

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

PREVENTION ET CONTROLE DES ENDEMIES MAJEURES
PAR LES PRATICIENS TRADITIONNELS

THESE

Présentée et soutenue publiquement en novembre 1978
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du
Mali

par

Mademoiselle LALLA BADJI HAIDARA
née le 7 septembre 1954 à Bamako
pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

Examineurs de la Thèse :

Professeur Comlan A.A. QUENUM..... Président
Professeur Mamadou KOUHARE.....)
Docteur Souleymane SOW.....) Juges
Docteur Hubert BALIQUE.....)

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE ACADEMIQUE 1977 - 1978

Directeur général : Professeur Aliou BA
Directeur général adjoint : Professeur Bocar SALL
Secrétaire général : Monsieur Godefroy COULIBALY
Econome : Monsieur Moussa DIAKITE
Conseiller technique : Professeur Agr. Philippe RANQUE

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeurs :

- Yves MILLET : Physiologie, Marseille
- Sadio SYLLA : Anatomie-Dissection, Dakar
- Oumar SYLLA : Chimie organique, Dakar
- Humbert GIONO-BARBER : Pharmacodynamie, Dakar
- H. G. GRAS : Toxicologie-Hydrologie, Dakar
- J. JOSSELIN : Biochimie, Dakar
- E. LOREAL : ORL
- Blanc : Obstétrique, Marseille

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Docteurs :

- KOPP : Anatomie-Pathologie-Histologie, Marseille
- SAUVAN : Biophysique, Marseille
- Madame GIONO-BARBER : Anatomie-Physiologie humaines, Dakar

PROFESSEURS TITULAIRES RESIDANT A BAMAKO

Professeurs :

- Aliou BA : Ophtalmologie
- Bocar SALL : Orthopédie-Traumatologie-Anatomie
- Mamadou DEMBELE : Chirurgie générale
- Mohamed TOURE : Pédiatrie
- Souleymane SANGARE : Pneumo-Phtisiologie
- Mamadou KOUMARE : Pharmacologie-Matières médicales
- Pierre SAINT-ANDRE : Dermato-Vénérologie-Léprologie
- Philippe RANQUE : Parasitologie
- Bernard DUFLO : Pathologie médicale-Thérapeutique

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUES

Docteurs :

- Faran SAMAKE : Psychiatrie
- Aly GUINDO : Sémiologie digestive
- Abdoulaye AG-RHALY : Sémiologie rénale
- Sory KEITA : Microbiologie
- Yaya FOFANA : Microbiologie
- Moctar DIOP : Sémiologie chirurgicale
- Balla COULIBALY : Pédiatrie-Médecine du travail
- Benitieni FOFANA : Obstétrique
- Mamadou Lamine TRAORE: Gynéco-Obstétrique-Médecine légale
- Boubacar CISSE : Dermatologie
- Yacouba COULIBALY : Stomatologie
- Sidi Yaya SIMAGA : Santé publique

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUES

Mesdames :

- Camara (Sarata) MAIGA : Chimie organique
- Keita (Oulematou BA : Biologie animale

Monsieur :

- ESPINOSA : Hygiène du milieu

CHARGES DE COURS

Docteurs :

- Diénébou DOUMBIA : Chimie générale, minérale et organique
- L. AVRAMOV : Psychiatrie
- Christian DULAT : Microbiologie
- Patrick DEFONTAINE : Physiologie-Anesthésie-Réanimation-Toxicologie
- Marie-Colette DEFONTAINE : Gynécologie-Hématologie
- Gérard TRUSCHEL : Anatomie-Traumatologie-Sémiologie chirurgicale
- Henri DUCAN : Pathologie cardio-vasculaire
- Boukassoum HAIDARA : Galénique-Chimie organique
- Elisabeth ASTORQUIZA : Epidémiologie
- Hubert BALLIQUE : Santé publique
- Rémy FAURE : Radiologie
- Jonchère : Urologie

Madame :

- Brigitte DUFLO : Sémiologie digestive

Professeurs :

- Tiémoko MALLET : Mathématiques
- Mamadou GUISSÉ : Mathématiques
- N'Golo DIARRA : Botanique
- Ibrahim TOURE : Physique
- Lassana KEITA : Physique
- Alassane CISSE : Physiologie générale-Cryptogamie

Messieurs :

- OLIER : Hydrologie
- MARTIN : Chimie analytique

JE DEDIE CETTE THESE

A MON PERE

Toi dont l'affection et le soutien ne m'ont jamais manqué.
Ton courage, ton sens humanitaire et tes conseils seront
pour moi autant d'exemples dans la vie et dans le métier
où je vais faire mes premiers pas.

Puisse cet humble travail t'apporter une satisfaction légitime.

A MA MERE

Pour ta tendre affection qui ne nous a jamais fait défaut.
Pour tous les sacrifices que tu t'es imposés pour moi et
pour tous mes frères et soeurs. Ta sagesse serait un
impact que je garderai toujours en moi.

Trouves dans ce travail mon indéfectible attachement.

A MON FRERE ET A MES SOEURS

Ce n'est que dans les difficultés que naît le courage.

Ayez confiance en vous et luttiez fortement avec des
gestes toujours guidés par un esprit lucide.

A MON ONCLE ALASSANE

En faible témoignage de mon affection
indéfectible et filiale.

Pour le reconfort que votre présence n'a
cessé de m'apporter pendant mes années
d'études.

A MES TANTES : Mariam, Djefnam, Néné, Afhana

En témoignage de mon affection.

A TOUS MES AUTRES ONCLES ET TANTES

A MES COUSINES ET COUSINS

En souvenir de l'ambiance familiale de "chez le grand père".

A MON VIEUX GRAND PERE

Pour toutes tes bénédictions.

A TOUS LES MEMBRES DU GRENIER

Pour l'atmosphère sociale et fraternelle
dont vous m'avez entourée.

A TOUS MES AMIS ET A TOUTES MES AMIES

A TOUS LES GUERISSEURS

Que j'ai rencontrés à Bamako, à Kolokani et à Ségou :

A TOUTE LA POPULATION DE KOLOKANI

A TOUT LE PERSONNEL SANITAIRE DE KOLOKANI

Toute ma reconnaissance pour l'aide considérable
apportée pour la préparation de ce modeste travail.

A LA FAMILLE MAMADOU YORO BA
(Fonctionnaire de l'OMS à Brazzaville)

Pour votre sens élevé du patriotisme,
Pour l'accueil chaleureux et la généreuse hospitalité
dont nous avons été l'objet durant notre séjour à Brazza,
Nos remerciements les plus sincères.

A NOTRE PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Comlan A. A. Quenum
Directeur du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

Pour l'intérêt que vous accordez à notre jeune
Ecole, aux problèmes de santé publique qui pré-
occupent l'Afrique,

Pour votre heureuse initiative de nous proposer
ce sujet brûlant d'actualité,

Pour l'honneur que vous nous faites en présidant
cette thèse,

Veillez trouver ici l'expression de notre très
sincère reconnaissance.

A NOS MEMBRES DU JURY

Professeur MAMADOU KOUMARE
Professeur des matières médicales à l'ENM
Directeur général de l'INRPMT

Pour l'honneur que vous nous avez fait de tirer profit
de vos riches connaissances et de votre solide expérience,

Pour vos conseils,

Veillez trouver ici, Professeur,
l'expression de nos très sincères remerciements.

A TOUS LES AUTRES MEMBRES DU JURY

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous
faites en acceptant de participer au jury de cette thèse.

AU DOCTEUR SOULEYMANE SOW

Division de la médecine socio-
préventive et des maladies transmissibles

Pour votre accueil chaleureux,

Pour tous les renseignements donnés sur les endémies,

Très sincères remerciements.

AU DOCTEUR Hubert BALLIQUE

Pour toute l'aide que vous nous avez apportée
dans la préparation de ce travail,

Pour votre connaissance des problèmes de santé au Mali,

Pour la sympathie que vous nous avez témoignée tout le
long de ce travail,

Suivre votre exemple de courage et de total désintéressement
dans la recherche scientifique est notre unique ambition.

A NOTRE MAITRE LE PROFESSEUR ALIOU BA
Directeur général de l'Ecole Nationale de
Médecine et de Pharmacie

Pour sa constance et sa contribution à notre formation,
Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude.

A TOUS LES MEMBRES DU CORPS PROFESSORAL DE
L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Avec toute la conscience que nous avons beaucoup
appris de vous et bénéficié de vos larges expériences,
Soyez assurés de notre profonde gratitude.

A TOUT LE PERSONNEL DE LA DIRECTION DE L'ECOLE
NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

En souvenir des années passées ensemble.

A TOUS LES ETUDIANTS DE L'ECOLE NATIONALE
DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Nous disons courage et persévérance dans le travail.

A TOUTE LA PROMOTION

Après cinq années d'études, que notre réussite soit
une prise de conscience pour les futures tâches à
accomplir.

AU PERSONNEL DU BUREAU REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE

Qui nous aide dans la réalisation de ce travail, et particulièrement :

AU DOCTEUR IBA GUEYE

Pour la chaleur de votre accueil,

Pour les précieux conseils prodigués lors de l'élaboration
de ce travail,

Permettez-nous de vous exprimer notre profonde gratitude
et nos sentiments très respectueux.

AU DOCTEUR RAMANOHISSOA

Nous vous remercions de l'aide éclairée que vous
nous avez apportée dans l'exécution de ce travail.

AU DOCTEUR AREVSHATIAN

A MONSIEUR JEJEY

A MADEMOISELLE JAKUBOWSKA

A MADEMOISELLE E. ZALA

A TOUS LES AMIS DU BUREAU OMS ET DU DJOUE.

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
1. INTRODUCTION	1
2. OBJECTIFS ET JUSTIFICATION	3
2.1 Objectifs	4
2.2 Justification	4
2.2.1 Situation du personnel	4
2.2.2 Infrastructure sanitaire	6
2.2.3 Situation budgétaire	6
2.2.4 Risques sanitaires	7
2.2.5 Recherche d'une solution	7
3. BREF APERCU DES ENDEMIES MAJEURES AU MALI	10
3.1 Maladies quaranténaires	19
3.2 Endémies majeures	19
4. ENQUETE D'OPINIONS SUR CES MALADIES ENDEMIQUES	25
4.1 Méthode de choix de l'échantillon de population étudiée	26
4.2 Identification populaire de ces maladies	26
4.2.1 Nom vernaculaire (signification éventuelle)	26
4.2.2 Croyances rattachées à ces endémies	29
4.3 Approche des praticiens traditionnels	36
4.3.1 Méthode de diagnostic	37
4.3.2 Action dans la prévention et le contrôle des endémies	38
4.3.2.1 Prévention par immunisation	39
4.3.2.2 Traitement utilisé comme prévention : phyto-	
prophylaxie	41
4.3.2.3 Prévention par des comportements	56
5. OBSERVATIONS PERSONNELLES ET RECOMMANDATIONS	60
5.1 Eléments de cette médecine applicables aux soins de santé	
primaires	61

	<u>Page</u>
5.1.1 Prévention et traitement des maladies courantes	63
5.1.1.1 Lutte antipaludique	63
5.1.1.2 Maladies bucco-dentaires	64
5.1.1.3 Maladies de l'appareil digestif	64
5.1.1.4 Médicaments divers	65
5.1.1.5 Santé maternelle et infantile	65
5.1.2 Education et motivation de la collectivité	67
5.2 Perspectives de recherches en médecine traditionnelle pour la lutte contre la maladie	69
5.3 Recommandations	71
6. CONCLUSION	75
7. ANNEXES	78
8. BIBLIOGRAPHIE	82

1. INTRODUCTION

Partout à travers le monde, l'insuffisance ou l'absence de services de soins et de mesures préventives font que des millions de gens souffrent et meurent de maladies qu'on pourrait prévenir et guérir. La fréquence des maladies les plus communes est reflétée par les taux élevés de morbidité et de mortalité des affections endémiques telles la rougeole, le paludisme, la tuberculose, l'onchocercose, etc. Leurs principales causes forment un cercle vicieux dans lequel interviennent le milieu malsain, la malnutrition, les grossesses trop rapprochées qui aboutissent à la naissance de bébés en-dessous du poids moyen et tout cela du fait de l'ignorance et du manque d'éducation sanitaire de la collectivité. Ceci est surtout marqué en zones rurales où il n'y a eu en général aucune structure pour satisfaire les besoins de la population en matière de santé.

Et comme l'a dit le Dr Mahler, Directeur général de l'OMS, : "si nous ne réussissons pas à effectuer des changements radicaux, la vaste majorité des populations du monde n'aura toujours pas accès à des soins de santé convenables à la fin de ce siècle". Et pour relever le défi de la santé pour tous en l'an 2 000 lancé par l'OMS, il convient dès maintenant d'avoir recours aux ressources que la nature met si généreusement à notre disposition. En cela, les praticiens de la médecine traditionnelle peuvent nous aider à atteindre notre but : mettre à la disposition des populations les plus déshéritées une thérapeutique appropriée dans le cadre d'une extension de la couverture des services de **santé** dans les zones rurales.

2. OBJECTIFS ET JUSTIFICATION

2.1 Objectifs

- a) Examiner si la prévention et le contrôle des endémies majeures sont suffisants au Mali.
- b) Etudier à partir des faits :
 - si une notion rudimentaire de diagnostic, de traitement et de prévention existe en médecine traditionnelle;
 - si les croyances et pratiques traditionnelles offrent à la population une couverture plus large et pourraient servir de base à un système plus approprié pour la satisfaction des besoins des populations.
- c) Étudier si les éléments positifs observés pourraient être appliqués dans le développement des soins de santé primaires, dont la lutte contre les grandes endémies fait partie intégrante.
- d) Examiner la place de la médecine traditionnelle dans les programmes de recherches, notamment dans la lutte contre la maladie.

2.2 Justification

Les difficultés des pays en voie de développement à assurer une couverture satisfaisante de leurs besoins de santé sont une réalité. Le Mali n'y échappe pas.

2.2.1 Situation du personnel

Effectif du personnel en 1977

Désignation	Maliens	Etrangers	Total
Médecins	175	62	237
Chirurgiens	5	12	17
Chirurgiens dentistes	11	1	12
Pharmaciens	18		18
Ingénieurs sanitaires	2		2
Assistants médecins	4		4
Prothésistes	4	1	5
Sages-femmes	268		268
Techniciens sanitaires	80		80
Techniciens de laboratoire	76		76
Techniciens radio	17		17
Secrétaires médicales	17		17
Infirmiers d'Etat	575		575
Infirmiers de santé	1 415		1 415
Aides soignants	556		556
Matrones rurales	171		171
Matrones traditionnelles	75		75

Il existe donc dans l'ensemble et en moyenne :

- 1 médecin pour 26 617 habitants
- 1 chirurgien pour 317 077 "
- 1 chirurgien dentiste pour 525 693 "
- 1 pharmacien pour 350 462 "
- 1 infirmier d'Etat pour 10 970 "
- 1 infirmier du premier cycle pour 4 458 "

Ceci est loin de satisfaire aux besoins du pays, surtout si l'on sait que la majeure partie de ce personnel exercent dans la capitale et, dans les autres grandes villes. Si bien que les zones rurales n'ont pas suffisamment de personnel ou n'en ont pas du tout; quand ils en ont il s'agit d'un personnel d'un niveau très bas.

