. Anti-blennorragiques, utilisé pour le traitement des gonococcies chroniques avec rétrécissement urétral et miction douloureuse.

b) Vermifuge, les graines et les fruits.

**Emplois divers :** des feuilles et des écorces comme lactogène, antivenimeux. Les feuilles sont utilisées comme aromathérapie pour les jeunes filles fatiguées, atteintes de différents maux au moment de la puberté et qu'on fait coucher tous les soirs sur des lits de feuilles fraîches.

**Efficacité thérapeutique :** organes et plante : Georges et Pandalai ont trouvé pour les graines une activité bactéricide vis-à-vis de *Escherichia coli* et *Staphylococcus aureus*. Garcin a observé que le jus de fruits verts liquéfie les tissus lésés par les anthrax, mais respecte les tissus sains non lésés. Perrot a observé que les fleurs fraîches, non toxiques donnent des infusions béchiques des plus utilisées dans les bronchites ou les aphonies consécutives au refroidissement nocturne brusque des zones tropicales. Les graines à saveur épicée sont utilisées comme condiments et sont carminatives. Mais surtout antihelmintiques et font à présent l'objet d'études poussées en particulier par Krishnakumari et Dar.

La papaïne :

- a) Excellent adjuvant de la digestion des aliments des albuminoïdes, recommandé dans la dyspepsie et autres troubles digestifs, à la dose de 0,50 à 3g: prescrite même dans les chloroses et les gastro-entérites infantiles.
- b) Expérimentation clinique de Yarrington et Bestler en 1964, a montrer une action anti-inflammatoire chez les opérés récents. Les meilleurs résultats ont été obtenus avec la préparation enzymatique de papaye, et n'ont noté aucun effet secondaire.
- c) Effet anticoagulant du sang. Par un produit isolé et partiellement purifié du latex dénommé AC48. Ce produit augmente le temps de prothrombine et celui de la coagulation chez les chiens, souris, rats et lapins. Le maximum d'activité est obtenu une demi-heure après administration par voie intra veineuse.
- d) Activité anti-helminthique. Les parasites sont éliminés à un état plus ou moins avancé de désagrégation, et leur expulsion est accélérée par les laxatifs.

La carpaïne : on reconnaît actuellement à cet alcaloïde d'une part des propriétés cardiaques et diurétiques, d'autre part des propriétés amoebicides. Les premières sont comparées à la digitale, les secondes à l'émetine.

Autres usages : le papayer est utilisé pour la préparation des bouillons de culture peptonisés. Industriellement pour la préparation des aliments précuits et l'attendrissement des viandes, pour la clarification des bières, la fabrication des chewing-gums. L'industrie du textile et du cuir. On l'a également préconisé en fromagerie.

Lemurufura (Citronnier)

*Citrus aurantifolia* (swingle)

(Rutaceae)

**Emplois :** le décocté de feuilles est donné en boisson dans le cas de rétention d'urines et des affections des voies respiratoires. Les écorces de racines sont considérées comme particulièrement diurétique et anti-blennorragique en association, sous forme de décocté, avec les rameaux feuillés et les graines. Le jus de citron constitue un aromatisant, un véhicule ou un solvant pour de nombreuses préparations composées comme fébrifuges, anti-dysentérique. On le recommande aussi pour les aphtes des enfants.

**Efficacité thérapeutique :** sa valeur antiscorbutique en fait un médicament précieux en zone saharienne. Utilisé pendant la deuxième guerre mondiale, dans la région de Bilma (sahara nigérien), en traitement au long court préventif et curatif sur des militaires atteints de scorbut. La conservation se faisait dans des caisses en bois garnies de sable.



Sams rapporte l'action photodynamique de l'huile. Onze cas de photodermite constatés sur des sujets ayant exposées à la lumière des parties de leur corps enduites de l'essence.

Buyagyfura (Goyavier)                      *Psidium guajava* (L)                      (Myrthaceae)

**Emplois :** les racines, les fruits verts et les feuilles sont astringents et utilisés comme anti-diarrhéique. Les préparations de fruits mûrs (nettement moins astringents que les verts) servent en qualité de laxatif, rafraîchissant et stimulant.

**Efficacité thérapeutique :** l'extrait de racine injecté au rat diminue le contrôle de l'acide citrique et du fructose de la prostate et de la vésicule séminale. La richesse en tanin des différents organes justifie pleinement leur emploi comme astringent anti-diarrhéique. Malcom et coll. ont obtenu des tests positifs d'activité antibiotique sur les Gram+ (*Staphylococcus aureus*, *Mycobacterium phlei*) avec les extraits aqueux de feuilles de l'espèce nigériane.

Mangorofura      *Mangifera Indica* L                      (Anacardiaceae)

**Emplois :** Différentes préparations d'écorces et des feuilles sont considérées comme antidiarrhéiques et antidysentériques (jeunes feuilles tendre avec une noix de kola blanche).

**Efficacité thérapeutique :** Feng et coll. ont trouvé que l'injection d'un extrait aqueux de feuilles et tiges, produisait chez le chien une hypotension. L'absorption de préparation à base de feuilles, tiges, écorces, provoque des phénomènes d'irritations stomacales et rénales.

Sekufali                      *Stylosanthes mucronata*                      (Leguminosae )

**Emplois :** Plante utilisée pour la toux, soit en infusé aqueux per os, soit, comme c'est le cas en Casamance où les habitants sont grands fumeurs de pipe, mélangé au tabac dans la pipe.

On l'utilise aussi pour combattre les diarrhées infantiles.

Musofin                      *Eclipta prostrata*.L                      (Asteraceae )

**Emplois :** Les racines sont utilisées par les Wolof en usage interne dans les affections hépatobiliaires et en usage externe comme antiseptique cicatrisant. Aux dires des guérisseurs elles ont des propriétés éméto-cathartiques. Les feuilles sont considérées comme ayant les mêmes propriétés, mais plus atténuées.

**Efficacité thérapeutique :** action antivirale sur la maladie à virus de Ranikket, sur la pression sanguine et sur l'iléon du cobaye isolé. La dose maximum tolérée par la souris est de 1000mg/kg.

Bali- bali

*Cassia italica* Lam

(Caesalpinaceae )

**Emplois :** Les feuilles (et à défaut, les racines ou les écorces quand, pendant la saison sèche l'arbrisseau est défeuillé), sont couramment utilisées comme purgatifs proprement dit et purgatifs de dérivation d'où découlent les principales indications : constipation, helminthiases, affection hépato-biliaire, maladies vénériennes. Dans les deux derniers cas, les associations médicamenteuses sont nombreuses avec comme espèces prédominantes tamarinier, *Maytenus senegalensis*, *Cassia sieberiana* et *Securinega virosa*.

Son emploi aussi comme abortif.

**Efficacité thérapeutique :** les propriétés laxatives et purgatives ont été découvertes par les Arabes au IX siècle et connu en Europe par leur intermédiaire. Les folioles et les gousses ont une action analogue, qui se manifeste par voie orale ou rectale. La plante produite par millier de tonnes est le laxatif et purgatif le plus utilisé. En France, on en consomme 400 à 500 t annuellement, représentées surtout par les folioles. Il est administré sous forme d'infusé, de poudre, et rentre dans de nombreuses tisanes et préparations spécialisées administrées le soir au coucher. Le lavement purgatif officinal est un infusé préparé avec 15 g de folioles pour 500 g d'eau et additionné de 15 g de sulfate de sodium.

Bodiaraje

*Chrosphora brocchiana*.Vis

(Euphorbiaceae )

**Emplois :** Espèce signalée comme n'étant pas consommée par le bétail. Quelquefois usages mineurs externes dans les dermatoses.

Hørøndjuruकेके

*Acanthospermum hispidum* (DC) (Asteraceae )

**Emplois :** L'utilisation thérapeutique de la plante est signalée seulement dans une préparation médico-magique (avec *Combretum glutinosa* et *Gardenia triacantha*) pour le traitement des affections hépato-biliaires.

**Efficacité thérapeutique :** Jain et Kar aux Indes ont obtenu à partir des feuilles avec un rendement de 0,2% une huile essentielle dont l'action antibactérienne a été testée sur 15 bacilles pathogènes et non pathogènes. Les plus sensibles étant dans l'ordre décroissant : *Corynebacterium diphtheriae*, *Salmonella typhi*, *Sarcinea lutea*, *Bacillus pumilus*, *Bacillus subtilis*, *Streptococcus faecalis*, *Pseudomonas pyogenes*.

Zaban                      *Saba sénégale* (ADC) pichon                      (apocynaceae )

**Emplois :** Application des feuilles pilées sur les brûlures comme cicatrisant kérato-plastique et sur les blessures comme hémostatique. Les vertus de la vapeur de feuilles bouillies pour les yeux des individus à vision déclinante, et l'inhalation de la vapeur pour calmer les céphalées et les toux rebelles.

Cekorobalafiya                      *Flacourtia flavescens* Willd                      (Flacourtiaceae)

**Efficacité thérapeutique :** les Flacourtiacées présentent un intérêt tout particulier en raison de la présence d'huile anti lépreuse dans les graines d'une quinzaine d'espèces indiennes, asiatiques et africaines.

Sebe                      *Borassus aethiopum* Mart                      (Palmées)

**Emplois :** les préparations de racines récoltées sur les jeunes pousses du ronier sont utilisées dans les maux de gorge et les bronchites. Utilisées aussi comme béchique pour les extinctions de voix et les enrouements. Le vin de palme obtenu par fermentation spontanée de la sève s'écoulant des bourgeons ou des stipes après incision, constitue une boisson. Considérée comme stimulant dans la plus part des médications aphrodisiaques.

Diabi (hené)                      *Lawsonia inermis* (L)                      (Mimosaceae)

**Emplois :** le décocté de feuilles est utilisé par les femmes pour la teinture des pieds et des mains. En boisson pour le rhumatisme articulaire, pour les séquelles de couche laborieuses ou d'avortements, en usage externe pour les foulures.

**Efficacité thérapeutique :** propriétés emménagogues et une action ocytocique nette attribuée à la lawsone (Superbi et coll.). Elle possède aussi des propriétés anti hémorragiques. Elles sont en outre une activité bactéricide notable, comparable à celle des sulfamides et pénicilline. Elles auraient aussi une légère activité vitaminique K.

Eucalyptus     *Eucalyptus camaldulensis* Mehn     (Myrtaceae)

**Emplois :** chez les wolofs les feuilles sont utilisées en décocté sucré pour les maux de ventre et les dysménorrhées.

**Efficacité thérapeutique :** les feuilles sont fébrifuges, toniques et astringentes, légèrement hémostatiques et anti parasitaires. L'essence est un antiseptique faible absorbé par la peau, les voies digestives et respiratoires. Utilisée aussi comme vermifuge. Mais cette essence est dangereuse à forte dose, car peut être responsable d'empoisonnement dont les symptômes sont : pâleur, cyanose, brûlure épigastrique, vomissements et diarrhées. Dans les empoisonnements sévères on constate du delirium souvent accompagné de faiblesse des articulations et de convulsion.

Sisan (sezan)     *Pseudocedrela kotschy* (Harms)     (maliaceae)

**Emplois :** en usage externe, utilisé pour le traitement du pian et des chancres syphilitiques. Rarement en usage interne pour les états fébriles.

**Efficacité thérapeutique :** action hypotensive chez le chien, et hypothermisante particulièrement nette chez le cobaye en état d'hyperthermie expérimentale.

Jurasonkalanin     *Feretia apodanthera* (Vahl)     (Rubiaceae)

**Emplois :** utilisé en médecine thérapeutique chez les peul-toucouleurs pour les urétrites, les adénites, les maux de reins (décocté de racines en bain et boisson), et en médecine vétérinaire pour rendre les vaches prolifiques (poudre de feuilles dans l'alimentation). En calmant pour les agités mentaux. Utilisé aussi comme bon antientéralgique.

guje-lador (Yiri-ladon)      *Loranthus sp*      (Loranthaceae)

**Emplois :** il s'agit presque toujours du *Tapinanthus bangwensis*. Joue un grand rôle dans la médecine magique et leur indication majeure concerne les traitements de la stérilité. Intervient aussi fréquemment dans le traitement de la toux et des voies respiratoires. En usage à la fois interne et externe, recommandé pour le traitement des courbatures, fatigues, phlébites.

**Efficacité thérapeutique :** une seule espèce figure au droguier et est inscrite à la pharmacopée française. C'est le Gui (*Viscum album* L.) dont les feuilles renferment un principe polypeptidique à action cardiotoxique la viscotoxine. Il agit comme hypotenseur, tonocardiaque, antispasmodique vasculaire et augmente la diurèse avec élimination d'urée.

Siri      *Burkea africana* (Hook)      (Caesalpinaceae)

**Emplois :** utilisé en usage interne comme béchique (décocté d'écorces). Le décocté d'écorce est aussi prescrit comme antinévralgique en boisson, lavage de tête, instillation nasale et auriculaire.

Neem, Sayijirin (Yirikunan)      *Azadirachta indica* (A. Juss)      (Maliaceae)

**Emplois :** utilisé comme diurétique et antiblennorragique. Le décocté de feuilles pour le paludisme, les œdèmes, les rhumatismes. Les écorces pour le diabète.

**Efficacité thérapeutique :** c'est un remède réputé pour les affections de la peau et ont des propriétés antiparasitaires reconnues. Chatterjee le margosate de sodium dans le traitement de la syphilis. Dans la manifestation primaire, les lésions initiales et secondaires disparaissent plus vite que dans les cas non traités. Heal et coll. ont trouvé pour les feuilles et les rameaux feuillés, un léger pouvoir insecticide. Abbott et coll. ont trouvé une action anticancéreuse sur le sarcome 180.

Balazan      *Acacia albida* (Del)      (Mimosaceae)

**Emplois :** Les préparations d'écorces et de racines sont considérées comme broncho-émollientes et fébrifuges. En traitement de maladie mentale chez les toucouleurs. Pour les rhumatismes et maux d'oreilles (le macéré concentré de racine) par les casamançais. Dans les

préparations aphrodisiaques par les peuls avec les testicules de taureau et les viscères de porc-épic.

nama *Piliostigma reticulatum* (DC) Hochst (Caesalpiniaceae)

**Emplois :** Les feuilles et les écorces chez les Wolofs sont utilisées pour les gargarismes, instillation, inhalation, fumigation pour les maladies englobant céphalées, odontalgies, oreillons. On reconnaît aux écorces des propriétés antidiarrhéiques et antidysentériques. En usage externe les feuilles et écorces sont utilisées comme cicatrisant surtout pour les circoncisions.

**Efficacité thérapeutique :** Les seules études faites, à notre connaissance, concernent l'activité antibiotique et antipaludique des extraits. Elles n'ont pas donné de résultats.

L'acide tartrique est utilisé comme laxatif et rafraîchissant notons que l'intérêt de la plante comme source d'acide tartrique est loin d'être négligeable pour l'Afrique. Il n'y a pas en effet de production industrielle synthétique de ce corps, et les quelques 15000 t utilisées annuellement pour la fabrication des eaux et boissons gazeuses, l'industrie des levures industrielles sont produites en Europe presque uniquement à partir des raisins, le tamarinier provenant des Indes et étant d'un prix trop élevé.

## 6.4. Résultats socio-anthropologiques

## 6.4.1 - Etude de cas

### Femmes

Nom : M.B

Age : 23ans

Bambara

Mariée depuis 7 ans. Foyer monogamique pendant notre séjour sur le terrain

Un enfant vivant âgé de 7 ans de sexe féminin.

### Histoire de la maladie

Cette femme de 1,60 m pèse 55 kg. Son premier enfant est né quelques mois après son mariage et elle a fait plusieurs années après sans concevoir. Il y a 4 ans, elle a conçu, mais au bout de trois mois, elle fut sujette à une interruption de grossesse. Ce scénario s'est répété avec le même résultat après deux ou trois mois de grossesse. Selon la femme, la maladie est grave pour deux raisons :

- les douleurs qui précèdent l'avortement sont insupportables, et
- Elle n'arrive plus à avoir un enfant.

### Diagnostics de la femme

Lors de notre premier séjour, elle nous avait dit *konɔdimi*.

Lors de notre deuxième passage, elle nous dit *tonsojimi* ou *mɛleke*.

### Itinéraires suivis par la femme

- Au début de la maladie, elle s'est rendue au centre de santé. Nous lui avons posé la question de savoir pourquoi ? Elle a répondu que les douleurs étaient insupportables, et l'initiative de se rendre au CSCom venait d'elle. Elle ne connaît pas le diagnostic émis par les agents (la sage-femme) du CSCom. Le traitement administré à la femme est : pénicilline G, gentamicine, paracétamole, heptamyl, métronidazole, pendant 7 jours. Tous ces médicaments ne l'ont pas soulagé, elle n'a toujours pas pu conduire une grossesse à terme.
- En deuxième recours, elle a commencé une automédication ordinaire à base de plantes médicinales qu'elle ne connaît pas parce que le traitement était délivré par le chef de la famille qui est son beau-père.



- En troisième recours, elle est allée chez un tradithérapeute parce qu'elle n'avait pas été soulagée par la médecine moderne. Ce conseil lui a été donné par son beau-père, chef de la famille.

Un des thérapeutes traditionnels est une femme nommée H, domiciliée à Molodo.2.

La vieille femme lui a dit qu'elle a mal au ventre (son diagnostic *tonsojimi*), mais cela ne peut pas lui empêcher de faire des enfants. Elle souffre surtout dans sa tête et c'est cela qui la dérange. Elle a utilisé des cauris pour poser son diagnostic. Cette thérapeute traditionnelle n'a pas reçu de rémunération.

Le traitement dont elle ne connaît pas la composition devait être pilé et mélangé avec du tamarin.

Mais elle dit avoir vu plusieurs autres que son entourage ou sa famille lui proposait. Le prix du traitement variait de 5000 à 15000 francs C.F.A. Parfois elle donnait 2 à 4 pagnes comme sacrifice.

Les traitements ont été pris en charge par son mari selon elle.

#### Conduite que nous avons suivie pendant notre séjour sur le terrain

Lors de notre premier séjour, la femme ne s'était pas expliquée, selon elle, parce que nous étions accompagné d'un guide interprète de sexe masculin et résidant dans le village. Au deuxième séjour, nous avons moins besoin du guide interprète car notre *bamanakan* s'était amélioré. Lorsque nous sommes allés vers elle, elle nous a raconté son histoire. Nous lui avons expliqué qu'il faudrait vraiment qu'elle fasse quelques examens biologiques qui ne sont possibles qu'au centre de santé de Niono. Elle nous a dit qu'elle n'avait pas d'argent et son mari est allé à Bamako depuis un mois.

Après avoir résolu le problème financier, nous avons fait un mot pour le chef du centre de santé de Niono. Les examens qui ont été demandés par le chef du centre étaient :

- ECBU
- NFS-VS
- Selles POK
- BW
- Groupe rhésus
- Toxoplasmose

Les résultats obtenus étaient:

- présence de pus dans les urines (ECBU)
- **BW positif**
- groupe A+
- toxoplasmose négatif

Le chef du centre de santé de Niono lui a dit qu'elle souffrait de *tonsojimi*.

Le traitement recommandé était : benzathine pénicilline (extencilline) 2,4 MU, une fois par semaine pendant 3 semaines. Même traitement pour le mari.

Le traitement a été pris en charge par nous sur le terrain. Le mari réticent lors de notre second séjour sur le terrain, est venu après que sa mère le lui ait demandé, faire deux injections pendant de notre troisième séjour (octobre 2000).

Au mois de mars 2001, lors d'une visite de courtoisie dans le village, M.B. était enceinte de 7 mois. Depuis notre traitement elle n'est plus allée chez un thérapeute traditionnel. Elle est allée au centre de santé de Molodo pour une consultation prénatale et pour l'injection de la première dose de vaccin contre le tétanos.

Au moi de mai 2001, elle a accouché d'un garçon qui se nomme L.S. La maman et et bébé se portaient bien.

## **Enfant**

Nom : C.G

Age : 3 ans

Sexe : masculin

Bambara

Domicile : *sama were*

Rang dans la famille : 7<sup>ième</sup> (issu de la 11<sup>ième</sup> grossesse). La maman a eu G12 P10 V8 (12 grossesses, 10 parités, 8 enfants vivants et elle est âgée de 39 ans).

## Histoire de la maladie

Le début d'après la mère remonte à la naissance de l'enfant. Cela a commencé par les douleurs abdominales (*kɔnɔdimi* selon la maman) accompagné de diarrhée. C'était la troisième fois que la maladie atteignait l'enfant. Selon la mère, elle est très grave parce que l'enfant perd beaucoup d'eau. Sa tête et son ventre chauffent. La première fois, elle ne savait pas de quoi était due la maladie. L'enfant est vacciné (les 3 doses de polio orale, vit A, BCG).

## Diagnostic de la maman

*Kolobɔ*, La deuxième et la troisième fois

## Itinéraire thérapeutique de la mère

- La première fois, elle est allée au centre de santé de Molodo. Elle a traité l'enfant en fonction de l'ordonnance que lui a remis la sage femme (agent de santé). Elle ne connaît pas le diagnostic de la sage femme. L'enfant a été soulagé.

- La deuxième fois, elle a fait a recours a une automédication ordinaire à base de plantes médicinales sans succès.

La troisième fois, elle est rentrée au centre de santé, sans soulagement. C'est alors que la sage femme du centre de santé de Molodo lui a demandé d'aller voir un thérapeute traditionnel.

En quatrième recours, elle est allée à Kafolébugu, chez une vieille guérisseuse.

## Le diagnostic du thérapeute traditionnel

Le diagnostic *Pasadimi* a été émis après consultation à l'œil de l'enfant, et interrogatoire de la maman.

Le traitement donné, est à base de feuilles de *dubalen* (*Ficus thonningii* Blume).

La vieille femme ne prend pas d'argent, mais la maman lui a donné 200 francs pour la kola.

Le traitement a été pris en charge par le père (selon la mère).

Selon la maman, la médecine traditionnelle lui a donné plus de satisfaction pour avoir guéri la maladie de son enfant.

#### Conduite que nous avons tenu sur le terrain

- Lors de notre premier passage, la maman n'avait pas sollicité nos services.

- Au deuxième passage, l'enfant se portait très bien, avait grossi, et commençait déjà à marcher malgré son retard (environ 18 mois).

- Au troisième passage, nous avons trouvé l'enfant malade. Selon la maman, il souffrait de *togotogoni* et la maman avait recours à une automédication ordinaire à base de plantes médicinales. Le traitement n'avait pas soulagé l'enfant.

Nous lui avons donné de la nivaquine, cotrimoxazole. Ce qui a arrêté la diarrhée et le sang. Malgré ce traitement, l'enfant maigrissait. Selon la maman c'est parce qu'il refuse de s'alimenter car il souffrait de *kandimi*.

Un mois après notre arrivée, elle nous demande de faire la circoncision de l'enfant. Nous lui avons demandé pourquoi? Parce que l'enfant souffre de *boloko bana* elle a répondu. Si nous faisons l'acte il sera soulagé.

Quelques temps après elle revient et nous dit qu'en vérité elle est enceinte, et son enfant a tété le sein au moins un mois pendant sa grossesse. Voilà pourquoi l'enfant maigrir, il souffre de *pasani*. Pour cette maladie, elle a entrepris de revoir le thérapeute traditionnel, qui lui a donné un médicament.

Par la suite nous lui avons proposé de nous rendre au centre de santé ensemble. Ce qui avait été fait.

Notre diagnostic était le marasme (malnutrition).

Le traitement donné est une hygiène alimentaire de l'enfant et quelques vitamines et antibiotiques, plus du fer en comprimé.

## Accouchement

H.C. ; Epouse A.S

Age : 29 ans

7 grossesses, 8 parités. Nous ne connaissons que 3 enfants vivants. Elle avait fait un premier mariage dans lequel elle a eu 3 grossesses et 3 parités. Elle a eu son premier enfants vers l'âge de 17 ans.

Le 15 septembre 2000, la jeune femme qui ne connaissait pas exactement le nombre de mois de sa grossesse est allée au centre de santé de Molodo pour sa 3<sup>ème</sup> consultation prénatale.

Les douleurs abdomino-pelviennes commencent alors qu'elle rentrait chez elle au village vers 14 heures. Malgré cela elle passe la nuit dans le village. Le lendemain 16, son mari rentre dans notre cour et se dirige vers une des femmes âgées. Celle ci vient nous voir et nous demande si nous pouvons aller examiner l'épouse du monsieur. En examinant le carnet de consultation de la femme, le rendez-vous suivant était pour le mardi 29 septembre 2000.

Pendant notre examen nous constatons que la tête de l'enfant est engagé. Nous posons à la parturiente la question de savoir si elle a déjà perdu les eaux. Non pas encore, mais ne vous en faites pas si ça ne sors pas par le bas, il se pourrait que je l'ai vomit. Cela m'arrive souvent de vomir ce liquide, dans ce cas il ne sors pas par le bas.

Nous nous sommes installés auprès de la femme en présence d'une vieille. Nous encourageons la femme a pousser, ce qu'elle avait correctement fait et nous avons aperçu la tête de l'enfant qui avait provoqué la rupture de la poche des eaux. Juste après la tête de l'enfant rentre en arrière. Nous avons fait un toucher, mais nous n'avons pas pu toucher l'occiput de l'enfant, seul les bords du col étaient palpables. La femme épuisée par les contractions ne pouvait plus pousser. Au fil du temps elles n'étaient plus toniques.

Sur le terrain notre principe était de ne pas utiliser les ocytociques pendant les accouchements. Mais devant ce tableau et la durée du travail, nous avons dilué la moitié d'une ampoule de syntocynon dans du sérum physiologique dans une seringue de 10cc. Nous avons fait une injection intra musculaire de 5cc. A peine deux minutes après les contractions utérines avaient repris avec une forte intensité. Ce qui a provoqué la naissance d'un enfant avec un cordon court, une circulaire du cordon et la sortie au même moment du placenta accompagné d'un caillot de sang.

L'Apgar à la première minute était à 3 (battements cardiaques inférieurs à 100, hypoventilation, hypotonie musculaire, coloration rose, mais extrémités cyanosées). A la cinquième il était à 5. Le nouveau-né ne pouvait pas inspirer assez d'air pour pousser son

#### 6.4.2 - Caractéristiques socio-démographiques de Mapale

Le village de Mapale a une population après recensement de 1216 habitants. Les femmes en âge de procréer (14 à 49 ans) sont 304 donc forment 25% de la population totale du village, les enfants de 0 à 5 ans sont 256 donc 21% de la population totale du village. Nous avions à la fin du mois de novembre 1999, 80 grossesses attendues.

Le taux d'alphabétisation du village est très bas, de l'ordre de 0,9% de la population totale ; le taux de scolarisation de l'ordre de 3,6% de la population totale dont 6,2% pour les hommes et 1,12% pour les femmes. 20 garçons pour une fille sont inscrits dans une médersa.

L'âge de mariage de la fille est de 16 ans en moyenne et l'âge de la première grossesse est de 17 ans.

Selon K.D "*ni muso bangi kany a te san fila temε, ni bangi many a b'a temε*".

Les femmes ne connaissent pas la date exacte de la conception, ni le mois de leur grossesse. Elles commencent à se poser des questions si une aménorrhée survient pour celles qui sont réglées. Pour les autres c'est en général quand elles sentent bouger quelque chose en elle ou à l'apparition de certains signes tels que les vomissements, les nausées. La prise de poids n'est pas très significative dans le village parce que les femmes prennent rarement du poids pendant leur grossesse. En général à la moindre douleur, la première question que la femme se pose est : *a sera ?* ou *a ma se ?*

54,5% de femme du village ne font pas de consultations prénatales. Le mois de grossesse pendant lequel elles vont faire les consultations prénatales est (figure 16) :

premier cri. Notre diagnostic était une détresse respiratoire. L'aspiration nasale et buccale du nouveau-né a été exécutée par la grande mère paternelle de l'enfant. Nous avons fait des massages cardiaques à l'aide d'alcool sans succès.

La vieille femme présente, nous demande de lui laisser la place afin d'utiliser leurs méthodes. Elles font une pression dans leur bouche et aspergent avec force le nouveau-né, en continue pendant environ 15 secondes. L'eau qui est dans la bouche ne doit pas se réchauffer. Cette technique est reprise autant de fois que possible, jusqu'à ce qu'il pousse son premier cri. Après ce traitement l'enfant avait retrouvé une coloration rose mais avait toujours des difficultés pour inspirer de l'air.

Notre conduite a été de lui donner quelques gouttes de célésten, ce que nous avons fait deux fois dans la journée. A la maman après examen du placenta, nous avons fait un massage abdominal et nous lui avons administré du méthergin en intra musculaire. Par la suite nous lui avons donné de la viscéralgine en cp contre les tranchées.

Le lendemain matin nous sommes allés voir l'enfant et la maman. Elle nous a dit que l'enfant avait passé toute la nuit à crier.

En général nous observons la maman et son enfant tous les jours pendant une semaine. Ceci pour faire le pansement ombilical de l'enfant et observer l'hygiène de la maman. Deux jours après la naissance de l'enfant nous sommes allés le matin faire un pansement ombilical au nouveau-né. La maman nous a demandé de nous installer et d'attendre sa belle-mère. A l'arrivée de celle-ci, elle nous a gentiment demandé de ne plus continuer le pansement ombilical parce qu'elle applique un médicament traditionnel destiné à accélérer la chute du cordon. Ainsi les douleurs abdominopelviennes (tranchées) de sa belle fille diminueront d'intensité et elle pourra sortir dans la cour sans peur.

Le jour du baptême de l'enfant la maman nous a envoyé un savon avec une somme de 250 francs CFA.

15 jours après l'accouchement, nous avons conduit la maman et l'enfant au centre de santé pour une consultation post natale de la mère et les premiers vaccins de l'enfant.

Au mois de février 2001, l'enfant et la maman se portaient bien.

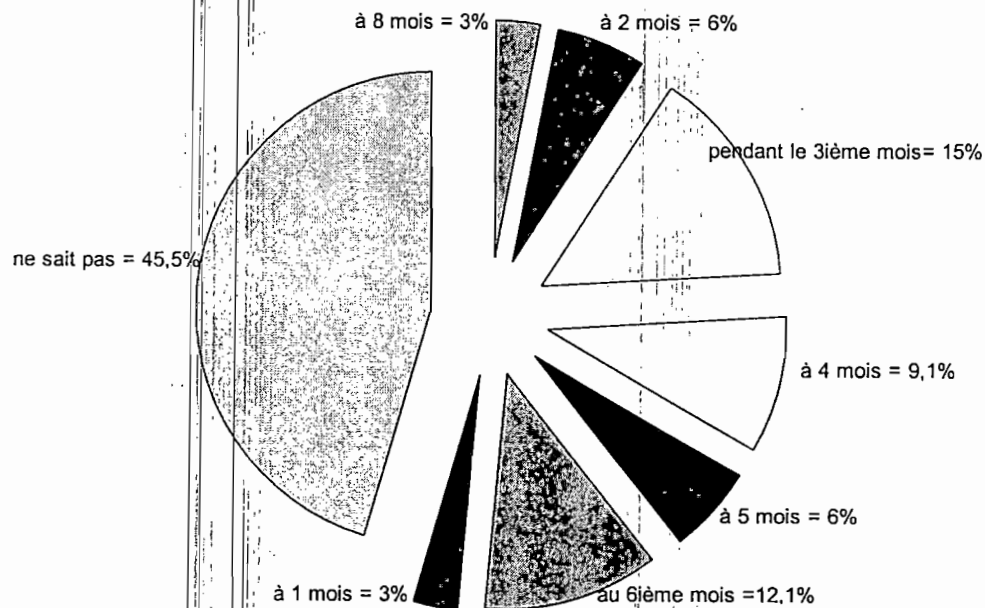


FIGURE 16 : Différentes périodes de consultations prénatales

15% de femmes consultent à partir du 3<sup>ième</sup> mois de grossesse, 12,1% au 6<sup>ième</sup> mois. Le faible taux de consultation prénatale pendant le premier mois de la grossesse (6%) illustre les difficultés que les femmes ont à diagnostiquer une grossesse à ses débuts.

Le taux élevé de "je ne sais pas" explique que les femmes ne connaissent généralement pas l'âge de leur grossesse.