2.2.2 Infrastructure sanitaire

Pour l'ensemble du Mali, on compte en 1978 :

- hôpitaux 12
- centres de santé de cercle 42
- dispensaires ruraux 310
- secteurs des grandes endémies 11

Au déficit en formations sanitaires s'ajoutent d'autres facteurs :

- longues distances,
- manque de moyen de transport ou difficultés en saison des pluies.

2.2.3 Situation budgétaire (pour l'année 1978)

<u>Budget d'Etat</u>	<u>FM</u>	<u>Ministère de la Santé</u>
61 488 653 000		3 807 976 000

soit 6,19 % du budget de l'Etat, soit 605 FM/habitant.

Ces crédits ont été répartis de la façon suivante :

- dépenses de personnel : 2 228 807 000 soit 58,53%
- dépenses de matériel et fonctionnement : 1 579 169 000 soit 41,47

Ce qui explique le sous-équipement grave et le manque de médicaments.

En milieu rural on assiste à un approvisionnement pharmaceutique déficient, voire absent.

2.2.4 Risques sanitaires

A cette insuffisance de la structure de la santé publique, s'ajoute des risques sanitaires extrêmement divers en milieu rural :

- multitude d'infections et de maladies (endémies) qui guettent l'individu dès sa naissance : paludisme, rougeole, parasitoses intestinales, trypanosomiase, lèpre, tuberculose, etc.;
- malnutrition;
- manque d'hygiène général qui vient s'ajouter à un habitat et à un environnement insalubres et qui dans les villes se complique d'une promiscuité importante;
- revenus excessivement faibles des populations.

Le risque sanitaire est donc permanent. Beaucoup de malades ne peuvent pas bénéficier des prestations offertes par le service de santé, beaucoup viennent consulter tard à un stade avancé de leur affection lorsqu'il s'agit de maladie contagieuse.

2.2.5 Recherche d'une solution

Face à ce risque sanitaire, quelles sont les structures de santé publique à mettre en oeuvre ?

- La médecine curative : trop onéreuse pour des populations aux revenus maigres; très souvent inefficace à cause de l'environnement (manque d'éducation de la population) et aussi sur le plan socio-économique; l'exemple le plus frappant d'échec de traitement curatif est celui du paludisme, la plus grande cause d'absentéisme, où l'on emploie d'une façon abusive les sels de quinine dont l'élimination est très rapide.

- La médecine préventive qui va au devant du malade le rechercher dans son milieu : cette branche de la médecine mérite une place importante dans la société actuelle et particulièrement dans les pays en voie de développement à cause de son coût relativement faible par rapport à son efficacité. D'ailleurs une option a été faite pour le plan décennal 1966-1977 du Mali de mettre l'accent sur la prévention.

- Une troisième structure peut être envisagée : la médecine éducative : il s'agit de faire prendre conscience du risque sanitaire et de fournir les moyens d'y faire face. Cette forme de médecine est relativement peu onéreuse, elle ne réclame que des éducateurs qui souvent peuvent être formés parmi les personnels existants.

Devant cette insuffisance d'infrastructure, de personnel, d'équipement et de médicaments et l'urgence d'y remédier par la prévention et l'éducation, le recours à la médecine traditionnelle s'avère nécessaire. Cette médecine traditionnelle n'est pas une médecine nouvelle mais un héritage purement africain, refoulé et délaissé par la période coloniale. Une médecine d'efficacité non négligeable car avant l'ère coloniale, elle était l'unique source de soins en Afrique. De nos jours encore au Mali, seulement 10 % de la population bénéficient des "soins modernes" ceux-ci étant les quelques privilégiés sociaux des grandes villes. Les 85 % de la population des zones rurales et périurbaines n'ont recours qu'à la médecine traditionnelle. Une médecine adaptée aux contextes socio-économiques, culturels de l'Afrique. Et comme l'a dit Dominique Traoré : en utilisant uniquement des plantes on peut sauver plusieurs vies humaines . Et ces plantes on ne les cherche pas, il y en a partout; il suffit de tendre la main pour les cueillir.

Aussi quel est notre étonnement toutes les fois que nous entendons dire : "tel médicament manque" alors que la plupart du temps, le remède dont l'absence est déplorée est là, dans la cour du dispensaire ou de l'hôpital.

Quelle n'est également notre surprise de voir l'Afrique noire continuer à acheter tous ses médicaments à l'étranger, au lieu d'être, comme il conviendrait, un des pays grands producteurs et exportateurs de produits pharmaceutiques. En effet, elle a des matières premières sur place. Ce qui lui fait défaut, ce sont les laboratoires de recherche bien outillés et des spécialistes sérieux, animés d'un solide esprit de découverte".

3. BREF APERCU DES ENDEMIES MAJEURES AU MALI

Au Mali les endémies majeures sont représentées par : le paludisme, la trypanosomiase, l'onchocercose, la lèpre, la tuberculose. A cette liste nous sommes obligés d'ajouter du fait de leur fréquence : la schistosomiase, le trachome, les trépanomatoses, les parasitoses intestinales (surtout amibiase) et les maladies endémo-épidémiques comme la rougeole, la variole (qui a disparu), la varicelle, le choléra et la méningite cérébro-spinale (MCS).

Tableau I

Morbidité générale ensemble du Mali

	1972	1973	1974	1975	1976
Populations	5 700 843	5 847 018	5 996 942	6 150 710	6 308 420
Choléra	-	96	1 025	1 554	-
Tuberculose	2 635	1 618	1 357	473	117
Variole	-	-	-	-	-
Coqueluche	12 342	11 527	12 640	1 474	9 324
Rougeole	51 016	37 654	48 067	7 230	27 862
Paludisme	517 720	479 365	505 290	87 993	392 728
Syphilis	40 870	37 154	39 243	920	30 349
Schistosomiase	24 561	23 974	29 392	3 980	18 042
Onchocercose	11 786	2 859	7 425	106	2 889
Varicelle	8 923	9 788	12 110	2 909	3 876
Trypanosomiase	165	322	161	138	440
MCS	843	1 401	824	424	68
Dracunculose	868	1 115	1 282	843	1 932
Dysenterie amibienne	45 330	44 556	45 626	40 381	31 420
Trachome	3 247	3 444	3 897	2 465	1 920
Lèpre	4 009	3 096	2 663	-	1 387
Poliomyélite	621	624	363	373	329

NB : Ces chiffres proviennent du service des statistiques de la Direction nationale de la Santé. Pour la population les chiffres obtenus sont calculés à partir des chiffres du dernier recensement (1976) et du taux d'accroissement qui est de 25 %.

Tableau II

Taux de morbidité ensemble du Mali en ‰

	1972 en ‰	1973	1974	1975	1976
Choléra		0,1	0,17	0,2	-
Tuberculose	0,4	0,27	0,2	0,07	0,02
Varirole	-	-	-	-	-
Coqueluche	2,2	2,2	2	0,2	1,5
Rougeole	9,0	6,4	8	1,2	4,4
Paludisme	90,8	82,0	84,2	14,3	62,2
Syphilis	7	6,3	6,5	0,1	4,8
Schistosomiase	4,3	4,1	4,9	0,6	3
Onchocercose	2,0	0,48	1,2	0,01	0,4
Varicelle	1,5	1,67	2,0	0,5	0,6
Trypanosomiase	0,02	0,05	0,02	0,02	0,07
MCS	0,1	0,2	0,1	0,07	0,01
Dracunculose	0,1	0,2	0,2	0,1	0,3
Dysenterie amibienne	8	7,6	7,6	6,5	5
Trachome	0,5	0,58	0,6	0,4	0,3
Lèpre	0,7	0,5	0,4	-	0,2
Poliomyélite	0,1	0,1	0,06	0,06	0,05

NB : Ces taux ont été calculés à partir des chiffres de la morbidité ensemble du Mali par rapport à la population (cf. tableau précédent).

Tableau III

Morbidité ensemble du Mali par tranches d'âge

Tranches d'âge	1972		1973		1974		1975		1976	
	0-14 ans	15 ans et +	0-14 ans	15 ans et +	0-14 ans	15 ans et +	0-14 ans	15 ans et +	0-14 ans	15 ans et +
Populations	2 793 413	2 907 430	2 865 039	2 981 979	2 938 501	3 058 441	3 013 848	3 136 862	3 091 126	3 217 294
Choléra	-	-	-	-	189	836	1 263	291	-	-
Tuberculose	201	2 434	143	1 475	96	1 261	21	452	77	1 040
Coqueluche	12 298	44	11 442	85	12 527	113	1 459	15	9 318	6
Varirole	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rougeole	50 518	498	36 710	944	47 050	1 017	7 207	23	27 270	592
Paludisme	326 465	191 255	303 410	175 955	325 431	179 859	62 567	25 426	264 753	127 975
Syphilis	17 564	23 306	14 979	22 175	15 741	23 502	330	620	13 553	16 796
Schistosomiase	15 553	9 008	13 956	10 018	19 076	10 316	2 526	1 434	11 152	6 890
Onchocercose	2 859	8 927	1 926	933	1 302	6 123	9	97	715	2 174
Trypanosomiase	47	118	102	220	26	135	38	100	228	212
MCS	658	185	901	500	313	511	257	167	39	29
Lèpre	1 270	2 737	791	2 305	577	2 086	-	-	179	1 208
Poliomyélite	598	23	598	26	359	4	373	-	239	-
Varicelle	8 138	785	8 905	883	11 273	837	2 767	142	3 648	228

NB : Les populations par tranche d'âge sont obtenus à partir du pourcentage cumulatif de la fiche de calcul théorique des tranches d'âge : 0-14 ans = 18,9 % pop, 15 ans et + = 51 % pop.

Taux de morbidité (ensemble du Mali) par tranches d'âge en %.

Tranche d'âge	1972			1973			1974			1975			1976		
	0-14 ans	15 ans et +	0-14 ans + 15 ans et +	0-14 ans	15 ans et +	0-14 ans + 15 ans et +	0-14 ans	15 ans et +	0-14 ans + 15 ans et +	0-14 ans	15 ans et +	0-14 ans + 15 ans et +	0-14 ans	15 ans et +	0-14 ans + 15 ans et +
Choléra	-	-	-	-	-	-	0,06	0,3	0,4	0,1	-	-	-	-	-
Tuberculose	0,1	0,8	0,005	0,5	0,3	0,03	0,03	0,4	0,01	0,1	0,02	0,3	0,02	0,3	0,001
Coqueluche	4,4	0,01	4	0,03	-	-	4,2	0,3	0,5	0,004	3	0,001	3	0,001	0,001
Variole	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rougeole	18	0,17	12,8	0,3	0,3	0,3	16	0,3	2,4	0,01	8,8	0,18	8,8	0,18	0,18
Paludisme	168,8	65,7	106	59	7,4	58,8	110,7	58,8	20,8	8,1	85,6	39,7	85,6	39,7	39,7
Syphilis	6,2	8	5,2	7,4	3,3	7,6	5,3	7,6	0,1	0,2	4,4	5,2	4,4	5,2	5,2
Schistosomiase	5,5	3,1	4,87	3,3	0,3	3,4	6,5	3,4	0,8	0,46	3,6	2,1	3,6	2,1	2,1
Onchocercose	1	3,1	0,6	0,3	0,3	2	0,4	2	0,003	0,03	0,2	0,7	0,2	0,7	0,7
Trypanosomiase	0,01	0,04	0,03	0,07	0,07	0,04	0,01	0,04	0,01	0,03	0,07	0,06	0,07	0,06	0,06
MCS	0,2	0,06	0,3	0,1	0,1	0,16	0,1	0,16	0,08	0,05	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Lèpre	0,45	0,1	0,3	0,8	0,8	0,7	0,2	0,7	-	-	0,06	0,04	0,06	0,04	0,04
Poliomyélite	0,2	0,01	0,2	0,01	0,01	0,001	0,1	0,001	0,1	-	0,07	-	0,07	-	-
Varicelle	2,9	0,2	3,1	0,3	0,3	0,3	3,8	0,3	0,1	0,04	1,9	0,1	1,9	0,1	0,1

NB : Ce taux est obtenu à partir des chiffres du tableau précédent.

Tableau V

Mortalité générale - Ensemble du Mali

	1972	1973	1974
Choléra (01)	-	23	337
Tuberculose (05)	183	255	143
Variole (13)	-	-	-
Coqueluche (09)	121	87	154
Rougeole (14)	3 232	3 026	2 077
Paludisme (16)	2 631	3 378	2 658
Syphilis (17)	21	42	23
Onchocercose (18,5)	13	2	3
Trypanosomiase (18,6)	19	16	11
MCS (11)	99	279	83
Dysenterie amibienne (03.1)	149	176	153
Poliomyélite (12)	28	30	5

NB : Schistosomiase, varicelle, dracunculose, trachome et lèpre ne figurent pas dans le tableau sur la mortalité du service des statistiques de la santé où ces renseignements ont été recueillis.

Les mortalités 1975, 1976 ne sont pas encore prêtes.

Tableau VI

Mortalité par tranche d'âge

Ages	1972		1973		1974	
	0-14 ans	15 ans et +	0-14 ans	15 ans et +	0-14 ans	15 ans et +
Choléra (01)	-	-	-	-	63	274
Tuberculose (05)	3	180	49	206	5	138
Variolle (13)	-	-	-	-	-	-
Coqueluche (09)	121	-	81	6	153	1
Rougeole (14)	3 223	9	2 914	112	2 022	55
Paludisme (16)	2 087	544	2 718	620	2 171	487
Syphilis (17)	4	17	29	13	11	12
Onchocercose (18.5)	-	13	-	2	1	2
Trypanosomiase (18.6)	2	17	2	14	1	10
Dysenterie ambienne (03.1)	71	78	95	81	91	62
Poliomyélite (12)	28	-	30	-	5	-

Tableau VII

Taux de mortalité par tranche d'âge en %.

	1972		1973		1974	
	0-14 ans	15 ans et +	0-14 ans	15 ans et +	0-14 ans	15 ans et +
Choléra (01)	-	-	-	-	0,02	0,09
Tuberculose (05)	0,001	0,06	0,02	0,07	0,001	0,04
Variole (13)	-	-	-	-	-	-
Coqueluche (09)	0,04	-	0,03	0,002	0,05	0,0003
Rougeole (14)	1,15	0,003	1,02	0,04	0,7	0,02
Paludisme (16)	0,74	0,2	0,94	0,2	0,74	0,16
Syphilis (17)	0,001	0,006	0,01	0,004	0,004	0,004
Onchocercose (18.5)	-	0,004	-	0,0006	0,0003	0,0006
Trypanosomiase (18.6)	0,0007	0,006	0,0006	0,004	0,0003	0,003
Dysenterie amibienne(03.1)	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03	0,02
Poliomyélite (12)	0,01	-	0,01	-	0,002	-

En fait ces chiffres qui résultent des déclarations administratives ne traduisent certainement qu'une partie de la réalité, le paludisme touche la quasi totalité de la population, la rougeole la plupart des enfants, la schistosomiase est largement répandue dans tout le Delta vif du Niger.

3.1 Maladies quaranténaires

- Variole : la République du Mali fait partie des 15 pays d'Afrique occidentale qui ont bénéficié de la certification de l'éradication de la variole par la Commission internationale réunie à Abidjan et au Bureau régional de l'OMS à Brazzaville respectivement en mars et en avril 1976. Effectivement, le dernier cas de variole notifié au Mali remonte à 1969.

- Le choléra s'est éclipsé mais reste préoccupant car il présente de temps à autre des flambées épidémiques particulièrement le long du Niger.

- La MCS se manifeste çà et là par des cas sporadiques avec des poussées saisonnières.

Comme tous les Etats membres de l'OMS, le Mali participe à la surveillance épidémiologique des maladies quaranténaires.

3.2 Endémies majeures

- Actuellement le service des grandes endémies connaît une défaite devant la rougeole. Chacun sait combien la rougeole africaine est meurtrière chez un enfant malnutri. C'est la deuxième cause de mortalité infantile après le paludisme : 37 % des décès déclarés d'enfants dans le groupe d'âge de 1 à 4 ans. Maladie endémo-épidémique, la rougeole est toujours présente dans la ville à un niveau moyen, atteignant son maximum entre janvier et mai avec un pic particulièrement élevé de mars à mai. L'épidémie disparaît à l'époque où commencent les pluies (fin juin). La campagne de vaccination antirougeoleuse ne semble pas donner les résultats attendus car la plupart des enfants mal

vaccinés font la maladie. Donc il est temps de mettre en cause non pas le vaccin qui a fait preuve de son efficacité ailleurs, mais la chaîne du froid utilisée pour sa conservation. La carence de la chaîne du froid se situe à plusieurs niveaux : aéroports, acheminement vers les centres de santé ruraux, protection maternelle et infantile (PMI), assistance médicale (AM).

Les enfants africains de nos jours, continuent à payer un lourd tribut au paludisme. Première cause de mortalité infantile, il constitue un sérieux handicap pour le développement socio-économique de notre pays tant par les absences aux champs et dans les bureaux qu'il occasionne que par les frais que nécessite son traitement curatif. Il sévit dans nos régions pendant toute l'année avec une forte recrudescence pendant la saison pluvieuse. La campagne de lutte contre le paludisme consiste en une chloroquinisation des enfants et des femmes pendant les périodes d'infestation massive, traitement et dépistage des malades. Cette campagne très limitée n'a pas eu de résultat satisfaisant et incite à la recherche d'une stratégie applicable à plus grande échelle. D'ailleurs, depuis des années aucune étude épidémiologique, aucune prévention d'envergure n'a été entreprise. Seuls les élèves des écoles et quelques enfants dans les services de santé maternelle et infantile (SMI) ont bénéficié à certaines périodes de chimioprophylaxie par la chloroquine.

- La trypanosomiase, autrefois redoutable, était un véritable fléau des cercles, surtout de Sikasso, Koutiala, Ségou, Doïla, San. On trouvait des villageois entièrement sommeilleux, cachectiques et grabataires dans leurs champs, donc le rendement était nul. Actuellement au Mali, la trypanosomiase humaine africaine intéresse des zones limitées, localisées surtout dans le sud du pays (Sikasso, Bamako, Kita). Ces foyers présentent régulièrement des cas nouveaux de sommeilleux, bien qu'ils soient surveillés. Depuis l'indépendance, les autorités sanitaires, conscientes de la gravité de l'affection et de son influence sur le développement socio-économique du pays, ont continué

une lutte contre la trypano avec les méthodes classiques : prospections des zones les plus touchées, hospitalisation des trypanosomés dépistés dans les hyposeries, établissement des fiches de traitement selon la période de la maladie. Des campagnes de lomidinisation sont entreprises dans les villages les plus touchés. Le foyer de Bamako, très préoccupant à l'époque, a fait l'objet de campagnes de lutte antivectorielle dont la première s'est déroulée en 1962. Des résultats satisfaisants ont été enregistrés. On a vite pensé à une maîtrise de la situation trypanique. Puis subitement en 1968 une flambée épidémique se poursuit. Ceci implique une surveillance épidémiologique étroite et continue. L'incidence de la maladie retombait. En 1973 d'autres flambées surgissent. Il fallut de gros efforts pour contenir les épidémies. Des campagnes de lutte antiglossines sont lancées dans le foyer de Bamako Kati : deuxième campagne 1974. Par la suite des enquêtes entomologiques sont régulièrement organisées dans le même foyer. A Koutiala une expérience de lutte antiglossine est tentée en 1974. La situation redevient stable et de nos jours, l'indice de contamination nouvelle se maintient autour de 0,043, chiffre relativement élevé par rapport aux autres Etats voisins selon les enquêtes récentes de l'OCCGE¹. L'endémie trypanique au Mali mérite une attention particulière et des propositions concrètes pour une meilleure surveillance des foyers actuels.

- La lèpre, maladie millénaire, qui marque encore et plus rarement mutilé 1 à 3 % de la population. Au 31 décembre 1976, le Mali comptait 95 598 lèpreux contre 102 750 en 1975. C'est une endémie-test de l'évolution sociale d'un pays. Le traitement se fait par des circuits mobiles. Dans le pays, des comités Raoul Follereau s'animent et essaient de sensibiliser l'opinion publique envers la lèpre. La lutte sera longue et n'aboutira qu'avec l'élévation du niveau de vie et l'amélioration nette des conditions de vie.

¹OCCGE : Organisation de Coordination et de Coopération pour la Lutte contre les Grandes Endémies.

- L'onchocercose n'épargne aucune couche de la population. Elle est dégradante et invalidante par ses complications oculaires. Elle dépeuple des terres particulièrement fertiles, d'où handicap à l'épanouissement humain et au développement socio-économique. Le foyer onchocerquien se situe dans la savane et frôle la lisière septentrionale du Sahel entre les 12ème et 16ème degré de latitude Nord, et entre les 8ème et 12ème degré de longitude Ouest. Il est entretenu par les bassins du fleuve Niger, du Baoulé et de ses affluents, et du fleuve Sénégal. L'onchocercose s'impose comme un grand problème de santé publique à résoudre. Dans l'Ouest et le Sud-Ouest, elle couvre 100 000 km² de terres riches et menace la survie de 1 030 000 habitants soit la sixième partie de la population du Mali. Il devient donc impérieux pour le pays, placé dans ce contexte, de dégager une solution. Etendre la notézinisation en attendant que la lutte antivectorielle, qui est une lutte de longue haleine ne porte ses effets.

- La schistosomiase : elle est si habituelle dans certains de nos villages que presque tous les habitants en sont atteints sans s'émouvoir outre mesure. Les mesures spécifiques de lutte contre la schistosomiase comportent : le traitement des malades, la lutte contre les mollusques, l'éducation pour la santé auxquelles s'ajoutent l'assainissement, l'immunisation et la législation. En chimiothérapie, de réels progrès ont été faits au cours de la dernière décennie dans la recherche d'un traitement efficace contre la schistosomiase. L'introduction dans la thérapeutique de nouveaux schistosomicides améliorés quant à leurs propriétés et leur efficacité permet d'envisager l'application de la chimiothérapie à grande échelle. La lutte contre les mollusques se fait sous trois angles : la lutte chimique par des molluscicides, la lutte biologique par les prédateurs (n'est pas à la portée de tous les pays encore moins ceux en voie de développement) la lutte dans le domaine de l'assainissement. L'éducation pour la santé bien dispensée et de façon continue sera un élément préventif de grande efficacité. Il n'y a pas de vaccin à l'heure actuelle pour l'immunisation.

La législation (interdiction de fréquenter les lieux de transmission, d'y déposer les déjections et les urines) peut jouer un rôle dans la lutte si elle est appliquée et rigoureusement contrôlée. Donc pour le moment, il ne semble pas y avoir en application une méthode de lutte à grande échelle contre la schistosomiase.

- Les tréponématoses connaissent une véritable poussée ces dernières années, surtout dans les sixième et septième régions. Elles échappent souvent aux statistiques étant le plus souvent soignées en dehors des dispensaires. La campagne de lutte consiste en une chimiothérapie chez les sujets atteints et une chimioprophylaxie chez les sujets en contact des malades.

- Le trachome sévit sur la lisière humide du grand Nord (Yelimané, Sud Nioro, Sud Gourma). Elle connaît actuellement une regression remarquable grâce à l'action du groupe ophtalmique mobile.

- La tuberculose : les statistiques nationales sont loin de refléter la réalité et si l'on se réfère aux taux de prévalence habituel en milieu africain 0,5 à 1 % serait atteint. La lutte contre la tuberculose consiste essentiellement en la vaccination BCG. Une campagne de vaccination BCG de masse s'est déroulée au Mali de mai 1968 à décembre 1975. Pendant cette période des équipes ont parcouru toute l'étendue du territoire malien et ont vacciné les jeunes âgés de 0 à 20 ans, avec une couverture vaccinale de 79 %. Après cette campagne un système d'entretien permanent de la vaccination BCG a été mis en place. Il consiste à vacciner tous les sujets âgés de 0 à 20 ans qui pour une raison ou une autre ne l'ont pas été pendant la campagne de masse, et tous les enfants nés depuis le passage des équipes de vaccination de masse ainsi que tous les enfants qui naîtront désormais en République du Mali. Mais ce programme d'entretien connaît un véritable échec particulièrement au niveau des zones rurales, ce qui fait qu'on assiste actuellement à une baisse spectaculaire de la couverture vaccinale allant de 85 % à 13 % dans certaines zones chez les enfants de 0 à 4 ans. C'est dire que le

systeme d'entretien est encore incorrectement appliqué. Et tant que la grande majorité des enfants ne seront pas systématiquement et régulièrement vaccinés, la tuberculose demeurera une endémie majeure dans notre pays.

En résumé, nous pouvons dire que la plupart de ces endémies sont encore d'actualité au Mali alors que de nombreuses affections pourraient être réduites par la pratique d'une vaccination correcte à grande échelle. Cela ne saurait se faire sans une mobilisation effective du service des grandes endémies. Or c'est l'un des services les plus démunis :

Budget de 1977 du service des grandes endémies

<u>Personnel</u> :	- direction	59 agents	23 400 000 FM
	- secteurs et centres	383 agents	166 000 000 FM
<u>Matériel</u> :	- direction : mandat		22 045 750
		petites dépenses	409 150 par trimestre
	- prévention : mandat		1 130 000
		petites dépenses	227 600
	- secteurs et centres		3 012 500 par trimestre

Il existe normalement 11 secteurs couvrant chacun plusieurs cercles et implantés à Bamako, Sikasso, Ségou, Kayes Bafoulabé, Bougouni, Koutiala, Mopti, Bandiagara, Diré, Gao. Deux seulement sont tenus par des médecins.

En réalité quelques uns seulement de ces secteurs possèdent une infrastructure et un personnel qui leur permettent de travailler efficacement. Les autres sont réduits à un très petit nombre d'infirmiers et quelques auxiliaires pour le traitement de la lèpre. Ce personnel insuffisamment encadré se trouve réduit à l'immobilité relative par manque de moyens matériels et financiers, effet psychologique désastreux sur les infirmiers. Les tournées de prospection se trouvent réduites à un point tel et sont effectuées avec une telle absence d'enthousiasme que ce sont les centres fixes qui dépistent actuellement la quasi totalité des nouveaux malades alors que ce devrait être l'inverse.

4. ENQUETE D'OPINIONS SUR CES MALADIES ENDEMIQUES

4.1 Méthode de choix de l'échantillon de population étudiée

L'enquête a porté d'une part sur les guérisseurs et d'autre part sur les populations. Ceci permet de voir et de comparer en même temps ce que pensent les praticiens traditionnels de ces endémies et comment les populations à leur tour les conçoivent.

Les guérisseurs interrogés sont du District de Bamako, des cercles de Ségou et de Kolokani. Alors que le sondage des populations a porté essentiellement sur le cercle de Kolokani, centre pilote, et uniquement sur les vieux car ils sont plus au courant des traditions et, n'ayant reçu aucune formation scolaire, auront moins tendance à donner une explication déformée des maladies. En fait une enquête menée dans une grande ville donnerait des résultats qui ne reflètent aucunement la réalité car la population malienne est à majorité rurale.

4.2 Identification populaire de ces maladies

4.2.1 Nom vernaculaire¹

Rougeole :

- Nyoni = petit mil : on emploie ce nom parce que l'aspect cutané de la maladie ressemble aux graines de cette céréale en taille et en couleur.
- "Missemani" = en petit.
- "Dembanyuma" = bonne mère
- "Nyansani" = maladie de l'enfance
- "Fin missen" = petite chose
- "Finye bana" = maladie du vent. Ce nom désigne en même temps rougeole, variole et varicelle.

¹ Chaque fois que possible nous indiquons la signification en français.

Variole

"Nzoon" = voleur. Vient du fait que, quand la variole atteint un sujet, elle vole la belle peau du malade et lui laisse sa vilaine peau faite de cicatrices noires disgracieuses, inesthétiques.

Varicelle

"Bakoronzoon" car les éléments sont plus gros que ceux de la variole.

"Kulenzoon".

Coqueluche

"Kétékéténi" = onomatopée imitant la toux du coquelucheux.

"Kulekuleni".

Paludisme

"Sumaya" = humidité. C'est la maladie de l'humidité car elle survient en général au cours de la saison des pluies.

"Nénédimi" = le mal du froid : le malade a froid.

Accès pernicieux

"Kononyaman" ("Kono" = oiseau; "Nyaman" = conséquence néfaste d'un fait).

"Kononyaman" = c'est la traduction de la conséquence néfaste d'un fait portant sur l'oiseau en question.