Les femmes de Manyale ne connaissent pas le nombre de grossesses qu'elles ont eu ni le nombre d'enfants nés vivants, ni le nombre d'enfants en vie actuellement (*compter ses enfants est signe d'auto-malédiction, de mécréance, d'hérésie et d'arrogance si ce n'est pas un aveu de sorcellerie en particulier dans le cas des mort-nés !*). (Rabain, 1979 : 161-212 ; Bonnet, 1988 : 41-46)<sup>8</sup>. Cet état de fait s'explique par le fait que chez les Bamanan (majoritaires à Manyale), on ne doit pas compter ses enfants de peur de les perdre.

Les bamanan interdisent de clamer sa chance. Pour y perdurer, il faut la savourer en silence en évitant surtout de blesser celles qui n'ont pas d'enfants, au risque d'être réduit au même état.

<sup>8</sup> Doris Bonnet, 1988: L'arrachement de l'autre monde, in *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi*, Burkina Faso, Éditions de l'ORSTOM, Collection Mémoires, N. 110, Paris, 1988, 138 pages.  
 Jacqueline Rabain, 1979: L'enfant imagé et l'enfant imaginaire, in *L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge chez les Wolof du Sénégal*, Payot, Paris, 1979, 237 pages.



En revanche une infirmière du C.S.Com trouve que :

*" ici les mariages sont en majorité polygamiques et chaque femme se glorifie du nombre de grossesses et d'enfants qu'elle a "*

**TABLEAU XXIV- CLASSIFICATION DU NOMBRE DE GROSSESSE PAR FEMME**

Nombre de grossesses	Fréquences de femmes	Pourcentage %
1	5	15,2
2	2	6,1
3	1	3,0
4	2	6,1
5	3	9,1
7	1	3,0
8	7	21,1
9	4	12,1
10	1	3,0
11	2	6,1
13	1	3,0
Ne sait pas	4	12,1
Total = 33 femmes		total = 100

Les femmes du village de Mapale ont en moyenne :

- 6,172 grossesses par femme (indice synthétique de fécondité) ;
- 5,931 enfants nés vivants ;
- 4,276 enfants vivants.

Ces femmes perdent en moyenne 1,65 enfants, avec 0,32 fausse couche et 0,10 enfant mort-né.

Les accouchements ne se déroulent pas de la même façon pour les primipares et pour les multipares. Les primipares accouchent généralement en position assise, assistées par une femme, leur mère ou leur belle-mère. Celle-ci s'assoie, la parturiente se cale entre ses jambes et pose son dos sur la poitrine de la femme.

Les multipares accouchent généralement seules. Couchées sur le sol, elles laissent faire la nature tout en poussant. A la naissance de l'enfant, elles appellent un membre de la famille de sexe féminin à qui elles demandent de chercher l'accoucheuse traditionnelle.

### *Mortalité infantile*

La mortalité infantile est très élevée dans la localité (2 décès par femme) mais n'est pas la même dans les différents *were*. En effet les femmes des *were* tels *Benkɔwɛrɛ*, *Amadijɔwɛrɛ* et *abilayiwɛrɛ*, les plus excentrés du noyau du village soit *samawɛrɛ* sont les plus frappées par la perte d'enfants. Elles perdent en moyenne 2,5 enfants contre 2 enfants chez les femmes des autres tels *samawɛrɛ*, *marakawɛrɛ*, *jarakawɛrɛ*, etc. Ceci est dû au fait que tous les programmes de vaccination et les causeries-débats reliés à l'hygiène de l'eau, à l'alimentation et aux soins infantiles, se déroulent généralement à *Samawɛrɛ* et les femmes des *were* les plus éloignées, respectivement 2,5 kms pour *Abilayiwɛrɛ*, 3 kms pour *Benkɔwɛrɛ* et 3,5 kms pour *Amadijɔwɛrɛ* à certaines périodes de l'année, ont un accès difficile à cause du débordement du *fala* qui les sépare de *Samawɛrɛ*.

Les enfants meurent en général aux âges suivant par ordre décroissant.

- A l'âge de 2 ans ;
- A la naissance ;
- A 7 mois, 10 mois, 1 an, 3ans, 4ans, 7ans, 9ans, 10ans.

Les causes de décès sont par ordre décroissant.

- *kɔɔdimi* ; Diarrhée, vomissements, fièvre ; *Demisen bana* ; *ɲɔnin* ; *fogofogonɔɔ*, *pasani*, *fenmiseni*, *tɔɔtɔɔni*, *kɔɔboli*, *tonsoɲimi*, *leminanbo*, *sumaya* ; Un cas d'accident et *koloci*.

Pour les femmes, les jeunes garçons sont plus vulnérables aux maladies que les filles. Ils sont surtout vulnérables au *sumaya*.

Certaines femmes dans le village sont au courant du planning familial et elles font ce planning à l'insu de leur mari. La méthode la plus utilisée est l'injection du contraceptif (confiance) tous les 3 mois. Selon les statistiques du centre de santé de Molodo, concernant le planning familial, à Mapale, nous avons recensé 44 femmes donc 10% qui prennent des contraceptifs.

### *Méthodes de planification des femmes*

Les femmes utilisent deux voire trois méthodes d'espacement :

1 - Aussitôt que tu vois tes règles, tu commences à compter à partir de ce jour jusqu'à peu près 10 jours (donc environ 5 à 6 jours après la fin des règles). Pendant tout ce temps tu ne dois pas avoir des rapports avec ton mari car "*den so da be yele*". Aux environs du 15<sup>ième</sup> jour jusqu'au début des règles suivantes tu peux avoir des rapports sexuels, parce que "*den so da tugura. Fosi te do ble*".

2 - L'allaitement maternel ;

3 - Chez d'autres telle l'infirmière, l'allaitement à la demande de l'enfant non-sevré et la non-survenue des règles constituent la preuve ou valeur contraceptive.

Les hommes des foyers monogamiques n'ont pas de difficulté à donner le nombre d'enfant qu'ils ont, mais ceux des foyers polygamiques n'arrivent jamais à vous donner le nombre exact de leur progéniture.

### 6.4.3 - Perceptions et systèmes de représentations reliées à la santé, à la maladie et aux soins

#### 6.4.3.1 - La notion de santé et de maladie

Selon notre guide local, monsieur B.T : " *les personnes de Majale se comparent aux moteurs d'une voiture. Tant qu'il n'est pas en panne, il peut encore transporter. S'il tombe en panne, on va au garage (hôpital) et les pièces de rechange sont les médicaments prescrits par le docteur. Les frais d'hôpitaux sont considérés comme un gaspillage de ressource* ". .

#### *Notion d'épidémies*

Selon une infirmière : " *Lors des épidémies de rougeole et de choléra, les enfants des autres wεε sont plus touchés que ceux de samawεε, jɔnwεε et sokura parce que les mamans négligent les séances de vaccination et les causeries* ". .

Ici les femmes portent leurs enfants au dos jusqu'à deux ans et demi. Le pagne avec lequel elles attachent l'enfant est précieux et ne doit en aucun cas brûler. Si par maladresse un jour ce pagne se brûle, même un tout petit peu, il ne faut surtout pas que la femme le cache. Il faut qu'elle le dise aux autres femmes qui ont des enfants au dos. Celles ci vont se réunir et vont faire un rite. Si ce rite n'est pas fait, il y aura apparition de maladies infantiles dans le village. Tous les enfants du village seront malades (*demisen bana bēna den bε mine. Sɔgɔgɔgɔ, ketekete, jɔnin, kɔnɔboli*). Il y aura beaucoup d'enfants qui vont mourir, d'autres qui seront malades pendant longtemps malgré l'administration de médicaments modernes ou traditionnels. Pour éviter cela il faut faire le rite comme suite :

- La nuit les femmes qui ont des enfants au dos se réunissent, chacune avec le pagne avec lequel elle attache son enfant au dos. Ces femmes se débarrassent de leurs habits et restent seulement avec les dessous, ensuite elles attachent le pagne de leur enfant autour de leur poitrine. Elles prennent chacune un bois qui a un bout incandescent. Lorsque le signal est donné, elles se rendent en courant à un carrefour tout en chantant "*denba jugu y'a den bomina jeni*". Elles déposeront leur bois à un carrefour où, s'il n'y a pas de carrefour, elles vont les déposer sur la rue qui va vers le sens du coucher du soleil. Elles reviennent sur le lieu de départ toujours en courant et en chantant.

Ainsi même s'il y a épidémie, les enfants guériront vite après un traitement moderne ou traditionnel simple, et il n'y aura pas trop de décès.

- Si une femme cache le pagne de l'enfant qui a brûlé et qu'arrivent des épidémies, il y a des précautions à prendre.

1° aucun enfant ne sort hors de sa cour familiale.

2° le chef de la famille va faire un traitement traditionnel savant pour tous les enfants de sa famille.

Comme cela l'épidémie passera devant la porte de la cour et n'entrera pas dans la famille.

- *Qu'est ce que les femmes considèrent comme maladie et qu'est ce qui n'est pas maladie?*

Cas du *kolobɔ*

Lorsqu'un enfant qui n'a pas encore fini de pousser ses dents tombe malade, avec des symptômes suivants : fièvre, vomissements, diarrhée. Le premier diagnostic des femmes est *kolobɔ*. Mais lorsqu'il n'y a pas de diarrhée, elles disent "*ayi, kolobɔ tɛ, a te bo seri, a fari be goni drɔn, kolobɔ tɛ, bana yɛɛ yɛɛ don. Ni kolobɔ don a be tile ka bo seri.*" [ Non ce n'est pas la poussée dentaire, il n'y a pas de diarrhée. Son corps chauffe seulement, c'est la maladie. Si cela avait été la poussée dentaire, il ferai la diarrhée]. Ce qui signifie que le *kolobɔ* n'est pas considéré par les femmes comme une maladie, c'est juste le cours normal de l'évolution d'un enfant.

Plusieurs femmes avec des enfants souffrant de conjonctivite ne venaient pas vers nous. *Pourquoi ?* Elles ne traitent pas cette affection, surtout quand il s'agit d'un enfant de moins de 18 mois parce que "*kolobɔ nedimi don, bana tɛ*" [ c'est une conjonctivite due à la poussée dentaire, ce n'est pas une maladie].

Quand une femme venait nous voir avec son enfant et nous trouvait entourée d'autres femmes, elles lui posaient la question de savoir de quoi souffre son enfant. Elle répondait de diarrhée. Si cet enfant avait l'âge de pousser des dents (surtout aussi si les selles sont liquides, avec les signes tels que les pieds froids, le ventre et la tête chauffent), les femmes directement posent le diagnostic ordinaire *kolobɔ* et demande à la femme de rentrer chez elle. "*Ta so, bana tɛ, kolobɔ don*".

- *Lorsque maintenant la femme considère qu'elle est malade ou que son enfant est malade, quels sont les signes d'alerte ?*

Les symptômes d'alerte chez les mères sont par ordre :

l'apparition de fièvre (*a fari be goniya*), de diarrhées (*a be bo seri* ou *a kɔnɔ be kari*) avec ou sans présence de sang, de vomissements (*a be fɔnɔ* ou *a be jɔntɛ*), enfin apathie (*a be tile ka sunɔɔ* ou *a te klo ke ble*) et le refus de s'alimenter (*a te son dumuni kɛ*).

Les symptômes d'alerte chez les femmes sont :

En premier *kungolodimi*, ensuite les douleurs (*dimi*) et enfin les frissons. Le *kungolodimi* généralement pour le *mura*, les douleurs comprennent les douleurs abdomino-pelviennes et les douleurs (brûlures) pendant la miction.

Le cas du *n'koroshyen* est assez particulier, les troubles symptomatologiques liés à cette maladie ne déclenchent pas une situation d'alarme chez les parents. Il n'y a pas de fièvre, ni de diarrhée. Ce qui explique que les femmes ne mentionnent pas la maladie spontanément. Elles en parlent seulement si je leur pose la question.

#### **6.4.3.2 - Problèmes de santé**

Nous avons interrogé les mères de 107 enfants pour notre étude. 18 enfants n'étaient pas malades selon leurs mères.

89 femmes ont été interrogées dont 30 en bonne santé.

Le début de la maladie n'est pas toujours connu par la mère de l'enfant (selon elles, les enfants jouent et se déplacent beaucoup), elles se rendent compte seulement quand l'enfant devient paresseux et apathique. Les mamans remarquent très vite que leur fillette est malade car elles sont des aides très précieuses. Lors de l'interrogatoire, elles décrivent sans difficulté les signes de la maladie des enfants de 0 à 5 ans d'âge parce qu'elles passent la nuit avec les plus jeunes, ce qui n'est pas évident pour les plus âgés.

Selon l'aide soignant du village la prévalence des maladies infantiles dans la population est : *Sumaya* ; *n'korosyɛn* et enfin *sayi*.

Le temps écoulé entre le constat de la maladie et le début du traitement est très variable. Cela dépend si nous ne sommes pas sur le terrain ou si nous y sommes. Les moyennes en fonction de certaines maladies sont (cf. itinéraires thérapeutiques p.79 ; 90).

- Pour le *sumaya* il est d'environ 2 semaines ;
- Pour le *kolobɔ*, cela peut aller jusqu'à un mois ;
- Pour les infections dermatologiques, elle va de un mois à plus de trois mois.

Lorsqu'est posée la question de savoir pourquoi tout ce temps, elles répondent, "*a man juguya folɔ*" [ce n'est pas encore grave]. 17% des mères ont dit que la maladie de leur enfant n'était pas grave. L'enfant peut être "malade", mais pour la mère, s'il joue, s'il arrive à manger ou si la durée de la maladie n'a pas été longue, cela ne représente pas une "maladie grave".

Et quand la question est posée pour elles-mêmes, elles disent, d'abord parce qu'elle n'est pas encore alitée (peut vaquer à ses occupations : 22%), ensuite pour rien (19% des femmes nous ont donné la réponse "*fosi*" [rien]). Ce qui nous amène à poser la question de savoir :

- ***Qu'est ce qui représente la gravité d'une maladie ?***

Trois stades de gravité existent selon les mères :

- Gravité liée à l'état fonctionnel de l'enfant, 29% : - L'enfant fait beaucoup de selles, perd beaucoup d'eau, peut contaminer, ne s'alimente plus. Il maigrit ou tousse beaucoup la nuit.
- Gravité liée à l'état d'éveil de l'enfant, 22% : Il est très faible et fatigué, ne joue plus et pleure toujours.
- Et enfin pour 3% c'est lorsque la maladie l'a dépassé (généralement après une automédication sans efficacité), pour les mères qui ont entrepris un traitement.

28% des mères n'ont pas donné de réponse précise.

Pour les femmes

- Ensuite parce que elle a très mal (la douleur physique) : 20%et,
- Quand elles ont de la peine à vaquer à leurs occupations quotidiennes : 17% ;
- Enfin parce que la maladie qu'elles traînent ne se traite pas et parce que toutes leurs grossesses n'arrivent pas à terme : 2% chaque.

19% n'ont pas donné de réponses précises.

### 6.4.3.3 - Episodes morbides

Nous commencerons par expliquer comment certains symptômes émis en bamanan ont été traduits par le médecin.

La diarrhée = *kənɔboli* ; *kənɔkari*

La fièvre = *fari be goniya* ;

Le vomissement = *jɔntɛ* ou *fɔnɔ* ;

La diarrhée avec présence de sang = elles répondaient parfois en disant *tɔgɔtɔgɔni* ou, *ni a be bo kɛ, joli be bɔ* ou *joli be bo la* ;

La douleur abdominale ou pelvienne = *kənɔdimi* ;

Le bouton = *kuru-kuru* ou *buo-buo* ;

La plaie ou blessure = *joli* ;

Le refus de s'alimenter (anorexie) = *a té son dumuni kɛ* ;

La glaire = *yiri yiri* ;

Le frisson = *ne fari be yɛɛ yɛɛ* ou *ne be yɛɛ yɛɛ* ;

Les courbatures = *ne fari fan bɛ be ne ndimi* ;

Les céphalées = *kungolodimi* ;

Les dysménorrhées = ce diagnostic est posé après les explications de la femme. "*ni ne rɛgli bena, ne kənɔ be ne dimi tile fɔɔ ou fo rɛgli be ban a ndimi te ban*".

- Pour les 89 enfants qui présentaient un signe pathologique, la fréquence des épisodes morbides est la suivante :

*Kolobɔ* à 3% ; "La fièvre" à 10%, "les douleurs abdominales et les diarrhées" à 21% ; Les infections de la peau à 2% ; "les céphalées" à 2% ; "chaleur à la tête et aux pieds" à 2% ; *le sumaya* à 38%, les infections oculaires à 1% ; autres à 4%, enfin 17% n'avaient aucune idée.

- Pour les 49 femmes qui s'étaient présentées une souffrance, la morbidité est classée comme suit :

Céphalée à 18% ; *kənɔdimi*, "la douleur" à 12% chacun ; les frissons à 11% ; les maladies de la grossesse et de l'accouchement à 5%, enfin "la douleur à la miction" et la fièvre à 2% chacun. 39% de femmes n'ont pas donné de réponse précise.



## Les diagnostics ordinaires

### Des enfants

Pendant la saison sèche fraîche, les mères de 50 enfants ont été interrogées. 4 enfants ne présentaient pas de maladies. Pendant la saison sèche chaude, les mères de 28 enfants ont été interrogées et 14 enfants ne présentaient pas de signes pathologiques. Pendant la saison des pluies, les mères de 29 enfants ont été vues, tous présentaient un signe pathologique.

### Saison sèche fraîche

Pour les mères qui ont cité la diarrhée avec présence de sang comme épisode morbide, 37,5% ont dit que le début de l'épisode remonte à plus d'un an. L'entité émise pour cet épisode morbide est : *sumaya* : 50% ; *kolobɔ* 12,5% et 35,5 % ont dit "fosi".

33,3% de celles qui ont dit fièvre, diarrhée avec ou sans vomissements donne une durée de moins de 7 jours. Les entités émises sont (figure 17) :

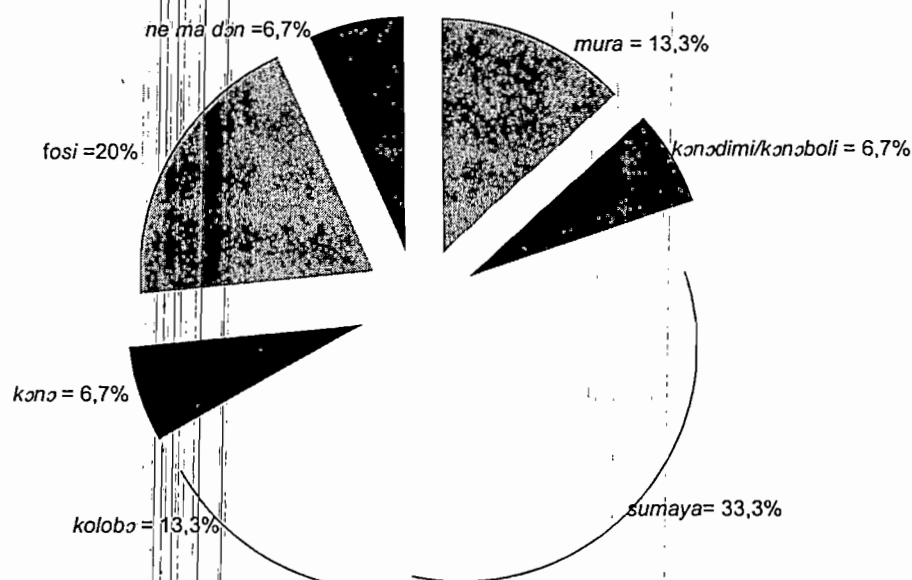


FIGURE 17 : Différentes entités émises pour les symptômes diarrhée, fièvre avec ou sans vomissements pendant la saison sèche fraîche.

Pour ce qui est des signes : "chaleur à la tête et aux pieds", l'âge des enfants est dans la fourchette 0 à 23 mois. Les signes apparaissent quelques mois après la naissance. 2 femmes ont cité ces signes et les deux ont émis l'entité *kolobɔ* pour diagnostic ordinaire.

Par contre certaines ont cité *kolobɔ* comme épisode morbide. 66,7% des enfants avaient moins de 1 an et 33,3% l'âge de 3 ans. 66,7% des mères n'ont pas donné de diagnostic ordinaire, elles se sont contentées de nous dire "fosi" [rien] et 33,3% ont donné celui de *mura*. Nous pouvons dire que seule la mère de l'enfant âgé de 3 ans a donné un diagnostic ordinaire qui est *mura* pour l'épisode morbide *kolobɔ*.

**TABLEAU XXV- COMPARAISON DE LA CLASSIFICATION DES SIGNES EMIS PAR LES MÈRES ET DE LA CLASSIFICATION DE LEURS DIAGNOSTICS ORDINAIRES PENDANT LA SAISON SECHE FRAICHE**

Symptômes	%	Entités	%
1°- Diarrhée, vomissements, fièvre	30	1°- <i>Sumaya</i>	22
2° - Diarrhée avec sang	15	2°- <i>Mura</i>	17
3°- Diarrhée et fièvre	7	3°- <i>Kɔnɔdimi et tɔɔtɔɔni</i>	13
4°- Douleurs abdominales ; Chaleur à la tête et aux pieds ; Diarrhées	4% chaque	4°- <i>Kolobɔ</i>	11
5°- Boutons et plaies ; Conjonctivite	2% chaque	5° <i>Kuru-kuru, jɛdimi</i>	4

Cette saison, 30% de mères n'ont pas donné de réponse précise concernant les symptômes et 4% concernant les diagnostics.

Nous constatons que les mères donnent le diagnostic ordinaire *Sumaya* à la symptomatologie fièvre, céphalées et s.

Chez les enfants de moins de 6 ans (surtout ceux de 0 à 3 ans) le paludisme est généralement accompagné de signes rhinopharyngés, ce qui peut expliquer la place du diagnostic *mura* en deuxième position. Les diagnostics ordinaires *tɔɔtɔɔni* et *kɔnɔdimi* viennent en troisième position. En quatrième position *kolobɔ*, enfin *kuru-kuru* et *jɛdimi*.

#### Saison sèche chaude

Les mères qui ont cité les signes diarrhée ou selles sanguinolentes comme épisode morbide, ont toutes émises le diagnostic ordinaire *kɔnɔdimi (tɔɔtɔɔni)*.

50% de celles qui ont dit fièvre, diarrhée avec ou sans vomissements donnent une durée de plus de 1 mois. 33% ont donné une durée de moins de 7 jours. Les diagnostics ordinaires émis sont (figure 18) :

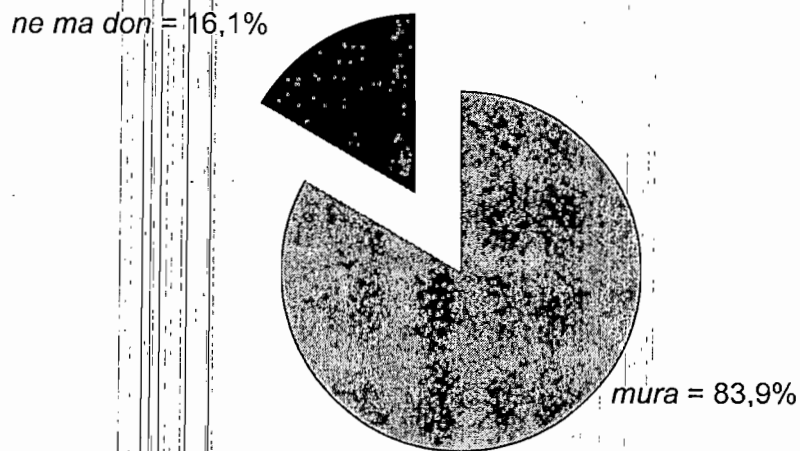


FIGURE 18 : Différentes entités émises pour les symptômes diarrhée, fièvre avec ou sans vomissements pendant la saison sèche chaude

TABLEAU XXVI- COMPARAISON DE LA CLASSIFICATION DES SIGNES EMIS PAR LES MERES ET DE LA CLASSIFICATION DE LEURS DIAGNOSTICS ORDINAIRES PENDANT LA SAISON SECHE CHAUDE

Symptômes	%	Entités	%
1°- Fièvre, vomissements, diarrhée, anorexie	50	1°- <i>Mura</i>	43
2°- Diarrhée avec présence de sang	21	2°- <i>Kənədimi et Təğətəğəni</i>	14
3°- Selles liquides froides ; Anorexie et fièvre.	7% chaque	3°- <i>Kolobə</i>	7

14% des mères n'ont pas donné de réponses précises concernant les symptômes. Concernant les entités, 29% ont dit "fosi" [rien] et 7% n'ont pas donné de réponse précise.

Contrairement à la saison sèche fraîche où les mères regroupaient sous l'entité *sumaya* les signes anorexie, vomissements et diarrhée, cette fois-ci elles les regroupent sous celle de *mura*. *Kənədimi (təğətəğəni)* regroupe les signes tels diarrhées avec du sang, et en général les diarrhées avec des selles "froides" surtout chez les enfants de 7 à 9 mois sont regroupées sous le nom de *kolobə*.

### Saison des pluies

Pour les mères qui ont cité la fièvre, diarrhée avec ou sans vomissements comme épisode morbide, 76,9% ont dit que le début de l'épisode remonte à moins de 7 jours. Les diagnostics ordinaires émis pour cet épisode sont (figure 19) :

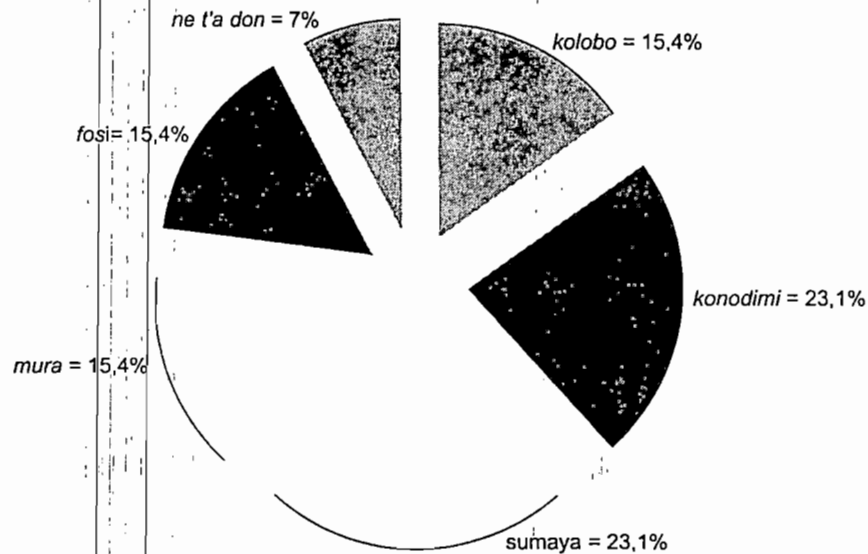


FIGURE 19: Différentes entités émises pour les symptômes diarrhée, fièvre avec ou sans vomissements pendant la saison des pluies

TABLEAU XXVII- COMPARAISON DE LA CLASSIFICATION DES SIGNES EMIS PAR LES MERES ET DE LA CLASSIFICATION DE LEURS DIAGNOSTICS ORDINAIRES PENDANT LA SAISON DES PLUIES

Symptômes	%	Entités	%
1°- Fièvre, vomissements, diarrhée, anorexie	46	1°- <i>Konodimi</i>	55
2°- Diarrhée avec ou sans présence de glaire	21	2°- <i>Sumaya</i> ;	14
3°- Diarrhée ou selles avec présence de sang	17	3°- <i>Sogaxogou</i> ou <i>mura</i> ; <i>Kolobo</i>	7% chaque
4°- Douleur abdominale	7	4°- <i>Kuru-kuru</i>	3
5°- Toux ; Boutons ; Diarrhée avec selles froides	3% chaque		

Concernant les entités, 10% des mères ont répondu "fosi" et 3% n'ont pas donné de réponses précises.

Contrairement aux deux saisons précédentes, la symptomatologie fièvre, céphalées et vomissement est regroupé sous le nom de *kənɔdimi*.

Si nous ajoutons au pourcentage de *konodimi* de la figure 19, tous ceux qui ont été émis pour les autres épisodes morbides, cela nous permet d'expliquer la place qu'occupe cet entité dans le tableau pendant la saison des pluies.

*Sumaya*, *kənɔboli* et *tɔɔtɔɔni* occupent la deuxième place avec la symptomatologie diarrhée avec ou sans présence de sang dans les selles.

En faisant la comparaison des trois tableaux, nous pouvons déduire que la symptomatologie :

- Fièvre, vomissements, diarrhée avec ou sans anorexie, sont regroupés sous le nom de *sumaya* et de *mura*. Ces deux entités sont utilisées en fonction des saisons. *Sumaya* est plus utilisé en saison sèche fraîche et en saison pluvieuse "*dugukolo ka suma, ji be fan be*", *mura* est plus utilisé en saison sèche chaude "*fijen ka bo*".
- Diarrhée ou selles avec présence de sang, est regroupé sous le nom de *tɔɔtɔɔni*.
- Selles liquides "froides" avec parfois "chaleur du ventre et de la tête" sont regroupés sous le nom de *kolobɔ*.
- La toux c'est *sɔɔsɔɔ*.
- Les conjonctivites sont appelées *jedimi*. Mais cela englobe aussi les maladies telles que la cécité crépusculaire, et toute autre maladie des yeux.
- Les boutons c'est *kuru-kuru*. Surtout l'impétigo, car les autres infections de la peau telles que les mycoses, la varicelle, la rougeole ont des entités bien précises.

Nous constatons aussi que ce n'est pas toujours aussi précis. Lorsque l'enfant vient avec des symptômes tels que diarrhées, fièvre sans vomissements, deux diagnostics ordinaire sont émis:

Le premier si c'est un enfant de moins de 18 mois, la mères peuvent donner le diagnostic ordinaire *kolobɔ*.

Le second, elles citent généralement *kənɔdimi*.

Dans les désagréments liés à la poussée dentaire, il y a une forte prévalence de la diarrhée suivie des douleurs oculaires selon les mères, ce qui peut expliquer la place qu'occupe le diagnostic ordinaire *kənɔdimi* qui vient avant celui de *kolobɔ* dans tous les 3 tableaux (cf. tableau 25, 26, 27).

- *kənɔdimi* est un ensemble de plusieurs entités qui peut aller de *təgətəgəni*, à *kənɔboli*. Mais lorsque l'enfant a des selles glaireuses accompagnées ou précédées de ténesmes, d'épreintes (*a kənɔ be sɔgɔsɔgɔ*) ou parfois l'enfant pleure en faisant les selles, cela a pour diagnostic ordinaire *kənɔdimi* ou *kənɔnugutige*.
- Par contre *kənɔboli* est très précis, car cela signifie que les selles de l'enfant sont liquides ou parfois quand l'enfant fait des selles molles plusieurs fois dans la journée. Elles le donnent aussi à la symptomatologie, fièvre, vomissements, diarrhée (qui peut aussi être *sumaya* ou *mura*) ou selles liquides "froides" (qui peut être *kolobɔ* chez les enfants de moins de 18 mois en général).

### Des femmes

Pendant la saison sèche fraîche, 53 femmes avaient été vues. 14 ne présentaient pas de signes pathologiques. Pendant la saison sèche chaude, 22 femmes ont été vues, 14 n'étaient pas souffrantes. Pendant la saison de pluie, 14 ont été interrogées, 2 étaient en bonne santé.

### Saison sèche fraîche

Les femmes qui ont cité le symptôme "céphalée" cette saison donnent une durée du symptôme de plus de deux semaines à 50%. 25% seulement ont émis un diagnostic ordinaire qui est *sumaya*. 75% n'ont pas donné de réponse précise.

Quand aux douleurs abdominales, les femmes n'ont pas pu donner la durée de l'épisode morbide. Les diagnostics ordinaires émis sont : *kənɔdimi* et *kaliya*, tous deux à un taux de 50%. De même pour l'épisode morbide "la douleur" elles ont émis le diagnostic *kənɔdimi* à 100%.