Tuberculose

"Sogosogonijé" = toux blanche.

Lèpre

"Kuna" exprime quelque chose d'amer : maladie désagréable car elle prive l'individu de ses doigts et de ses orteils.

"Banabaa" = la grande maladie, la mère des maladies : c'est le nom respectueux de la maladie.

Onchocercose

"Mara"

Poliomyélite

"Sensabana" = maladie qui paralyse les jambes.

"Nisinosoni" = onomatopée qui traduit la démarche des sujets paralysés, ils rampent.

Syphilis endémique

"Leminampo" "Po" = onomatopée traduisant le bruit de quelque chose qui se casse. Utilisé ici pour dire que la maladie "casse" (ronge) le nez.

"Daa".

Trypanosomiase

"Sunadimi" = maladie du sommeil

"Sunokobana".

Schistosomiase urinaire

"Nyégénébléenké" = urines rouges

"Damajalan" = urethrite

"Massaadimi"

Souvent confondu avec tout ce qui entraîne une hématurie.

Méningite cérébrospinale

"Kanvasajabana" = maladie qui entraîne une raideur de la nuque.

Choléra

"Kunfilanitu"

4.2.2 Croyances rattachées à ces endémies

Nous allons présenter les croyances telles qu'elles nous ont été données au cours de l'enquête. En fait, il est nécessaire de connaître puis de comprendre d'abord ces attitudes et ces croyances pour les corriger ensuite par une conception rationnelle de la maladie.

Comme l'a dit le Doyen Sankalé : "il existe bien une authentique médecine et une authentique pharmacopée africaines. Si elles n'ont pas bouleversé la médecine universelle, du moins faut-il voir en elles la preuve de l'effort pensant de l'africain. Si de nombreuses croyances et règles de vie sont erronées ou inopinées, du moins faut-il en tenir compte dans les actions éducatives de masse, les corriger et non les ignorer".

Rougeole : la rougeole est une maladie envoyée par le Bon Dieu par l'intermédiaire du vent, dans un village; ce qui explique que la rougeole se voit uniquement pendant la saison sèche. Dès qu'elle atteint un enfant du village tous les autres sont atteints par contact direct, en buvant dans les mêmes récipients ou en mangeant avec lui.

L'agent responsable se trouve dans le ventre, et en plus des éléments cutanés, il provoque des plaies dans les intestins. D'où l'interdiction au malade de manger de la viande rouge (boeuf, mouton, chèvre ...) et des arachides. La viande provoque une diarrhée importante souvent fatale au malade. L'arachide forme une pseudomembrane qui va recouvrir les plaies des intestins qui deviennent donc inaccessibles au traitement et finissent par s'aggraver et tuer le malade.

Par contre il est recommandé au malade de manger de la viande blanche : poisson, margouillat.

On ne lave pas les enfants parce que l'on croit que l'eau empêche l'éruption d'apparaître sur la peau; par conséquent l'on pense prolonger la durée de la phase éruptive et ses dangereux **symptômes** sur l'organisme.

Chez certaines ethnies (Malinké de Kayes, Songhoï de Tombouctou) on empêche les rougeoleux de dormir durant le jour. On croit que le fait de dormir le jour fait apparaître des macules sur la cornée, l'on nettoie souvent leur visage à l'eau froide pour les tenir éveillés.

Dès que l'épidémie éclate dans une localité les gens des villages voisins vont couper une branche d'un arbre (Kenyèkoro) et la déposer à l'entrée de leur village pour se protéger contre l'épidémie. Certains font des offrandes.

Ces croyances portant sur la rougeole sont aussi valables pour la varicelle et la variole, avec cependant moins de rigueur dans l'application des interdits et des recommandations pour la varicelle qui est considérée comme n'étant pas très grave mais des mesures rigoureuses concernent la variole, dès qu'un cas de variole apparaît dans un village, il est totalement fermé, personne n'en sort pour aller dans un village voisin, et aucun étranger n'y rentre.

Coqueluche : maladie apportée par le vent. Quand un enfant est atteint, les autres sont contaminés par ses gouttelettes de salive ou en utilisant la même cuillère que lui.

C'est une maladie qui même traitée ne guérit pas avant trois mois. Le malade ne doit pas boire de lait, ni manger des arachides car ceux-ci aggravent la toux.

Paludisme : maladie provoquée par le changement de climat, la pluie, le soleil, par le fait de manger en excès un aliment sucré : mangues, bananes, "chi", "dougoura".

Une fois la maladie déclarée, il faut allumer du feu à côté du malade et y mettre : "magnofara" (la feuille qui enveloppe l'épi de maïs), des plumes du coq des pagodes ("Nyamatoutou").

Accès pernicieux : Il est considéré comme une maladie totalement différente du paludisme. Souvent confondu avec le tétanos néo-natal du fait des convulsions.

L'agent responsable est souvent l'oiseau "débi" (engoulevent) qui passe toute la journée blotti dans une vieille tombe. Le soir, au crépuscule, il en sort, plane au-dessus du village. Si, à ce moment, il survole un enfant en train de pleurer, celui-ci est aussitôt atteint d'accès pernicieux. La femme enceinte qui aura marché sur un endroit où l'engoulevent s'est déjà posé, ou qui aura cassé l'oeuf de ce engoulevent en marchant dessus, ou qui aura mangé cet oiseau, verra son enfant atteint d'accès pernicieux après sa naissance.

D'une manière générale l'accès pernicieux est une maladie qui atteint l'enfant dans le ventre de sa mère et se trouve être la conséquence néfaste, abattue sur l'enfant, d'une mauvaise action de la mère. Mais elle ne se manifeste qu'après la naissance. Donc la prévention se fait au niveau de la mère pendant qu'elle est enceinte. Parfois au niveau de l'enfant dès sa naissance.

Cette notion est très répandue en milieu traditionnel africain. C'est ainsi que dans certains milieux un moyen préventif est utilisé contre les convulsions des enfants qui, croit-on, sont causées par les Djinns : dès le début de la grossesse on désigne une poule noire et on dédie la maladie à l'un de ses poussins, dès qu'il sort de l'oeuf en disant à la convulsion appelée "bou Tomaz" : "ô bou Tomaz, voici ton poussin". Au moment de la délivrance on tue la poule on jette ses boyaux dans un trou et on l'enterre. Désormais les enfants ne meurent plus de convulsions.

Une fois la maladie déclarée, l'enfant en crise est aussitôt amené auprès d'un vieux ou d'une vieille du village qui le masse en récitant des incantations jusqu'à ce que l'enfant urine, défèque et s'endorme. Il est alors guéri.

Tuberculose : les croyances rattachées à cette maladie diffèrent selon le milieu. Elle est attribuée tantôt à l'action d'un mauvais sort, tantôt au fait de boire du lait non bouilli contenant des poils d'animaux et de la poussière, tantôt à l'action de la méchante femme qui cherche à punir son mari ou son amant de leur mauvaise conduite. Elle met du beurre de karité dans son appareil génital externe; après avoir enlevé le repas chaud, elle s'accroupit dessus, la chaleur fait fondre le beurre qui tombe par goutte dans le repas. Celui qui mange ce repas sera atteint de tuberculose. Une fois atteint par ce procédé aucun traitement n'est possible.

Une fois la maladie déclarée, ne pas manger d'arachides ni croquer de kola.

En prévention on recommande de : ne pas boire le lait frais sans le passer au tamis pour éliminer les poils d'animaux et autres saletés; ne pas boire le lait caillé conservé dans de mauvaises conditions et surtout avec du "nzira" (pain de singe). Pour les femmes qui font la cuisine, ne pas mettre la viande dans du beurre de karité non cuit à point.

Lèpre : les croyances sur la lèpre en milieu traditionnel africain sont nombreuses et très variées.

La lèpre peut être due aux divinités, au soleil, à la terre, les eaux, les végétaux mais aussi elle peut être entraînée par les individus et les animaux.

Des légendes racontent comment la femme en désir emmena la lèpre parmi les siens en allant au devant d'un inconnu étrange auquel, de loin, elle attribuait toutes les qualités physiques. Dans tous les cas il s'agit d'un envoyé des génies affreusement mutilé par la lèpre. La femme s'aperçoit trop tard de son erreur, prend la fuite, mais le lépreux la poursuit et la possède avant de disparaître mystérieusement en laissant derrière lui une odeur de cadavre et le germe de l'épouvantable maladie.

Le fait de manger un genre de poisson appelé silure, puis de dormir au clair de lune peut entraîner la lèpre.

La femme enceinte qui va cueillir du bois sec en brousse sur un arbre dont la partie basse est couverte de termitaire pour venir préparer du "too" (repas malien à base de farine de céréales) après, mettra au monde un enfant qui aura nécessairement la lèpre même à long terme.

L'enfant né d'un rapport sexuel au cours des règles sera un jour lépreux, car le mélange de l'éjaculat qui est un liquide sain et du sang des règles qui est sale est un mélange impur qui reste dans l'organisme de l'enfant et s'exteriorisera obligatoirement un jour même si le sujet est déjà vieux en donnant les tâches rouges de la lèpre.

Il existe une grenouille appelée grenouille imbo, elle habite dans la forêt et son regard vous communique la lèpre à tâches. Il faut la fuir et aller sans tarder chez le guérisseur, celui-ci s'en va alors dans la forêt, ramasse la grenouille et la rapporte chez lui. L'individu intéressé risque de devenir lépreux et à titre préventif lui et sa famille doivent absorber des médicaments les premier, cinquième et neuvième jours après la malencontreuse rencontre.

La lèpre peut provenir d'un mauvais sort :

- On prend un crapaud qu'on enduit de soude caustique et on le met sous un tas d'ordures. Il se produit une brûlure de sa peau, en même temps la personne à qui ce mauvais sort est adressé, présente les tâches hypochromiques de la lèpre.
- Chez certaines ethnies camerounaises, on prend un gros scolopendre, on l'écrase entre les dents et on crache le produit de mastication sur la personne que l'on veut frapper de lèpre.

- Certains font un petit fétiche avec un morceau de bois, des graines de palme, du sang de poulet noir et le placent sur le chemin habituel de leur ennemi. Si par malheur il touche ce fétiche du pied, les manifestations de la lèpre ne sauraient tarder à apparaître.

La lèpre induite d'une de ces trois manières ne peut se traiter médicalement, seul un sorcier ou un féticheur puissant peuvent la guérir.

La notion d'hérédité de la lèpre existe en milieu traditionnel, de même que la notion de contagion qui est expliquée (uniquement) au niveau du couple par les contacts répétés qui font que les deux sueurs se mélangent.

Le lépreux ne doit pas manger de viande de chèvre, ni de silure car ils aggravent sa maladie.

Onchocercose : maladie très mal connue dans ce milieu. Elle est souvent attribuée à plusieurs facteurs :

- maladie de Dieu,
- attrapée en brousse sans qu'on sache comment
- souvent due aux eaux sales stagnantes

sans traitement elle se termine presque toujours par la folie.

Poliomyélite : maladie mal connue attribuée aux injections intramusculaires mal faites, parfois au sorcier ou au diable.

Syphilis : mal connue.

- Maladie envoyée par Dieu.
- Résultat d'un mauvais sort.
- S'acquiert souvent dans le ventre de la mère (congénitale).

Trypanosomiase : la femme enceinte qui dort en pleine brousse sans se mettre un morceau de fer sous la tête, mettra au monde un enfant qui sera nécessairement atteint de trypanosomiase.

La cause majeure adoptée par la plupart des populations est attribuée au mari qui en pleine nuit a un rapport sexuel avec sa femme endormie sans la réveiller. Si un enfant naît de ce rapport, il aura la maladie du sommeil.

Donc **en** prévention de cette maladie, il faut toujours secouer la femme jusqu'à ce qu'elle soit totalement réveillée avant d'avoir des rapports sexuels avec elle.

Schistosomiase : sa survenue est expliquée par le fait que le sujet a mangé la tige de mil ou de maïs (surtout les enfants) ou des aliments très sucrés en excès : miel, sucre, dattes.

La viande de "koro" (animal ressemblant à un lézard) peut également l'entraîner : quand cet animal est tué par un étranger de passage, une fois à destination toute la famille mange la viande, mais c'est uniquement l'étranger qui a tué l'animal qui est atteint. Interdiction au malade de manger du sorgho rouge, et des aliments sucrés.

De cette enquête sur les croyances il ressort : d'une part que la prévention est une notion qui existe bel et bien en milieu traditionnel et date de très longtemps, d'autre part qu'il y a un essai d'explication à toutes les maladies.

On se rend compte que les causes des maladies sont souvent totalement ignorées et, partant, la plupart des méthodes de prévention sont faussées.

Mais une chose est certaine, la population indigène ignore l'aseptie mais possède certaines notions de l'antiseptie et de la contagion. Elles sont pratiquées soit sous forme de prescriptions (par les guérisseurs) soit sous forme

d'interdits. La notion d'isolement existe; les amulettes sont largement répandues. Les interdits concernent le régime alimentaire, la consommation de certains animaux. La chasteté est souvent obligatoire pour obtenir la guérison de certaines maladies.

Il est difficile de dégager de ces pratiques l'idée dominante sur les méthodes prophylactiques. Il y a de tout, des phénomènes bien observés, comme d'autres apportés par l'imagination. Il y a au fond l'inquiétude humaine.

4.3 Approche des praticiens traditionnels

Ce qui caractérise actuellement le praticien traditionnel, c'est sa méfiance, son isolement, le secret de ses recettes; longtemps traqué il s'est replié sur lui-même.

Il est évident que la première démarche pour approcher le praticien traditionnel devrait être prudente et tendre à lui donner confiance en lui-même. Il faut faire sentir au thérapeute que son art est respectable et qu'une collaboration est nécessaire entre le système traditionnel dont il détient les secrets et le système sanitaire moderne et cela tant dans son intérêt que dans celui de la collectivité et de la science.

Une nécessité de classification des praticiens traditionnels en différentes catégories s'impose comme préalable à toute bonne approche de la définition de ces praticiens.

Une définition d'ordre théorique les classe souvent en : féticheur, sorcier, devin, géomancien, herboriste, marabout. Mais il nous est apparu que les praticiens traditionnels pouvaient être classés en trois grandes catégories : marabout, psychothérapeutes, guérisseurs-herboristes.

- Les psychothérapeutes : on les reconnaît dans l'exercice de leur fonction à leur accoutrement fantaisiste. Cette catégorie de guérisseurs se caractérise par le traitement de maladies dont les causes se trouvent être inscrites dans un contexte social et psychologique.