Pour l'épisode morbide "les frissons", les diagnostics ordinaires émis sont (figure 20) :

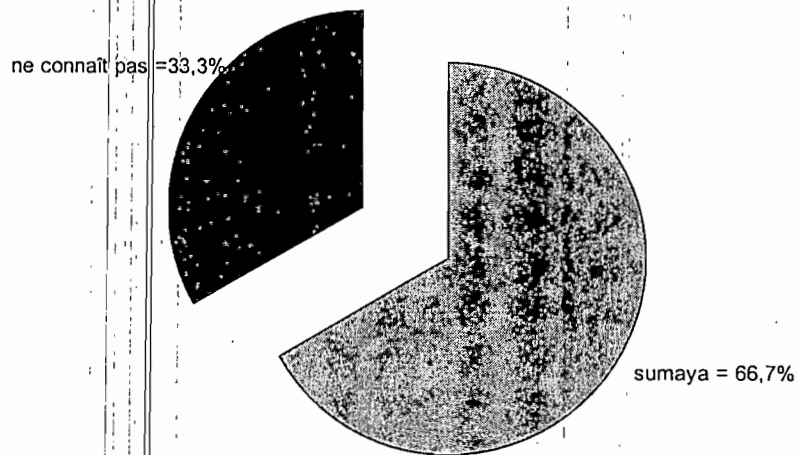


FIGURE 20 : Différentes entités émises pour l'épisode morbide "frisson" pendant la saison sèche fraîche

TABLEAU XXVIII- COMPARAISON DE LA CLASSIFICATION DES SIGNES EMIS PAR LES FEMMES ET DE LA CLASSIFICATION DE LEURS DIAGNOSTICS ORDINAIRES PENDANT LA SAISON SECHE FRAICHE

Symptômes	%	Entités	%
1°- Frissons, asthénie et courbature	15	1°- <i>Sumaya</i>	26
2°- Céphalées	10	2°- <i>Konodimi</i>	23
3°- Douleurs	8	3°- <i>Kaliya</i>	8
4°- La grossesse et l'accouchement ; Douleurs abdominales ou pelviennes	5% chaque	4°- <i>Togotogoni, Kungolodimi ; Bolodimi</i>	5% chaque

56% des femmes n'ont pas donné de réponses précises concernant les symptômes, 28% concernant les entités.

Nous constatons que le diagnostic ordinaire donné à la symptomatologie frissons, courbatures et asthénie est *sumaya*. Celui donné à "douleurs abdominales" et "douleurs" tout court est *konodimi*. Celui émis pour la douleur, est surtout *kaliya*. Ici *kaliya* n'est pas considéré comme symptôme, mais comme une maladie à part entière.

#### Saison sèche chaude

Celles qui ont cité l'épisode morbide "céphalée" ont donné le diagnostic ordinaire *mura*. Quant à celles qui ont dit les douleurs abdominales, elles ont donné le diagnostic ordinaire *konodimi*.

Pour celles qui ont cité la douleur, elles donnent les diagnostics *kaliya* à 50% et *tonsojimi* à 50%.

**TABLEAU XXIX- COMPARAISON DE LA CLASSIFICATION DES SIGNES EMIS PAR LES FEMMES ET DE LA CLASSIFICATION DE LEURS DIAGNOSTICS ORDINAIRES PENDANT LA SAISON SECHE CHAUDE**

Symptômes	%	Entités	%
1°- Douleur	25	1°- <i>Konodimi</i>	37,5
2°- Douleurs abdominales ou pelviennes	25	2°- <i>Mura</i>	25
3°- Céphalées ; Douleurs à la miction ; Dysménorrhée ; Fièvre et toux	12,5% chaque	3°- <i>Damajalan, Kaliya et Tonsojimi</i>	12,5% chaque

Nous pouvons dire que les femmes regroupent dans *konodimi* les signes telles que les douleurs abdominales, les dysménorrhées (une douleur pelvienne en général) et les diarrhées. La douleur à la miction et les troubles de la miction sont regroupés sous le nom de *damajalan*. Mais contrairement à la saison sèche fraîche où les signes céphalée, fièvre et toux étaient en général regroupés sous le nom *sumaya*, en saison sèche chaude elles les regroupent plus sous le nom de *mura*. Douleurs lombaires en *kaliya*.

#### Saison des pluies

Les femmes qui ont cité le symptôme "céphalée" cette saison donnent les durées du symptôme de moins de 7 jours à 50% et plus de deux semaines à 50%. Les diagnostics ordinaires émis sont : *sumaya* 50%, *kungolodimi* 25% et 25% n'ont pas donné de réponse (*ne t'a dɔn*).

Celles qui ont donné comme épisode morbide "les douleurs abdominales", 75% ont donné le diagnostic ordinaire *konodimi* et 25% celui de *jenemini*. Quand à celles qui ont émis "la douleur" comme épisode morbide, elles donnent les diagnostics ordinaires *damajalan* et *nudimi* à 50% chacun.



**TABLEAU XXX- COMPARAISON DE LA CLASSIFICATION DES SIGNES EMIS PAR LES FEMMES ET DE LA CLASSIFICATION DE LEURS DIAGNOSTICS ORDINAIRES PENDANT LA SAISON DES PLUIES**

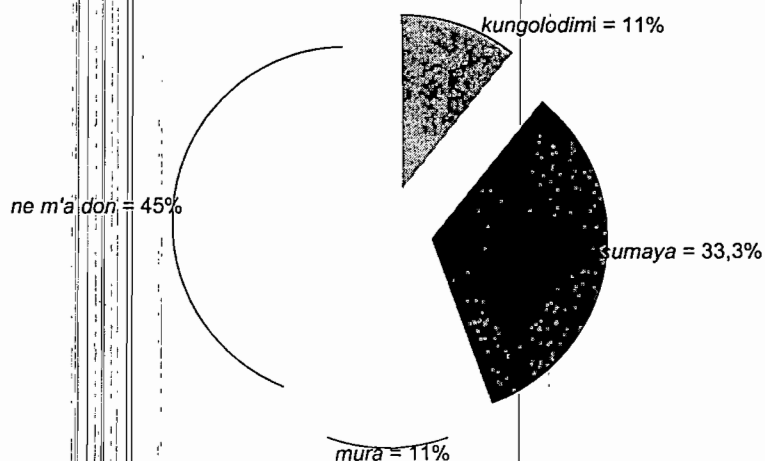
Symptômes	%	Entités	%
1°- Céphalées	33	1°- <i>Sumaya</i> ;	25
2°- Douleurs abdominales ou pelviennes	25	2°- <i>Kɔɔdimi</i>	22
3°- Douleur	17	3°- <i>Damajalan</i> ;	17
4°- La grossesse ; Les frissons ; Aménorrhée	8% chaque	4°- <i>jenemini</i>	12
		5°- <i>Kungolodimi, nudimi, Kɔɔbara</i>	8% chaque

Les céphalées en cette saison sont un signe du *sumaya*.

En résumé toutes les saisons confondues, les douleurs abdominales (*kɔɔdimi*) comme épisodes morbides ont pour diagnostic ordinaire *kɔɔdimi* à 71,4% et *kaliya* à 14,3%. Celles qui ont juste émis l'épisode "la douleur" donnent plusieurs diagnostics ordinaires dont le plus fréquent est *kɔɔdimi*.

*Kɔɔdimi* est une cause de morbidité chez les femmes et est aussi une maladie à part entière (pathologie).

Pour l'épisode morbide "céphalée" les femmes donnent les diagnostics ordinaires suivants (figure 21) :



**FIGURE 21 : Différentes entités émises pour l'épisode morbide "céphalées" toutes les saison confondues.**

*Sumaya* est le diagnostic ordinaire le plus fréquent. Il est utilisé en saison sèche fraîche et pluvieuse. *Mura* est utilisé en saison sèche chaude.

- Les femmes regroupent sous les entités *sumaya* et *mura* la symptomatologie frissons, asthénie, courbatures, céphalées avec ou sans vertiges. Elles distinguent *kungolodimi* et *sumaya*. Certaines bien sûr ne font pas cette distinction et disent seulement *sumaya*. Ce qui n'est pas le cas pour le *mura*, où elles ne mettent pas de barrière, parce que le *kungolodimi* chez elles est un symptôme du *mura*.
- Les symptômes douleurs à la miction ou troubles de la miction sont regroupés sous l'entité *damajalan*.

Les douleurs (maladies) pelviennes ou abdominales, parfois génitales ou les dysménorrhées sont regroupées sous le nom de *kənɔdimi*. Par contre elles différencient certaines autres douleurs pelviennes (*kənɔdimi*) dues aux avortements spontanés qu'elles classent dans le syndrome de *tonsojimi* ou de *mɛleke*. Certaines douleurs du post-partum (tranchées) sont regroupées sous l'entité *ganke kənɔdimi*.

Nous pouvons dire que l'entité *kənɔdimi* englobe beaucoup de signes qui sont *tɔgɔtɔgɔni*, *tonsojimi*, *ganke kənɔdimi* et les douleurs abdomino-pelviennes qui n'ont pas été identifiées.

#### Différences entre femmes en âge de procréer et enfants de 0 à 5 ans

Il existe une différence dans la symptomatologie du *sumaya* chez les enfants et chez les adultes (femmes).

- fièvre, vomissements, diarrhée, anorexie chez les enfants et,
- Frissons, courbatures et asthénie chez les femmes.

Ce qui se rapporte automatiquement à celle de *mura*.

Pendant la saison sèche chaude, lorsqu'une personne adulte présente les signes fièvre, courbatures et céphalées sans vomissement, le diagnostic ordinaire est *mura*. Si par la suite la personne vomit, le diagnostic de *sumaya* est alors posé.

Chez les enfants, pendant la saison sèche chaude les signes fièvre, anorexie sans vomissement ni diarrhée le diagnostic de *mura* est posé. Si l'enfant vomit par la suite, le diagnostic ordinaire *sumaya* est posé. Si par contre il y a présence de diarrhée le diagnostic ordinaire *kolobɔ* est posé surtout pour les enfants de moins de 18 mois, *kənɔboli* et *kənɔdimi* sont aussi posés.

Chez les enfants de moins de 5 ans, il n'existe pas le diagnostic ordinaire *kaliya*.

Lorsque le diagnostic ordinaire *kaliya* est posé en premier, si la personne vomit par la suite (surtout vomissement de couleur jaune), l'entité *sumaya* est alors posée.

L'entité *kənədimi* englobe plusieurs autres entités et symptômes qui diffèrent de l'enfant à la femme.

Quand vous posez la question de savoir comment la maladie a commencé, les femmes donnent un symptôme bien précis. Ce qui n'est pas le cas quand il s'agit de leurs enfants, elles citent une série de symptômes.

Plusieurs femmes se plaignent de *damajalan*. Cette entité occupe la deuxième place après le *kənədimi*. Quand elles viennent pour une consultation (enceintes ou pas) c'est le *damajalan* qui occupe la première place, suivie de *kaliya*. Ces résultats sont obtenus avec les données recueillies sur la fiche d'observation clinique (cf. annexe).

Elles ne parlent pas de cette maladie lorsqu'elles sont interrogées avec les fiches socio anthropologiques pour femmes (cf. annexe), à ce moment c'est le *kənədimi* qui occupe la première place.

### Périodes des maladies selon les femmes

#### **Pour enfants**

Les périodes des maladies selon les mères sont :

- *kolobə*, c'est pendant la poussées dentaire (pour certaines diarrhées sans présence de sang et pour certaines fièvres). Ensuite nous avons
- A tout moment (pour le *ləgətəgəni*) et le changement de température (climat) pour le *sumaya*.
- Enfin, la douleur et l'hérédité pour le *kənədimi*.
- Le *mura* s'attrape à tout moment ou en saison sèche lorsqu'il y a beaucoup de vent (le vent qui soulève la poussière).

### **Pour femmes**

Les différentes périodes d'apparition des maladies sont :

- L'hivernage (début ou fin) pour le *sumaya* ;
- Grossesse et accouchement pour le *koxodimi* ;
- A tout moment pour le *bolodimi*.
- Le *mura* survient à tout moment (cela n'a pas de période) ;
- Le *damajalan* survient pendant l'enfance (car cela est généralement héréditaire. Si un de tes parents l'a, alors toi aussi tu l'auras) ;

#### 6.4.4 - Nosologies et représentations des maladies

L'impuissance sexuelle définie par l'incapacité chez l'homme à avoir ou à satisfaire ses relations sexuelles avec une femme. L'impuissance sexuelle renvoie chez le vagabond sexuel, l'homme qui commet l'adultère, la violation ou l'usurpation des droits auprès de l'épouse d'un époux légitime, à *damajalan* ou à *danan*. Il ressort que, dans le second cas, c'est la culpabilité de l'homme qui est en jeu tandis que dans le cas du *damajalan* dont les signes sont les urines et le sexe chauffent et brûlent, la femme est coupable. Les étiologies imputables à l'eau de boisson, des rizières et à la femme.

"Si la femme n'a pas bien lavé le grain "*bele kise be ꞑo ꞑoꞑ*", quand on mange cela, les petits cailloux qui sont dans cet aliment vont directement dans le bassin de l'urine."

Dans le cas du *ꞑoꞑ* dont les variantes sont *bana mun bana san fe, denmisen bana* et *pasajabana*, la raideur des membres et le plafonnement du regard (*den pasa be ja, a ꞑe beta sanèè*) sont les signes prédominants. Les causes sont imputées à la femme pour avoir violé certains interdits. Elle peut être classée parmi les maladies non naturelles :

"*Ni muso gerejese b'a la, mun ce y'a fo ki k'o da bila, e ba da bila. Mun ce ba ani ce fa y'a fo ki k'o da bila, e ba da bila. Nin e y'a da bila, bana cama te i den sꞑꞑ*".

"*ni bi, den (muso) klo ka gelen, muso te foyi fam. Bana cama be den mine sisan. Gale-gale, awn, ꞑoꞑ te awn mine*". [Si une femme est enceinte, ce que le mari lui dit de ne pas faire, elle ne doit pas le faire. Ce que ses beaux-parents lui demandent de ne pas faire, elle ne doit pas le faire. Si tu respectes ces interdits, es enfants n'auront pas certaines maladies. Mais aujourd'hui les femmes sont têtues. Les enfants sont toujours malades. Dans le temps, nous n'avions pas le *ꞑoꞑ*]. (le feu chef du village de Manyale)

Ou parmi les maladies transmissibles "*fiꞑen bana*" :

C'est le vent qui vient du ciel. Si une femme est enceinte et qu'elle dort dehors pendant la nuit, le vent vient avec la maladie et entre en elle. Elle ne sera pas atteinte, mais son enfant lui, le sera. Mais cela n'atteint que les enfants des femmes qui ont, pendant leur grossesse été désobéissantes.

Parfois *sumaya* "*ni sumaya digira den fari la, a be den mine*" et *kungolo* sont mis en cause :

Certains enfants naissent atteints. Les enfants qui souffrent de *ꞑoꞑ* ont le *kungolo* à l'intérieur, mais ce n'est pas visible. Quand le *kungolo* se complique cela devient le *ꞑoꞑ*.

Dans le cas du *sumaya*, le vomissement, la fièvre et le changement du teint du corps qui s'éclaircit indiquent l'état pathologique. L'alimentation est souvent mise en cause. On parle souvent d'une étiologie de *kaliya* où l'eau de boisson et de baignade (rizière, canaux d'irrigation) est mise en cause.

Le *sumaya* n'est pas seulement dû à l'eau, mais aussi à l'humidité de la terre (eau stagnante) et la saleté de l'eau. L'humidité provoque le *sumaya* surtout chez les enfants. C'est pourquoi ceux qui sont au bord de l'eau en souffrent plus que ceux qui sont en zone aride. Partout où il y a beaucoup d'eau le paludisme règne.

Cependant *kaliya* apparaît comme une entité nosologique autonome où le registre sémiologique renvoie aux douleurs costales et abdominales accompagnées de vomissements. Quant à son registre étiologique, nous avons différentes interprétations telles la présence d'un ver dans le ventre.

La sémiologie "*joli pasa mun be kungolo la, ani mun be gosi. Ni jolicayara den la, joli pasa te gosi ble, ani kungolo yere te gosi ble. Ni kungolo te gosi, den te inakli sɔɔ,a te fiɲen sɔɔ.*" [Les artères de chaque côté des tempes battent. Si le sang augmente chez l'enfant, ces artères ne battent plus et même la fontanelle de l'enfant ne bat plus. Ce qui fait que l'enfant n'arrive plus à respirer] renvoie à *kungolo* dont une variante est *kungoloti* avec les mêmes étiologies que celles du *kənə*.

*Sayi* peut constituer une conséquence du *sumaya* qui dure (se soigner au Mali, p. 89). La population distingue 3 formes qui sont : *sayijè* caractérisé par la couleur blanche du blanc de l'œil ; *sayifin* caractérisé par l'apparition des œdèmes et *sayibilen* ou *sayinerema* dont le constat est fait par la coloration jaune des yeux et des téguments. Les étiologies varient de l'alimentation au *sumaya* ou la complication d'une quelconque maladie. *Sayije* est le stade de gravité.

La déclaration du *pasani* indique la fatigue, l'inappétence et la perte de poids chez l'enfant. Tandis que *kənɔdimi* s'articule autour du constat de ce qu'ils désignent par *kənɔnugutige* et *tɔɔtɔɔni* où les selles sont abondantes avec présence de sang. Il renvoie à une mauvaise ration alimentaire et l'ingestion non mûrs ou avariés. Parfois les mouches sont mises en cause.

"Lorsque les femmes valides, le matin se rendent dans les champs, elles laissent leurs jeunes enfants avec les plus âgées. Les vieilles femmes ne peuvent pas s'occuper des jeunes enfants quand ils font des selles "*makɔɔba te se bo ce*". Ces selles qui sont exposées sont la cible des mouches, qui par la suite vont aller se déposer sur les aliments. Les doigts des enfants, qui ne sont pas nettoyés, vont servir pour manger."

Cette maladie peut être congénitale, héritée de la maman depuis la naissance de l'enfant du fait qu'elle en souffrait pendant la grossesse. De telles théories de contagiosité et de transmissibilité de maladies d'ordre physiologiques unicorporelles se retrouvent dans celles

reliées à l'allaitement ou le nourrissage de l'enfant précocement sevrable du fait de la survenue d'une grossesse très rapprochée (Fainzang, 1986 : 51-142 ; Bonnet, 1988 : 96-106 ; Caprara, 2000 : 49-98)<sup>9</sup>. Il s'ensuit au bout d'une quinzaine de jours le *kɔnɔdimi*, le dépérissement et l'avènement de maladies chez cet enfant qui ne supporte pas la chaleur de sa mère et de son fœtus.

La grossesse est le terrain sur laquelle se développe le *tonsojimi* qui serait la principale cause des avortements, de la prématurité et de la mortalité infantile. La liste sémiologique est représentée par la présence de plaques sanguines rouges sur la peau de l'enfant, la présence de trous sur le cordon ombilical et sur le placenta. Parfois l'étiologie *ganke kɔnɔdimi* où la présence d'un ver dans le ventre de la femme et les toilettes sales sont mises en cause. Deux entités existent pour cette maladie : *gankejalan* et *gankekene* dont les synonymes sont respectivement *kolikɔnɔdimi* et *jigininkaliya*. La sémiologie est représentée par les douleurs du ventre ou du bas ventre ou bas du dos qui se produisent exclusivement en période de menstrues. Dans des cas rares, c'est l'impossibilité d'avoir des enfants qui apparaît comme l'unique critère de gravité.

Les signes évocateurs du *nomi* sont l'inappétence, la somnolence, l'inflammation des yeux et l'apparition de vésicules sur la peau. C'est une maladie infectieuse "*fɪɾɛn bana*" ou parfois par le contact des mouches au moment de la desquamation.

*Murukubana* dont une variante est *kongobana*, caractérisées par un retard de croissance et mental de l'enfant ont pour étiologie, la transgression de certains interdits par la femme et l'action de "la main de l'Homme".

---

<sup>9</sup> Sylvie Fainzang, 1986: La maladie dans la société Bisa, in "*L'Intérieur des choses*". *Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina, Connaissance des hommes*, L'Harmattan, Paris, 1986, pp. 51-142 (204 pages). Andréa Caprara, 2000: La contagion, thématique transversale majeure, in *Transmettre la maladie. Représentations de la contagion chez les Alladian de la Côte d'Ivoire*, Médecines du Monde, Karthala, 2000, pp. 49-98 (217 pages)

#### 6.4.5 - Caractéristiques des entités nosologiques

Ces entités sont différentes. Les symptômes sont identiques. Des entités différentes pour les mêmes signes signifient des maladies différentes (p.58). L'entité nosologique révèle 4 caractéristiques.

##### *L'entité nosologique décrit la maladie*

- *Kənəboli* : le ventre qui court. La diarrhée ;
- *Kənədimi* : la douleur du ventre ;
- *Kungolodimi* : la douleur de la tête. Les céphalées ;
- *Səgəsəgə* : la toux ;
- *jenemini* : les vertiges ;
- *Fənə* : le vomissement ;
- *Kolobə* : la poussée dentaire ;
- *Kənənugutige* : (intestins coupés), la douleur ou plus précisément les ténésmes et les épreintes
- *Kəkədimi* : douleur du thorax ;
- *Galakadimi ou galakanəgə* immobilité des côtes (selon les femmes), accolement des côtes
- *Cemanjedimi* : douleur du milieu (du corps) ;
- *Nenedimi* : (la douleur du froid), les frissons ;
- *Kuru-kuru* : bouton ;
- *Kaba* : mycoses dermiques ; ou toute infection dermatologique en plaque, prurigineuse ;
- *Kaliya* : douleur qu'on ne pas spécifier.

##### *Les entités différentes pour les mêmes symptômes créent des itinéraires différents.*

- L'automédication ordinaire à base de plantes médicinales agit sur la diarrhée dans le cas du *kolobə* "ne ye bamanan fura d'a ma. A ma foyi ke, kənəboli ma jə".
- L'automédication ordinaire à base de plantes médicinales (bojarajə) agit sur la diarrhée dans le cas du *kənəboli*.



- Le tradithérapeute ou le plus vieux de la famille agissent sur les convulsions dans le cas du *kɔnɔ "a ba saalo ani a ba kilisi fɔ"*.
- Pour les femmes, l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques (butazolidine) pour le *sumaya*, agit sur les courbatures.
- L'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques (paracétamol, aspirine) agit sur les céphalées dans le cas du *kungolodimi* chez les adultes, donc à but antalgique. Chez les enfants c'est à visée antipyrétique dans le traitement du *sumaya*.

Dans le cas du *sumaya*, les femmes agissent sur les courbatures avec la butazolidine, et sur le *kungolodimi* avec l'aspirine ou le paracétamol. Elles ne font rien pour le *jenemini*. Parfois les mères donnent du praziquantel contre le *sumaya*. Ces différentes actions sur les symptômes expliquent les différents itinéraires que prennent les femmes et mères pour la même entité qui est *sumaya*.

- L'automédication ordinaire à base de plantes médicinales pour le *kɔnɔnugutige* ;
- L'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques pour le *tɔgɔtɔgɔni* (*kumbleni* rouge) pour arrêter l'émission de sang ou (*kumbleni* jaune) pour diminuer la douleur.

Pour des entités telles que *kɔnɔdimi* qui englobent *kolobɔ*, *Kɔnɔboli*, *tɔgɔtɔgɔni*, il est très difficile de faire ressortir l'action des itinéraires.

- Dans le cas du *damajalan*, l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales et à base de produits pharmaceutiques agissent sur les troubles de la miction. "*ni e te suguni ke, e be sikufale ani toniki mi, e be suguni sɔɔ*". "*A te suguni ke, dɔni dɔni dron, ani a be a dimi*" dans ce cas c'est le *kumbleni* qui agit.
- Le non recours dans le cas du *n'korosyen* peut s'expliquer par cette citation de notre guide:

"Quand l'enfant est tout petit, s'il y a du sang dans ses urines, les femmes disent que, quand on va faire sa circoncision ça va disparaître. Si ça ne disparaît pas après la circoncision, elles disent que, quand il grandira ça va disparaître".

Dans ce cas, c'est le temps qui agit sur la maladie, plus précisément sur la présence de sang dans les urines.

- L'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques (terpine codéine) agit sur la toux (*sɔgɔsɔgɔ*). Le médicament est un antitussif.
- L'automédication ordinaire à base de plantes médicinales a pour objectif de faire expectorer l'enfant, s'il a une toux sèche (surtout les toux nocturnes).

### *L'entité donne une idée du stade de gravité de la maladie*

A la question suivante : comment est ce que la maladie a commencé ? , elles répondent "*a damnena kolobɔ, sisan a kera sumaya*" [ça commencé par le *kolobɔ*, maintenant c'est devenu le *sumaya*] ou "*a damnena a mena. Ne hakili la ko kolobɔ don. Sisan, ne te nin bana siya don*" [ça commencé il y a longtemps. Je croyais que c'était le *kolobɔ*. Maintenant je ne connais pas ce type de maladie]. Ici *sumaya* est considéré comme un stade sévère de la maladie.

Prenons un autre cas. A la même question elle répond : "*a damnena sumaya, sisan galakanɔɔ be den la*" [ça commencé par le *sumaya*, maintenant il souffre de *galakanɔɔ*]. Ici *sumaya* est considéré comme un stade moins sévère de la maladie.

Quelle est la chronologie de ces entités ?

Si nous nous fions à ces deux exemples, nous dirons que *kolobɔ* est moins sévère que *sumaya*, qui lui est moins sévère que *galakanɔɔ*. La classification par ordre de sévérité croissante se fera comme suit :

- *Kolobɔ* ;
- *Sumaya* ;
- *Galakanɔɔ*.

Cette chronologie peut expliquer les différents recours des mères et des femmes.

*Kolobɔ* est considéré comme le cours normal de l'évolution d'un enfant. Les itinéraires suivis sont : le non recours ou l'automédication à base de plantes médicinales "*bamanan fura ka swa kolobɔ temɛ dɔgɔtɔɔ fura*". Si la mère ne fait rien pour le *kolobɔ*, par conséquent il sera ainsi pour tous les autres symptômes qui se rapportent à cette entité, tel que *kolobɔɲɛdimi*.

Pour le *sumaya*, elles font plus l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques que l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales.

Pour le *galakanɔɔ*, stade plus sévère, le premier recours est un traitement traditionnel savant par un vieux reconnu pour son savoir, afin que celui ci masse et prononce des paroles qui guérissent "*a ba saalo ani kinsi fo*".

Les mères s'expriment comme suite pour les signes toux, écoulement nasal avec ou présence de geignements,

"Un enfant qui souffre de *disidimi* (douleur thoracique) et qui par la suite tousse (*sɔɔɔɔɔɔ*) avec expectoration, c'est un très bon signe. Car cela signifie que la maladie commence à guérir (*a be disi nɔɔɔya*)."

Ici la toux sèche est plus sévère que la toux qui ramène une expectoration. La toux sèche est à l'origine de la douleur thoracique. Si la maman avait commencé à soigner la douleur thoracique par une quelconque méthode (massages ou automédication traditionnelle), à l'apparition de la toux avec expectoration elle arrête le traitement. Si elle n'avait encore rien entrepris, alors là, elle ne fera plus rien.

Le *mura* est à l'origine du *sɔɔɔɔɔɔ*, ce qui peut dire que le *sɔɔɔɔɔɔ* est plus sévère que le *mura*.

Si nous considérons le cas de *kungolo* et le *kɔɔɔ* que nous avons précédemment développé, le *kɔɔɔ* est plus sévère. Le *kungolo* est soigné par une méthode traditionnelle savante ou populaire pour prévenir le *kɔɔɔ*. Si le *kɔɔɔ* apparaît le premier recours est une méthode savante traditionnelle ou moderne.

***Pour toute entité il existe un signe stable sur lequel se fixent les mères et les femmes pour poser leur diagnostic.***

- Dans le cas du *kolobɔ*, c'est l'âge de l'enfant.
- Dans le cas du *mura*, c'est la saison (surtout la saison chaude).
- *Kungoloti*, c'est l'abaissement de la fontanelle.
- *Kɔɔɔ*, la raideur des membres de l'enfant.
- *Sumaya*, ce sont les courbatures "*fari dimi*". "*fari fan be be ne dimi*" chez les adultes, et le vomissement chez les enfants.
- *Kaliya*, douleur qu'on ne peut pas diagnostiquer

- *Kononugutige*, ce sont les pleurs pendant la tétée ou les pleurs pendant la défécation chez les enfants.
- *Togotogoni*, c'est la présence de sang dans les selles
- *Damajalan*, c'est la douleur pendant la miction
- *N'korosyen*, présence de sang dans les urines
- *Tonsojimi*, c'est l'évolution de la ou des grossesses d'une femme.

Pour les autres se sont des nosologies descriptives.

#### 6.4.6 - Dynamiques de soins et observation participante

Le recours aux soins est généralement favorisé par la facilité d'accès aux médecins modernes ou traditionnels, que cette facilité soit appréciée en terme de distance, d'accessibilité financière ou d'accessibilité culturelle.

##### 6.4.6.1 - Le recours au thérapeute traditionnel

Les mères de 107 enfants ont été interrogées, 18 enfants n'étaient pas malades donc 89 avaient été ou étaient malades. Les raisons émises par les 12 (13,4%) mères qui sont allées vers le thérapeute traditionnel sont :

"C'est la maladie de l'enfant" à 25% ; "le thérapeute traditionnel n'est pas cher" à 17% ; "c'est pour connaître le sens (l'origine) de la maladie" à 17% ; "nous avons un parent qui soigne" à 17% ; "c'est la sage femme qui m'a donné l'autorisation de voir le thérapeute" à 17% et enfin, "la maladie de l'enfant a commencé la nuit et le centre de santé est loin" à 7%.

89 femmes ont été interrogées, 30 n'étaient pas malades donc 59 présentaient ou ont présenté un signe de morbidité. Celles (au nombre de 11 donc 18,7%) qui ont vu un thérapeute traditionnel citent les raisons suivantes : 55% sont allées pour être soulagées ; 27% sont allées à cause de la douleur et 18% n'avaient pas eu de satisfaction avec la médecine moderne.

Nous pouvons dire que le recours au thérapeute traditionnel est déterminé par plusieurs paramètres qui sont :

##### Le savoir des femmes

Pour les maladies telles que :

*Kɔnɔ* et *kungolo* ; Les femmes qui ont des nourrissons avec fontanelle abaissée ou qui ont la diarrhée et vomissent, plusieurs se rendent toujours chez un tradithérapeute pour soigner le *kungolo* de l'enfant et cela malgré le traitement moderne donné par le CSCOM ou un médecin qualifié. Car si elle ne le fait pas, cela entraînera le *kɔnɔ*. Ce conseil est généralement donné aux jeunes femmes par celles qui sont plus âgées.

Si l'ouverture de la fontanelle de l'enfant est trop large (c'est à dire la fontanelle supérieure arrive au niveau du front de l'enfant), c'est une maladie. L'enfant souffre de

### Le savoir des femmes

Il arrive que la conception que la femme a de la maladie, surtout de l'explication de son étiologie, fait qu'elle se dirige en premier recours au centre de santé. Nous avons le cas d'une femme dont l'enfant était atteint de *κονο*. Selon elle la cause de la maladie est le *tetanos* et le meilleur traitement de cette maladie est la prévention. C'est-à-dire faire une injection pendant la grossesse pour que l'enfant soit protégé.

Le service le plus fréquenté est le centre de santé communautaire de Molodo qui se trouve à 7 km du village. Il y a le centre de santé de Niono et celui de Markala. Les femmes ne connaissent généralement pas le diagnostic de la maladie lorsqu'elles quittent le centre.

#### **6.4.6.3 - Recours à l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques et/ou à base de plantes médicinales**

A la question de savoir pourquoi les mères ne sont pas allées au centre de santé, elles disent : 32% n'ont pas donné de réponse précise. 22% disent faire une automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques ; 19% une automédication ordinaire à base de plantes médicinales ; 8% des mères disent attendre la décision du père de l'enfant ; 7% posent le problème financier ; "la maladie n'est pas grave" à 7% et enfin 4% disent être en brousse.

Pourquoi ne sont-elles pas allées voir un thérapeute traditionnel ? Parce que 40% ont entrepris une automédication ; 10% nous ont dit qu'elles sont allées au CSCom ; 8% attendent la décision du père de l'enfant ; 8% ont répondu qu'ils sont en brousse enfin la maladie n'est pas grave pour 6%. 28% de mère ne nous ont pas donné de réponse précise.

Le recours à l'automédication est déterminé par plusieurs paramètres :

- Certaines femmes ont recours à l'automédication en fonction de ce qu'elles savent concernant la maladie.

Pour les maladies telles que *Barakoxasi* qui est une inflammation péri-ombilicale due aux pleurs incessants de l'enfant, Elles procèdent à un massage de la région douloureuse pour éviter que le nombril de l'enfant grossisse.



CSCoM, pour sa consultation prénatale et pour la prise en charge de ses douleurs. Après l'accouchement, elle a le *ganké kɔndimi* qu'elle traite elle-même à la maison à l'aide de plantes qu'elle connaît.

- Certaines femmes recourent à l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales surtout ou à l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques, en attendant que le père de l'enfant ou le mari en décide autrement.
- D'autres ont dit avoir fait l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales pour juguler la maladie. Ce traitement est généralement fait en premier recours.

Par exemple une fillette qui souffrait de *sumaya* selon la maman. L'automédication à base de plantes médicinales a été faite pour affaiblir la douleur, suivie de l'automédication à base de produits pharmaceutiques pour guérir la maladie.

Parfois ce traitement est suivi par les mères ou les femmes à la suite de plusieurs traitements modernes et traditionnels qui n'ont eu aucun effet sur la maladie. Parfois le traitement a été efficace selon les femmes mais elle récidive après quelques semaines ou quelques mois. Nous citerons ici le cas des *muso kɔndimi*, généralement liés aux MST. Le traitement efficace est voué à l'échec parce que tous les partenaires sexuels ne se sont pas soignés.

- Plusieurs femmes ont absorbé des médicaments modernes, parce que le père de l'enfant ou le mari est boutiquier et vend des comprimés.

#### **6.4.6.4 - Cas où ni la médecine moderne, ni la médecine traditionnelle est sollicitée (le non recours)**

- Les maladies dues aux éléments naturels comme le vent ou l'eau froide, ne sont pas traitées. Le mal disparaît avec la mauvaise saison ou à l'arrêt des bains froids. C'est le cas du *mura*.

Certaines femmes ont donné les réponses suivantes :

- La maladie n'est pas encore grave. Dans ce cas, ce sont des enfants souffrant de *mura*, ou des femmes dont le mal (*kɔndimi* ou *kaliya*) n'empêche pas de vaquer à leurs occupations.



- La maladie n'a pas encore duré. Nous avons le cas de deux enfants dont un souffrait de *togotogoni* depuis 3 mois et l'autre souffrait de *n'korosyen*. Dans le cas précis du *n'korosyen*, aucun traitement n'est fait pour les enfants de moins de cinq ans parce que, selon les femmes la maladie disparaîtra après la circoncision ou l'excision de l'enfant. Si ça ne disparaît pas après cet acte, cela disparaîtra au cours de la croissance.

Nous citons le cas de certaines maladies telles que *leminanbo* dites héréditaires par les femmes. Pour ces maladies les femmes n'entreprennent généralement pas de traitement parce que l'enfant ou la femme l'a hérité d'un parent (de la maman en général). Cette contamination se fait pendant l'accouchement par voie basse.

- Il est arrivé de voir la femme qui ne consulte personne en cas de maladie de l'enfant. Pourquoi donc ? "Je n'ai pas encore l'accord du père de l'enfant".

Nous citerons le cas d'une femme et d'un enfant qui souffraient tous deux de *sumaya*. Les femmes n'avaient pas encore entrepris de traitement, malgré la durée de la maladie (plus de 1 mois).

- Tous les enfants qui ont été vu chez les peuls, n'avaient jamais été traités par un médecin quel qu'il soit.

Selon les parents mâles, parce que ce sont les hommes qui répondaient, et ce sont eux en général qui venaient nous voir avec leurs enfants, ils sont en brousse. En brousse il n'y a ni centre de santé ni thérapeute traditionnel.

- Certaines mères ou femmes ne commençaient pas de traitement, parce que le père de l'enfant ou le mari n'avait pas encore assez d'argent pour se rendre chez un thérapeute au centre de santé.

#### 6.4.6.5 - *Pratiques préventives sur les enfants dits en bonne santé et les enfants déclarés malades*

A la question de savoir si elles ont eu à faire des pratiques ou techniques de prévention des maladies sur leurs enfants ? Les femmes répondent : Non (6 fois sur 53) et aucune réponse (1 fois).

Oui (46 fois sur 53) : les réponses, en ordre d'importance, ont respectivement donné la vaccination exclusive ; la vaccination et mesures ordinaire ou savantes et enfin les mesures ordinaires ou savantes exclusives.

Les pratiques ordinaires et savantes utilisées sont aussi diverses que nombreuses : la phytothérapie, les techniques de corps (les massages), le port des ceintures, bracelets et colliers à amulettes. La composition de ces amulettes est variée. Certaines mères donnent les premiers cheveux de l'enfant, le cordon ombilical ou la dent d'un animal sur laquelle on a fait des incantations. Il peut aussi avoir des verset coraniques protégés dans le cuir.

La majorité de femmes ne sait pas contre quelle maladie est fait le traitement parce qu'il est généralement exécuté et administré par la plus vieille de la famille. Nous avons obtenu les résultats suivant auprès de celles qui ont répondu.

1°- prévention contre le *kənɔdimi* (prévention par la phytothérapie) ; les amulettes de cuir couvrant les cheveux, le cordon ombilical ou la dent d'un animal pour protéger les enfants contre tout arme blanche ou fusil.

2°- la vaccination au centre de santé (BCG, poliomyélite avec administration de la vitamine A, rougeole et parfois tétanos) ;

3°- la prévention traditionnelle contre le *koloba*, *sɔgɔsɔgɔ*, *kaliya*, *kənɔ* (phytothérapie).

L'amulette de cuir recouvrant un verset du Coran pour protéger l'enfant contre le *kənɔ*.

En fonction de nos résultats et des réponses obtenues, 18 enfants n'ont pas été atteints de la maladie prévenue par les pratiques ordinaires et savantes. Rien à signaler pour 26 (celles qui ont juste fait la vaccination). 8 ont été atteints et les maladies incriminées sont le *kənɔdimi* et le *sɔgɔsɔgɔ*.

Les raisons évoquées par les mères sont :

- Parce que le traitement n'est pas efficace ;
- Cela dépend de Dieu et parce que c'est héréditaire (pour le *kənɔdimi*).

## 6.4.7- Systèmes médicaux comparés et importance de la médecine savante dans les systèmes de soins

### 6.4.7.1 - Les accoucheuses traditionnelles

Dans le village une seule femme ne pratique pas la consultation prénatale et l'accouchement. Elle est accoucheuse seulement ou elle consulte seulement.

Concernant la consultation prénatale, le choix des femmes est fait par la communauté du village. Elles ont acquis leurs connaissances grâce aux cours données par les agents du centre de santé de Molodo.

"Poser le diagnostic d'une grossesse au début est difficile mais lorsqu'elle est avancée, cela n'est pas de problèmes".

#### *Le déroulement de la consultation*

"De toute façon je ne sais pas écrire, mais j'ai retenu beaucoup de choses à savoir, comment bien faire les choses".

"Je regarde d'abord le ventre, je la fais peser pour voir ce que l'on peut faire. D'autre part nous regardons les seins et les yeux pour voir s'ils sont normaux. Si les yeux ont une coloration blanche et s'il y a des palpitations au niveau des pieds, on peut déduire qu'elle doit arrêter le sel. Nous avons un ruban avec le quel nous mesurons la taille du ventre. Nous connaissons aussi la position normale de la tête. Si la tête est penchée, nous le savons, nous savons aussi si l'enfant vit. Nous avons appris aussi à donner les 3 comprimés de nivaquine par semaine à la femme et comment préparer son repas à base de feuilles".

Concernant les accouchements, toutes les femmes qui exercent cette fonction aujourd'hui, n'ont pas toujours été des accoucheuses traditionnelles.

"Cette activité était réservée seulement aux vieilles femmes. Pour des raisons de pudeur, certaines femmes n'aimaient pas que leur parenté les fassent accoucher".

Aujourd'hui plusieurs sont jeunes. Dans le village, celles qui font ce travail sont des femmes qui ont suivi des cours au centre de santé de Molodo. Des cours de recyclage pour les anciennes accoucheuses traditionnelles. Ces cours ont commencé en 1996.

Les accoucheuses traditionnelles sont en général de la caste des forgerons. En général la femme accouche d'abord, après l'accoucheuse traditionnelle est appelée pour couper le cordon ombilical de l'enfant. Toutes les femmes ne font pas ce geste. Seules celles qui sont reconnues

comme ayant une bonne main "*muso mun bolo kany*" ont le privilège de le faire. "Pour le faire, on attache d'abord, on brûle la lame et on le coupe"

Le suivi de la femme qui a accouché et de son bébé, se fait durant la semaine de la réclusion. Les accoucheuses vérifient les lochies.

"Pendant cette semaine nous vérifions si la femme saigne beaucoup, s'il y'a une mauvaise odeur qui apparaît".

### Instruments utilisés

Pour les consultations, les femmes ont un pèse personne, des tubes pour recueillir les urines (pour brûler les urines), et un ruban pour mesurer la taille du ventre.

Pour les accouchements les femmes ne disposent que du coton, d'une lame, de bandes et de l'alcool.

### Honoraires

Qu'il s'agisse des consultations prénatales ou de l'accouchement, la récompense est symbolique. Soit un pagne, du savon pour les accoucheuses "*k'a bolo ko*" et quelques pièces de monnaie. Les femmes qui ont accouché sont obligées de donner 500 francs CFA à l'accoucheuse. Cela servira à acheter de l'alcool, la lame et des nouvelles bandes.

Dans tout le village nous n'avons recensé que 3 accoucheuses et une femme qui fait les consultations prénatales.

## **6.4.7.2 - Les guérisseurs et devins**

### Le système médical savant

Le thérapeute traditionnel est quelqu'un qui a un pouvoir concentré non seulement sur le trouble physique mais, en général sur tout ce qui peut menacer le déroulement souhaitable des choses. Les tradithérapeutes appartiennent à diverses catégories :

- Les herboristes, *jiridonnaw* qui traitent exclusivement avec les plantes en les accompagnant toutefois de formules incantatoires. Le savoir de l'herboriste est un savoir technique sur les plantes.

- Les devins, *filelikelaw* (ceux qui regardent) qui usent de diverses pratiques dont la plus courante est la géomancie, et qui par ce moyen découvre la maladie et détermine le remède approprié ainsi que ses modalités d'application.
- Les féticheurs, *basitigi*, qui utilisent le pouvoir magique des fétiches et les vertus des plantes pour faire du bien.
- Les marabouts, *moriw* qui utilisent les pouvoirs du Coran pour protéger ou traiter les affections dues aux forces occultes.
- Les *subaw*, *subagaw* communément désignés sous le terme de sorciers
- Les anti-sorciers, *jagwanw* qui sont capables de reconnaître les sorciers et de lutter contre leurs méfaits ou contre d'autres forces occultes.
- Enfin, nous pouvons aussi classer les accoucheuses traditionnelles (*jigine musow*) dans la catégorie de tradithérapeute, en raison des connaissances qu'elles ont.

Ceux qui soignent ne sont pas seulement les détenteurs d'une connaissance, leur science ne suffit pas. Ayant reçu un "don", ils lui doivent la sûreté de leur diagnostic et l'efficacité de leur thérapeutique.

Dans le milieu traditionnel, la transmission du savoir est confiée aux gestes et à la parole. La pharmacopée, les procédures thérapeutiques, les signes de la maladie constituent la partie du savoir communiqué par le maître. Aucun support matériel n'existe pour les notions acquises.

Dans le milieu musulman, l'école coranique est le lieu de transmission de la connaissance dont l'objet est l'écriture. Employé sous formes très différentes, confectionné en amulettes à porter sur le corps, mangée, délayée dans l'eau etc., elle constitue chez le thérapeute musulman le moyen thérapeutique par excellence.

Aujourd'hui il est normal de trouver un mélange de tradition animiste et de tradition musulmane. Dans ce cas, le thérapeute soigne avec les écritures mais avec aussi les plantes et l'islam représente un renforcement de prestige.

Les tradithérapeutes que nous avons rencontrés sont au nombre de cinq.

- K.D domicilié à tourabougou, est chasseur et animiste. Initié au sein de sa famille et auprès de son maître chasseur, son travail se limite au savoir des chasseurs. Fait de la géomancie.

- M.C âgé de 53 ans, domicilié à benkoro were (Manyale) est cultivateur. Initié au sein de sa famille (originaire de siribala). In n'utilise que les vertus des plantes.
- M.D, bambara âgé de 57 ans, musulman et maître de médersa. Vient de toumakoro, n'a pas été initié au sein de sa famille, mais auprès de plusieurs personnes. Traite avec des incantations coraniques et bambara associées à des substances végétales, animales ou minérales.
- K.D âgé de 55 ans environ, domicilié à tourabougou. Appartenant à l'ethnie bobo et originaire du cercle de san, arrondissement de téné. Initié au sein de sa famille
- Y.F tradithérapeute de sexe féminin, forgeronne, âgée de plus de 60 ans et domiciliée à kafoléougou. Exciseuse. Fait des incantations sur le patient ou sur les espèces végétales qui vont être utilisées.

Certains tendent à simplifier leur pharmacopée à quelques conseils élémentaires, d'autres n'assurent que des soins limités à quelques affections.

- M.C, soigne les maladies suivantes :

*Kaliya ; ganke kɔɔdimi ; kɔɔɔ ; Kɔɔdimi. ; kɔɔdimi des femmes enceintes ; Sumaya ; Kungolodimi ; Damajalan ;* Plaies surinfectées ; Femmes stériles.

Il ne connaît pas les signes des maladies, seulement les causes

- M.D selon lui, il n'est pas un tradithérapeute et il ne soigne que certaines maladies des enfants qui sont :

*Kɔɔɔ ; Kungolodimi ; cɛmanjedimi ; kɔɔɔboli et kungolo.*

Il ne connaît pas les causes des maladies, seulement leurs signes.

- K.D soigne plusieurs maladies qui sont :

Chez l'enfant : - le *damajalan* ; le *kɔɔdimi* ; le *tɔɔtɔɔɔni*.

Chez la femme : - le *kɔɔdimi* ;

Pour tous les *kɔɔdimi* des femmes (*ganke, tonsojimi, leminanbo*), il soigne le *tɔɔtɔɔɔni*.

Parce que tous ces *kɔɔdimi* viennent en général du *tɔɔtɔɔɔni*.

Le *kungolodimi*

Chez l'homme : il soigne l'impuissance sexuelle.

Ces tradithérapeutes ne font pas partie d'une association, n'utilisent pas de médicaments modernes dans leurs prescriptions et ne collaborent pas non plus avec les médecins modernes.

## *Le traitement dans la médecine traditionnelle*

### Méthodes de diagnostic

Les méthodes de diagnostic citées par les femmes sont : une observation (à l'œil) de l'enfant ou de la femme, suivie d'une observation avec interrogatoire de la maman ou de la femme. Enfin par la géomancie et la divination.

En analysant ces différentes réponses, nous pouvons dire que le diagnostic du thérapeute se situe à deux niveaux. Celui des causes naturelles et celui des causes non naturelles. La procédure utilisée pour poser le diagnostic des maladies naturelles est de type descriptif. C'est à dire qu'il procède par interrogatoire, observation et examen physique du malade. La procédure utilisée pour poser le diagnostic des causes non naturelles est de type compréhensif. Par la géomancie et la divination le thérapeute explore le contexte psychosocial du malade. La séance de divination a le but d'identifier une situation et les moyens pour la contrôler, d'en découvrir les points obscurs en donnant la solution.

### Techniques thérapeutiques

Les activités thérapeutiques sont fréquentes, mais les conduites prophylactiques sont particulièrement nombreuses. Par une ritualisation du comportement, l'individu vise à se rendre peu vulnérable : obéir aux interdits, le port par les femmes, hommes et enfants d'amulettes en cuir.

Le traitement traditionnel peut comprendre à la fois une action sur le corps, une action sur les relations sociales et une action sur les états psychiques intérieurs comme la culpabilité, l'angoisse (Gilles Bibeau). Il peut être directement curatif ou comporter davantage une dimension de protection ou de prévention. Tous les traitements peuvent être classés dans l'un ou l'autre des deux types : naturaliste ou rituel. Les traitements par médicaments coïncident en général avec une approche naturaliste de la maladie. Tandis que les traitements par rituels s'enracinent dans une compréhension du contexte psychosocial qui sous-tend la maladie. L'accentuation de l'un ou de l'autre type de traitement dépend à la fois de la catégorie (forgeron, chasseur, noble) à laquelle appartient le thérapeute et de la maladie traitée.

### *Le médicament traditionnel*

Le médicament traditionnel est généralement sous forme d'une recette préparée à base de substances végétales (environ 80%), animales et minérales. Certaines notions sur les propriétés des espèces végétales sont partagées par tout le monde (médecine traditionnelle populaire et ordinaire). N'importe qui peut donner une longue liste de préparations à base végétale ayant pour but de "prévenir, protéger, empêcher" et donc de garder la santé. Une liste de remèdes utiles à soigner la maladie. L'automédication largement répandue, prévoit en effet que chacun puisse confectionner son propre médicament selon les recettes reçues.

Les herboristes se trouvent à un niveau intermédiaire entre le niveau populaire, commun ou ordinaire, et le niveau spécialisé des thérapeutes.

Le thérapeute traditionnel utilise les différentes parties de la même plante pour traiter deux maladies différentes. On ne coupe pas les plantes médicinales (destinées à soigner quelqu'un) le soir ou un samedi. Car tout ce qui se fait le samedi se répète. C'est à dire que tu le feras encore parce que ton enfant ne guérira pas.

Chaque préparation obtenue répond à un domaine pathologique défini selon divers critères, symptômes, organe malade ou fonction perturbée. Les recettes sont présentées sous des formes très variées : poudres, solutions, soupes ou pommades.

### *Le traitement par rituels*

Les traitements par médicaments que nous venons de décrire sont orientés vers le corps, même si certains d'entre eux situent leurs actions à la jointure du somatique et du psychique. La thérapie mise en jeu au niveau du psychosocial agit par l'intermédiaire de formes rituelles très diversifiées et fondées sur un ensemble de symboles et de croyances dont certains ont une portée générale tandis que d'autres sont d'avantage liés au fonds culturel spécifique d'une société ou ethnie particulière (Gilles Bibeau, 1979).

L'accomplissement d'un rituel peut avoir pour but d'exorciser ou de purifier. Il peut avoir une portée thérapeutique. Pour cela il s'agit de comprendre qu'elles sont les principes psychologiques et sociaux mis en œuvre et responsable de son efficacité thérapeutique (cf. opinion sur les épidémies p. 200). Dans ce cas l'accomplissement du rituel rétabli l'équilibre social.



### Modes d'administration

Les préparations et manières d'administrer les remèdes sont différentes.

Nous avons une administration locale à effet localisé par instillation de gouttes dans les oreilles par exemple. Une administration locale à effet général par incisions sur le front ou sur les articulations.

Une administration générale comme les massages et les fumigations. Le mode le plus utilisée est la voie orale.

"Les enfants ont plus de maladies quand les températures changent. On dit toujours que c'est la fièvre, ce n'est pas vrai. Car toute maladie commence toujours par le ventre avant de sortir sur le corps (la peau).

Alors quand on soigne, on commence toujours par soigner le ventre, par ingestion de médicaments". KD tradithérapeute, domicilié à Turabugu

Certains remèdes sont portés au contact du corps, suspendus au cou, noués aux cheveux, liés par une cordelette à une articulation.

### Posologie

Selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme, la dose changé.

Pour les garçons : on coupe les plantes médicinales pour un traitement de trois jours. S'il n'est pas encore guéri, couper encore pour trois jours (prendre la dose de trois jours seulement). La posologie est de trois pincées, trois bottes ou trois fois. Elle est en général journalière.

Pour les filles : on coupe les plantes médicinales pour un traitement de quatre jours. Si elle n'est pas encore guérie, couper encore pour quatre jours (prendre la dose de quatre jours seulement). La posologie est de quatre pincées, quatre bottes ou quatre fois.

Un certain nombre d'interdits recourent les contres indications qui accompagnent les médicaments.

"Quand l'enfant a le *sumaya*, il ne faut pas qu'il mange la viande car elle aggrave la maladie. Il peut manger du poisson".

"Tout ce qui est gras, sucré, peut aggraver le paludisme".

### **6.4.7.3 - Centre de santé, analyse des offres de soins**

Il n'y a pas de structure sanitaire dans le village. Les structures sanitaires les plus proches sont à 8 Km du village. Ces structures sont : le centre de santé communautaire de Molodo Centre et le cabinet privé du docteur Salif Coulibaly à Molodo Centre. Le centre de santé de Niono est situé à 14 km.

### Aménagement du CSCom de Molodo

Le centre de santé de Molodo fut créé en 1946 par les colons de l'Office du Niger, c'était un poste médical pour la population mais les agents étaient payés par les colons blancs. Le poste médical a été transformé en CSCom en 1994 avec l'avènement de la politique sectorielle de la santé en 1992. Jusqu'en 1983 la consultation et le traitement étaient gratuits au poste de santé (tous les médicaments venaient de Niono). A partir de 1984, les agents du poste ont commencé à percevoir la somme de 300 francs pour les accouchements et la somme de 100 francs pour la consultation des malades externes. Cet argent sert à payer le manœuvre, l'infirmier et le matériel pour l'hygiène du centre. Cela a aussi servi à construire les latrines et un puits à buse dans le centre.

Le centre est constitué de deux unités qui sont :

**Unité de maternité :** 1 Salle de consultation générale  
1 Salle de consultation prénatale  
1 Bureau de l'infirmière obstétricienne  
1 Salle d'accouchement  
1 Salle d'hospitalisation  
Une toilette  
Une cuisine  
Une chambre annexe (occupée par le gardien)

**Dispensaire :** 1 Salle de consultation externe  
1 Salle d'injection  
1 Salle de pansement  
Un point de vente des médicaments essentiels

Il n'y a pas de plateau chirurgical dans le centre de santé. Les femmes qui doivent subir une césarienne ainsi que les malades à indications chirurgicales (qui ne sont pas exécutées dans le cabinet privé) sont transportés à l'hôpital de Niono par une ambulance.

#### **Situation du personnel :**

- Un technicien de santé qui est le chef du centre
- Deux assistants techniciens de santé chargés de la maternité (une infirmière de santé et une infirmière obstétricienne)
- Un employé de commerce (poste de vente des médicaments essentiels)

- Un manœuvre

### ***Programme d'activité du centre de santé***

L'unité de maternité s'occupe des consultations prénatales et postnatales, des accouchements, les consultations préventives infantiles, la vaccination, les causeries débat avec les femmes, le planning familial et la supervision des relais pour la surveillance épidémiologique.

Le dispensaire s'occupe des consultations externes, des pansements et des injections, le suivi des tuberculeux, le traitement de la bilharziose, la consultation et suivi des malades de la lèpre, la distribution à base communautaire des contraceptifs, la relance des malades atteints de tuberculose et de lèpre et la vente des médicaments essentiels.

Il existe une carte de membre du CSCoM, elle coûte 750 francs par an pour un ménage. Les consultations externes coûtent 250 francs et les consultations prénatales 500 francs pour les ménages qui n'ont pas de carte. Pour les ménages ayant une carte les consultations externes sont gratuites et les prénatales 500 pour toute l'année.

### **Aménagement du cabinet médical privé de Molodo**

Le cabinet privé a été créé en 1992 par le docteur Salif Coulibaly. Il est constitué de :

- 3 salles d'hospitalisation (2 lits par salle )
- une salle de soins
- une salle de traitement (plateau chirurgical )
- une salle d'attente
- une salle de consultation
- un bureau pour le médecin
- un dépôt de médicaments

### ***Situation du personnel***

- Un médecin
- Un infirmier
- Deux aides soignants

***Principales activités*** : Elles se résument aux consultations de médecine générale, les soins infirmiers, la consultation prénatale et postnatale, le planning familial, les vaccinations, le dépistage et le traitement de la lèpre, le dépistage et le traitement de la tuberculose. Les interventions chirurgicales se limitent aux circoncisions, aux hernies, aux hydrocèles. Ils ne

font pas de césarienne car il n'y a pas de sage femmes ni de maternité dans le cabinet. Il existe une carte de membre du cabinet qui coûte 1250 francs pour 20 personnes d'une même famille par an. Les consultations coûtent 250 francs pour les familles qui possèdent une carte et 1000 francs pour celles qui n'en possèdent pas.

### **Les modes d'accès aux services de santé**

L'accessibilité aux différents services de santé de Molodo n'est pas facile pour les habitants de Manyale. Le moyen de transport des femmes est la charrette donc il faut en moyenne trois heures pour parcourir les 8 Km qui séparent le village du centre de santé. Les routes ne sont pas en bon état, très accidentées et presque impraticables pendant les périodes de pluie. Les femmes enceintes en travail ne peuvent pas monter sur la charrette pour se rendre au centre de santé, c'est trop long et trop fatigant.

Certains médicaments surtout essentiels prescrits sont généralement en rupture de stock dans les pharmacies (3 à Niono, 1 à Molodo et 2 dépôts de médicaments). Certains sont tellement chers qu'après une ou deux boîtes achetées à la pharmacie, le malade est obligé de retourner à la médecine traditionnelle (tradithérapeute ou automédication traditionnelle).

La source d'approvisionnement des médicaments est par ordre :

- Les marchands ambulants et les étalagistes ;
- Le centre de santé.

#### 6.4.8 - Perspectives interdisciplinaires et analyse des besoins médicaux

##### Rencontre et ajustement de systèmes médicaux

Chacun des groupes ethniques qui coexistent au sein d'une société dispose de ses propres traditions face à la maladie et à la mort. Il les organise en un système qui se voit confronté à celui de ses voisins et à la médecine moderne.

La réponse aux besoins du malade et le choix des directives qui lui soient accessibles implique l'usage d'un langage commun entre lui et celui qui l'aide à retrouver l'état ressenti comme santé. Dans une société où il existe plusieurs systèmes médicaux, il s'édifie un ensemble médical qui emprunte aux uns et aux autres systèmes à mesure que les groupes s'interpénètrent. Le médecin moderne est ainsi placé au sein d'un vaste spectre de recours thérapeutiques.

Selon les tradithérapeutes vus, ils reçoivent des malades qui ont suivi des traitements dans des centres de santé sans succès. Les maladies citées sont *Sindimi, damajalan, ganke kɔɔdimi*.

Si une maladie dépasse la compétence du tradithérapeute, il réfère le patient à l'hôpital ou à un centre de santé.

##### *Analyse les offres de soins*

Les cours donnés aux accoucheuses traditionnelles par les agents du centre de santé de Molodo portent sur :

Les cas d'évacuation avant, pendant et après l'accouchement

##### *Avant*

Hémorragie ;

Procidence du cordon ;

Présentation transversale ;

Durée du travail pendant plus de 24 heures ;

Rupture prématurée de la poche des eaux

##### *Pendant*

Rétention placentaire

##### *Après*

Rétention placentaire

Si une mauvaise odeur est ressortie 2 à 3 jours après l'accouchement il y a présence de cotylédon placentaire.

#### Les cours de nutrition des femmes enceintes et des enfants

Cours sur l'hygiène alimentaire et sanitaire, surtout concernant la désinfection de l'eau de boisson.

"On nous a appris à désinfecter la lame (la brûler dans de l'alcool) et à attacher le cordon ombilical avant de le couper. Nous conseillons aux femmes d'aller au dispensaire après le septième mois de grossesse. Nous leur disons aussi de prendre 3 nivaquines par semaines mais nous ne connaissons pas la durée de la prise. S'il y a des complications nous referons les femmes au centre de santé de Molodo."

"Les femmes que nous amenons au centre de santé sont celles qui ont un bassin étroit, les jeunes filles qui n'ont jamais accouché au paravant et les femmes qui saignent beaucoup après l'accouchement".

Quand une femme est enceinte nous lui demandons de partir au dispensaire à partir de 7 mois pour se faire vacciner mais elles ne veulent pas. Certaines ont peur des injections et pour d'autres ce sont les problèmes d'argent qui sont avancés.

## Analyse de la dynamique de prise de décision

La prise de décision d'un choix thérapeutique est très complexe, pour faire cette analyse, nous avons pris trois paramètres qui sont le coût du traitement, l'accessibilité environnementale et l'efficacité du traitement.

### *Le coût du traitement*

Lorsque nous posons la question de savoir pourquoi elles ne sont pas allées au C.S.Com, elles répondent "nous n'avons pas les moyens".

Nous constatons pendant notre séjour sur les lieux que toutes celles qui ont donné cette réponse ne sont pas non plus allées chez un tradithérapeute. Dans ce cas elles font généralement l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales ou à base de produits pharmaceutiques, ou ne font rien.

Quand un parent se rend chez le thérapeute traditionnel, il donne en général de l'argent et/ou fait les sacrifices. Tous ces éléments de sacrifice, lorsqu'ils sont évalués en terme d'argent liquide sont parfois plus chers que le traitement moderne pour la même maladie.

Exemple : Le prix d'un poulet varie de 500 à 1000 selon que nous sommes en saison sèche ou en saison de pluie. Si à cela nous évaluons les prix des kolas, des grains donnés, nous aurons des prix qui varient de 750 à 1250 francs CFA.

En considérant les maladies que nous avons répertoriées et soignées nous avons les coûts approximatifs suivants (cf. tableau XXXI) :

**TABLEAU XXXI- COÛT DES DIFFERENTS TRAITEMENTS**

Coût maladies	Médicament par jour	Prix unitaire en francs CFA	accessoires	Coût total en francs CFA
<b>Paludisme.</b> Enfant :	<u>Nivaquine</u> : 1 cp pendant 5 jours.	12,5 francs	0	75 à 100
	<u>Paracétamol</u> : 1 cp pendant 3 jours	12,5 francs	0	50 à 75 = <b>125 à 175</b>
	<u>Quinine résorcine</u> 0,20mg à 0,30 mg Pendant 4 jours.	150 à 300 francs	seringues 5cc : 105 francs	600 à 1200 + 420 = 1020 à 1620
	<u>Paracétamol</u> : 1 cp pendant 4 jours <u>Diazepam inj</u> : 0,5 mg / kgs (donc 1 inj/ jour)	12,5 francs 100 à 200		50 à 75 = <b>1070 à 1695</b>  = <b>1170 à 1895</b>
<b>Infection des voies aériennes supérieures.</b>	<u>Carbetux</u> : 1 flacon	600	0	600
	+ <u>Amoxicilline</u> 500 : 2 gel pendant 5 jours.	900 la plaquette	0	+ 900 = <b>1500</b>
	Ou <u>Péni G</u> : Pendant 5 jours	180	seringues 5cc : 105	+ 180 * 5 = 900 + 525 = <b>2525</b>
	Ou <u>Cotrimoxazole</u> 480 mg : 1 à 2 cp Pendant 5 jours.	340 la plaquette	0	+ 340 = <b>940</b>
<b>Dysenterie</b>	<u>Cotrimoxazole</u> 480 mg : 1 à 2 cp pendant 5 jours.	340 la plaquette	0	<b>340</b>
	Et/ou <u>Métronidazole</u> 250 mg : 2 à 3 cp pendant 5 jours	240 la plaquette	0	340 + 240 = <b>780</b>
<b>Diarrhée</b> Traitement symptomatique	<u>SRO</u>	125	0	= <b>125</b>
<b>bilharziose</b>	<u>praziquantel</u> 600mg : 1 cp / 15 Kgs	400	0	= <b>400</b>
<b>Impétigo</b>	<u>PéniG</u>	180	seringues 5cc : 105	900 + 525 = <b>1425</b>
<b>Syphilis (adultes)</b>	<u>Benzathine</u> <u>pénicilline</u> 2,4 MU : 1 inj / jr Pendant 3 semaines	665	Seringues 10 cc / 115	665 + 345 = <b>1010</b>
				couple = <b>2020</b>



### Liées à la pratique de la médecine moderne

- Le manque de médecins qualifiés en brousse. En général ceux qui y sont, sont des techniciens de santé ou des infirmiers.
- Le manque d'infrastructures, surtout biomédicales, les agents de santé sur place n'ont pas les moyens de faire des examens biologiques.
- Un accueil pas toujours apprécié par les patients.