- Les marabouts : les authentiques marabouts qu'on rencontre dans toutes les ethnies du Mali sont en fait des chefs religieux qui font rarement oeuvre de médecin. Ils se contentent de délivrer des amulettes sur lesquelles sont écrits quelques versets du Coran destinés à protéger ceux qui les portent des différents maléfices; ou bien encore ils recommandent un "nassi" eau sacrée dans laquelle ont macéré des versets du Coran et qui est prescrite en ablutions ou per os comme une préparation médicinale.

- Les herboristes : les meilleurs guérisseurs sont à la fois thérapeutes et herboristes et exercent leur art dans le plus grand secret. Il s'agit de guérisseurs traitant essentiellement le corps et recourant à des remèdes tirés de substances végétales (quelques fois animales et minérales). Bien qu'ils soient généralement polyvalents quant à la nature des maladies qu'ils traitent, on compte aussi parmi ces guérisseurs un assez grand nombre de spécialistes qui ne soignent qu'une catégorie de maladies. La collecte des matériaux de travail, la préparation de drogues obéissent à des règles précises. Les traitements sont soumis à des impératifs où interviennent le sexe, l'âge, l'environnement : décoction, macération, infusion de feuilles utilisées dans les aliments, dans les boissons ou en fumigation.

C'est essentiellement au niveau de cette dernière catégorie que notre enquête a porté.

4.3.1 Méthode de diagnostic

On reconnaît chez les thérapeutes de grandes qualités de finesse et d'observation, une profonde connaissance du psychisme de leurs semblables et, pourquoi ne pas le dire, l'existence d'une authentique médecine psychosomatique. Le guérisseur idéal en présence de son consultant ne semble jamais pressé par le temps et s'attache à le mettre en confiance en s'entretenant avec lui de problèmes généraux (affaires, famille, etc.). Peu à peu cette conversation à bâtons rompus se transforme insensiblement en un interrogatoire de plus en plus précis permettant de retrécir le champ des investigations. Puis il passe à l'examen clinique.

Comparés à nos procédés de diagnostic occidentaux hautement perfectionnés ceux des guérisseurs pourraient paraître dérisoires. Compte tenu du fait que ces praticiens ont assuré la survie de leurs semblables avant l'époque coloniale, qu'ils continuent toujours à traiter la plus grande partie des populations, il faut se garder d'un jugement trop hâtif. En tout cas ils savent pallier les insuffisances de leurs diagnostics par une mise en confiance du malade, ce qui est déjà un facteur de guérison non négligeable. Ce diagnostic est basé essentiellement sur la clinique. Il est, pour la plupart de ces endémies, exact et, certaines affections comme la rougeole, la variole, la varicelle sont décrites avec exactitude et nuance entre les trois depuis la phase d'invasion jusqu'à la phase de desquamation. La coqueluche, le paludisme et la lèpre sont également facilement diagnostiqués. Mais ce diagnostic se trouve très imprécis pour d'autres affections telle que la tuberculose qui n'est reconnue comme telle que quand le sujet présente une toux trainante (plusieurs mois) rebelle au traitement habituel d'une toux banale. La syphilis, l'onchocercose et la trypanosomiase ne sont reconnues qu'au stade de complication. D'autres affections comme la bilharziose et l'accès pernicieux prêtent à confusion avec toutes les hématuries et les convulsions.

4.3.2 Action dans la prévention et le contrôle des endémies

Depuis l'antiquité jusqu'à la veille de la colonisation, la prévention et le contrôle des endémies étaient assurées uniquement par nos thérapeutes traditionnels.

Cette prévention et ce contrôle étaient surtout marquées pour les maladies épidémiques. Dès qu'un cas d'une maladie contagieuse apparaissait dans un village, le conseil du village était aussitôt réuni au son d'un tam-tam et en était informé. Des mesures étaient prises au cours de ce conseil et communiquées à tout le village. On donnait en même temps la recette du traitement prophylactique à appliquer. L'épidémie était ainsi circonscrite et se limitait seulement à quelques cas.

Pour ce qui est des maladies non épidémiques, leur action se limitait uniquement au dépistage et au traitement des sujets atteints, et une prévention n'était donnée qu'à celui qui le demandait et consistait le plus souvent en une phytoprophyllaxie.

Mais depuis la colonisation, devant l'apparition des assistances médicales et les poursuites des autorités, les thérapeutes traditionnels se sont retirés et vivent dans un monde totalement clos. Ils ne traitent aujourd'hui que dans la clandestinité, ce qui est en défaveur des méthodes préventives qui tendent d'ailleurs à disparaître.

Parmi les méthodes de prévention nous distinguons des méthodes uniquement préventives donc utilisées seulement pour prévenir (immunisation), des traitements utilisés comme prévention ou encore en terme médical phytoprophyllaxie, et des comportements destinés à protéger contre la maladie.

Dans ce chapitre nous rapportons fidèlement et sans aucune modification ce que la population et les guérisseurs pensent de ces méthodes de traitement.

4.3.2.1 Prévention par immunisation

L'immunisation magique ou mystique mise à part, les guérisseurs traditionnels connaissent aussi l'immunisation naturelle ou acquise.

Il y a deux ans, l'attention des chercheurs du Ghana a été attirée sur une petite graine que les villageois du district Kwahu absorbent pour se protéger contre une épidémie annuelle d'abcès survenant à la saison sèche. En réalité il s'agissait d'infection par dracunculose et la graine utilisée est un préventif contre cette maladie.

Variolle :

1) Les Bamoum (Yaoundé), depuis longtemps pratiquaient la vaccine. S'il y avait parfois des catastrophes, il n'en est pas moins qu'ils obtenaient des résultats favorables. Pendant la période de dessiccation, ils prenaient la croûte qui se détache des pustules et ils l'introduisaient avec un couteau ou

une flèche dans l'épiderme du bras des individus sains; ils immunisaient ainsi contre une violente attaque de la maladie. Pour éviter la contagion, le malade était isolé, on le conduisait en dehors du village, à l'abri du vent. Tout ce qui appartenait au malade était brûlé. La seule personne pouvant être en contact du malade devait être un parent ayant fait autrefois la maladie car on connaissait la notion de l'immunisation par atteinte antérieure. Le garde-malade ne doit pas entrer en communication avec le public. On leur dépose à distance les médicaments et les vivres. Après la guérison, le malade et son gardien sont minutieusement savonnés, lavés, rasés avant de retourner au village. Leur cabane est brûlée avec tout son contenu. En cas de mort, le cadavre est inhumé après avoir été enduit d'huile, ainsi la maladie ne sortira pas de terre.

2) Prendre les croûtes chez les varioleux, mettre dans un coquillage, garder au soleil pendant un mois. Puis ajouter de l'eau de potasse (eau + cendre), triturer jusqu'à obtenir une émulsion. Garder encore au soleil pendant un jour. Puis le lendemain à l'aide d'une épine de "zajè" (acacia sieberiana) trempée dans l'émulsion, faire une légère scarification généralement sur la face dorsale du pied (c'est-à-dire le plus loin possible de la tête). Au bout de quelques jours (généralement égale à la période d'incubation de la variole), le sujet présente tous les signes de début d'une variole, il apparaît un ou deux éléments et tout rentre dans l'ordre.

Le sujet ainsi vacciné se trouve immunisé contre la variole pour toute sa vie. Dessication et eau de potasse servent à atténuer la virulence des virus. Pourquoi spécialement l'épine de (acacia sieberiana) ? Car non irritante. Méthode de vaccination utilisée depuis l'antiquité avant l'introduction des colons.

Nous avons pu nous-mêmes nous rendre compte de l'efficacité de cette recette car nous avons vu un vieux qui a été vacciné par cette méthode à son

enfance. Nous avons pu constater la cicatrice de la vaccination au pied et les traces de deux éléments. Durant la période de colonisation il a reçu une vaccination antivariolique qui n'a pas pris car il était déjà immunisé par la première vaccination traditionnelle.

Rougeole :

Mettre la bouse de vache fraîche dans unealebasse propre, ajouter de l'eau et laisser pendant 24 heures. Le lendemain matin donner à boire aux enfants et les baigner avec. Garder le liquide de macération et donner chaque matin une cuillerée à soupe (spatule) et baigner l'enfant avec une fois par jour pendant sept jours. En même temps on donne une quantité égale de miel crue à l'enfant.

Paludisme :

Prendre les feuilles de "jun" (Mitragyna inermis) en faire une infusion. Boire et se laver avec l'infusion en début d'hivernage (période de recrudescence du paludisme). Protège contre le paludisme pendant tout l'hivernage. A répéter chaque année à la même période. Effets secondaires : laxatif.

Coqueluche :

Utiliser la macération des extraits de moisissures sur les pirogues. En période d'épidémie, amener les enfants le matin de bonne heure avant le levé du soleil, au bord du fleuve, faire boire à chacun une cuillerée de l'eau de macération chaque matin pendant trois ou quatre jours. Le soleil détruit le principe actif.

4.3.2.2 Traitement utilisé comme prévention : phytoprophylaxie

Ce sont les mêmes recettes préconisées pour le traitement des maladies qui sont utilisés à des posologies réduites dans la prévention de ces mêmes maladies.

Nous passerons volontairement certaines de ces endémies sous silence, ce sont les parasitoses intestinales, la méningite cérébro-spinale, le trachome, le choléra et la poliomyélite.

Les parasitoses intestinales sont souvent vagues et confusées dans l'esprit des praticiens traditionnels. Elles sont souvent synonymes de "dysenterie". Il n'y a que quelques uns des praticiens traditionnels qui sachent les différencier et partant de là les traiter.

La méningite cérébro-spinale requiert le plus souvent un traitement curatif, la prévention semble douteuse. Le trachome est souvent confondu avec toutes les conjonctivites et est généralement traité comme tel. Donc la prévention se fait d'une façon générale au niveau des yeux contre les affections ophtalmiques et surtout contre la cécité.

Le choléra et la poliomyélite se traitent en milieu traditionnel mais ne se préviennent pas.

Rougeole :

On relève plusieurs recettes :

1) Prendre le banco (la terre) de la termitière, y ajouter du miel et reciter dessus des incantations. Faire manger le mélange aux enfants une fois par jour pendant trois jours successifs; en passer sur leur corps et garder pendant trois jours puis laver. Se fait en prévention de la rougeole chaque année pendant la période de recrudescence.

2) Prendre les feuilles d'un arbre quelconque duquel quelqu'un est déjà tombé, les faire bouillir. Faire boire la décoction aux enfants et les laver avec.

3) Mettre du tamarin ("Ntomi" : Tamarindus indica) dans l'eau, ajouter du miel et donner à boire à l'enfant.

4) Prendre le "Bumbu Ladon" (gui de *Bombas cestatum*). Faire bouillir ou réduire en poudre. Donner aux enfants à boire et les laver avec.

5) Faire bouillir les feuilles de "Balimbo" (*Gossopteryx febrifuga*), laver les enfants avec la décoction, leur en donner à boire.

6) Prendre l'écorce du tronc de "Téréni" (*pteleopsis suberosa*), la faire bouillir et donner la décoction à boire et à se laver trois fois pour l'homme, quatre fois pour la femme. Ceci se fait en prévention quand l'épidémie arrive.

En traitement, réduire la racine en poudre, y ajouter du beurre de karité et du miel, les passer sur le corps chaque nuit, et boire la décoction ci-dessus.

Cette recette peut s'utiliser aussi pour la variole et la varicelle.

7) Prendre les feuilles de "sinsantigui", les faire bouillir. Donner la décoction à boire aux enfants et les laver avec au moins trois fois. Ceci se répète chaque année.

8) "Nèré" (*Parkia biglobasa*) : prendre le moignon d'enveloppe d'un vieux fruit mangé par les oiseaux, le faire bouillir jusqu'à ce que le liquide soit complètement rouge. Donner à boire aux enfants et les laver avec.

9) "Bô" ("*Oxythenantera Abyssinica*"). Prendre les feuilles fraîches, faire bouillir. Laver les enfants avec la décoction avant que l'épidémie ne commence. Leur en donner à boire plusieurs fois.

10) "Dialla" (*Khaya Senegalensis*). Prendre l'écorce du tronc, piler pendant que c'est frais. Réciter des incantations, mettre de l'eau, laver les enfants avec et leur en faire boire plusieurs fois. Traite et prévient.

Varicelle :

- 1) Prendre le gui de "Dongorifin", réduire en poudre, passer au tamis, mettre dans du beurre de karité. Passer sur le corps des enfants en période d'épidémie.
- 2) Prendre les feuilles de "Bakoro Mpégu" (*lannea microcarpa*), les faire bouillir. Donner la décoction à boire et à se laver aux enfants en période d'épidémie.
- 3) Prendre les feuilles de "kokarijirini" et les feuilles de "Nti", les mettre ensemble et les faire bouillir. Donner la décoction à boire aux enfants et les laver avec.

Variole :

- 1) Prendre les feuilles de "nzeréinjè" (*Ficus iteophylla*), réciter des incantations dessus et les faire bouillir. Donner la décoction aux enfants à boire et à se laver. Répéter trois fois. Ceci se fait en prévention chaque fois que la maladie apparaît dans le village.
- 2) "Blén cèman" (*Gardenia ternifolia*). Chercher un arbre qui ne porte qu'un seul fruit, cueillir cet unique fruit et le réduire en poudre. Mettre la poudre dans l'eau et laver les enfants de temps en temps avec ce liquide jusqu'à ce qu'il finisse.
- 3) "Blén cè" : Prendre les fruits, les piler frais, puis sécher au soleil et réduire en poudre. Faire trois scarifications chez l'homme, quatre chez la femme, légères se limitant à la peau, déposer un peu de la poudre sur ces scarifications et taper légèrement avec un batonnet pour faire pénétrer le produit. Le sujet se trouve ainsi prémuni contre la variole pour toute sa vie.

4) Prendre l'écorce de "Wo" (*Fagara Zanthoxyloïdes*) et les feuilles ou l'écorce de "Nzoo fara", mettre les deux dans un mortier, bien frotter et ajouter de l'eau et des excréments de cheval. Laver tout le monde avec, en prévention de l'épidémie. Peut s'utiliser également comme traitement : mélanger le miel avec la poudre de l'écorce de "Wo" et passer sur le corps.

Coqueluche :

1) Prendre une tête de lapin, griller légèrement, laisser sécher au soleil pendant plusieurs mois, puis réduire en poudre et garder cette poudre. Donner un peu de la poudre à sucer aux enfants en période d'épidémie.

2) Prendre le fruit de "gankolo" (*strychnos spinosa*), le vider de ses pépins en y pratiquant une ouverture circulaire. Le donner aux enfants pour qu'ils s'en servent comme pot à boire.