Toutes ses causes ont des conséquences qui sont :

- Une connaissance insuffisante de la médecine (anatomie, physiologie, sémiologie et thérapeutique). Les agents qui ne connaissent pas le diagnostic, hésitent entre plusieurs hypothèses. Ils sont parfois obligés de procéder par tâtonnement ou soigner en fonction de l'état général du malade.
- Un grossissement des ordonnances, les agents de santé sont souvent obligés de faire le traitement de plusieurs hypothèses diagnostics. En dehors du fait qu'ils ne sont pas bien formés, il est impossible de faire des examens biologiques qui pourront éliminer plusieurs hypothèses diagnostics. Les ordonnances sont chères parce que les pharmacies sur place sont en fréquentes ruptures de stock en médicaments essentiels.

### La Prise en charge du traitement

La majorité des femmes dit que c'est le père de l'enfant qui prend en charge les sacrifices et traitements de l'enfant. Ce qui est tout à fait différent du discours qu'elles tiennent lorsque nous causons (lorsque la causerie ne se fait pas dans une atmosphère de travail).

"Tout le monde ici te dira que c'est le père qui prend en charge le traitement des enfants, mais en réalité se sont les femmes. Parce que dans les familles chaque femme s'occupe de son enfant, si ta mère n'est plus tant pis ".

"Dans les grandes familles, la question de santé et vêtement des enfants revient à chaque mère de famille, le savon, le pétrole et l'huile aussi. Ce qui se cultive dans la famille est consommé par tous les membres et c'est ainsi."

Ces deux citations de notre guide local, illustrent la place qu'occupe la femme dans la prise en charge thérapeutique de l'enfant. Les mères et les femmes du village de Mapale ne sont pas toutes instruites, ni alphabétisées et toutes sont cultivatrices. La charge ménagère quotidienne ne leur donne pas assez de temps pour se rendre chez un thérapeute traditionnel ou un médecin moderne. Elles gagnent de l'argent avec les produits du maraîchage qu'elles vendent

à Niono. Ces deux dernières années malheureusement, elles n'ont pas cultivé parce que l'ON a fermé les canaux d'irrigation pour des raisons de travaux de réaménagement.

Enfin nous pouvons aussi dire que l'ignorance du coût réel du traitement par les femmes et les mères est une cause de la faible fréquentation des services de santé.

### *L'accessibilité environnementale*

Si les femmes ne se rendent pas dans les CSCom, l'accessibilité environnementale est parfois mise en cause. Pendant notre étude, nous n'avons consulté que les tradithérapeutes cités par les femmes. La situation de leur domicile par rapport au village est :

Kafolebugu : environ 10 kms au sud du village.

Turabugu : environ 8 kms au sud du village

Molodo-bamanan : environ 7 kms du village à l'Est.

La situation du CSCom par rapport au village est 7, 5 kms à l'est.

Nous constatons que les distances ne sont pas différentes. Si nous ajoutons certains paramètres tels que les caractéristiques de la route, nous verrons que la route qui mène au CSCom suit une ligne droite bien dégagée, accessible aux véhicules. Il n'y a pas beaucoup de poussières parce qu'elles sont construites autour des canaux d'irrigation.

Celles qui mènent aux différents domiciles des thérapeutes sont sinueuses, non dégagées. Elles sont poussiéreuses, donc très difficile d'accès à mobylette, il faut une charrette ou un bon véhicule. Les pistes ne sont pas larges car bordées d'arbres de toutes sortes, ce qui rend difficile la circulation d'un véhicule. Les femmes n'étant pas propriétaires de charrette, et les charrettes indisponibles car avec les hommes pour les travaux champêtres, elles sont obligées de s'y rendre à pied. Elles sont aussi parfois obligées de passer la nuit dans le lieu pour reprendre la route le lendemain, ou revenir un autre jour, le temps nécessaire à la recherche des plantes indiquées. Parfois elles sont obligées d'aller chercher les plantes à des kilomètres loin de leur domicile. Exemple le village de Jado à environ 4 km du village où nous nous sommes rendues pour trouver le *barakante*.

**Pourquoi, malgré toutes ces difficultés, elles se rendent quand même chez le thérapeute traditionnel ?**

A la suite de toutes les raisons citées plus haut, nous dirons que lorsque le traitement est donné par le thérapeute, la femme rentre chez elle et l'applique.

- Le traitement empirique n'est pas lourd. En médecine moderne on prend des comprimés, qui sont parfois en grand nombre et divers. Ajoutés à cela les injections.

"Certaines pensent que les injections ont des effets néfastes, alors elles utilisent les médicaments traditionnels. A part cela elles utilisent les deux". A.D aide soignant du village.

Les femmes sont trop occupées dans la journée pour se rappeler les différentes doses et modes d'administration des médicaments pharmaceutiques. Ces médicaments peuvent entraîner d'autres troubles, telles que digestifs ou des accès de fatigue. Ces troubles sont incompatibles au bon déroulement des tâches journalières de la femme.

- Le traitement empirique est très peu contraignant. Considérons en médecine moderne, le cas des femmes souffrant d'une affection génitale. Le traitement demande une certaine hygiène corporelle et sexuelle. L'abstinence sexuelle qui peut aller jusqu'à 3 semaines en dehors d'un accouchement n'est pas suivie pendant ces traitements. Selon les femmes dans les foyers monogamiques, le mari ne le permettra pas. Celles dans les foyers polygamiques nous disent qu'elles ont des tours de deux jours chacune avec le mari et il leur est difficile d'expliquer au mari le pourquoi. Surtout il ne faudrait pas que les co-épouses soient au courant de sa maladie. Certaines nous demandent d'aller nous-mêmes vers leur mari pour l'explication.

- Le suivi du traitement empirique est simple. En dehors des rites (hygiène du comportement) qu'il faut suivre, le traitement dure en moyenne 4 jours (3 pour les garçons et 4 pour les filles). C'est un seul médicament qui est donné, à avaler, se laver, enduire sur le corps ou à porter sur soi. Le thérapeute est revu seulement à la fin du traitement (efficace ou pas). Ce n'est pas toujours le cas pour les traitements modernes qui comportent toujours des injections. La femme est obligée de se rendre au CSCom tous les jours et payer 100 francs CFA pour faire l'injection. L'absence de personne capable de faire des injections dans le village, fait en sorte que les femmes qui ont plusieurs tâches ménagères n'ont pas toujours le temps de se rendre au CSCom.

Conséquences, le traitement moderne est très mal suivi.

Exemple : au cours des vomissements et diarrhée des enfants, nous avons demandé aux mamans de donner l'eau de riz aux enfants. Mais cela est très difficile parce que les femmes d'une même famille (concession) ont des tours à la cuisine.

"Nous faisons chacune deux jours de cuisine. Quand ce n'est pas ton tour, il est difficile de se procurer cette eau de riz. Dans certaines familles le chef interdit de faire une autre cuisine en dehors de celle que toute la famille doit manger."

Le riz est stocké dans un magasin et la quantité journalière est donnée par celui qui s'occupe de la gestion du grain familial.

Le traitement moderne chez les enfants, est bien suivi les trois premiers jours (pour celles qui se sont rendues au centre de santé avec leurs enfants et qui ont acheté les médicaments). Les parents qui font de l'automédication moderne ou traditionnelle donnent en général le médicament le premier jour et parfois le deuxième jour à des doses thérapeutiques très faibles. La majorité ne prend pas de médicament. Chez les femmes, le traitement s'il est fait, est suivi pendant les deux premiers jours correctement et parfois le troisième jour. A partir du quatrième jour, le traitement n'est plus fait.

### ***Efficacité des médecines selon les femmes et mères***

*Quelle est la médecine qui vous a donné le plus de satisfaction ?*

Cette question est très difficile car la majorité des femmes ne se soignent pas et ne soignent pas leurs enfants. Quand elles le font c'est l'automédication moderne ou l'automédication traditionnelle soit de façon isolée ou au même moment. Certaines ont cité la médecine moderne, parce qu'elles ont été soulagées et parce que la médecine moderne calme rapidement les douleurs. D'autres ont répondu aucune, en général c'est parce qu'elles ne font que de l'automédication ou ne se traitent pas.

Prenons l'exemple du *kungolo* des nourrissons. Il est très difficile dans ce cas d'évaluer l'efficacité d'une médecine. Parce qu'il n'est pas possible de dire si c'est le fait d'avoir soigné son *kungolo* chez le tradithérapeute qui a guéri l'enfant ou si ce sont les médicaments modernes qui l'ont fait.

## Analyse des problèmes de santé

Parfois le diagnostic du médecin est influencé par l'entité émise par le patient. Nous constatons après notre étude que faire d'emblée des correspondances peut être à l'origine d'un faux diagnostic.

Les femmes distinguent le *kungolodimi* du *sumaya*. Pour le médecin la symptomatologie palustre comporte les maux de tête, mais les femmes font une différence entre ces céphalées et le **paludisme**.

Pour les mères, le signe selles avec présence de sang a pour diagnostic *təgətəgəni*. Mais lorsque l'enfant a des selles glaireuses accompagnées ou précédées de ténésmes, épreintes (*a kəno bé səgəsəgə*) et parfois l'enfant pleure en faisant les selles, cela a pour diagnostic *kənədimi* ou *kənənugutigé*.

Les diagnostics sont différents pour les mères et les thérapeutes traditionnels, mais pour le médecin cela peut signifier la même chose. Parce que, lui, pourra faire un examen biologique des selles pour prouver la présence d'hématies ou s'en tenir juste à la sémiologie ténésmes, épreintes et glaire pour poser le diagnostic de **dysenterie**. La **shistosomiase** à *Shistosoma mansoni* provoque l'apparition des mêmes signes.

Les femmes posent le diagnostic *kaliya* pour toutes douleurs qu'elles n'ont pas pu diagnostiquer. Si elle vomit par la suite, le diagnostic *sumaya* est posé.

Après notre étude, *kaliya* a été émis pour les maladies telles que la **pyélonéphrite**, les **hernies inguinales** chez les hommes et la **gastrites ou ulcère gastrique**. Dans un cas de pyélonéphrite nous avons observé la survenue de vomissements à la suite de l'accentuation de la fièvre et de la douleur lombaire. Dans les cas de hernies, gastrites et ulcères on peut observer des vomissements. En conclusion nous pouvons dire que tout *sumaya* (surtout qui dérive du *kaliya*) n'est pas un accès palustre.

Chez les femmes enceintes, les infections urinaires hautes qui entraînent des douleurs lombaires bilatérales, surtout droites, sont regroupées sous le nom de *kaliya*. Si ces douleurs s'accompagnent de vomissement, ce qui arrive parfois en cas de forte fièvre, elles les regroupent sous le nom de *sumaya*.

Les infections urinaires basses qui entraînent des troubles de la miction (douleur, dysurie ou pollakiurie) sont regroupées sous le nom de *damajalan*.

Pour le médecin les signes des infections urinaires hautes accompagnés ou pas de ceux des l'infections urinaires basses peuvent être une pyélonéphrite chez une femme enceinte, une cystite ou **maladie sexuellement transmissible**. Chez les hommes âgés cela peut être une **maladie de la prostate**.

Les entités *kolobɔ*, *kɔnɔboli*, *kungolodimi* et *mura* peuvent toutes être des **accès palustres**.

*Kolobɔ* et *kɔnɔboli* peuvent aussi être les **diarrhées infectieuses** des enfants.

*Kɔnɔdimi* chez les enfants peut être un accès palustre, une dysenterie ou toute autres douleurs abdominales.

Chez les femmes cette entité est très complexe. Elle peut être une douleur abdominale banale, une dysenterie, des dysménorrhées, les maladies sexuellement transmissibles, les douleurs du post-partum et des problèmes de stérilité.

### *Entités nosologiques et équivalences en médecine moderne*

#### En langue locale *bamanan*

*Sumaya*

Paludisme

*Mura*

Rhino-pharyngite, bronchites

*Tɔgɔtɔgɔni*

Dysenterie ou shistosomiase digestive

*ɲenemini*

vertiges

*Kɔnɔdimi*

Douleurs abdominales qui englobent les problèmes de stérilité chez les femmes, les diarrhées des enfants, les dysentéries et tout autre

troubles digestifs.

<i>Damajalan</i>	Troubles de la miction et de l'urine ou une MST. Infection des voies urinaires.
<i>Sɔɔsɔɔ</i>	La toux qui englobe aussi toutes les affections des voies aériennes supérieures
<i>ɲɛdimi</i>	Infections oculaires
<i>Nɛɛdimi</i>	Frissons /paludisme
<i>Kaliya</i>	Douleurs lombaires généralement. Pyélonéphrite chez les femmes enceintes ; névralgies chez les vieilles personnes ; parfois sciatiques.
<i>Pasani</i>	Malnutrition (marasme) ou déshydratation sévère de l'enfant
<i>Ƙɔɔ, Bana mun bena sanfɛ, Sanfɛ ta, Pasaja bana</i>	Convulsions / accès pernicieux ou tétanos (néonatal), ou méningite
<i>Koungo-bana, Murukubana</i>	Dans notre étude, c'est un enfant trisomique (mongolien)
<i>Sisan</i>	Asthme
<i>Ƙɔdimi</i>	Douleurs dorsales
<i>Cɛmanjɛdimi</i>	Pneumonies ou détresse respiratoire
<i>Dusukudimi</i>	Palpitations cardiaques, affection cardiaque

<i>Kopasadimi</i>	Douleurs dorsales
<i>Keteketenin</i>	Coqueluche
<i>ᵿᵿnin</i>	Rougeole
<i>Kandimi</i> différent de <i>kanja bana</i>	Angines différent de méningite
<i>Tulodimi</i>	Otitis (infections auriculaires)
<i>Boloko bana</i>	Nous avons rencontré un cas. Un enfant qui depuis notre arrivée sur le terrain en octobre 99 est toujours malade et cet enfant de sexe masculin n'est pas encore circoncis et est âgé de 2 ans. Cet enfant, selon sa mère souffrait de <i>boloko bana</i> . Tant qu'il n'est pas circoncis, il sera toujours <i>banabato</i> . Il faut faire sa circoncision pour que le vent puisse pénétrer. " <i>a ma boloko, fiᵿen te don, a te a cew mine gosi, a maᵿy</i> ". " <i>ni e ye gantige boloko sisan, a bena lafiya</i> " (si tu le circonsis maintenant, il se portera mieux).
<i>Nudimi</i>	Sinusite
<i>Dajoli = dadimi</i>	Plaies, abcès dans la bouche
<i>Dado</i>	Vésicules qui apparaissent sur le palais des nourissons et les empêchent de téter le sein.
<i>Disidimi, Kᵿᵿᵿdimi</i>	Douleurs thoraciques
<i>Koloci</i>	Drépanocytose
<i>Galaka kaliya.</i>	Douleurs au niveau des côtes



<i>Barakorasi</i>	Inflammation péri ombilicale /hernie ombilicale
<i>Sumu</i>	Carie dentaire
<i>Zanfala</i>	Ptyriase versicolore, mycoses dermiques
<i>Konoboli</i>	Diarrhées / paludisme, dysenterie, diarrhée infectieuse

#### **6.4.9 - L'impact de l'Initiative de Bamako (soins de santé primaires) ou de la politique sectorielle de santé du Mali**

La présence d'un centre de santé communautaire dans un rayon de 8 km qui offre un service minimum, l'augmentation du taux d'enfant vaccinés à 80% grâce au programme élargi de vaccination, les visites prénatales et la vaccination antitétanique gratuite des femmes enceintes, la disponibilité des médicaments génériques (cf.annexe) répondent à l'offre de soins de santé primaires.

Nous pouvons attribuer le recours aux soins de qualité chez les personnes de Manale à son efficacité. Le non recours et les retards de recours sont attribués à l'accessibilité environnementale, au coût élevé du traitement, au manque de compréhension des agents de santé, à la disponibilité des médicaments modernes chez les étalagistes et les marchands ambulants et à celle des plantes médicinales.

La présence d'un centre de santé est un pas, mais il faudra encore créer d'autres centres de santé pour couvrir le maximum de villages. Le centre de santé de Molodo couvre 16 autres villages dont les distances varient de 0 à 16 kms (cf.annexe).

Les soins biomédicaux sont offerts par le centre de santé de Niono situé à 14 km du village. Les motivations vers ces soins sont complexes. Le malade est référé par les agents du centre de santé de Molodo ou parfois après plusieurs tentatives thérapeutiques sans succès.

La création d'un secteur communautaire indépendant de l'état a rendu les prestataires de services plus attentifs aux besoins des dispensaires locaux. Le recrutement du personnel a une importance majeure. Etant donné que les dispensaires d'Etat continuent à fonctionner parallèlement aux dispensaires communautaires, le secteur communautaire de la santé a beaucoup de mal à attirer et à retenir du personnel de santé qualifié. Il n'offre ni sécurité de l'emploi, ni assurances retraite, ni perspectives de carrière et les dispensaires sont souvent situés dans les régions les plus isolées. Pour toutes ces raisons de nombreux postes restent vacants. Le professionnel de la santé est attiré par les zones urbaines ou les régions les plus prospères.

Pour que l'Initiative de Bamako puisse atteindre ses objectifs auprès des personnes et des familles de Manale, elle doit d'abord remédier au problème du manque de personnel.

Notre expérience d'étudiante praticienne-chercheur nous a permis d'être plus attentive aux besoins des populations.

Nous envisageons pour nous et pour nos cadets en médecine, une solide formation en santé publique qui n'est pas centrée sur des malades pris individuellement mais sur des

populations et sur des institutions. Il faudrait acquérir des connaissances en statistiques, en épidémiologie, en sociologie, en économie, en écologie, en nutrition, des connaissances qui relèvent de l'ingénierie sanitaire et de la gestion. La nécessité des stages (entraînements) pratiques aux tâches professionnelles telles que : les études épidémiologiques, l'éducation sanitaire, les programmes de préventions ou de contrôles, les systèmes d'informations, l'évaluations des programmes et projets, l'élaboration d'une politique de santé est bénéfique.

## **6.5. Ethique de la recherche**

## 6.5 - L'éthique de la recherche et des soins

Les comportements individuels ne peuvent pas se concevoir indépendamment du contexte dans lequel ils se situent. Chaque individu est plongé dans un environnement vis-à-vis duquel il a des réactions polarisées : d'attraction, de répulsion ou d'indifférence (Dortier, 1998 : 238)

La pratique des soins en recherche de terrain, notamment en milieu de terroir, nous a brutalement montré combien était grand notre besoin en formation et communication interculturelles. Qui plus est, un milieu qui échappe à toute notre logique personnelle. Il apparaît en effet qu'un enseignement en histoire et philosophie des sciences, nous devons dire des savoirs ordinaires, savants et conventionnels serait bénéfique. Cela nous aurait indubitablement mieux armée à traverser autant les épreuves de notre formation rapide en langue bamanan, celle au Centre de Recherche sur le Savoir Local et plus spécifiquement notre traversée des us et coutumes à Mapale.

Assez vite confrontée aux enjeux ou dynamiques de construction des rapports de communication verbalisée et non-verbalisée, entre les acteurs sociaux et nous-mêmes, nous avons également été mal prise avec le principe moral et éthique de la sollicitation du tiers (enquêtes sur questionnaires, entretiens approfondies, etc.). A cela s'est vite ajouté les limites de mes possibilités à répondre aux attentes de biens d'usagers de mes services, mais surtout à certaines rudesses des rapports de genre des *colonw* en général et en particulier des *kalakaw*.

Du biais ou facteur d'inertie dans l'utilisation des services publics ou communautaires que constituait notre présence, munie de médicaments essentiels, s'est vite superposée les défis de compréhension et d'explication des objectifs de notre étude vis-à-vis de ceux des structures sanitaires locaux. En effet, il est apparu le phénomène qui constituait chez les acteurs sociaux à ne plus avoir recours aux services locaux en raison de notre calendrier de passages saisonniers. Certains y souscrivaient soit de remettre leurs besoins de soins médicaux à ces passages. Au-delà de notre sollicitation à nous installer définitivement en tant que *colon*, on note une certaine prise en considération ou de conscience quant à leurs besoins en soins de qualité. Ces considérations éthiques des soins en terrain de recherche nous amène à la réflexion sur cette réintroduction ou renouvellement de l'éthique hippocratique, que l'on observe de plus en plus dans les discussions éthiques en milieu sous-éduqué, voire analphabète contre celle du juridisme des sociétés industrielles de type individualiste.

Savoir nager vaut mieux que savoir monter à cheval, mais se connaître soi-même vaut mieux que tout cela. Se connaître soi-même est une grande chose (une chose primordiale) : c'est le commencement de la personnalité; (car) tout le monde ne se connaît pas soi-même; Et tout le monde n'est pas une personne (par conséquent) (Cissé, 1979 : 131)

En effet, plus orienté à se constituer en exemption juridique pour le chercheur, pour les institutions de recherche et pour les bailleurs de fonds, l'attestation d'éthique liée au consentement libre et éclairé, découle d'un savoir-faire et d'être qui nous est assez étranger. Il l'est en tout cas pour l'acteur social commun ou de terroir. En Afrique subsaharienne, le dramatique vide de conventions collectives autour de la production du savoir et des questionnements éthiques (Diop, 2001 : 1-16) montre que l'éthique est, produit culturel à matrice morale et spirituelle, doit être initiée sur la base de nos propres interrogations critiques sur un modèle autre que celui juridique individualiste et d'individuation de la personne humaine exclusif. En effet, nous avons été éprouvée par les acteurs sociaux à cette logique de représentation sociale, morale, éthique et spirituelle de la responsabilité et de la confiance partagées dans la quotidienneté domestique (Cissé, 1979 : ; De Groot et al., 2000 : 9-14). Qui plus est, à la consommation sociale, morale, éthique et spirituelle de la personne humaine en tant que force et obligation ordinatrice de la cohésion sociale. Ce qui se retrouve dans toute la légitimité de la quête de sens autour de celle des soins (Sow, 1978 : ). Il apparaît alors que le guérisseur ou devin-guérisseur ait à la fois le pouvoir de guérir et celui de la médiation théo-cosmogonique que certains ont qualifié de médecine totale à proximité domestique de quotidienneté en Afrique ou dans les sociétés lignagères (Bibeau, ).

Cette confrontation à la difficile réalité de l'apprentissage de la communication entre soignants (praticiens), chercheurs et acteurs sociaux (Hervé, 2000 : 35-62 ; De Groot et al., *op. cit*) préside aux dynamiques de production/reproduction du sens et sens commun ou représentations sociales. Ceci nous a amené à explorer, d'une part, les contextes des inégalités liées aux bassins d'accès égalitaire à l'information ou à l'action médico-sociale, sanitaire et éducative.

D'autre part, cette recherche sur les sujets humains nous a interpellé à initier, bon gré mal gré, un contrat social et moral de partenariat, de responsabilité et de confiance partagées auprès de nos interlocuteurs sous étude. Il nous est également apparu que la promotion d'une véritable éthique, critique, de recherche sur les sujets humains, notamment en milieu rural fragilisé par l'analphabétisme et la pauvreté chroniques, doit présider au partenariat entre l'élite scolarisée (le système) et les acteurs sociaux.

C'est le développement ou la promotion de l'éducation de base liées aux objectifs opératoires de la recherche clinique ou vaccinale (OMS, 2000 : ; Diop, *op. cit.*). Cela concoure à briser le *modèle tunnel* (Kassibo, *op. cit.*) ou leurre de la paysannerie par la construction progressive du contrat social de partenariat de confiance autour du concept du paquet minimum d'activités ou soins de santé primaires de qualité.

Ayant été amenée à traverser, bon gré mal gré, les espaces du sens et sens commun, nous nous sommes éprouvés sur les phénomènes sociaux tels la réciprocité et la responsabilité envers autrui, comme soi-même telle que l'indique cette citation, ci-dessus, de Youssouf Tata Cissé. Cette socialisation, partage ou construction de notre personne dont l'existence, en ces milieux de terroir, nous a confronté à la problématique de la déliaison sociale qui n'oblige à aucune responsabilité pour le tiers. Ce qu'ici, réside au centre des enjeux ou énergies domestiques ou communautaires de quotidienneté que certains ont qualifié de système écologique ou culturel total (Diop, 2001 : 10 ; Malherbe, 1999: 21-38). Les tensions entre sens, sens commun et action, ici les soins sous caution éthique de recueil d'informations nous ont amené à nous pencher sur la validité ou les insuffisances, dans un milieu très fortement analphabète et non-informé, de certains énoncés ou concepts juridiques tels le *consentement libre et éclairé* en éthique de recherche (Diop, 2001: 1-16).

Devant les interventions extérieures et se considérant, consciemment ou inconsciemment disqualifiées par l'élite scolarisée les sociétés paysannes ont développé diverses et de multiples formes de résistance (Traoré, 1992, *op. cit.*). Par ailleurs, les tensions ou dynamiques internes de ces sociétés génèrent des valeurs que notre cette initiation à la recherche ethnographique et d'anthropologie clinique (l'intervention clinique) de terrain de base nous a conduit, bon gré mal gré, au partage de la construction quotidienne d'une communication domestique.

Je compte conduire les mères et leurs nouve-nés à leur vaccination au centre de santé de Molodo [...] Nous n'avons trouvé aucun jeune garçon pour vous y conduire en charrette à moins que tu ne le fasses toi-même, je dois cependant te prévenir que l'âne ne craint point la femme !

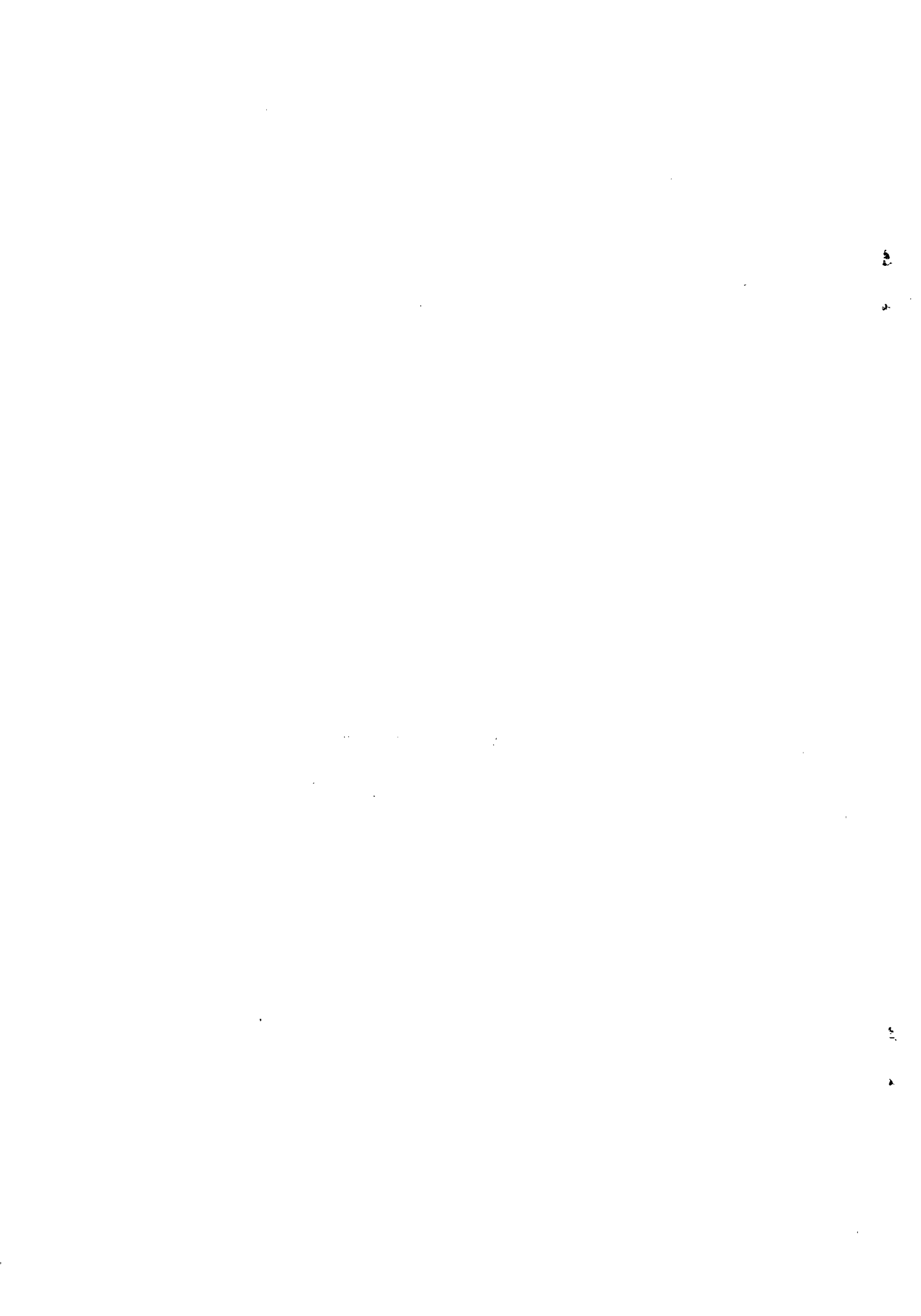
On ne peut être plus clair dans cette mise en garde d'A.S. qui illustre tout le leurre [pour l'acteur social] du principe ou fétichisme de l'attestation éthique à exemption juridique [pour le chercheur] (Diop, *op. cit.*). En effet, lié au droit juridique fondamental, ce concept, abusivement utilisé par les chercheurs en milieu rural en pleines mutations sociales :

individuelles, lignagère comme communautaires, introduit toute la problématique des construits d'imaginaire collectif sur la pensée paysanne.

En ne nous engageant point sur les fondements juridiques ontologiques de la restitution, nous avons tenu, avant notre soutenance, à effectuer un retour de terrain de remerciements auprès des acteurs sociaux qui nous ont permis de réaliser ce travail. Elle a également consisté à informer les acteurs sociaux de l'impact que peut avoir ce type d'étude sur les réformes publiques en santé telles le complexe disponibilité, accessibilité et utilisation (DAU) des services communautaires et publics locaux. En effet, étant respectivement situé à 8 km du CSCom de Molodo et du centre de médecine privée à Molodo et, de 15 km du dispensaire de Niono, Manyale est situé dans la zone optimale de la politique sectorielle de santé du Mali ou de l'Initiative de Bamako. Aussi quoiqu'assez controversée, compte tenu de la vétusté des infrastructures de communication routières ou socio-sanitaires, le système DAU mérite d'être davantage étudié dans cette région que représente les villages enclavés de l'Office du Niger tels que Mapale.







**Chapitre 7**

**Commentaires et discussions**

## 7.1 - Situation de la femme et de l'enfant

Certaines études ont obtenus des résultats similaires aux nôtre. C.M. ZOUGRANA (1999, p. 98) trouve que le statut de la femme dans la société affecte fortement la mortalité maternelle dans la mesure où il influence le schéma du maternage. Au Burkina faso comme dans les autres pays africains, seuls le mariage et la maternité confèrent à la femme un statut social élevé. Aussi le mariage est précoce (17 ans) suivi par la grossesse et la naissance du premier enfant. Par ailleurs la valeur accordée à l'enfant laisse une faible place à la contaception. Il donne un taux de moins de 10%.

Dans notre étude nous avons eu le même taux de 10% concernant la contraception.

L'auteur, dit dans son ouvrage (Naissances, accouchement avant l'âge de la clinique. p.36) que dans la société une femme qui n'a pas d'enfant n'est pas véritablement une femme, c'est un bras mort du corps social. Jusqu'à notre époque la femme qui ne peut pas avoir d'enfant est considérée comme flouée et malchanceuse. Celle qui ne veut pas en avoir est montrée du doigt comme préméditant une sorte de trahison.

Le temps de la grossesse est inquiétante par sa lenteur. La fragilité du fœtus qui ne vit que par sa mère cristallise l'anxiété. Elle se traduit autant par les multiples conseils qui entourent la femme enceinte que par les interdits. La femme enceinte est d'autant plus coupable et responsable qu'elle l'est pour deux.

Marc-Eric GRUENAIIS et Roland POURTIER (p.140) disent dans leur ouvrage que, pour un bon nombre de femme, l'idéal est d'accoucher dans la discrétion. C'est-à-dire sans l'assistance de la matrone ou de l'accoucheuse. Un tel act est valorisé socialement et considéré comme une sorte de bravoure. La solitude est aussi une question de pudeur.

Ainsi en général les accouchements à domicile se font avant l'arrivée de la matrone ou de l'accoucheuse, qui n'est appelée que pour couper le cordon ombilical de l'enfant.

Dans notre étude nous avons constaté que les multipares accouchent généralement seules et font appel à l'accoucheuse seulement pour couper le cordon .

C. OUEDRAOGO trouve que 45% des filles sont assistées par leur belle mère et 25% par leur mère pendant l'accouchement. Cette femme s'occupera de la jeune mère et de son enfant parce qu'elle n'est pas encore d'initiée. La présence de ces vieilles est d'autant plus

importante que certaines jeunes mères sont parfois soumises à des interdits lors de la période du post partum. Ce n'est que progressivement qu'elle apprend par observation de la vieille, les gestes et processus de soins destinés à maintenir l'enfant en bonne santé.

Dans notre étude le rôle des vieilles femmes est très précis chez les primipares. Cette initiation par l'observation peut expliquer que les multipares accouchent seules.

Dans son ouvrage sur l'histoire des mères et de la maternité en Occident, Yvonne KNIBIENHLER (1999, p. 15) trouve que l'héritage latin rappelle le caractère instrumental de la femme épouse. Le père seul intègre un enfant dans sa famille. A la naissance de l'enfant la sage femme le dépose sur le sol. Si le père l'accepte il le relève et le présente aux lares familiaux. Sinon le petit sera «exposé» dans un lieu prévu a cet effet, à la merci des dieux. Nous retrouvons le rituel semblable auprès des mères à Manyale où l'enfant est également posé au sol pour une raison qui est celle de l'empêcher de trop pleurer plus tard.

C. OUEDRAOGO (1999, p.42) dit qu'à la naissance de l'enfant, le cordon ombilical est enterré avec les cheveux au jour de son baptême (musulman). Ils peuvent également être enroulés dans la peau d'un animal et portés en amulette autour du cou, du bras, ou de la taille de l'enfant. Nous avons observé les mêmes rituels ou valeurs chez nos sujets sous étude.

Selon le même auteur, il existe plusieurs variantes dans les soins par exemple pour ceux du nombril. L'attouchement avec le beurre de karité afin d'accélérer la chute du cordon et la cicatrisation du nombril. Cette onction du cordon se fait également avec la poudre de bouillon de viande ou de la vaseline mélangée à du sel.

La toilette du nouveau-né est l'occasion d'un cérémonial bien organisé. Il est considéré comme sale jusqu'à ce que des lavements et gavages aient purifiés son corps de tout ce qui était sale.

Ces pratiques, dans notre étude, consistent à prévaloir la raison selon laquelle des lavements et du gavage (nourrissage) est de prévenir les douleurs abdominales chez l'enfant.

## 7.2 - Méthodologie

### 7.2.1- limites de l'enquête

Au début, tous nos entretiens se déroulaient en présence de notre guide interprète, le moniteur d'alphabétisation et le responsable de la caisse *yeredemeso* du village, un homme. Sa présence a constitué un énorme handicap au processus de nos entrevues auprès des femmes qui ne se sentaient pas à l'aise et se retenaient de répondre aux questions ou discussions d'ordre intime. De niveau de la 9<sup>e</sup> année de l'école fondamentale, il était malheureusement le seul résident parlant et écrivant le français soit étant à même de me servir de guide-interprète<sup>10</sup>. D'autre part, étant homme, il ne pouvait accéder aux informations liées à l'intimité des femmes d'autant plus que d'énormes conflits d'intérêts, autour des enjeux d'alphabétisation fonctionnelle, l'ont toujours opposé aux jeunes de l'association villageoise donc aux familles coutumières de cette région du Kala, les Kulibali et les Jara.

Par ailleurs, des questions telles *Êtes-vous enceinte* ou *combien de grossesses avez-vous eu ?* reçoivent toujours des réponses évasives ou dubitatives à charge que dans l'imaginaire collectif, elles possèdent une connotation malédictive : on ne compte ni le nombre des enfants ni de grossesses de peur de ne s'auto-maudire ou de maudire sa progéniture (Bonnet, *op. cit.*).

Selon lui, "je ne peux pas poser ces questions parce que la population dira que je me suis assis sur la natte de mon frère ou de mon ami ou de mon père".

Pendant notre deuxième et notre troisième séjour, le guide n'était plus indispensable pour les entretiens, notre *bamanankan* s'étant amélioré, nous avons pu nous même réaliser les entretiens où nous avons recueilli le maximum des données auprès des femmes. Pendant ces entretiens, nous ne faisons pas d'examen physique des enfants ou des femmes. Les entretiens se sont faits auprès des femmes de tous les neufs *were* du village.

Le début des consultations cliniques avait été retardé de deux semaines à cause du recensement. Le stock de médicament était composé de médicaments essentiels, de plusieurs thermomètre à mercure, d'une balance (pèse personne), d'un stéthoscope et d'un tensiomètre. Il y avait aussi le matériel pour les pansements, la petite chirurgie et les accouchements.

Les limites du matériel médical :

---

<sup>10</sup> Manyale ne dispose que trois personnes scolarisées de l'école publique, soit respectivement Bouba Diarra, en poste à Markala, moniteur d'agriculture et ancien collaborateur d'animation rurale de Guy Belloncle, Assimi Diarra (frère de l'actuel aide-soignant, Abidine Jara), comptable aux Assurances Colina SA à Bamako et Modibo Diarra, ingénieur d'agriculture (puîné de Bouba Diarra), frères de Kassoum Diarra de l'AV. Autrement, deux des femmes du village sont de niveau 6<sup>e</sup> année de l'école fondamentale dont l'une est la boulangère du village.

- Le thermomètre à mercure, pendant la saison sèche chaude, marquait toujours 42°C. il fallait le tremper dans de l'eau froide, ensuite le secouer pour que le mercure descende.
- Le pèse personne n'était pas adapté aux enfants qui ne marchaient pas encore. Il fallait les peser avec leur mère, ensuite peser la maman seule.
- Le stock de médicaments essentiels (en majorité les DCI ) était limité. Nous avons rencontré des difficultés avec le traitement des enfants de moins de 12 mois. Ces enfants sont incapables d'avaler correctement les comprimés ou les gélules qui constituent la majorité des présentations génériques. Il nous fallait des sirops que nous n'avons trouvés qu'en spécialité (donc chers). Nous n'avions pas la possibilité de renouveler notre stock sur le terrain.

Lorsqu'un cas méritait une meilleure prise en charge, dans des conditions adéquates, nous le référions au centre de santé le plus proche (Molodo). Si des examens biologiques étaient nécessaires, le malade était référé au centre de santé de Niono, qui dispose du matériel adéquat.

#### 7.2.2- Difficultés rencontrées

Le voyage de Bamako à Manyale est difficile et la route qui mène au village à partir de Molodo impraticable.

L'introduction auprès des autorités coutumières du village n'avait pas été correctement faite, d'où la méfiance de la population.

Il était parfois impossible d'examiner certains enfants parce qu'ils étaient très irritables et agités.

Malgré la grande disponibilité du guide local, un cultivateur, donc qui a ses propres obligations.

La communication entre nos directeurs à Bamako et nous sur le terrain était impossible. Nous n'avions pas été supervisés tout au long de notre séjour sur le terrain.

A la fin de notre étude anthropologique nous nous sommes retrouvés avec 107 enfants et 89 femmes au lieu de 162 enfants et 162 femmes. Au deuxième passage nous avons eu des perdus de vue. Des femmes qui se sont déplacées pour une certaine durée, en général avec leurs enfants en bas âge. Au troisième passage, les activités agricoles et la fréquence des pluies rendaient impraticables les routes et ne nous ont pas permis de voir toutes les mères d'enfants et les femmes.

Selon une étude menée en Côte-d'Ivoire par A. ADJAMAGBO et al. sur la santé maternelle et infantile en milieu Akan, les statistiques sanitaires sont une source de données parfois incomplète parce qu'elles ne sont pas nécessairement représentatives de l'ensemble des pathologies prévalentes dans la population, car pour certains, le recours au centre de santé n'est pas de règle. Ainsi pour les maladies jugées comme bénignes, ou celles dont les causes ne sont pas considérées comme naturelles ou encore du fait de l'éloignement géographique du centre de santé, le traitement se fait le plus souvent au sein de la famille.

Concernant les maladies dites bénignes nous pouvons citer dans notre étude le cas du *kolobo*, le *kungolo* pour les maladies dites non naturelle et le cas du *kono* pour ce qui est de l'éloignement du centre de soins.

Selon le même auteur les enquêtes qualitatives ont pour objectif de fournir des éléments complémentaires pour l'interprétation des résultats de l'analyse qualitative relative à la santé. La première difficulté réside dans l'identification de l'état morbide. La prise en compte du dernier épisode morbide dans ces enquêtes présente l'avantage de limiter les risques d'omissions, puisqu'on se réfère plus souvent à un événement proche dans le temps. Cette approche permet aussi de prendre en compte n'importe quel événement morbide y compris ceux dont la fréquence est faible.

C'est la méthodologie que nous avons utilisée pour notre étude car nos questionnaires n'ont pris en compte que l'épisode morbide des sept derniers jours.

Selon l'auteur, elle présente des inconvénients tel qu'elle ne donne qu'une vision partielle de la prévalence de l'ensemble des pathologies.

Elle tend d'autre part à surestimer les épisodes morbides qui ont donné lieu à la consultation médicale aux dépens des problèmes qui sont soignés à la maison. Elle ne permet pas non plus de mesurer la saisonnalité d'une maladie.

En ce qui concerne les deux derniers inconvénients nous avons essayé de les éviter en faisant un suivi sur le long terme avec des passages fréquents pour une observation en continue des événements. Nous nous sommes installés dans le village pour mieux appréhender les problèmes, même ceux qui ne donnent généralement pas lieu à des consultations au centre de santé.



### 7.3 - Résultats cliniques

Nous avons consulté 361 enfants dont 51% de filles et 49% de garçons. Les enfants de moins de 1 an ont constitué 24,7% de la population de l'échantillon. 80% des enfants ont reçu leurs premiers vaccins, BCG et les 3 doses de polio orale.

63 femmes ont été consultées. Celles de moins de 20 ans ont constitué 33,3% de l'échantillon des femmes.

Les patients qui ont été consultés représentaient 85% de la zone irriguée et 15% seulement de la zone non irriguée.

#### *Prévalence des maladies*

Les prévalences des maladies rencontrées dans le village durant les 3 saisons confondues sont dans la population générale, 835 cas de maladies :

- 1- Paludisme 52% ;
- 2- Dysenterie 14% ;
- 3- Infections broncho-pulmonaires 10,7% ;
- 4- Bilharziose 5%.

Dans la population des enfants de 0 à 5 ans, 464 cas de maladies :

- 1- Paludisme 48,1% ;
- 2- Infections broncho-pulmonaires 19,2% ;
- 3- Dysenterie 12,3% ;
- 4- Bilharziose 1,9% ;

Dans la population de femmes 82 cas de maladies :

- 1- Paludisme 34,1% ;
- 2- Dysenterie 10,9% ;
- 3- Mycoses génitales et Infections urinaires 9,7 % chacun;
- 4- Bilharziose et syphilis 3,6% chacun;

Le paludisme et les infections des voies respiratoires semblent les plus fréquentes chez les enfants au cours des trois saisons. Chez les femmes en saison sèche chaude, les mycoses génitales et le paludisme semblent les plus fréquents. Pendant la saison de pluies, le paludisme et de dysenterie sont plus fréquents.

Dans le cas particulier de la femme enceinte pendant la saison sèche chaude, nous avons par ordre décroissant les infections urinaires, le paludisme, enfin les mycoses génitales, les anémies, les douleurs abdominales et la bilharziose. Pendant la saison de pluie nous avons par ordre décroissant : le paludisme ; les infections urinaires ; enfin la grippe, les infections odonto-stomatologiques et les mastodynies.

Les maladies représentées seulement chez les enfants sont : les infections broncho-pulmonaires et l'impétigo. Nous avons reçu des accès pernicieux chez les enfants surtout au cours du mois de septembre. Les maladies représentées uniquement chez les femmes sont : la syphilis, les mycoses génitales et les infections urinaires.

Les maladies tels que, la dysenterie, le paludisme, la bilharziose sont plus représentées chez les enfants que chez les femmes.

Marc-Eric GRUENAIIS et Roland POURTIER (p.124) trouvent une proportion de 2% de femmes enceintes au Nigéria, présentant un résultat positif au test de syphilis. 16% en Tanzanie ; 21% en Afrique du Sud et 40% en Ouganda.

Dans notre étude, les résultats révèle un taux de 3% dans la population de femmes de Manyale (Mali).

### ***Diagnostics ordinaires***

Les diagnostics ordinaires des mères et des femmes en fonction des maladies sont pour les enfants, pendant la saison sèche fraîche, le *sumaya* suivi de *kuru-kuru*, pendant la saison sèche chaude le *kɔnɔdimi* suivi du *sɔgɔsɔgɔ*, et pendant la saison des pluies, le *sumaya* suivi du *kɔnɔdimi*.

Pour ce qui est des femmes pendant la saison sèche chaude, *joli* suivi de *kaliya*. Pendant la saison des pluies, *sumaya* suivi de *tonsojimi*.

### ***La fréquence d'occurrence des entités nosologiques***

Chez les enfants *sumaya* à 22,11% ; *kɔnɔdimi* à 14,9% et *mura* à 11,53%.

Chez les femmes *sumaya* à 21,42% ; *kɔnɔdimi* à 15,71% ; *jenemini* et *kaliya* à 8,57% chacun.

*Kaliya* a été plus rencontré chez les femmes enceintes.

Les entités qui ont été citées seulement pour les enfants sont :

*Kolobo* ; *Sɔɔsɔɔ* ; *Kɔɔboli* ; *Kungolo/kungoloti* ; *Cɛmanjedimi* ; *Galakadimi/galakanɔɔ* ;  
*Kɔɔnugutige* ; *Kaba* ; *Dado* ; *Bana mun bana sanfe ou demiseni bana ou demiseni farigwan* ;  
*Kɔɔ* ; *Dugufine*.

Les entités citées seulement pour les femmes sont :

*ɲemini* ; *Nudimi* ; *Kaba kɔɔdimi* ; *Tonsojimi* ; *Ganke kɔɔdimi* ; *Kɔɔdimi* ; *Meleke* ;

Pour les autres entités, nous avons rencontré plus de *kɔɔdimi* 67,39% chez les enfants que chez les femmes 23,91 %, plus de *Sumaya* à 56,79% chez les enfants que chez les femmes 18,51%.

*Leminanbo kɔɔdimi* 75% est plus fréquent chez les femmes que chez les enfants 25%, et plus de *Kaliya* 60% est plus fréquent chez les femmes que chez les enfants 20%.

#### ***Comparaison entre les diagnostics du consultant et les diagnostics ordinaires des femmes***

Lorsque nous comparons nos diagnostics avec les entités émises par les mères et les femmes nous avons les résultats suivants :

- **Pour le paludisme** : *sumaya* à 53% ; *kolobo* et *kɔɔdimi* à 9% chacun et *mura* à 8%.  
*Kolobo* est émis seulement pour les enfants de moins de 2 ans. *Kɔɔdimi* peut s'expliquer par le fait que les enfants se plaignent généralement de douleurs abdominales dans les accès palustres. *Kɔɔboli* pour la présence de diarrhée surtout chez les enfants de moins de 3 ans.

- **Pour la dysenterie** : *tɔɔtɔɔni* à 22% ; *kɔɔdimi* à 15%. *Kɔɔnugutige* à 2,5% est plus utilisé chez les enfants de moins de 3 ans.

- **Les infections des voies aériennes**, pour les pharyngites et les bronchites , *sɔɔsɔɔ* à 43,75% et *mura* à 37,5%. Pour les détresses respiratoires, les bronchiolites et les pneumonies : *cɛmanjedimi* a été émis pour le diagnostic de détresse respiratoire. L'entité *galakadimi* à été émis pour le diagnostic de pneumonie. *Galakanɔɔ* pour le diagnostic de la bronchiolite.

- **Pour les pyélonéphrites**, *kaliya* à été émis à 100%. Surtout chez les femmes enceintes de 3 ou 4 mois.

### 1.3 - Itinéraires thérapeutiques

Il nous est difficile de faire ressortir le taux de fréquentation du centre de sante de Molodo par la population de Manyale. Les raisons sont qu'il est très difficile d'exploiter les registres du centre. Le centre de référence qui est celui de Niono ne demande plus de rapport annuel concernant le taux de fréquentation des villages couvert par le centre. La conséquence en est que les différents taux de fréquentations ne sont plus rigoureusement calculés.

#### *Lieux et les types de traitements identifiés en fonction des maladies*

- Les lieux et les types de traitements identifiés en fonction des maladies concernant les enfants en notre absence sont :
  - L'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques à 31% ; surtout pour le *kɔɔɔdimi*, le *tɔɔɔɔɔɔɔni*, le *sumaya* et le *mura* dans la zone inondée, pour le *sumaya*, le *mura* et le *kolobɔ* dans la zone exondée.
  - L'automédication ordinaire à base de plantes médicinales à 27% ; pour le *kɔɔɔdimi* et *sumaya* dans la zone inondée et le *kolobɔ*, le *sumaya* dans la zone exondée.
  - Le non recours à 26% ; surtout pour le *mura* dans la zone inondée.
  - Centre de santé à 10% ; dans la zone inondée pour le *kuru-kuru* et le *kɔɔɔboli*. Dans la zone exondée pour le *kɔɔɔdimi* et le *sumaya*.
  - Thérapeute traditionnel à 6%. Seuls les habitants de la zone inondée ont vu un thérapeute pour le *lɛminanbo*, *kungolo*, *kɔɔɔ*, *kolobɔ* et *mura*.

Au cours de notre présence les résultats sont :

- Le non recours à 43% ; dans la zone inondée surtout pour le *sumaya* et le *mura*. Dans la zone exondée nous avons le *mura*, *kolobɔ*.
- L'automédication ordinaire à base de plantes médicinales à 31% ; dans la zone inondée pour le *sumaya* et le *kɔɔɔdimi*. Dans la zone exondée pour le *sumaya* et *kuru-kuru*.
- L'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques à 18% dans la zone inondée pour le *tɔɔɔɔɔɔɔni* suivi du *sumaya*. Et dans la zone exondée pour le *sumaya* et le *kɔɔɔdimi*.

- Le thérapeute traditionnel à 7%. Il est sollicité seulement par les mères de la zone inondée pour le *kɔɔɔdimi*, *cɛmanjɛdimi* et *bana mun bena sanfɛ*.
  - Le centre de santé n'a pas été sollicité durant notre présence.
- les lieux et les types de traitements identifiés en fonction des maladies concernant les femmes en notre absence sont :
    - Le non recours à 37% ; dans la zone inondée pour le *sumaya*, le *kɔɔɔdimi*. Dans la zone exondée pour le *kɔɔɔdimi* et le *mura*.
    - L'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques est à 24% ; dans la zone inondée pour le *sumaya*, le *kungolodimi*. Dans la zone exondée pour les céphalées et courbatures.
    - L'automédication ordinaire à base de plantes médicinales à 22% ; dans la zone inondée pour le *sumaya*, le *ganke kɔɔɔdimi*, le *tonsojimi*. Dans la zone exondée pour le *kɔɔɔdimi* et le *tɔɔɔɔɔɔɔni*.
    - Le centre de santé à 10% ; dans la zone inondée pour le *kɔɔɔdimi* et le *ganke kɔɔɔdimi*. Dans la zone exondée pour le *kɔɔɔdimi*.
    - Le thérapeute traditionnel à 7%. Il est sollicité seulement par les femmes de la zone inondée pour le *kɔɔɔdimi*, *tonsojimi* et *nudimi*.

Au cours de notre présence, les résultats sont :

- 67% de non recours. Dans la zone inondée pour le *tɔɔɔɔɔɔɔni*, *tonsojimi* et *ganke kɔɔɔdimi*. Dans la zone exondée pour le *tɔɔɔɔɔɔɔni*.
- L'automédication ordinaire à base de plantes médicinales est à 19% ;
- L'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques est à 7% ;
- Centre de santé et le thérapeute traditionnel sont à 4% chacun.

### ***Itinéraires thérapeutiques***

- En notre absence

Il est difficile de dire exactement durant combien de temps la prise en charge des maladies a été effective par les différents types de traitements.

Concernant les enfants, nous avons :

Pour le *sumaya*, les mères font en général en première intention une automédication ordinaire base de plantes médicinales, suivie de l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques et du thérapeute traditionnel. C'est en deuxième recours qu'elles se rendent beaucoup plus au C.S.Com, suivi de l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques si le premier traitement donné n'a pas été efficace sur la maladie de l'enfant.

Pour le *togotogoni*, les mères font beaucoup plus l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques suivie du thérapeute traditionnel comme premier recours. En second lieu elles vont au C.S.Com. Si un troisième recours existe c'est en général l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques.

Concernant les femmes nous avons :

Pour le *kəndimi*, en première intention, les femmes font l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales. Parfois nous avons le centre de santé ou le thérapeute traditionnel. En seconde intention, elles vont plus chez le thérapeute traditionnel ou au centre de santé. Parfois nous avons l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales. En troisième recours, elles vont beaucoup plus au centre de santé, suivie de l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques ou à base de plantes médicinales.

Parfois nous avons un quatrième recours qui est en général l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales.

Pour le *sumaya* : la première fois, elles ont recours à une automédication ordinaire à base de plantes médicinales parce qu'elles vomissent et frissonnent. La seconde fois, elles n'entreprennent rien, parce qu'elles n'étaient pas alitées. Si les courbatures et les céphalées commencent, elles se reposent seulement.

- Pendant notre présence

Signalons que tous ces recours sont des recours de première intention, car en seconde intention, les femmes et mères se dirigent vers notre salle de consultation.

Concernant les enfants nous avons :

Le recours à l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales à 75% pour le *kənboli*. Le temps mis entre l'apparition des premiers symptômes et le début de la prise en charge est de 18 jours.

Le recours à l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques est de 35% pour le *kənɔdimi*. Le temps mis est de 20 jours dans la zone inondée et de 12 jours dans la zone exondée.

Le recours au thérapeute traditionnel est de 25% pour le *bana mun bena san fè*.

Le non-recours est de 39% pour le *sumaya* et 56% pour le *kolobɔ* avec un temps mis est de 4 jours dans la zone inondée et 7 jours dans la zone exondée pour chaque maladie. Il est de 67% pour le *tɔgɔtɔgɔni* avec un temps de latence de 5 jours dans la zone inondée et 13 jours dans la zone exondée. Seules les mères de la zone exondée avaient entrepris un traitement avant de se présenter dans notre salle.

Concernant les femmes, le non-recours occupe la première place pour toutes les maladies. 34% avaient entrepris une automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques pour le *sumaya*, et 20% pour le *kaliya*. 34% des femmes avaient fait une automédication ordinaire à base de plantes médicinales pour le *leminanbo*.

### ***La différence qui existe entre les lieux, types et itinéraires des enfants et des femmes***

Cette différence s'explique d'une part par le fait que les signes déclarés par les mères et les femmes, pour un même diagnostic par elles, ne sont pas identiques (cas du *sumaya*). D'autre part les femmes et les enfants n'ont pas les mêmes maladies (vue des femmes).

Par exemple le cas du paludisme qui, pour les enfants de 0 à 5 ans a pour diagnostics : *sumaya, kənɔ, kolobɔ, kənɔboli, mura, sɔgɔsɔgɔ, kungolo, galakadimi, fɔnɔ* et *kənɔdimi* ;

Pour les femmes de 14 à 49 ans, nous avons : *sumaya, mura, jɛnɛmini, galakakaliya* et parfois *kungolodimi*.

Ici il y a seulement deux entités communes, toutes les autres sont exclusives à l'une ou l'autre catégorie. Considérant les itinéraires en fonction des entités, la différence entre les deux itinéraires se voit bien.

Concernant les enfants, pour les maladies telles que : *sumaya, kolobɔ, mura, tɔgɔtɔgɔni*, les durées sont beaucoup plus longues en notre absence sur le terrain.

Pour les maladies telles que : *bana mun bena sanfè* ou *kənɔ, sɔgɔsɔgɔ*, les durées sont presque les mêmes que nous soyons sur le terrain ou pas.

### ***Médicaments utilisés pour l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques***

La nivaquine est plus consommée pour les *sumaya* avec un taux de 31% surtout chez les enfants. L'aspirine pour les *sumaya* à 31% et le paracétamol toujours pour le *sumaya* à un taux de 42%. Le praziquantel plus utilisé pour le *sumaya* à un taux de 100%. La butazolidine pour les *sumaya* et le *kɔdimi* à 20% chacun, seulement utilisé par les femmes adultes.

Kumbleni blema (tétracycline ou amoxicilline) est plus utilisé pour le *Tɔɔɔɔɔɔni* à un taux de 39%. Le tyfo (chloramphenicol) est également plus utilisé pour la même maladie à un taux de 75%.

### **1.4 - Problèmes de santé**

L'indice synthétique de fécondité dépasse 5 voire 6 enfants par femmes dans les pays comme le Mali, le Nigéria et l'Erythrée selon M.E GRUENAIIS et R. POURTIER (p.124).

Notre étude révèle un résultat de 6,1 grossesse par femme.

A. ADJAMAGBO et al. proposent une autre méthode pour aborder la morbidité qui est celle de ne considérer que des maladies spécifiques pendant les enquêtes. Dans ce cas seules les maladies courantes sont prises en compte. Ce procédé nécessite au préalable une identification de ces pathologies en langue vernaculaire. En effet une maladie peut se voir attribuer différents noms en fonctions des symptômes qu'elle présente. Cette identification des modes de dénomination est primordiale. A chacune d'elle correspond un type d'itinéraire thérapeutique particulier.

### ***Episodes morbides***

A. ADJAMAGBO et al ont fait cette étude dans une zone qui présente les mêmes caractéristiques que celles de l'ON. L'agriculture de rente comme principale activité dont le développement a suscité une vague d'immigration qui est à l'origine d'une grande diversité culturelle.

- Selon leurs résultats concernant les principales causes de morbidité des enfants de moins de 5 ans, les fièvres isolées ou associées à d'autres symptômes occupent la première place avec un taux de 36%, suivies des diarrhées avec un taux de 31% et des céphalées 1%

Les résultats de notre étude nous donnent pour les diarrhées et les douleurs abdomiales : 21%, la fièvre isolée, 10% et les céphalées 2%



- Concernant la morbidité maternelle l'auteur cite les principaux symptômes des maladies déclarées par les femmes : la fièvre seule ou associée, les diarrhées les maux de tête.

Dans notre étude les résultats sont par ordre décroissant les céphalées ; les douleurs abdominales et les frissons.

A. ADJAMAGBO et al. trouvent que les fièvres correspondent souvent à des accès palustres et les diarrhées aussi bien à des diarrhées simples que des dysenteries. Ces deux dernières maladies selon lui sont souvent confondues par les femmes.

La déclaration des maladies faite uniquement à partir des symptômes ne permet pas toujours de trouver une correspondance directe avec une pathologie précise. Par contre le recoupement avec le nom en langue vernaculaire associé à ces symptômes permet d'affiner la typologie des maladies. Si la classification ne correspond pas à une identité nosologique très précise, elle révèle cependant la nature des problèmes de santé vécus et les recours thérapeutiques associés. L'auteur n'a pas donné des résultats précis de son étude en rapport avec cette affirmation.

Nos résultats en rapport avec cette affirmation concernant les enfants sont : les symptômes Fièvre, vomissements, diarrhée avec ou sans anorexie, regroupés sous le nom de *sumaya* et de *mura*. Ces deux entités sont utilisées en fonction des saisons. *Sumaya* est plus utilisé en saison sèche fraîche et saison pluvieuse "*dugukolo ka suma, ji be fan be*", *mura* est plus utilisé en saison sèche chaude "*fijen ka bo*".

- Diarrhée ou selles avec présence de sang, est regroupé sous le nom de *tɔgɔtɔgni*.
- Selles liquides froides avec parfois "chaleur du ventre et de la tête" sont regroupées sous le nom de *koloba*.
- La toux c'est *sɔgɔsɔgɔ*.
- Les conjonctivites sont *nedimi*. Mais cela englobe aussi les maladies telles que la cécité crépusculaire, et toute autre maladie des yeux.
- Les boutons sont *kuru-kuru*. Surtout l'impétigo, car les autres infections de la peau telles que les mycoses, la varicelle, la rougeole ont des entités bien précises.

Nous constatons aussi que ce n'est pas toujours aussi précis. Lorsque l'enfant vient avec des symptômes tels que diarrhées, fièvre sans vomissements, nous avons deux cas :

Le premier si c'est un enfant de moins de 18 mois, les mères peuvent donner le diagnostic ordinaire *kolobɔ*.

Le second, elles citent généralement *kɔnɔdimi*.

Dans les désagréments liés à la poussée dentaire, il y a une forte prévalence de la diarrhée suivie des douleurs oculaires selon les mères, ce qui peut expliquer la place qu'occupe le diagnostic populaire *kɔnɔdimi* qui vient avant celui de *kolobɔ* dans tous nos résultats.

- Concernant les femmes :

Elles regroupent sous les entités *sumaya* et *mura* la symptomatologie frissons, asthénie, céphalée et courbatures avec ou sans vertiges. Elles distinguent *kungolodimi* et *sumaya*. Certaines bien sûr ne font pas cette distinction et disent seulement *sumaya*. Ce qui n'est pas le cas pour le *mura* où elles ne mettent pas de barrière, parce que le *kungolodimi* chez elles est un symptôme du *mura*.

Les symptômes douleurs à la miction ou troubles de la miction sont regroupés sous l'entité *damajalan*.

Les douleurs (maladies) pelviennes ou abdominales, parfois génitales ou les dysménorrhées sont regroupées sous le nom de *kɔnɔdimi*. Par contre elles différencient certaines autres douleurs pelviennes (*kɔnɔdimi*) dues aux avortements spontanés qu'elles classent dans le syndrome de *tonsojimi* ou *mɛlɛkɛ*. Certaines douleurs du post-partum sont regroupées sous l'entité *ganke kɔnɔdimi*.

Nous pouvons dire que l'entité *kɔnɔdimi* englobe beaucoup de signes qui sont *tɔɔtɔɔni*, *tonsojimi*, *ganke kɔnɔdimi* et les douleurs abdomino-pelviennes qui n'ont pas été identifiées.

### ***Les périodes des maladies infantiles et des maladies de femmes***

Pour le *kolobɔ* c'est pendant la poussée dentaire, à partir de 7 mois jusqu'à 24 mois. Le *tɔɔtɔɔni* c'est à tout moment et le changement de température ou l'hivernage pour le *sumaya*. Le *mura* s'attrape à tout moment ou en saison sèche lorsqu'il y a beaucoup de vent (le vent qui soulève la poussière). Le *damajalan* survient pendant l'enfance (c'est généralement héréditaire. Si un de tes parents l'a, alors toi aussi tu l'auras), pendant la grossesse ou après l'accouchement pour certains *kɔnɔdimi* chez les femmes.

### *Dynamique de prise de décision thérapeutique*

A. ADJAMAGBO et al. ont trouvé que la prise de décision thérapeutique à prodiguer aux enfants émane dans 43% des cas au père et 52% à la mère.

Notre étude nous donne plutôt un résultat de 8% pour le père de l'enfant. Le reste émane en général à la mère de l'enfant.

Les raisons données par les mères et les femmes concernant le recours au thérapeute traditionnel sont : chez les enfants "c'est la maladie" à 25% ; chez les femmes "pour être soulagée" à 55%. 18% de femmes ont dit que c'est parce qu'elles n'ont pas été soulagées par la médecine moderne. Dans notre étude, nous constatons que ce recours est déterminé par les connaissances que les mères ou femmes ont de la maladie, par l'accessibilité environnementale et financière ; pour des raisons socioculturelles et par l'appréciation des résultats des premières consultations. L'entourage de la mère ou de la femme joue aussi un rôle très important dans la dynamique de prise de décision.