3) Amener l'enfant la matin de bonne heure auprès d'un puits et le laver dans l'eau stagnante qui se trouve aux abords de ce puits.

4) Prendre les feuilles de "kulé-kulé" (*strychnos spinosa*), les faire bouillir, laver l'enfant avec la décoction, lui en faire boire de temps en temps.

5) Récolter les débris de canaris provenant du mur, les réduire en poudre et y ajouter du sel gemme. Sucer de temps en temps. S'il s'agit d'un enfant trop jeune mettre la poudre dans un peu d'eau et lui donner à boire de temps en temps. Ceci se fait en période de recrudescence de la coqueluche.

6) Prendre l'eau qui se trouve dans le trou de l'arbre "Sira" : (*Adansonia digitata*), la donner aux enfants à boire.

Paludisme :

1) Prendre la racine de "Ngokoba" (*vetiveria nigritana*) et du "dugukoro niamaku" (*zingiber officinale*), piler le tout frais, sécher, ajouter du sel gemme, puis réduire en poudre et passer au tamis. Garder la poudre; chaque matin sucer un peu de la poudre à jeun.

2) Prendre les feuilles de "Jun" (*Mitragyna inermis*), les faire bouillir. Se laver avec la décoction, en boire, l'utiliser en fumigation.

3) Utiliser la décoction des feuilles de "baro" (*Nauclea latifolia*) pour se laver, boire et en fumigation.

4) Prendre les feuilles de "samanéré" (*endata africana*), les piler ou mieux les presser dans de l'eau. Se laver de temps en temps avec le liquide ou se le passer sur le corps après s'être lavé.

5) Prendre les feuilles de "Mpalan-Palan fin" (*fluggea virosa*), les faire bouillir. Boire la décoction et se laver avec.

Toutes ces recettes s'utilisent en début d'hivernage c'est-à-dire à la période de recrudescence du paludisme et protègent pendant toute la durée de l'hivernage. Il faut les répéter chaque année à la même période.

Accès pernicieux

1) Mettre les fécès du charognard dans la première eau de lavage du nouveau-né.

2) Réduire le nid d'épervier en poudre, le mettre dans la première eau de lavage du nouveau-né. On l'utilise aussi pour laver la femme enceinte dont les enfants ont l'habitude de faire la maladie.

3) Prendre les feuilles de "bélé-bélé" (*Maerua Angolensis*) et les feuilles de "sarakati", bien les frotter dans unealebasse neuve en récitant des incantations. Donner à boire à l'enfant, le laver avec.

4) Faire bouillir ensemble les feuilles de "gélé" (*prosopis africana*), et les feuilles de "bananku" (manioc), donner la décoction à la femme enceinte à boire et se laver. L'enfant à sa naissance sera prémuni contre l'accès pernicieux.

5) Chercher un jeune arbuste de "gwen" (*pterocarpus arinaceus*) sur lequel aucun oiseau ne s'est déjà posé, faire bouillir les feuilles ou mettre dans un canari et presser. Réciter des incantations en posant la marmite sur le feu, ou en pressant les feuilles. Donner à boire à l'enfant et le laver avec. L'enfant urine, defèque et s'endort aussitôt.

Tuberculose :

1) Prendre les branches de "Aladjo" (*Cassya filiformis*), les feuilles de "zérènjè" (*ficus iteophylla*) et les feuilles de "gankolo" (*strychnos spinosa*), mélanger le tout et faire bouillir. Donner la décoction à boire de temps en temps aux enfants et aux contacts proches d'un malade. Ceci prévient non seulement la tuberculose mais aussi toutes les toux, presque pour toute la vie.

2) Prendre la bile d'un boeuf tué, mettre du petit mil là-dedans, attacher et mettre au soleil pendant au moins 15 jours, jusqu'à ce que ça soit complètement sec, puis ajouter du "ntomi fara korolén" : l'enveloppe d'un vieux tamarindus indica. Piler le tout et réduire en poudre. Garder la poudre, en sucer de temps en temps.

3) Prendre deux gros cailloux noirs "Manankaba", les frotter l'un contre l'autre et recueillir la poudre. Mettre cette poudre dans la bouillie et boire.

4) "Ngala" : coquillage dont la poudre est utilisée pour filer le coton. Prendre ce coquillage, le réduire en poudre et y ajouter du "nyamaku" (*afmomum melegueta*) et du "nyamaku bara" pilés avec du sel gemme.

- Traitement : en sucer plusieurs fois par jour et boire un peu tous les jours.

- Prévention : sucer matin et midi, le soir sucer et boire.

5) Prendre des débris de canaris récoltés sur le toit d'une maison, les laver puis les réduire en poudre et passer au tamis. Prendre les fruits de "kunjè" (*guiera senegalensis*), les éplucher, enlever les débris intérieurs, puis mettre les fruits à sécher au soleil. Piler pour réduire en poudre. Ajouter cette poudre à celle précédemment préparée.

- Traitement : sucer le mémange plusieurs fois par jour jusqu'à la guérison complète.

- Prévention : sucer de temps en temps.

6) Chercher un arbre mort de lui-même, sec. Prendre l'herbe qui pousse dans le trou de cet arbre, la faire bouillir. Boire la décoction de temps en temps. Prévient pour toute la vie.

7) ① "Béné" (*Sesamum indicum*) : enlever les grains "nyamaku bara" : prendre les graines; prendre un morceau de cailloux rouge prélevé dans un cimetière. Mélanger les trois et piler pour en faire une poudre.

② Corne de boeuf : griller un peu et enlever et jeter la couche supérieure, puis griller jusqu'à noircissement (carbonisation), en faire une poudre, y ajouter le gingembre pilé.

Mélanger ① et ② et donner de temps en temps au malade à manger. Provoque expectoration. Peut s'utiliser en prévention.

Lèpre :

1) "Néré sun korolèn" : très vieil arbre de *Parkia biglobasa*. Enlever l'écorce du tronc vers l'Est et vers l'Ouest; laver du gros mil décortiqué et mettre les écorces dans l'eau obtenu après lavage du gros mil et laisser en macération pendant une semaine. Donner à boire et à se laver aux contacts proches d'un lépreux deux ou trois fois par semaine pendant trois mois. Ils n'auront jamais la lèpre.

2) Laisser en macération pendant cinq jours du gui de "Mbégulén" puis se laver avec et en boire de temps en temps. Ceci peut s'utiliser en traitement mais uniquement au stade des macules hypochromiques.

3) Prendre du foie d'âne, couper en trois morceaux, bien griller et mettre la nuit dans une tasse qu'on dépose au milieu d'une chambre dont les fenêtres et les portes sont toutes fermées; manger successivement les trois morceaux dans l'obscurité totale. Après avoir fini, ouvrir la porte et sortir à la lumière. Répéter cela pendant trois nuits successives.

4) Prendre la racine de "Fogofogo" (*calotropis procera*), la débarrasser de la poussière. Prendre du gros mil, laver au propre, le mettre dans un canari y ajouter de l'eau puis la racine de "fogofogo" - fermer et laisser en macération pendant sept jours. Le huitième jour au matin, ouvrir le canari, manger un peu de sorgho à l'aide du "galama" (louche africaine) et boire un peu d'eau du canari. En mettre dans de l'eau et se laver. A répéter de temps en temps (pas nécessairement tous les jours, par exemple tous les deux jours) pendant au moins un mois. Ceci prévient et traite la lèpre en phase de début.

5) Enlever l'écorce du tronc du "koroninfin" (*vitex doniana*) bien bouillir. Prendre la majeure partie de la décoction et garder. Faire bouillir davantage le peu d'eau qui reste dans la marmite. Puis le donner à se laver quatre fois à une femme, trois fois à un homme, à raison d'une fois par jour pendant trois ou quatre jours successifs. La première partie de la décoction gardée sera passée sur le corps de temps en temps, après la cure de bain de trois ou quatre jours.

6) "Wolo" (*Terminalia avicennoides*) : prendre une quantité importante de racine, faire bouillir. Prendre un coq (ou une poule) noir, préparer dans de l'huile avec tous les condiments habituels en mettant un peu plus de clou de girofle, et mettre la décoction comme eau de cuisson du poulet. Donner le poulet à manger. Le reste de la décoction sera fermé et gardé pendant une semaine, puis donner au malade à boire et à se laver chaque nuit avant de se coucher pendant un mois.

- En prévention : manger le poulet, se laver et boire la décoction de temps en temps.

7) Prendre les arbustes de "basasarani" (melothria maderas), les faire bouillir, donner la décoction aux enfants à boire.

8) Prendre les feuilles ou les racine de "kuna" (strophantus sarmentosus), les faire bouillir. Utiliser la décoction pour boire et se laver.

9) Faire sécher l'estomac d'un mouton tel qu'il a été retiré au moment où le mouton a été tué, mettre un peu de la poudre dans de l'eau et laver l'enfant à sa naissance, lui en donner à boire quand il sera un peu plus grand.

10) Mettre le placenta d'une ânesse dans l'eau d'un canari, à partir du lendemain en faire boire au malade et le laver tous les jours jusqu'à ce que ça finisse.

11) "Finsan" (Blighia sapida) : prendre la racine; "Ntéréni" (ptelooipis suberosa) : prendre l'écorce; "Chi ladon" (gui de Vitellaria paradoxa) : prendre le "gui" et les branches sèches de l'arbre (chi) qui ne doivent pas tomber par terre au moment où on les coupe. Brûler les branches sèches, prendre la cendre, y mettre de l'eau et passer au tamis. Mettre le "gui" dans une marmite, ajouter l'eau précédemment préparée et du beurre de karité; cuire. Dans un canari, mettre la racine de "finsan" et l'écorce de "Ntéréni", en macération pendant une semaine. Se laver avec l'eau de macération tous les jours pendant trois mois puis après chaque bain, passer sur le corps la décoction contenant le beurre de karité. Ne pas utiliser de savon pendant tout ce temps.

- En prévention : utiliser de temps en temps pendant le temps qu'on veut.

12) Viande d'âne : frire, on peut ajouter un peu de beurre de karité. Manger la viande une fois, passer l'huile de cuisson de temps en temps sur le corps.

Onchocercose :

1) Prendre le gui de (*mangifera indica*) "mangoro ladon", sécher, réduire en poudre, y ajouter du sel gemme, piler le tout et passer au tamis. Donner une pincée de temps en temps à sucer; laver le patient avec, en faire un encens. En prévention, on le fait de temps en temps pendant une durée illimitée.

2) Prendre un vautour ("duga"), mettre l'oiseau entier (avec plumes et entrailles) dans un canari, ajouter de l'eau, fermer et laisser pendant sept jours. Se laver avec cette eau de temps en temps.

3) Faire bouillir la racine d'un arbre : "sinsan". Donner la décoction à boire.

4) Prendre l'écorce de "Diala" (*khaya senegalensis*), faire bouillir ou laisser simplement en macération dans l'eau. Se laver de temps en temps avec. On peut en boire mais c'est amer et provoque la diarrhée.

5) Prendre les feuilles de "Mandensunsun" (*annona senegalensis*) et l'écorce du tronc de "Néré" (*Parkia biglobosa*). Mettre le tout dans une marmite, ajouter de l'eau, faire bouillir. Mettre à part également une partie de l'écorce de "nééré" en macération dans l'eau.

- En traitement : boire et se laver avec la décoction une fois par jour pendant quatre jours pour une femme et trois jours pour un homme. Puis après ces trois ou quatre jours, boire l'eau de macération tous les jours pendant une semaine. S'il n'y a pas d'amélioration, répéter.

- En prévention : boire et se laver avec la décoction pendant trois ou quatre jours, puis boire l'eau de macération de temps en temps.

6) Prendre plusieurs arbustes de "siramiku", mettre dans une marmite, faire bouillir sept fois, se laver sept fois avec et en boire sept fois. Prévient pour toute la vie.

7) "Ngoku" (*Nymphaea lotus*) : prendre les feuilles, les faire bouillir. Donner à boire et à se laver. Traite en phase de début.

8) "Jobaga" (ressemble à l'oignon, s'enlève pendant l'hivernage). Prendre la racine. Mettre les deux dans un canari, y ajouter de l'eau et laisser en macération pendant une semaine. Se laver avec de temps en temps. Se fait en prévention.

Syphilis

1) Prendre les feuilles de "ngiliki" (*dichrostachys glomerata*), les faire bouillir et boire la décoction de temps en temps.

2) Prendre la racine de "ntiribara" (*cochlospermum tinctorium*), piler frais, mettre au soleil pour sécher, puis réduire en poudre et tamiser. Mettre un peu de la poudre dans de l'eau tiède et boire (trois fois par jour en traitement), de temps en temps en prévention. Ou bien utiliser les feuilles en décoction dans de l'eau, attendre que l'eau soit tiède pour s'asseoir la-dedans jusqu'à refroidissement.

Puis boire de temps en temps une décoction de feuilles de "ngérékada" : (*hibiscus pan duriformis*).

3) Prendre les fruits et les feuilles de "ngiliki" (*dichrostachys glomerata*), les faire bouillir. Donner la décoction à boire aux enfants.

4) Prendre la racine de "ntabakumba" (*Datarium senegalense*) la débarrasser de son écorce et la laver au propre. La mettre dans une marmite, ajouter du piment, du clou de girofle (*xylopia aethiopica*) "nganifing" du "fiéfié" (*piper guineense*) (poivre), de l'oignon frais, oignon grillé, tomates fraîches

débarassées de leurs pépins. Prendre une poule noire, la déplumer, la griller un peu, enlever les pattes et les entrailles, laver au propre et mettre dans la même marmite, ajouter de l'eau (pas d'huile), faire cuire. Donner un peu de la soupe à boire à la femme la nuit, puis lui donner le reste le matin à jeun. Elle ne doit rien manger d'autre jusqu'à midi. Le médicament entraîne une diarrhée importante éliminant toutes les impuretés se trouvant dans le ventre. Cette recette traite la syphilis chez la femme mais surtout vise à prévenir une éventuelle syphilis congénitale si la femme venait à tomber en grossesse.

5) Prendre les feuilles de "tonkansogolon", réduire en poudre en mettre dans une sauce et manger. Ceci se donne en prévention à la jeune fille.

Trypanosomiase :

1) Prendre les feuilles du papayer (carica papaya) et les feuilles de patate (ipomaea batatas), bien les frotter dans l'eau et se laver de temps en temps avec cette eau.

2) Prendre l'écorce du tronc du manguier (mangifera indica), et les feuilles du papayer (carica papaya). Prendre une grande marmite, y mettre une première couche de feuilles de papayer, puis mettre dessus l'écorce de manguier puis recouvrir d'une seconde couche de feuilles de papayer de telle sorte qu'on ne voit pas l'écorce de manguier; mettre de l'eau et faire bouillir.