Les raisons données concernant le recours au médecin moderne sont : pour les enfants "c'est la maladie" à 50% ; pour les femmes "la douleur" à 33%. 27% de femmes nous ont dit qu'elles n'avaient pas été soulagées par la médecine traditionnelle. Ce recours dépend de l'efficacité du traitement, de la visite prénatale, du parti tiré des premières consultations et par les connaissances que les mères ou femmes ont de la maladie.

A la question de savoir pourquoi les mères ne sont pas allées au centre de santé : 32% n'ont pas donné de réponse précise. 22% disent faire une automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques ; 19% une automédication ordinaire à base de plantes médicinales ; 8% des mères disent attendre la décision du père de l'enfant ; 7% posent le problème financier ; "la maladie n'est pas grave" à 7% et enfin 4% disent être en brousse.

Pourquoi ne sont-elles pas allées voir un thérapeute traditionnel ? Parce que 40% ont entrepris une automédication ; 10% nous ont dit qu'elles sont allées au CSCom ; 8% attendent la décision du père de l'enfant ; 8% ont répondu qu'ils sont en brousse, enfin la maladie n'est pas grave pour 6%. 28% de mère ne nous ont pas donné de réponse précise.

## 7.6 - Place de la médecine savante

### *Importance de la médecine savante*

La médecine savante occupe une place importante dans la société malienne en général, mais particulièrement en milieu rural. Dans notre étude nous avons essayé de montrer que cette place dépend de plusieurs facteurs qui relèvent des catégories sociales ; de la maladie et de l'âge du sujet. L'étude des épisodes morbides selon les mères et les femmes ; celle des signes et sens des maladies avec l'étude des itinéraires thérapeutiques (voir page 188) nous permettent d'expliquer les perceptions, représentations et comportements différentiels des mères ou des femmes. Toutefois la médecine savante n'est pas toujours utilisée en premier recours. Elle est généralement sollicitée pour les maladies chroniques chez les enfants ou dans certaines maladies des femmes telles *muso kɔndimi*.

En notre absence comme en notre présence de sur le terrain, l'utilisation de la médecine savante des guérisseurs ou celle conventionnelle des médecins n'est pas importante auprès des acteurs sociaux telles les mères et les femmes. En effet, moins disponible que mes soins domestiques elle est de l'ordre de 8% pour les enfants toutes médecines confondues. Autrement, en notre absence le recours aux soins conventionnels est de l'ordre de 10% tandis que celui auprès des guérisseurs est de 6%. Nous notons en revanche une forte tendance à l'auto-médication ordinaire. Elle est de 29,5% pour les enfants, avec 31% pour la à base de produits pharmaceutiques tandis que celle à base de plantes médicinales est de 27%.

Chez les femmes, le taux de recours aux soins est respectivement de 10% pour la médecine conventionnelle ; 8,5% pour la médecine savante et 7% pour le guérisseur. La médecine ordinaire à 23% est plus sollicitée. 24% pour l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques et 22% pour l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales.

Nous convenons que notre présence sur le terrain représente un énorme biais dans l'utilisation des soins savants et conventionnels chez certains voire la majorité des sujets sous étude. Il devient alors difficile de faire ressortir la place de la médecine savante d'autant plus que les témoignages ne sont toujours pas exhaustifs. Notre présence sur les lieux est peut être à l'origine de l'absence de recours vers le centre de santé et donc du taux élevé de non recours 43% chez les enfants et 67% chez les femmes. Ce qui, lors de la restitution, est ressorti comme les motifs d'une visite des praticiens du centre de santé de Niono ayant constaté l'absence de toute consultation des résidents de Mapale.

Nous avons constaté que tous les recours vers le thérapeute traditionnel dans ce contexte concernent beaucoup plus les maladies à évolution chronique ; à insatisfaction thérapeutique auprès des praticiens ou encore en fonction du coût socio-économique des examens et soins médicaux. Cela donne à la médecine savante, une certaine importance du fait de sa relative proximité, accès ou système de recouvrement de coût à prestations sociales domestiques.

Le recours à l'auto-médication ordinaire à base de plantes médicinales est, chez les enfants, de 31% et celle à base de produits pharmaceutiques est de 18%. Cependant, compte tenu du biais que constitue notre présence sur le terrain munie du stock de médicaments essentiels à prestation gratuite, nous avons observé une baisse on est difficile d'extrapoler sur ce phénomène de baisse observé. En effet, cette exigence éthique des soins en recherche de la santé sur les sujets humains initie le dilemme ou l'angoisse éthique. Elle provoque certes la réduction du recours à l'automédication ordinaire liée aux produits pharmaceutiques, mais également, celle de l'utilisation des services de soins communautaires ou publics.

En considérant la médecine savante et l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales comme des facteurs ou obstacles à l'utilisation des services de qualité, nous observons qu'elles atteignent respectivement à notre absence, un taux de 33% chez les enfants et 29% chez les femmes

### **7.7 - La pharmacopée traditionnelle**

Le guérisseur ou devin-guérisseur est représenté comme une personne investie du pouvoir de guérir, mais également de maudire. Cette ambiguïté crée autour de lui une sorte de légende sociale, spirituelle ou surnaturaliste qui peut aller jusqu'à l'attribution de pouvoirs zoomorphiques : *mògòyèlèma* ! À pouvoir thérapeutique à la fois orienté vers les soins ou troubles physiques ; psycho-sociaux, généalogiques ou ontologiques, les guérisseurs, devins (herboristes, marabouts, anti-sorciers ou accoucheuses savantes) deviennent des médiateurs sociaux et spirituels. Certains tendent à simplifier leur pharmacopée à quelques conseils élémentaires, d'autres n'assurent que des soins limités à quelques affections.

7 thérapeutes ont été cités par les femmes, nous avons rencontré 5. Ces tradithérapeutes ne font pas partie d'une association, n'utilisent pas de médicaments modernes dans leurs prescriptions et ne collaborent pas non plus avec les médecins modernes.

Nous avons recensé 86 espèces végétales et 4 espèces animales. Les recettes thérapeutiques préventives et curatives ont été classées en recette ordinaire, populaire et savantes.

## **Chapitre 8**

### **Conclusion et recommandations**

## 8.1 - Conclusion

Notre étude clinique a porté sur 361 enfants âgés de 0 à 5 ans et sur 63 femmes âgées de 14 à 49 ans. Les enfants de moins d'un an et les femmes de moins de 20 ans étaient les plus nombreux avec des taux respectifs de 24,7% et 33,3%.

*Sumaya*, *koloba*, *kənɔdimi* /*kənɔboli*, *tɔgɔtɔgɔni* et *mura* sont ressorties comme les entités les plus mises en cause chez les enfants. Chez les femmes, c'est toujours *sumaya* qui revient en première déclaration suivi de *kənɔdimi* et de *kaliya*. Dans notre analyse de contexte à partir des diagnostics ordinaires, savants et médico-clinique, on note une coïncidence en faveur de *sumaya* à 53,15%. Et qui plus est, selon notre méthode de mesure de l'efficacité thérapeutique, cette correspondance sémiotico-expérientielle nous renvoie au paludisme simple (Roger, 1994 ; Diop, 2000 : 33-46). Quant à *kaliya*, il renvoie à 100% chez les femmes enceintes aux pyélonéphrites, *tonsojimi* ; 100% pour la syphilis et *galakanɔɔ* et à 50% pour les détresses respiratoires chez les enfants.

Les lieux et les types de traitements auxquels ont recourt les femmes diffèrent pour leurs enfants en fonction de notre calendrier de passage (absence ou présence) sur le terrain. Le taux de non recours est moins élevé dans la zone exondée 0% et 22% dans la zone inondée chez les enfants en notre absence. Le non recours en notre absence est plus élevé en zone exondée 43% qu'en zone inondée 35% chez les femmes. Cela nous a posé d'énormes problèmes éthiques en terme de communication soignant-soigné et d'éducation pour la santé des usagers de nos soins. De même qu'en général pour toute recherche en santé de terrain (de base, fondamentale ou à orientée vers l'intervention sociale) sur les sujets humains. Le centre de santé (CSCOM Molodo) est plus sollicité par la zone exondée 20% (Amadijɔsɔwɛrɛ, Benkɔrɔwɛrɛ et Abilayiwɛrɛ) que par celle inondée 7% (Samawɛrɛ, Jɔnwɛrɛ, Marakawɛrɛ, Siwɛrɛ et Sokurawɛrɛ).

Le guérisseur est plus sollicité par les habitants de la zone inondée 5% que par ceux de la zone exondée. Le taux d'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques est plus élevé en notre absence. Le temps de latence entre l'apparition des premiers symptômes et le début de la prise en charge thérapeutique varie en fonction du diagnostic émis, en fonction de la zone et en fonction de notre absence ou de notre présence sur les lieux. Les résultats nous permettent d'affirmer que la médecine traditionnelle savante avec un taux de 8% environ n'est pas toujours utilisée comme second recours à un premier qui n'a pas été efficace ou qui n'est pas disponible.

L'étude en pharmacopée traditionnelle nous a permis de faire une liste des différents traitements traditionnels savants et populaires en fonction des maladies. Les photos des différentes espèces végétales sont en annexe.

L'étude anthropologique nous a permis de mettre en contexte les comportements des femmes et des mères face à la maladie. En analysant leurs conceptions sur la santé, la maladie ou leurs explications des étiologies, il apparaît que leurs motivations ou décisions thérapeutiques répondent à une structure et dynamique plurielles.

Ces recours aux soins sont généralement favorisés par la facilité d'accès aux médecins modernes ou traditionnels, que cette facilité soit appréciée en terme de distance, d'accessibilité financière ou d'accessibilité culturelle.

## 8.2 - Recommandations

- 1- Par rapport aux formules de l'Initiative de Bamako (participation locale et recouvrement des coûts), il reste encore beaucoup de progrès ou d'innovations à initier. Principalement pour augmenter la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services de santé, remédier au manque de personnel dans le secteur communautaire ainsi que la mobilité sociale des médecins de campagne vers la fonction publique par exemple ; introduire davantage d'équité, de transparence et de partenariat dans les dépenses publiques de la santé.
- Poursuivre la création des centres de santé communautaire et l'installation des médecins voire d'infirmiers et de sages-femmes de campagne dans les zones rurales ;
- Le secteur pharmaceutique doit fabriquer plus de médicaments génériques ;
- La distribution des médicaments dans les zones rurales doit être améliorée pour éviter les ruptures de stock.
- 2- Donc il faut remédier au manque de sécurité de l'emploi et à l'incertitude des perspectives de carrière pour que les établissements à gestion communautaire puissent attirer et retenir tous les professionnels de la santé dont ils ont besoin.
- 3 - Les objectifs de l'action à base communautaire doivent être élargis au-delà des questions d'accès, en ciblant les problèmes de coût qui continuent à se poser, l'insuffisance des efforts d'information et la préférence persistante pour la médecine traditionnelle ou l'automédication.
- 4 - L'Office du Niger doit essayer d'améliorer l'état des routes, favoriser l'instruction des filles.



- 5 - La formation professionnelle à la FMPOS donne une plus grande place aux services curatifs qu'à la promotion des soins préventifs soit de la santé publique. Nous constatons que les services de soins curatifs n'améliorent pas à eux seuls les résultats du secteur de la santé. Il faut leur adjoindre des programmes appropriés d'éducation sanitaire et d'information, des activités de planning familial et des mesures de surveillance et d'intervention en matière de nutrition. Ces services peuvent être intégrés avec ceux des ONG.
- 6 - S'il nous était donné l'occasion de reconceptualiser cette étude de terrain nous élargirons l'étude de terrain aux économistes de la santé, anthropologues, épidémiologistes et professionnels de la pharmacologie ainsi qu'à des stagiaires en développement communautaire.
- 7 Enfin, l'étude serait simultanément menée avec un programme d'éducation ou alphabétisation de base ou fonctionnelle auprès des catégories sociales actives des 14 à 35 ans, hommes et femmes confondus.

## Bibliographie

**Afrique contemporaine, 2000;**

La santé de la reproduction : nouvelle approche globale. Numéro spécial 3ième trimestre 2000. 282 pages.

**Aïach, P., 1986,**

Approche sociologique des données de morbidité, in *Sc. Soc. , et Santé*, IV, 1 : 75-95.

**Benoist, J.1996**

Singularités du pluriel ? in *Soigner au pluriel. Essais sur le pluarlisme médical* (sous la direction de Jean Benoist), *Médecines du Monde*, Karthala, pp.5-16.

**Bibeau G., 1979,**

La médecine des guérisseurs en tant que système médical, in *CRDI, Ottawa. La médecine traditionnelle au Zaïre ; fonctionnement et contribution potentielle aux services de santé*. Ottawa, CRDI, 1979, pp. 18-37.

**Bibeau G., 1984,**

Medical anthropology unit. in *International course for primary health care managers at district level in development contries* : 3-11 pages.

**Bourgeault, G., 1998**

Éthique et santé publique: à propos des conflits de valeurs, in *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 5, n. 2, 1998, pp. 225-240.

**Brunet-Jailly Joseph, 1993,**

Se soigner au Mali, une contribution des sciences sociales.

Editions KARTHALA, 339 pages

**Cantrelle P. et Locoh T., 1990,**

*Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest.*

Les dossiers du CEPED n° 10, Paris.

**Caprara. A. 2000**

Représentations alladian de la contagion : contradictions et continuité, in *Transmettre la maladie. Représentations de la contagion chez les Alladian de la Côte d'Ivoire*, *Médecines du Monde*, Karthala, Paris, 2000, pp. 129-141.

**CEPED, 1994,**

*La Démographie de 30 Etats d'Afrique et de l'Océan Indien,*

CEPED, Paris, juin 1994.

**Child Survival-World Development, juin 1994,**

« Messages à rapporter chez soi » : les congressistes ont la parole, Vol. 10, 4 : 22-23

**Contandriopoulos A-P., 1994,**

Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible.

Section I : Point de vue, pages 8-26. *Ruptures*, revue transdisciplinaire en santé. GRIS, vol. 1, 1 : 8-26.

**Corin E., Bibeau G., Martin J-C., Laplante R., 1990,**

*Comprendre pour soigner autrement.*

Les Presses de l'Université de Montréal, 258 pages.

**De Groote, Thérèse, Monteith Anne-Marie et Rolleston, Francis, 2000:**

Éthique de la recherche : une responsabilité partagée, in *Éthique publique : Politiques en éthique de la recherche*, vol.2, 2, 2000, pp. 9-14.

**Diop, S. (1998):**

Rapport de recherche de doctorat d'anthropologie générale, médicale et épidémiologique, TDR-WHO/FMPOS-DEAP/MRTC-Université du Mali, 1998, pp. 1-4.

**Diop, S., (2000):**

Rapport de mission d'enseignement du programme TOKTEN-PNUD/Université du Mali, 2000, pp. 1-7.

**Diop, S., (2000):**

Le paludisme chez l'enfant au Mali. Vers une lecture ethnoépidémiologique, in *Les Cahiers d'anthropologie*, n. 3, 2000, pp. 33-46.

**Dortier (1998) :**

in Psychologie sociale

**Fournier, P, et Haddad, S., 1995,**

Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement, *Sociologie des populations*. H. Gérard et V. Piché (dir.), Montréal, PUM/AUPELF-UREF : 289-325.

**Hercberg S., Dupin H., Papoz L., Galan P., 1985,**

*Nutrition et santé publique, approche épidémiologique et politique de prévention.*

Technique et documentation, Paris, Lavoisier Editeurs.

**Hervé, Christian, 2000:**

L'apprentissage d'une réflexion éthique en médecine, à sa maîtrise, in *Éthique, politique et santé, Médecine et Société*, PUF, 2000, pp. 35-62.

**Iroko Félix A., 1994,**

*Une histoire des hommes et des moustiques en Afrique*, Collection Racines du Présent, , 170 pages.

**Journet et al., 1992,**

*Grossesse et petite enfance en Afrique Noire et à Madagascar*, Collection Connaissance des Hommes, Paris, 136 pages.

**Kassibo, B., (1997):**

La décentralisation au Mali: état des lieux, in *La décentralisation au Mali: état des lieux*, APAD, Bulletin 4, Hamburg, 1997, pp. 1-20.

**Kuaté Défo, B., 1997,**

Effects of socioeconomic disadvantage and women's status on women's health in Cameroon, in *Soc. Sci. Med.*, Vol. 44, 7 : 1023-1042.

**LAGET, M. 1978,**

Naissances : l'accouchement avant l'âge de la clinique. Edition du seuil, 1978.

**Losi, N., et Pisani, L., 1992,**

L'Initiative de Bamako, in *Coopération et santé au Mali*, Istituto Italo-Africano, Italia : 123-137.

**Massé R., 1995,**

Les savoirs populaires reliés à la santé et la maladie, chapitre 7, in Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé., Gaëtan Morin éditeur, Montréal-Paris-Casablanca : 227-274.

**Massé R., 1995,**

Les interprétations et les explications de la maladie, chapitre 8 : le savoir populaire en tant que système culturel, in Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Gaëtan Morin éditeur, Montréal-Paris-Casablanca : 274-312.

**MPASPF, 1991,**

*Femme et santé* (document préparatoire du Forum National sur la Promotion Féminine), Mali, 29 pages.

**Paperniek E., 1988,**

*La réduction de la mortalité maternelle. Analyse historique*, in *Séminaire sur la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement.*

CIE, Paris: 39-68.

**Piero COPPO ; Arouna KEITA**

Médecine traditionnelle. Acteurs, itinéraires thérapeutiques.

Collection scientifique 1

**Roger M., 1994,**

Sumaya dans la région de Sikasso : une entité en évolution, Sumaya : le « Palu » et le reste ;  
*in Se soigner au Mali. Hommage à Claude Pairrault*, Karthala, Paris : 83-125.

**The UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases, 1993,**

*The Focused ethnographic study on malaria*. DRAFT, Thursday 19 August 1993, 83 pages.

**Sow, I. 1978**

Les structures anthropologiques de la folie en Afrique noire, payot, paris, 1978, 197 pages.

Ag Iknane, A, Diakité, H.M., Maïga, M.,

**UNICEF, 1993,**

*The State of the World's Children*, New York, UNICEF.

**UNICEF, 1997,**

Analyse de la situation des enfants et des femmes, République du Mali, Unicef, Version, Décembre, 1997.

# Annexe

### I- Différentes hypothèses diagnostiques émises par le consultant

**TABEAU I - PREVALENCE DES PATHOLOGIES DIAGNOSTIQUEES AU MOIS DE NOVEMBRE 99**

Maladies	Prévalences générales en %	Prévalence des enfants de 0 à 5 ans en %	Prévalence des femmes de 14 à 49 ans en %
Paludisme	47	43	100
Pharyngite / bronchite	18	24	0
Dysenterie	14	12	0
OMA	1	1,5	0
Impétigo/mycoses	2	3	0
Diarrhées infectieuses	1	1,5	0
Bilharziose	8	4	0
Conjonctivite	6	8	0
Douleurs abdominales	1	1,5	0
Méningite	1	1,5	0
Asthme	1	0	0
Total	102 cas = 100%	74 cas = 100%	1 cas = 100%

**TABEAU II - PREVALENCE DES PATHOLOGIES DIAGNOSTIQUEES AU MOIS DE DECEMBRE 99**

Maladies	Prévalences générales en %	Prévalence des enfants de 0 à 5 ans en %	Prévalence des femmes de 14 à 49 ans en %
Paludisme	40,7	43	0
Dysenterie	25,9	24	0
OMA	7,4	5	0
Impétigo/mycoses	3,7	5	0
Bilharziose	18,5	19	0
Méningite	3,7	5	0
Total	27 cas = 100%	21 cas = 100%	0

**TABLEAU III - PREVALENCE DES PATHOLOGIES DIAGNOSTIQUEES EN AVRIL 00**

Maladies	Prévalences générales en %	Prévalence des enfants de 0 à 5 ans en %	Prévalence des femmes de 14 à 49 ans en %
Paludisme	38	47	14,5
Pharyngite/bronchite	13	24	0
Grippe	1,3	0	7,1
Dysenterie	18	16	21,4
OMA	8	0	0
Impétigo/mycoses	1,3	4	0
Infection urinaire	2	0	7,1
Bilharziose	10	2	21,4
Conjonctivite	1,3	2	0
Mycoses génitales	5	2	21,4
Douleurs abdominales	1,3	0	7,1
Typhoïde	2	2	0
Total	80 cas = 100%	45 cas = 100%	14 cas = 100%

**TABLEAU IV - PREVALENCE DES PATHOLOGIES DIAGNOSTIQUEES AU MOIS DE MAI 00**

Maladies	Prévalences générales en %	Prévalante des enfants de 0 à 5 ans en %	Prévalante des femmes de 14 à 49 ans en %
Paludisme	35	45	15,2
Pharyngite/bronchite	12	219,6	0
Dysenterie	16	4	0
OMA	1	0	0
Impétigo/mycoses	6	4	15,2
Diarrhées infectieuses	8	11,7	0
Infection urinaire	5	5,7	15,2
Bilharziose	3	0	0
Conjonctivite	1	2	0
Syphilis BW+	2	0	15,2
Mycoses génitales	2	0	15,2
Douleurs abdominales	1	0	8
Typhoïde	2	4	0
Méningite	1	2	0
Anémie	1	0	8
HTA	1	0	8
Hernie ombilicale	1	2	0
Total	92 cas = 100%	47 cas = 100%	13 cas = 100%



**TABLEAU V - PREVALENCE DES PATHOLOGIES DIAGNOSTIQUEES AU MOIS DE AOUT 00**

Maladies	Prévalences générales en %	Prévalence des enfants de 0 à 5 ans en %	Prévalence des femmes de 14 à 49 ans en %
Paludisme	46,33	47	41,9
Pharyngite/bronchite	9,58	16	0
Grippe	0,64	0	4,7
Sinusite	0,32	0	2,3
Dysenterie	17,25	14,9	11,6
OMA	2,24	2,8	0
Impétigo/mycoses	7,35	10,5	0
Diarrhées infectieuses	3,83	7,6	0
Infection urinaire	1,28	0	9,3
Bilharziose	4,79	0	0
Infection dentaire	0,64	0	4,7
Angine	0,32	0	2,3
Conjonctivite	0,64	1,1	0
Aménorrhée	0,32	0	0
Cancer génital	0,32	0	2,3
Métrorragie	0,32	0	2,3
Dysménorrhée	0,32	0	2,3
Syphilis BW+	0,32	0	2,3
Hépatomégalie	0,32	0	0
Ulcère/gastrite	0,64	0	2,3
Mastodynie	0,32	0	2,3
Mycoses génitales	1,28	0,6	7
Douleurs abdominales	0,64	0,6	2,3

Total 313 cas = 100% 181 cas = 100% 43 cas = 100%

**TABLEAU VI - PREVALENCE DES PATHOLOGIES DIAGNOSTIQUEES AU MOIS DE SEPTEMBRE 00**

<b>Maladies</b>	<b>Prévalences générales en %</b>	<b>Prévalence des enfants de 0 à 5 ans en %</b>	<b>Prévalence des femmes de 14 à 49 ans en %</b>
<b>Paludisme</b>	73,30	53,3	45,5
<b>Accès pernicieux</b>	2,26	4,3	0
<b>Pharyngite/bronchite</b>	9,05	21,7	0
<b>Dysenterie</b>	5,43	7,6	0
<b>OMA</b>	0,45	0	9,1
<b>Impétigo/mycoses</b>	3,17	6,5	0
<b>Diarrhées infectieuses</b>	0,45	1,1	0
<b>Infection urinaire</b>	0,45	0	0
<b>Bilharziose</b>	1,36	1,1	9,1
<b>Conjonctivite</b>	1,81	4,3	0
<b>Syphilis BW+</b>	1,36	0	27,3
<b>Mycoses génitales</b>	0,45	0	9,1
<b>Typhoïde</b>	0,45	0	0
<b>Total</b>	<b>221 cas = 100%</b>	<b>92 cas = 100%</b>	<b>11 cas = 100%</b>

## II- Prévalence d'occurrence des entités nosologiques

TABLEAU VII - PREVALENCE DES DIAGNOSTICS ORDINAIRES

Entités nosologiques	Prévalences générales en %	Prévalence des enfants de 0 à 5 ans en %	Prévalence des femmes de 14 à 49 ans en %
<i>Kolobo</i>	6,07	9,8	0
<i>Sogsoꝛo</i>	3,03	4,9	0
<i>Konɔdimi</i>	13,9	15,1	16
<i>Konɔboli</i>	3,64	5,9	0
<i>Sumaya</i>	24,62	22,4	21
<i>Kungolo (ti)</i>	0,60	1	0
<i>Mura</i>	9,11	11,7	7
<i>Togotogoni</i>	9,11	7,8	3
<i>Kuru-kuru</i>	4,25	5,4	1
<i>Buo-buo</i>			
<i>Nyenemini</i>	1,82	0	9
<i>Damajalan</i>	5,51	0	3
<i>Kungolodimi</i>	1,82	0	7
<i>Nudimi</i>	0,30	0	1
<i>N'korosyèn</i>	1,51	0,5	0
<i>Cèmanjèdimi</i>	0,91	1,5	0
<i>Nènèdimi</i>	0,91	0	1
<i>Ninana</i>	0,60	0,5	0
<i>Kaliya</i>	3,03	1	9
<i>Kaba konɔdimi</i>	0,30	0	1
<i>Leminanbo konɔdimi</i>	1,21	0,5	4
<i>Dajoli</i>	0,30	0,5	0
<i>Galakanɔɔ (dimi)</i>	0,91	1,5	0
<i>Kononugu (tigɛ)</i>	0,60	1	0
<i>Kaba</i>	0,60	1	0
<i>Dado</i>	0,30	0,5	0
<i>Bana mun bana sanfɛ</i>	0,60	1	0
<i>Demisen bana (farigwan)</i>	0,60	1	0
<i>Disidimi</i>	0,30	0	0
<i>Tonsojimi</i>	1,51	0	7
<i>Dugufinɛ</i>	0,30	0,5	0
<i>Konɔ</i>	0,60	1	0
<i>Ganke konɔdimi</i>	0,91	0	4
<i>Kɔdimi</i>	0,30	0	1
<i>Mɛkɛkɛ</i>	0,30	0	1
<i>Dadimi</i>	0,30	0,5	0
<i>ɲɛdimi ɲɛkaliya</i>	3,03	3,9	1
Total	329 = 100%	205 = 100%	70 = 100%

### III- Glossaire

#### Signes et sens des maladies selon les femmes et les tradithérapeutes

##### 1 - Selon les tradithérapeutes

###### **Sumaya :**

Signe : Vomissements, fièvre au niveau du front, transpiration intense, urine plusieurs fois (pollakiurie) amaigrissement.

Sens : Le *sumaya* n'est pas seulement dû à l'eau, mais aussi à l'humidité de la terre (eau stagnante) et la saleté de l'eau. L'humidité provoque le *sumaya* surtout chez les enfants. C'est pourquoi ceux qui sont au bord de l'eau en souffrent plus que ceux qui sont en zone aride. Partout où il y a beaucoup d'eau le paludisme règne.

Il existe deux sortes de *sumaya* qui sont :

###### Simple :

Signe : Douleurs abdominales et céphalées.

Sens : La mangue. Lorsque la pluie n'a pas encore frappé les mangues, si les enfants les mangent, ils auront le *sumaya*.

###### Chronique :

Signe : Corps chaud, délire et insomnie.

Sens : La fièvre et les maux de ventre, le *sumaya* simple qui n'a pas été traité.

Si ces 3 signes apparaissent, ont dit *sissan*.

###### **Togotogoni :**

Signe : Douleurs abdominales (le ventre gronde et ça pique à chaque moment). Quand tu dis que tu vas à la selle, ça ne vient pas. Si tu fais la selle elle est abondante et il y a présence de sang.

Sens : Ingestion de certains aliments, la viande qui n'est pas cuite à point, boire de l'eau qui chauffe et qui ne circule pas (marre ou marigot avec de l'eau qui ne circule pas et que le soleil a chauffé). Présence de saleté dans le ventre.

###### **Kungolo :**

Signe : Augmentation du volume de la tête par l'ouverture des sutures de la fontanelle.

Sens : lorsque la femme pendant la grossesse, va à des endroits qui lui sont interdits et sort à des moments Interdits.

Certains enfants naissent atteints. Les enfants qui souffrent de *kɔnɔ* ont le *kungolo* à l'intérieur, mais ce n'est pas visible. Quand le *kungolo* se complique cela devient le *kɔnɔ*.

### ***Kaliya* :**

Signe : Il y a deux sortes de *kaliya* :

C'est une maladie qui se situe derrière le rein.

- Un *kaliya* qui tourne dans ton corps.

Pour d'autres quand elle (la maladie) n'est pas regroupée, elle se ballade dans tout le corps.

- Un *kaliya* qui rend malade et qui donne le *kɔnɔdimi*.

Pour certains quand la maladie se regroupe, il faut automatiquement opérer le malade.

Sens : le second est dû à un ver de la taille d'un doigt. Ce ver se nourrit de sang.

### ***Cɛmancɛdimi* :**

Signes : - Plantes de pieds très froides, fraîcheur des fesses. Du ventre à la poitrine, il y a de la fièvre (ça chauffe). Douleur au niveau de l'hypochondre gauche ou droit chez les enfants.

- Douleur au niveau des reins (région lombaire) à tel enseigne que la personne ne peut pas se déplacer.

Sens : - Pour les enfants qui n'ont pas encore atteint un certain âge, La douleur apparaît au niveau de l'hypochondre gauche, et la cause c'est le *sumaya*.

- Pour la douleur qui se situe au niveau des reins, la cause c'est le *kaliya*.

### ***Kɔnɔ* :**

Signe : hyperthermie (fièvre +++), l'enfant s'effraie, convulsions et il garde les yeux ouverts.

Sens : - Dépend de la maman (hérédité), les enfants en grandissant attrapent la maladie de leur mère.

- Chez les enfants qui sortent au crépuscule.

- Le *Sumaya*.

***Tonsojimi :***

Signes : Douleurs abdominales. Après un accouchement on remarque trous au niveau du cordon ombilical.

***Ganke konɔdimi :***

Signes : Les fausses couches après deux à trois mois de grossesse. Une femme qui saigne beaucoup après accouchement.

Sens : Sens des deux maladies *tonsojimi* et *ganke konɔdimi*.

1- C'est un ver qui est dans le ventre de la femme. Ce ver pique là où l'enfant réside, et quand la femme est traitée, le ver est évacué dans les selles.

2- les autres causes sont très profondes

- Certaines sont dues au mari de la femme.
- D'autres dues aux femmes elles-mêmes.
- Enfin d'autres sont dues aux toilettes sales.

Ce sont des maladies qui se transmettent sexuellement. Ce qui fait que les femmes n'ont pas d'enfants.

Pour poser notre diagnostic, nous posons des questions concernant le cycle menstruel de la femme, la santé des enfants après leur naissance, s'ils vivent etc. Seuls les médecins peuvent soigner correctement ces maladies.

***Damajalan :***

Signe : les urines chauffent, le sexe brûle et le bassin de l'urine chauffe.

Sens : - Lorsqu'on mange une nourriture contenant du gravier (sable), il tombe dans le bassin de l'urine. C'est cela qui entraîne une douleur à la miction, et si cela dure, le gravier déforme le bassin de l'urine et peut aussi favoriser l'apparition du pus.

- Le travail sous un soleil ardent. Voilà pourquoi Il faut toujours arrêter le travail quand il fait chaud.

***Konɔboli :***

Signe : Enfant qui fait plusieurs fois les selles, déshydratation et fièvre au début. Si la diarrhée persiste, il n'y a plus de fièvre.

***Kuru-kuru :***

Signe : Boutons sur la tête de l'enfant (ne pas confondre avec le *kaba*).

Sens : La chaleur intense et Chronique.

***Finsan :***

Signe : La maladie prend l'enfant dans le cœur et les poumons. Après une courte marche l'enfant a des difficultés pour respirer. Il respire vite.

Sens : On attrape la maladie dans les toilettes (externes dans le milieu rural). C'est une maladie qui vient d'une autre personne, et qui est transportée par le vent.