Prendre du savon indigène, de la cendre, les malaxer dans une boîte. Laver la personne : passer savon et cendre sur le corps, laver avec la décoction, puis rincer à l'eau courante. Répéter cela quatre fois s'il s'agit d'une femme, trois fois s'il s'agit d'un homme, successivement au cours du même bain. Immédiatement après le bain, donner une bouillie de fonio à boire car le traitement entraîne une gande faim.

3) Prendre un fruit de "tomontigi" (*ricinus communis*) enlever sept pépins de ce fruit et les mettre chacun dans une tartine d'un repas quelconque et avaler. Ceci prévient pour toute la vie.

Schistosomiase :

1) Enlever plusieurs arbustes de "sinkélén" (*Euphorbia hirta*) réciter dessus des incantations, les faire bouillir.

- En traitement : donner la décoction à boire matin et soir pendant plusieurs jours.

- En prévention : boire la décoction de temps en temps.

2) Prendre la racine de "mpalan palan" (*fluggea virosa*), et la racine de "ntenimbélé", enlever la fine couche recouverte de terre, puis enlever l'écorce, la piler en récitant des incantations, puis sécher au soleil et réduire en poudre. De temps en temps, mettre un peu de la poudre dans de la bouillie et boire.

3) Prendre l'écorce de la racine de "samakara" (*swartzia madagascariensis*), la réduire en poudre. Mettre un peu de cette poudre dans du lait l'après-midi, la garder jusqu'au lendemain, et la boire le matin à jeun.

4) Mettre des graines d'arachide dans de l'eau et laisser en macération pendant une nuit. L'eau devient amère. La donner à boire.

5) Faire bouillir les feuilles de "nyomèg^oni" (*centaurea alexandrina*), donner la décoction à boire.

6) Prendre l'écorce de "sojirini" (*crateva religiosa*), la réduire en poudre, et passer au tamis. Mettre un peu de la poudre dans l'eau de lavage du sorgho décortiqué ou dans un peu de bouillie et boire. Le malade qui le prend émet des vers dans ses urines.

7) Prendre les feuilles de "sojirini" (*crateva religiosa*), les faire bouillir. Prendre l'eau de la décoction, y mettre de la farine de sorgho pour faire une bouillie. On peut ne pas ajouter de sucre.

- En traitement : donner la bouillie à boire une fois par jour pendant trois ou quatre jours.

- En prévention : ne pas mettre de farine dans l'eau de décoction qu'on donne à boire de temps en temps.

8) Faire bouillir les feuilles de "dabadabléni" (*euphorbia hirta*). Donner aux enfants à boire.

9) Boire de temps en temps une décoction de feuilles ou de racines de "karijakuma" (*psorospermum corymbiferum*).

Les praticiens traditionnels ne sont donc pas démunis de moyens pour le traitement et la prévention des diverses maladies. Mais, ils ignorent, et c'est là leur drame, les poids et les mesures précises dont l'importance est capitale dans la préparation et la posologie des médicaments.

Cette carence se traduit déjà au départ dans les proportions respectives des drogues entrant dans les préparations composées, puis dans la mesure du solvant, dans la définition du temps nécessaire aux macérations, décoctions, et aussi dans le dosage du médicament qui se fait généralement par la "pincée" ce qui est variable d'un individu à l'autre et même au niveau du même individu d'une mesure à l'autre; et par les ("galama") moitiés de fruits évidés de calabassier dont les capacités vont de la cuillère à soupe au litre, ce qui ne facilite guère l'appréciation.

Cette absence de dosage et par voie de conséquence le manque de rigueur de la posologie ne sont que demi-mal pour les médicaments courants à usage externe. Il n'en va pas de même pour les médicaments à usage interne, surtout quand ils sont particulièrement nocifs et dangereux.

Mais **fort** heureusement la plupart des préparations sont des solutions aqueuses diluées à faible teneur en principes actifs, ce qui explique la liberté laissée au malade de prendre les médicaments à longueur de journée avec seulement une durée de temps fixée pour le traitement. Toutefois quand il s'agit de médicaments particulièrement actifs ou dangereux le guérisseur les administre lui-même, ou en détermine la prise de faibles quantités à prendre une, deux ou trois fois par jour.

4.3.2.3 Prévention par des comportements

L'africain accepte dès l'enfance l'existence d'un être suprême qui commande l'univers. Cet être est toutefois si éloigné de nos problèmes humains qu'il lui est difficile de s'en occuper directement. Il est donc représenté sur terre par l'intermédiaire de divinités propres à chaque ethnie. Ces divinités imposent des sacrifices réguliers et des tabous dont la non-observance est censée provoquer la maladie et même la mort soudaine. En effet, dans la conception originelle de l'africain, la maladie n'est pas simplement le résultat d'un dysfonctionnement de tel ou tel organe, ou de leur lésion spontanée ou provoquée par une cause matérielle, mais elle est essentiellement une rupture de l'harmonie de la vie, imputable soit à une cause matérielle mue par une force intangible, **soit directement** à la force intangible elle-même.

Aussi la prévention comporte outre l'immunisation et la phytoprophylaxie qui n'est d'ailleurs donnée que sur la demande d'un sujet, une série de comportements destinés à protéger contre la colère des divinités, et les mauvais esprits et partant de là contre la maladie.

Ce sont : le recours aux fétiches, le port des gris-gris, des amulettes et des talismans, les sacrifices, le respect des interdits et des tabous individuels, familiaux ou claniques, le respect de certains principes d'hygiène.

- Le fétiche est constitué par un objet matériel quelconque ou par un animal divinisé. Il est conçu comme le véhicule d'un esprit ou tout au moins doté d'une puissance surnaturelle magique. Il peut matérialiser l'esprit du mal ou au contraire le génie guérisseur. Ses pouvoirs sont étendus et multiples ou au contraire spécifiques d'une maladie particulière. Il est adoré en vertu de ses pouvoirs surnaturels.

- Les gris-gris, talismans et autres amulettes sont du domaine du marabout. Ils sont confectionnés pour des cas très divers avec des fragments de végétaux, des écritures du Coran et portés sous forme de colliers, de bracelets et de ceintures ou enterrés dans le sol des habitations et des campements. Ils servent de charme contre les esprits. Ils ont un rôle prophylactique et protègent contre les maladies. Ils apportent le bonheur, la chance et le succès.

- Les sacrifices et les offrandes sont passés dans les activités courantes de la vie. Et il n'est pas rare de nos jours de voir immoler un coq blanc ou noir, un mouton et même un boeuf ou les offrir vivants à un mandiant ou à un pauvre, pour se prémunir contre telle ou telle maladie. Ceci est d'autant plus répandu en Afrique, qu'au Maroc une coutume s'appliquant à la prévention des maladies veut qu'un jour de grande fête on distribue des poignées de grains aux mudiants en disant chaque fois : "ceci pour préserver l'oeil droit, ceci pour la tête, etc. Ceci contre le père des pustules rouges (la rougeole, etc.).

- Les principes d'hygiène sont nombreuses et participent d'autant plus à la lutte contre les maladies qu'ils sont efficaces. Exemples : il faut toujours se laver les mains avant de manger. Chez les musulmans il faut toujours être propre pour prier et puisqu'il faut prier cinq fois par jour on est obligé d'être propre toute la journée. La femme après ses règles doit procéder à une grande toilette de son corps et laver tous les habits qu'elle a eu à porter durant ses règles.

- Les interdits et les tabous sont nombreux et varient d'une ethnie à une autre et même parfois sont particuliers à une famille voire à un individu. C'est ainsi que le "komo" est une chose courante au Mali. Le "komo" est une institution socio-religieuse commune aux deux principaux groupes du peuple Mandé : le Malinké, le Bambara. Il se rencontre également chez les Kokoroko de Bougouni et dans certains groupes ethniques qui l'ont adopté, le minianka et les senoufo de San, Koutiala et Sikasso.

"Le komo est le gardien des croyances et des coutumes traditionnelles de la morale, qui sont enseignées à tous les associés, ainsi que les règles de solidarité, les droits et les devoirs des membres, les interdits, les sanctions qui frappent les contrevenants. Il est le garant de la vie de tout le groupe humain, vie matérielle et spirituelle" (Dieterlin).

Le "komo" a pour but de "permettre à l'homme de se connaître lui-même". Il se veut le garant de la continuité des traditions et de la culture ancestrales, comme le gardien de la cohésion et de l'ordre de la société. C'est pourquoi il assure en secret la police dans la communauté et punit de mort, dite rituelle, tous ceux qui rompent les interdits, autrement dit qui transgressent les lois ancestrales. Il peut prendre un nom spécifique si par exemple sa consécration a lieu après un évènement intéressant l'ensemble du groupe : décès d'un personnage important, guerre, épidémie, etc.

Cette célébration du "komo" a lieu chaque année à l'approche de l'hivernage. Aucune femme ne saurait être l'initiée, ni même voir le komo.

- Prévention du "corté" : mauvais sort. Le "corté" étant considéré comme un mauvais sort envoyé à l'individu et entraînant une maladie grave chez ce dernier, on comprend que bon nombre de maladies soient mises, par nos praticiens traditionnels, sur le compte de ce "corté". Donc la prévention d'une façon générale consistera à protéger l'individu contre ce mauvais sort.

Deux recettes préventives contre ce mauvais sort :

- "Zéréninjé" : "jatigifagayiri" : (*Ficus iteophylla*). Enlever l'écorce du tronc à l'Est et à l'Ouest et à l'aide d'une pierre (ne pas utiliser de daba, ni de couteau) en récitant des incantations. Piler l'écorce fraîche, la mettre au soleil pour sécher, puis réduire en poudre. Mettre un peu de la poudre de temps en temps dans l'eau tiède et se laver avec.
- "Mandensunsun" : (*Annona senegalensis*). Se mettre complètement nu, aller à l'arbre le matin de bonne heure avant qu'il n'y ait de passants. Enlever les racines à l'Est et à l'Ouest. Mettre un cauris à la place d'une des racines qu'on a enlevées, en récitant des incantations. Amener les racines à la maison, les piler fraîches, puis les sécher au soleil et les réduire en poudre. En mettre de temps en temps dans l'eau et se laver.

S'il s'agit des feuilles, les faire bouillir, faire une fumigation pendant que c'est chaud, une fois la décoction refroidie se laver avec.

5. OBSERVATIONS PERSONNELLES ET RECOMMANDATIONS

5.1 Eléments de cette médecine applicables aux soins de santé primaires

Des problèmes tels que la malnutrition, les maladies transmissibles et les infections parasitaires continuent d'être la cause de nombreux décès notamment parmi les nourrissons et les enfants.

D'importants groupes de populations n'ont pas accès aux services de santé officiels.

L'acuité des problèmes de santé à résoudre en zones rurales dans la plupart des états africains requiert des solutions révolutionnaires telles le recours à la médecine traditionnelle. De nombreuses plantes, bien connues non seulement des guérisseurs réputés mais aussi de simples villageois dans l'arrière pays, pourraient constituer d'excellents substituts de médicaments importés à gros frais.

Les praticiens de la médecine traditionnelle sont le premier recours des gens qui tombent malades. Ils sont facilement accessibles à la collectivité puisqu'ils en font partie et ils ont une connaissance approfondie des problèmes sanitaires locaux puisqu'ils vivent en étroit contact avec la population. Etant donné le prestige dont ils jouissent, les praticiens de la médecine traditionnelle seraient les mieux placés pour accroître le nombre des bénéficiaires des soins de santé primaires et assurer la participation de la collectivité à ces soins.

En milieu rural et surtout à la périphérie, les praticiens traditionnels assurent une couverture sanitaire allant de 80 à 100 %. C'est ainsi que Fassa, village de 300 habitants faisant partie du secteur de Guihoyo (cercle de Kolokani), est coupé de son secteur où se trouve le dispensaire rural, et de toute autre formation sanitaire pendant toute la saison des pluies et ceci au moins trois mois par an à cause du mauvais état des routes. Toute évacuation vers un centre de santé étant impossible pendant tout ce temps, c'est au guérisseur du coin que reviennent tous les soins. Ce qui fait que les soins de santé primaires sont assurés à 100 % dans ces coins et pendant cette période par le

praticien traditionnel. Même en temps normal (saison sèche) ils sont couverts pour une majeure partie par le guérisseur car il jouit d'une plus grande confiance auprès des populations et il a souvent fait plus preuve de compétence que l'agent sanitaire du coin qui est souvent d'un niveau très bas. Ceci n'étant que l'exemple d'un village situé à une centaine de kilomètres de la capitale, que serait la situation sanitaire en matière de soins de santé primaires dans les villages et même villes des sixième et septième régions ?

Il convient d'ores et déjà, dans les soins de santé primaires, de donner la place qu'ils méritent aux systèmes traditionnels de médecine qui, aujourd'hui encore, soignent l'homme du peuple contrairement à la médecine occidentale qui s'adresse aux quelques riches privilégiés des villes.

Ils sont capables d'améliorer la santé des enfants par une bonne lactation en administrant des plantes galactogènes aux mères, ainsi qu'en utilisant des répulsifs contre les moustiques. Ils sont capables de traiter la plupart des maux courants et ceci à peu de frais puisqu'ils utilisent les plantes qu'ils trouvent sur place et n'ont pas besoin d'installations luxueuses. Leurs services pourront donc être mis utilement à profit dans les centres de soins de santé primaires des zones rurales isolées. Puisque selon toute probabilité, les pays peu développés, ne disposeront pas dans un avenir proche d'une infrastructure sanitaire adéquate, il faut retenir des solutions qui jusqu'ici n'étaient pas orthodoxes :

- Introduire les plantes dans les boîtes à pharmacie des agents sanitaires.
- Intégrer le guérisseur dans l'équipe de santé pour la pratique des médications qu'il ne peut pas communiquer.

- Faire faire l'éducation sanitaire des populations par le guérisseur, qui dans un premier temps sera formé très habilement. Ne pas lui dire que tout ce qu'il pense est faux mais chercher à améliorer sa pensée pour aboutir à des prestations valables.

En fait l'apport de la médecine traditionnelle dans le domaine des soins de santé primaires peut et doit se situer à deux niveaux :

- la prévention et le traitement des maladies courantes;
- l'éducation et la motivation de la collectivité.

5.1.1 Prévention et traitement des maladies courantes

Le plus petit village africain possède au moins un guérisseur traditionnel. C'est là un fait important lorsqu'on sait que dans plusieurs de nos pays africains et malgré tous les efforts déployés dans ce sens, des groupes importants de populations restent trop éloignés d'un centre de soins médicaux modernes.