Quand tu rentres dans les toilettes ne perds pas trop de temps (ni pour te laver ni pour te mettre à l'aise). C'est pour éviter ces problèmes.

Cette maladie attrape aussi ceux qui creusent les puits. Parce que quand tu es à l'intérieur du puits tu ne respirez pas de l'air pur. Quand le poumon se charge de cet air tu attrapes le *finsan*.

***Ninana :***

Signe : Lourdeur au niveau de L'hypochondre gauche ou droit. Du fait de la piqûre du microbe, Le sang devient lourd et stagne.

Sens : L'eau (marées). Surtout les eaux qui ne circulent pas. Dans cette eau Il y a beaucoup de microbes. Si tu entres le matin dans l'eau les microbes te piquent à droite ou à gauche et alors ton sang devient lourd.

Les scarifications que font les tradithérapeutes dans ce cas au niveau des hypochondres, permettent de faire sortir le sang stagnant de couleur noire. Après cela on introduit le médicament.

***Impuissance***

***sexuelle :***

Signe : L'homme ne peut plus avoir des relations sexuelles avec une femme.

Sens : Vagabondage sexuel.

## 2 - Selon les femmes

### Pour les enfants

#### *Sumaya :*

Signe : Le vomissement et la fièvre, le corps devient tout blanc.

Sens : Le *kaliya* et l'eau (de boisson et des rizières).

#### *kaliya :*

Signe : Douleurs au niveau des côtes, douleurs abdominales et vomissements.

#### *pasani :*

Signe : La maladie fatigue l'enfant, il ne mange pas et il maigrit beaucoup.

#### *Kənədimi :*

Signe : *Kənənugu* et selles abondantes avec présence de sang.

Sens : Mauvaise ration alimentaire et ingestion de fruits pas mûrs. Parfois la maladie est héritée de la maman à la naissance de l'enfant parce qu'elle souffrait de ça quand elle était enceinte

Si une femme allaite encore un enfant et qu'elle tombe par la suite enceinte, elle doit sevrer l'enfant. Car si un enfant tète encore sa mère alors qu'elle est enceinte, il souffrira après 15 jours de *kənədimi*.

#### *Təğətəgni :*

Signe : Selles avec présence de sang

Sens : C'est le *kənədimi*. Ce *kənədimi* est dû à la saleté qui se trouve dans le ventre, et aussi aux mouches qui se déposent sur les aliments. Enfin ces mouches sont dues à l'humidité, ils apparaissent beaucoup pendant la saison de pluie.

#### *Kənənugutige :*

Signe : L'enfant pleure quand il fait ses selles ou quand il tète le sein.

Sens : Lorsque cela arrive chez les nouveau-nés, c'est parce que la maman n'a pas donné des médicaments traditionnels pour nettoyer le ventre de l'enfant.



**Kongobana :**

Sens : Pendant la grossesse une femme qui emprunte une route où est passée le diable.

**Mura :**

Signe : Fièvre, toux et vomissements. Parfois écoulement nasal.

Sens : Eau froide (bain), le vent.

**Leminanbo kənədimi :**

Signe : Pertes blanches, prurit et mycoses buccale.

Sens : Hérité de la maman. Quand une maman souffre de la maladie, l'enfant le prend pendant l'accouchement.

**Sogəsəgə :**

Signe : La toux.

Sens : C'est le *mura*.

**Nenədimi :**

Signe : Les frissons.

Sens : C'est le *sumaya*.

**Kungoloti :**

Signe : "*joli pasa mun be kungolo la, ani mun be gosi. Ni jolicayara den la, joli pasa te gosi ble, ani kungolo yere te gosi ble. Ni kungolo te gosi, den te inakli sərə, a te fiɲɛn sərə.*"

[Les artères de chaque côté des tempes battent. Si le sang augmente chez l'enfant, ces artères ne battent plus et même la fontanelle de l'enfant ne bat plus. Ce qui fait que l'enfant n'arrive plus à respirer].

Sens : - Si une femme pendant sa grossesse passe par-dessus un pilon qui se trouve sur le sol.

- Si une femme enceinte s'assoie sur le mortier de côté du bord ouvert, "*kungoloti be bla den la*".

***Tulodimi :***

signes : 1- Quand il n'y a pas encore de pus, les femmes posent le diagnostic par : La présence de plus en plus fréquente de mouches qui rodent autour ou pénètrent dans l'oreille de l'enfant "*ne ma don ni tulodimi b'a la, walama tulodimi t'a la. Ni di mɔɔ cama bena a tulo la.*" [je ne sais pas si il a mal à l'oreille, ou si c'est le contraire. Mais beaucoup de mouches se dirigent vers son oreille].

2- Ou par la découverte de pus dans l'oreille de l'enfant.

***Kandimi :***

Signe : Douleurs de la gorge, chaleur de la gorge, inflammation de la gorge, refus de s'alimenter.

Sens : Lorsque l'enfant lèche le dessous de la cuiller avec sa langue quand il prend la bouillie.

***Kɔnɔ = pasajabana :***

Signe : "*den pasa be ja, a jɛ beta sanfɛ*". [les nerfs de l'enfants se raidissent et le plafonnement de regard]

Sens : 1° - Ici c'est un homme qui a parlé : "*Ni muso gerejɛ b'a la, mun cɛ y'a fɔ ki k'o da bila, e ba da bila. Mun cɛ ba ani cɛ fa y'a fɔ ki k'o da bila, e ba da bila. Nin e y'a da bila, bana cama te den sɔɔ*" [si une femme est enceinte, ce que le mari lui demandera de ne pas faire, elle ne doit pas le faire. Ce que ses beaux-parents lui demanderont de ne pas faire, elle ne doit pas faire. Si tu obéis, beaucoup de maladies n'atteindront pas tes enfants].

"*ni bi, den (muso) tulo ka gɛlɛn, muso te foyi fam. Bana cama be den minɛ sisan. Gale-gale, awn, kɔnɔ te awn minɛ*" [mais aujourd'hui, les femmes sont très têtues. Les enfants sont de plus en plus malades. Auparavant, le *kɔnɔ* ne nous atteignait pas].

- Lorsqu'une femme est désobéissante.

2°- Ici c'est une femme qui parle : le tétanos (*tetanos*). Si tu es enceinte et le fer te blesse ou un objet quelconque qui se trouve dans le sable. Si tu accouches et que l'enfant se blesse à son tour, la maladie l'atteindra.

### ***Bana mun bena sanfɛ :***

Sens : 1°- Ici c'est un homme qui parle. C'est le vent qui vient du ciel. Si une femme est enceinte et qu'elle dort dehors pendant la nuit, le vent vient avec la maladie et entre en elle. Elle ne sera pas atteinte, mais son enfant lui, le sera. Mais cela n'atteint que les enfants des femmes qui ont, pendant leur grossesse été désobéissantes.

2°- Ici c'est une femme qui parle. Le *sumaya*, "*ni sumaya digira den fari la, a be den minɛ*" [si le *sumaya* s'aggrave, l'enfant peut avoir le *bana mun bena sanfɛ*].

### ***Muruku bana :***

Signe : Retard mental, retard locomoteur, "*a te hakili sɔɔ, a te tama*".

Sens : Lorsque la maman avec son enfant passe sur un chemin où une personne méchante (*mɔɔɔ jugu*) l'a précédé.

### ***Sayi :***

Signes : Il existe trois sortes de *sayi* :

- 1- *sayinɛɛ* : yeux jaunes, les poils de la peau deviennent tous roux et s'arrachent seuls.
- 2- *Sayijɛ* : forme chronique de la maladie. Les yeux sont tous blanc, parfois même le corps du malade.
- 3- *Sayifin* : œdème des membres inférieurs et de la plante des pieds, œdème du ventre.

### ***Kɔpasadimi :***

Signe : "*den te tama. Ni a be sigi, a bobara beta jɛfɛ*". [L'enfant ne marche pas et il s'assoie généralement sur son coccyx. La colonne vertébrale prend une forme convexe en arrière].

Sens : Si l'enfant ne marche pas vite, la cause parfois c'est le *kɔpasadimi*. La cause du *kɔpasadimi* est le travail, et en général la riziculture.

Selon les femmes, le *pasadimi* n'est pas le *sogodimi*. Et le *pasa* est différent de la veine. "*pasadimi te sogodimi. Pasa ani joli sira te kelen*".

***Fen miseni :***

Signe : "a be den minε. A bena kuru kuru fari la" [Cela commence par les yeux et en un jour ça prend tout le corps de l'enfant].

***ƶonin :***

Signe : Selon les parents, le début commence toujours par asthénie, somnolence et inflammation des yeux. Un ou deux jours après, tout le reste du corps est atteint par la maladie.

**Circulaire du cordon :**

Sens : pendant la grossesse, la femme qui dort veut se retourner, elle doit d'abord s'asseoir, puis se retourner et se coucher sur l'autre côté. Si elle n'observe pas cette méthode et se retourne directement d'un côté à l'autre, l'enfant naîtra avec une circulaire du cordon ombilical.

Pour les femmes

***Dusukudimi :***

Signe : Palpitation, respiration rapide.

***ƶenemini :***

Signe : Vertiges, courbatures.

Sens : C'est le *sumaya* (dont la cause est l'eau).

***Konɔdimi :***

Signes : 1- Douleurs, fièvre, transpiration.

2- Douleurs, picotements

Sens : 1- Le premier est dû au *tɔɔtɔɔni*.

2 - Le deuxième apparaît avec la grossesse et continue après l'accouchement.

***Damajalan :***

Signes : 1°- Douleur pendant la miction, dysurie, pollakiurie, aligo-anurie

2°- Présence de petits cailloux dans les urines. Et parfois blessent la personne lorsqu'elle urine. Ce qui provoque la présence de sang dans les urines, et parfois présence de pus.

Sens : L'eau sale que nous buvons, surtout maintenant que nous sommes dans les rizières. Si la femme n'a pas bien lavé le grain "*bele kise be ju kono*" [les grains de sables restent dans le mil], quand on mange cela, les petits cailloux qui sont dans cet aliment vont directement dans le bassin de l'urine.

### ***Tonsojimi* :**

Signes : - la grossesse.

- Présence de plaques sanguines rouges sur le corps du nouveau-né (*tonsojimi kuale* c'est-à-dire *tonsojimi* évolué).

- Présence de trou sur le cordon ombilical à la naissance (atteinte du cordon ombilical) "*A be bara juru cien*".

- Avortements spontanés (*kono bara cien*), accouchement prématuré (*e be jigine ke waati ma se kasobe*), décès des enfants à la naissance (*ni e ye jigini ke den be fatura*).

Sens : Quant au début des règles ou tout au long des règles tu as des douleurs abdomino-pelviennes c'est le *ganke konodimi*. Si tu ne soignes pas ça à temps, cela va évoluer et donner le *tonsojimi*.

Les femmes en âge de procréer ne doivent pas manger la tête du maïs dont les grains ont été picorés par les oiseaux, ni les fruits que les oiseaux ont déjà percé. Pourquoi ? Cela donne le *tonsojimi* (*a be tonsojimi bla muso na*). Alors elles cassent la tête du maïs et le jettent, puis mangent le reste.

### ***Sumaya* :**

Signe : Frissons généralement à midi, céphalée et manque d'appétit.

Sens : Apparaît avec l'hivernage et est dû au travail dans les rizières. Surtout dans l'eau qui est froide et le travail du riz nous donne des courbatures "*fari fan be be dimi*" [tout le corps fait mal].

***Melke :***

Sens : Cela vient de Dieu. Si tu as fait du bien, il note, si tu as fait du mal, il note. Le *melke* peut venir si ce que tu as fait n'est pas bien aux yeux de Dieu.

***Ganke konodimi :***

Signe : Les douleurs avant les règles, le premier jour ou tout au long de la durée des règles.

***Bara bana :***

Signe : Cas d'une femme en grossesse. Décès de l'enfant (en général mort né).

Sens : Si la femme a un gros nombril. Quand les contractions commencent, l'enfant bouge beaucoup et parfois entre dans le trou du nombril et n'arrive plus à sortir. C'est ce qui entraîne le décès du fœtus.

#### IV - liste des médicaments génériques disponibles au centre de santé de Molodo

Aspirine / acide acétyl salicylé ; Alcool ; Amoxicilline ; Aminophylline ;  
Chloramphénicol cp, inj ; Chlorpromazine ; Chloroquine cp, sp ; Diazépam ;  
Digoxine ; Diclofenac ; Epinephrine ;  $\alpha$  methyl dopa cp ; SRO ;  
Cotrimoxazole cp, sp ; Benzylpenicilline ; Peni V ; Sulfadoxine pyriméthamine  
Paracetamol cp, sp ; Tétracycline ; Ergometrine ; Peni benzathine ;  
Erythromicine ; Ferrofumarate ; Phénobarbital ; Praziquantel ;  
Probénicidé ; Ampicilline ; Atropine ; Dexaméthazone ;  
Gentamicine ; Propranolol ; Butylscopolamine ; Benzyl benzoate ;  
Balembo enf, adultes ; Furosémide ; Griséofulvine ; Lidocaïne ;  
Hydroxide d'aluminium cp, sp ; Indométacine ; Mébendazole ; Niclosamide ;  
Métronidazole ; Métoclopramide ; Nitrofurantoïne ; Noscapine ; Nystatine ;  
Prométhazine ; Permethrin ; Quinine ; Salbutamol ; Ibuprofen ;  
Spironolactone ; Hydralazine ; Oxytocine ; Prednisolone ; Vogalène ;

Eau distillée ; Sérum salé ; Sérum Glucosé ; Dextran ; Vit A ; Vit B ;  
Vit C ; Vit K ; Multivitamine cp, sp ; Iode 10% ; Coton ;  
Gants ; Gauze ; Doigtier ; Sparadrap ; Sparadrap perforé ;  
Albutix ; Tampon hygiénique ;

Perfuseur ; Seringues ; Epicranien ;

Cat gut ; Suture synthétique ; Bandes hydrophiles ; Bandes plâtrées

Ovrette ; DIU ; Confiance ; Pilplan ;

## V - Villages couverts par le CSCom de Molodo

<u>Villages</u>	<u>Distance du CSCom en Km</u>
1 - Molodo centre	0
2 - Niéminani	1
3 - Quinzambougou	2
4 - Némabougou	4
5 - Molodo bamanan	5
6 - Socourani	5
7 - Molodo II	6
8 - 7 G Katicoura	7
9 - 7 D Missira	7
10 - Nianfassi-marka	8
11 - Nianfassi-bamanan	8
12 - Manyale	8
13 - Kangaba	8
14 - Nionokoroni	8
15 - Massabougou	10
16 - Bekaye wèrè	10
17 - Soutourabougou	16





**Observation médicale.**

N°:

Date:

Nom:

Prénom:

Âge:

Sexe

Etat civil des parents:

Ethnie:

Profession:

Régime matrimonial:

Obstétrique:

Nombre d'enfants  
de 1 à 1460 jours:

**Antécédents:**

Personnels: Médicaux.

Familliaux:

Vaccination.

Chirurgicaux.

**Histoire de la maladie.**

**Examen clinique.**

Taille

Poids

Température

PC  
Peau  
Yeux  
Muqueuses  
App.respiratoire  
App.locomoteur  
App.génitiaux  
App. CV

Hypothèses diagnostiques:

Traitements.

Evolution:

**Diagnostic de la femme ou de la mère de l'enfant:**

Traitement donné:

Evolution:

**Diagnostic du tradithérapeute.**

Traitement donné:

Evolution:

## Guide d'entretien.

### Concernant les enfants de 1 à 1460 jours ( 5 ans ).

1°- Date : \_\_\_\_\_ STDNO : / \_\_\_\_\_ /

2°- Nom : \_\_\_\_\_ 3°- Prénom : \_\_\_\_\_ 5°- No Ind. / \_\_\_\_ /

6°- Sexe : \_\_\_\_ 7°- Age : \_\_\_\_\_ 8°- Ethnie: \_\_\_\_\_ 9°- Wèrè : \_\_\_\_\_ 10°-

No : / \_\_\_\_ / 11° No de Concession / \_\_\_\_\_ /, 12°- Nom du chef de famille :

13°- No de Famille : / \_\_\_\_\_ / 14°- No du ménage/ \_\_\_\_\_ /

15°- Nom du chef de ménage : \_\_\_\_\_

16°- Etat civil des parents: \_\_\_\_\_

### Problèmes de santé:

17°- Avez-vous ces 7 derniers jours donné des médicaments à votre enfant ?-----

18°- Si oui, quels médicaments ? -----

19°- Comment se présentaient ces médicaments ?-----

20- De quoi souffrait-il ? -----

21- En souffre-t-il présentement ? -----

22- Est-ce grave ? -----

23- Pourquoi ?-----

### Episodes morbides:

24°- Comment cela a-t-il commencé ?----- /-----/

25°- Quand cela a-t-il commencé ? ----- /-----/

26°- Est-ce vous qui vous êtes rendue compte la première de son état ? -----

27- Si oui, qu'avez-vous alors fait ? -----

28-A quoi avez-vous pensé alors ? -----

29- Le médicament que vous lui avez donné lui a-t-il procurer du soulagement ? -----

30°- Comment à votre avis attrape-t-on cette maladie ? -----

31- Quand l'attrape-t-on le plus souvent (périodes de l'année) ? -----

32- Est-ce la première fois depuis ces 3 derniers mois que votre enfant ait attrapé cette maladie ? -----

33- Si non, à quelle date remonte sa dernière crise ? -----

34- A quoi cela était-il dû cette fois-là ? -----

35- Comment l'avez-vous traité en ce moment ? -----

### Recours thérapeutique:

36° Comment lui avez-vous donné les médicaments ? 1er jour -----

37- 2è jour -----

38- 3è jour -----,

39- 4è jour -----,

40- 5è jour -----,

41- > 5 jours -----

42° D'où vous êtes-vous procurez ces médicaments ? -----

43- Qui vous a dit de les lui donner de cette façon ? -----

44°- Lui avez-vous donné d'autres médicaments autres que ce dont vous venez de me parler ? -----

45- Si oui, lesquels ? -----

46- Pourquoi ? -----

47- Si non, pourquoi ? -----

48°- Avez-vous eu recours à un tradithérapeute pour cette maladie de votre enfant ? /----/

49- Pourquoi ? ( Motivations sociales, économiques et culturelles ) -----

50°Vous l'a-t-on conseillé ou est-ce de votre propre initiative ? -----

51°- Si non pourquoi n'êtes vous pas allé chez un tradithérapeute ? -----

52°- Si oui identifiez les tradithérapeutes. -----

53°- Quel a été son diagnostique? -----

54°- Quel a été som traitement? -----

55°- Sa prestation et coût? -----

56°- Quel a été son mode de diagnostique (1- Divination,2- géomatiens,3- sacrifices,4-autres à spécifier )? -----

57°- Qui prend en charge les traitements ou sacrifices? -----

58°- Avez-vous eu recours à la médecine moderne? /----/

59°- Qu'est-ce qui ou qui vous a motivé? ( Procédure de prise de décisions ).-----

60°- Quel a été son diagnostique? -----

61°- Quel a été son traitement? -----

62°- Qui prend en charge le traitement? -----

63°- Avez-vous eu recours à d'autres types de traitements ( En dehors du traitement traditionnel et moderne )? /----/

64- Si oui pourquoi? -----

65°- Etait ce avant ou après les traitements cités plus haut? -----

66°- Qui vous l'a prescrit? -----

67°- Quel est le recours qui vous a donné le plus de satisfaction? Moderne /----/ ou Traditionnel /----/

68- Pourquoi? -----

69°- Quel est le recours qui vous a le plus déçu? -----

70- Pourquoi? -----

71°- Laquelle des médecines est la plus efficace pour traiter cette maladie? -----

72- Pourquoi? -----

**Limites des différentes médecines.**

73°- Existent-t-ils des maladies que la médecine traditionnelle ne peut pas traiter? /----/

74- Si oui lesquelles? -----

75- Si non pourquoi -----

76°- Quelles sont les raisons de cette inefficacité? -----

77°- Existent-t-ils des maladies que la médecine moderne ne peut pas traiter? /----/

78- Si oui lesquelles? -----

79- Si non pourquoi? -----

80°- Quelles sont les raisons de cette inefficacité? -----

**Pour les enfants dit en bonne santé ainsi que pour ceux qui sont malades:**

81°- Avez-vous des techniques ou des traitements pour prévenir certaines maladies chez vos enfants ? /----/

82°- Si oui, quelles techniques et quelles pratiques? -----

83- Contre quelles maladies? -----

84°- Après ces techniques et pratiques, vos enfants ont-ils été atteints par une de ces maladies ? /----/

85°- Si oui lesquelles ? ( maladies ).-----

86- Pourquoi? -----

## Guides d'entretiens.

### Pour femmes de 14 à 49ans.

- 1°- Date : \_\_\_\_\_ STDNO : / \_\_\_\_\_ /
- 2°-Nom : \_\_\_\_\_ 3°-Prénom : \_\_\_\_\_ 5°-N°Ind / \_\_\_\_ /
- 6°\_ Sexe: \_\_\_\_\_ 7°\_ Age : \_\_\_\_\_ 8°\_ Ethnie \_\_\_\_\_ 9°\_ Wèrè \_\_\_\_\_
- 10°\_ N° / \_\_\_\_ / 11°\_ N° de concession / \_\_\_\_\_ / 12°\_ Nom du chef de famille  
\_\_\_\_\_ 13°\_ N° de famille / \_\_\_\_ / 14°\_ N° de ménage / \_\_\_\_ /
- 15°\_ Nom du chef de ménage \_\_\_\_\_
- 16°- Etat civil : \_\_\_\_\_

### Problèmes de santé:

- 17°\_ Avez-vous pris des médicaments ces 7 derniers jours ?-----
- 18°\_ Si oui, quel médicaments ? -----
- 19°\_ Comment se présentaient ces médicaments ? -----
- 20°\_ De quoi souffrez-vous ? -----
- 21°\_ En souffrez-vous présentement ? -----
- 22°\_ Est-ce grave ? -----
- 23°\_ Pourquoi ?-----

### Episodes morbides:

- 24°- Comment cela a-t-il commencé ?-----
- 25°- Quand cela a-t-il commencé ?-----
- 26°- A quoi avez-vous pensé alors ?-----
- 27°- Qu'avez-vous alors fait ? -----
- 28°- Le médicament que vous avez pris vous a-t-il procuré du soulagement ?-----
- 29°\_ Comment a votre avis attrape-t-on cette maladie ?-----
- 30°\_ Quand l'attrape t-on le plus souvent (période de l'année) ?-----
- 31°\_ Est-ce la première fois depuis ces trois mois que vous attrapez la maladie ?-----
- 32°\_ Si non á quelle date remonte la dernière crise ?-----
- 33°\_ A quoi cela était-elle due cette fois lá ?-----
- 34°\_ Comment l'avez vous traité en ce moment ?-----

**Recours thérapeutique:**

- 35°- Comment avez vous pris les médicaments ? 1er jour -----
- 36°\_ 2è jour -----
- 37°\_ 3è jour -----
- 38°\_ 4è jour -----
- 39°\_ 5è jour -----
- 40°\_ > 5 jours -----
- 41°\_ D'ou vous êtes vous procurez ces médicaments ? -----
- 42°\_ Qui bous á dit de les prendre de cette facon ? -----
- 43°\_ Avez-vous pris d'autres médicaments autres que ce dont vous venez de me parler ?-----
- 44°\_ Si oui , lesquels ?-----
- 45°\_ Pourquoi ? -----
- 46°\_ Si non pourquoi ? -----
  
- 47°- Avez-vous eu recours à un tradithérapeute? /----/
- 48°\_ Pourquoi? ( Motivations sociales, économiques et culturelles ). -----  
-----
  
- 49°\_ Vous l'a-t-on conseillé ou est-ce de votre propre initiative? -----
  
- 50°- Si non pourquoi n'êtes vous pas allé chez un tradithérapeute? -----  
-----
  
- 51°- Si oui identifiez les tradithérapeutes. -----
  
- 52°- Quel a été son diagnostique? -----
- 53°\_ Quel a été son traitement? -----  
-----
  
- 54°\_ Sa prestation et coût? -----
  
- 55°- Quel a été son mode de diagnostique ( 1-Divination, 2-géomatiens,3- sacrifices, autres a spécifier )? -----
  
- 56°- Qui prend en charge les traitements ou sacrifices? -----
  
- 57°- Avez-vous eu recours à la médecine moderne? /----/
- 58°\_ Qu'est ce qui vous a motivé? ( Procédure de prise de décisions ).-----  
-----
  
- 59°- Vers quel service êtes-vous allez :-----
  
- 60°- Quel a été son diagnostique? -----
- 61°\_ Quel a été son traitement? -----  
-----
  
- 62°- Qui prend en charge le traitement?-----
  
- 63°- Si prescrit dans un centre de santé, où est ce que vous vous procurez les médicaments ? -  
-----  
Est-ce en spécialité /-----/ ou en DCI /-----/



**Fiches ethnobotaniques.**

Collecteur:

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

N° de fiche: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Prescripteur:

1° Nom: \_\_\_\_\_ 2° Prénom: \_\_\_\_\_ 3° Age: \_\_\_\_\_

4°-Sexe \_\_\_\_\_ 5°-Ethnie: \_\_\_\_\_ 6°-Qualité: \_\_\_\_\_

7°-Adresse: \_\_\_\_\_ 8° N° ind \_\_\_\_\_ 10° N° concession \_\_\_\_\_

11° Caste: \_\_\_\_\_

**Caractéristique du matériel végétal.**

12° Nom latin:-----

13° Nom vernaculaire----- 14° Langue ou ethnie:-----

15° Nom vulgaire français:-----

Pays-----

Localité de l'enquête:-----

16° N° de l'échantillon:----- 17° Herbar:-----

18° Parties utilisées:-----

19° Lieu de recolte:-----

20° Modalités de recoltes:-----

Situation de l'organe-----

Moment de la journée:-----

Stade de développement de la plante:-----

21° Culture:-----

22° Formes biologiques: Aériennes /----/  
Souterraines: /----/

64°- Avez-vous eu recours à d'autres types de traitements ( En dehors du traitement traditionnel et moderne )? /----/

65°\_ Si oui pourquoi? -----  
-----

66° Etait ce avant ou après les traitements cités plus haut? -----

67°\_ Qui vous l'a prescrit? -----

68°\_ Quel est le recours qui vous a donné le plus de satisfaction ? Moderne /----/ ou Traditionnel /----/

69°\_ Pourquoi? -----

70°\_ Quel est le recours qui vous a le plus déçu? /-----/

71°\_ Pourquoi? -----

72°- Laquelle des médecines est la plus efficace pour traiter cette maladie? -----

73°\_ Pourquoi? -----

#### **Limites des différentes médecines.**

74°- Existent-ils des maladies que la médecine traditionnelle ne peut pas traiter? /----/

75°\_ Si oui lesquelles? -----

76°\_ Si non pourquoi -----

77°- Quelles sont les raisons de cette inefficacité? -----  
-----

78°- Existent-ils des maladies que la médecine moderne ne peut pas traiter? /----/

79°\_ Si oui lesquelles? -----

80°\_ Si non pourquoi? -----

81°- Quelles sont les raisons de cette inefficacité? -----  
-----

Bonne chance !

23°\_Remarques: -----  
-----

**Modes de préparation et d'administration du médicament.**

Opérations pharmaceutiques:

24°\_Concentrations: Quantité d'organe: -----

Quantité vehicule: -----

Quantité finale: -----

25°\_Doses par prise: Hommes: -----

Femmes: -----

Enfants: -----

Non précisé: -----

26°\_Fréquence de la prise: Hommes: -----

Femmes: -----

Enfants: -----

Non précisé: -----

27°\_Périodes de la prise: Hommes: -----

Femmes: -----

Enfants: -----

Non précisé: -----

28°\_Durée du traitement: -----

Durée: -----

Variations: -----

29°\_Intervalle entre les prises: -----  
-----

30°\_Mode d'emploi: -----

31°\_Conservation: -----

32°\_Fréquence de l'usage: -----

33°\_Drogues associées: -----  
-----

34°\_Remarques: -----  
-----

**Indication thérapeutiques.**

35°\_Maladies -----36°- symptômes: -----  
-----

37°-Effets physiologiques: -----  
-----

38°-Effets médico-magiques:-----  
-----

39°\_Usages divers: -----  
-----

40°\_Incompatibilité: -----  
-----

41°\_Effets secondaires: -----  
-----

42°\_Médications associées: -----  
-----

43°-Rémarques: -----  
-----  
-----

**Guides pour tradithérapeutes.**

Date: ----- STDNO / \_\_\_\_\_ /

N° de fiche: /-----/

District de: ----- Cercle de: ----- Commune de -----

Localité: ----- Nombre d'habitants: ----- Ethnies: -----

1- Nom ----- 2°- prénom du thérapeute: ----- 3°- N° ind---

4°- Age: ----- 5°- Sexe: ----- 6°- Religion: -----

7°- N° de concession ----- 8°- Nom du chef de famille -----

9° N° de famille ----- 10° N° du ménage ----- 11° Nom du chef de ménage: -----

12°- Ethnie d'appartenance: ----- 13° Domicile permanent:-----

14°\_ Village d'origine: -----

15°- Statut de thérapeute: - A plein temps: /-----/ - A temps partiel: /-----/ Autre profession -----

**Origine du savoir:**

16°\_ Initiation au sein de sa famille traditionnelle: /-----/

17°\_ Initiation auprès d'un thérapeute: /-----/ Lieu: -----

18°\_ Remède acheté: /-----/ Lieu: ----- Forme d'achat: -----

19°\_ Révélation: /-----/ Dans quelles conditions: -----

20°\_ Autres ( à spécifier) -----

21°\_ Expériences acquises à la suite d'un traitement reçu: -----

22°- A leur avis comment s'acquiert la connaissance traditionnelle? -----

**Spécialités ( maladies soignées )**

23°\_ Appellation (s) en langue (s) locale(s): -----

24°\_ Signification probable en médecine moderne: -----



## FICHE SIGNALÉTIQUE

N :

NOM : NDJOCK TECKY

PRENOM : Jana Armelle

SECTION : Médecine

ANNEE : 2001

### SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

#### ANALYSE DES SYSTÈMES MÉDICAUX ORDINAIRES ET SAVANTS

Le cas de l'association villageoise de Manyale à Molodo, Office du Niger, République du Mali

#### Résumé

L'utilisation de la médecine savante des guérisseurs ou celle conventionnelle des médecins est apparue moins importante que l'on puisse le penser auprès des acteurs sociaux telles les mères et les femmes. Le recours aux soins conventionnels est de l'ordre de 10% tandis que celui auprès des guérisseurs est de 6%. Chez les femmes, le taux de recours aux soins est respectivement de 10% pour la médecine conventionnelle ; 8,5% pour la médecine savante et 7% pour le guérisseur. Par ailleurs, il est ressorti qu'il est, de par la disponibilité domestique de nos soins d'étudiante-praticienne en recherche de base, de l'ordre de 8% pour les enfants toutes médecines confondues. Elle occupe cependant, une place importante dans la société malienne et plus particulièrement en milieu rural telle que le montre l'analyse de contexte autour des dits soins chez les acteurs sociaux. Ce phénomène relève de l'interaction de plusieurs facteurs d'ordre social ; de la spécificité de la maladie, de l'âge et du statut du sujet. Elle est généralement sollicitée pour les maladies chroniques chez les enfants telles *ninana* ou autres maladies spécifiques comme l'infertilité féminine. De plus, elle n'est pas toujours utilisée en premier recours où l'on note une forte tendance à l'automédication ordinaire. Elle est de 29,5% pour les enfants, avec 31% pour l'automédication à base de produits pharmaceutiques tandis que celle à base de plantes médicinales est de 27%. Pour les femmes, la médecine ordinaire à 23% est plus sollicitée. 24% pour l'automédication ordinaire à base de produits pharmaceutiques et 22% pour l'automédication ordinaire à base de plantes médicinales.

**Mots clés** : Santé maternelle et infantile ; disponibilité, accessibilité, utilisation ; genre ; savoirs ordinaires, savants et conventionnels ; itinéraires thérapeutiques ; représentation de la santé et de la maladie.

# SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.