Aussi chacun sait qu'avant de venir au dispensaire, la plupart des malades ont déjà passé chez le thérapeute traditionnel du coin. Mieux, même hospitalisés, certains continuent à recevoir leurs soins. Donc ils seraient mieux placés que quiconque à assurer une prévention correcte et le traitement des petites affections de tous les jours. Pour cela il suffit de leur enseigner les notions de base qui d'ailleurs existent déjà d'une certaine façon chez-eux, même si elles ne sont pas très bien fondées. Nous allons donner quelques exemples :

5.1.1.1 Lutte antipaludique

Ils ont depuis longtemps utilisés les repulsifs contre les moustiques. Ceci, peut être pas pour se prémunir contre le paludisme car on ne connaissait sûrement pas cette relation de cause à effet, mais pour éviter la piquûre des moustiques, qui, il faut le reconnaître, est désagréable. C'est ainsi qu'on utilisait les recettes suivantes :

- Placer dans la case à coucher qu'on maintient fermée ensuite pendant une ou deux heures, un tesson de canari cassé contenant du charbon allumé, des plumes et des excréments de la perdrix. La fumée qui se dégage du récipient tue les moustiques qui sont dans la demeure, d'autres n'y pénètrent pas avant 15 jours.
- Brûler du sabin dans la demeure. Ceci éloigne les moustiques pour trois nuits.
- Enflammer un peu de poudre de chasse dans la case à coucher, chasse les moustiques pour une nuit.
- Entretenir dans la pièce à coucher du feu fait avec du bois de "wo" (Fagara xanthoxyloïdes), ou du "sukola" (ocimum americanum).
- Le soir, brûler dans la case à coucher une brassée de "sarkoua sawro" (leucas martinicensis). Eloigne de la case à coucher les moustiques pour une nuit.

5.1.1.2 Maladies bucco-dentaires

L'emploi des racines ou tiges de certaines plantes comme frotte-dents. La médecine traditionnelle a trouvé dans ce domaine particulier une nouvelle preuve de son efficacité. En effet, le cure-dent est un instrument qui apporte à la bouche une hygiène appréciable tant il est vrai que la façon de broser vaut mieux que la brosse occidentale. En plus on lui reconnaît un rôle non seulement d'hygiène mais thérapeutique. Pour encourager la toilette matinale des dents, une tradition veut que certains cure-dents, mastiqués le matin à jeun avant d'adresser la parole à quelqu'un portent chance.

5.1.1.3 Maladies de l'appareil digestif

Le traitement des diarrhées et des anorexies des enfants sont le pain quotidien du praticien traditionnel. La pharmacopée est très bien connue, on

trouve non loin de la case, tout ce qui est nécessaire pour guérir la maladie de ses enfants. Ils utilisent des moyens faciles tels l'emploi de l'eau de riz et du pain de singe dans les diarrhées. Ces recettes sont d'autant plus répandues qu'elles sont connues de toutes les mères et grand-mères.

5.1.1.4 Médicaments divers

En outre ils ont des drogues antiseptiques, anesthésiques, somnifères, purgatives, toniques, aphrodisiaques, des drogues dont l'action est efficace sur la céphalée ou tout autre algie.

Ils connaissent les onctions, les frictions cutanées, les instillations oculaires, nasales ou auriculaires.

5.1.1.5 Santé maternelle et infantile

Des moyens étaient et sont encore utilisés pour empêcher les grossesses rapprochées, et ceci parce qu'on a remarqué que les enfants trop rapprochés les uns des autres "séré" comme on le qualifie en Bambara, tombaient plus fréquemment malades et mouraient plus souvent. Les méthodes utilisées étaient :

- la séparation des conjoints pendant toute la période de lactation;
- le prolongement de la période de lactation dans les milieux où l'on croît que la femme ne peut pas concevoir pendant tout le temps qu'elle allaite;
- utilisation de plantes anticonceptionnelles et autres recettes.

Action des accoucheuses traditionnelles : elle est loin d'être négligeable en milieu rural. En fait la véritable accoucheuse traditionnelle est à la fois obstétricienne, herboriste, gynécologue et pédiatre. Pendant les trois premiers mois de la grossesse son action est de faciliter la croissance du fœtus et d'éviter une fausse couche. Pour y parvenir elle utilise des plantes à vitamines, administrées à la femme enceinte. S'il y a menace

d'avortement, elle fait bouillir d'autres variétés de plantes qui sont administrées avec du kaolin. Pendant le deuxième trimestre, elle continue à administrer des plantes à vitamines et des produits ayant la vertu de faire éviter l'infection. Le traitement au cours du dernier terme de grossesse vise à lutter contre l'anémie gravidique, à prévenir la toxémie prééclampsique et à corriger les malpositions du fœtus par l'utilisation des plantes à effet tonique et diurétique. Les massages abdominaux menés adroitement par l'accoucheuse traditionnelle auraient souvent pour effet de redresser les malpositions et certaines plantes ont la réputation de faciliter la relaxation des muscles et de faciliter la présentation par la tête.

Les hémorragies du post partum sont prévenues et combattues par l'absorption de certaines feuilles. Il en est de même pour la rétention placentaire.

L'infection puerpérale est aussi empêchée par l'usage de certaines plantes et par les aspersion multiquotidiennes d'eau bouillante selon une technique appropriée.

En cas d'hypogalactie notoire, de nombreuses variétés de plantes galactogènes peuvent être mises à contribution. Les soins aux nourrissons sont également du domaine de ces accoucheuses traditionnelles dûment initiées, qui pourraient rendre d'appréciables services dans les villages après un court recyclage sur certains problèmes d'hygiène tels : la stérilisation du couteau servant à couper le cordon ombilical et le maintien au propre de ce cordon chez le nouveau-né car la cause du tétanos néo-natal semble échapper à ces bonnes femmes; leur apprendre à parer le cordon plutôt que de l'enduire de mixtures de tout genre.

Ainsi nous voyons que les tâches des accoucheuses traditionnelles comportent les soins à donner avant, pendant et après la naissance, ainsi que les soins aux nouveau-nés et aux jeunes enfants.

Ainsi toutes ces notions existant déjà, le rôle du formateur de ces praticiens traditionnels se trouve considérablement réduit, en ce sens qu'il ne devra leur apprendre que le pourquoi réel de toutes ces précautions qu'ils emploient déjà. D'autre part la formation et l'emploi des accoucheuses traditionnelles se trouvent être plus profitables que ceux de la matrone rurale car celle-ci serait vite désemparée devant la moindre dystocie ou hémorragie au cours de l'accouchement ou dans le post partum, et se trouve être moins approuvée par la collectivité car souvent jeune contrairement à l'accoucheuse traditionnelle qui est une vieille, et la plupart pour ne pas dire la presque totalité des femmes n'aiment pas accoucher entre les mains d'une femme plus jeune qu'elles, encore moins d'une jeune fille.

L'exemple le plus frappant est celui du cercle de kolokani où dans les villages les femmes sont convoquées chez le chef d'arrondissement et même taxées d'une amende pour n'avoir pas été accoucher dans les maternités rurales, et tout cela sans succès notable.

Enfin, si l'on se réfère à la santé pour tous en l'an 2 000 : "les soins primaires doivent reposer avant tout sur les ressources locales, notamment celles qui n'ont pas encore été utilisées et le coût des prestations offertes ne doit pas dépasser les strictes limites que la situation impose dans chaque pays", nous voyons bien que le rôle que doit jouer le thérapeute traditionnel dans les prestations des soins de santé primaires est capital.

5.1.2 Education et motivation de la collectivité

Les services centraux du Gouvernement ne peuvent pas résoudre tous les problèmes et répondre à tous les besoins. Il y a beaucoup de choses que les gens doivent faire eux-mêmes pour prévenir un mauvais état de santé et améliorer la qualité de leur vie, à condition qu'ils aient la connaissance, la compréhension et la motivation nécessaires pour agir. C'est la santé par le peuple et pour le peuple.

Il se trouve que la santé en soi n'est souvent pas ressentie par les villageois comme une priorité. Ils ont d'autres besoins plus pressants à satisfaire : manger à leur faim, trouver un emploi, se procurer un logement. Mais ils ne se doutent pas que la santé est un facteur important, intimement lié à toutes ces priorités de la vie.

C'est là qu'on peut faire intervenir avec profit le guérisseur traditionnel pour expliquer à la population toute la portée de la prévention et partant de là les notions élémentaires d'hygiène quotidienne destinées à prémunir contre la maladie. Car ces thérapeutes traditionnels constituent un chaînon non négligeable du réseau sanitaire et avec lesquels il faut dialoguer obligatoirement.

Il est mieux placé que l'agent sanitaire pour motiver la collectivité du fait de son âge souvent avancé et des preuves de sa compétence. Cette motivation est d'autant plus importante que, chaque fois que la collectivité ressentira que des services de santé lui ont été imposés d'"en haut", des malentendus surviennent automatiquement et font que ces services seront mal ou même pas du tout utilisés par la collectivité. C'est ce qui malheureusement se passe dans la plupart de nos services de santé ruraux.

Mais si la collectivité est motivée pour mettre sur pied son propre service de soins de santé primaires dans son propre milieu, si elle le considère comme l'une de ses priorités, si elle en a la responsabilité au moins partielle, si elle a l'impression que ce service lui appartient (car le guérisseur du coin l'a dit et il en fait partie en collaboration avec l'agent sanitaire), alors les habitants l'acceptent plus volontiers, ils participent à sa création, à son entretien, à sa bonne marche. Et ils en feront bon usage.

On pourra également passer par le guérisseur du coin pour faire accepter les vaccinations à la collectivité, en leur expliquant combien ces vaccinations leur seront bénéfiques en les protégeant de façon définitive contre telle ou

telle maladie invalidante, grave et même mortelle, dont le traitement curatif reviendrait cher sans qu'on soit sûr de son efficacité à 100 %.

5.2 Perspectives de recherches en médecine traditionnelle pour la lutte contre la maladie

La lutte contre la maladie par la médecine traditionnelle devrait inclure la recherche comme partie intégrante de son programme de développement.

Cette recherche notamment sur les médicaments de la médecine traditionnelle devrait être d'autant plus encouragée que les populations utilisent ces médicaments depuis des millénaires. Cela suffit comme preuve de non toxicité, car si elles les avaient trouvés toxiques il y a longtemps qu'elles les auraient abandonnés. Maintenant il reste à prouver leur efficacité par des essais thérapeutiques en milieu hospitalier et des essais pharmacologiques. Mais ces essais cliniques et pharmacologiques doivent être précédés et orientés par des recherches appliquées sur le terrain à partir des praticiens traditionnels et des médecins de santé publique.

Une étude pourrait déjà démarrer en analysant les éléments fournis par les parties précédentes de cette thèse pour voir si les méthodes (recettes) utilisées par nos praticiens traditionnels dans le domaine de la lutte contre les endémies sont réellement efficaces comme ils le prétendent eux-mêmes, auquel cas on pourrait en tirer grand profit car entre : brûler une plante qui se trouve à portée de la main dans la chambre à coucher pour chasser les moustiques pour une ou plusieurs nuits et aller chercher en ville un produit contre les moustiques qui reviendrait cher et nécessiterait des déplacements fréquents, il est certain que chacun préférerait la première solution.

De même s'il y a des moyens prophylactiques contre le paludisme qui se révèlent efficaces tels se laver et boire une infusion de plantes en période de recrudescence du paludisme, ils seraient beaucoup plus profitables en milieu rural où la chloroquine se trouve difficilement et inconstamment.

D'autre part l'utilisation des plantes galactogènes chez les femmes allaitantes peut également motiver des recherches sur le terrain dont la positivité serait un grand pas dans la protection maternelle et infantile, particulièrement dans la résistance aux maladies infectieuses. Lorsqu'on aura pris le temps d'essayer toutes ces recettes sur le terrain et qu'on aura vu que certains donnent des résultats notoires, en ce moment on peut les soumettre à des recherches fondamentales au laboratoire et en faisant des essais pharmacologiques.

Plusieurs recherches en Afrique ont déjà abouti à des résultats positifs :

- Une recherche sur deux plantes de la médecine traditionnelle malgache : *Cussonia bojeri* et *Dodonaea madagascariensis* vendues respectivement pour "troubles du foie" et "maux de ventre". Après des essais et des études pharmacologiques l'emploi médical traditionnel se trouvait justifié.
- Des recherches sur deux drogues africaines utilisées en milieu traditionnel : *Holarrhens floribunda* et *Euphorbia hirta*, ont confirmé leurs propriétés amaebicides.
- A la dernière conférence de l'OUA sur les plantes médicinales au Caire en 1975, les participants ont appris qu'une plante : la *canna indica* a été reconnue comme molluscide efficace.
- Les chercheurs du Ghana, il y a deux ans, ont découvert en une graine qui était utilisée par la population contre une épidémie d'abcès en saison sèche, un préventif contre la dracunculose.
- Au Nigéria après analyse des bâtonnets à mâcher dont se servent traditionnellement les nigériens pour se curer les dents, on a découvert que les racines et tiges utilisées pour nettoyer les dents ont des propriétés antimicrobiennes, et l'une d'elles : *Fagara xanthioides* contenait une substance stéroïdique qui lutte contre

les crises drépanocytaires car elle empêche les hématies normales de se falciformer et donne aux hématies falciformes leur forme sphérique normale et la crise cède dans les heures qui suivent.

Les expérimentations de ce produit dans les hôpitaux donnent des résultats très satisfaisants qui font la joie de plusieurs familles au Nigéria puisque celles-ci considéraient leurs enfants comme condamnés.

De plus on l'utilise depuis cinq générations et on a pu déterminer que le bâtonnet à mâcher nigerian ne cause aucun des effets graves que provoquent des composés couramment employés notamment les composés à base d'urée et de cyanates. Malheureusement les choses évoluent lentement, il en est ainsi dans la recherche. Il faut des années et des années pour achever complètement un projet donné, de la plante à l'approbation du médicament.

Comme le dit si bien cette phrase : "les recherches sur les matières végétales ou animales sont extrêmement difficiles, parce qu'on a affaire à des matières qui contiennent littéralement des dizaines de milliers de composants chimiques. Ceux qui nous intéressent sont invariablement présents en quantités infimes et vous ne savez pas au départ ce qu'ils sont. Alors que le chimiste dans son laboratoire connaît tous les agents chimiques dont il est parti et il obtiendra un produit contenant 10 % de ce composé dans une plante. Par contre l'élément qui nous intéresse peut ne représenter que 0,001 % du total" (Bibliographie No. 85).

5.3 Recommandations

1) Amélioration des conditions matérielles du service des grandes endémies et une meilleure organisation du personnel de ses différentes sections. Il serait souhaitable dans l'avenir que chaque secteur soit placé sous l'autorité d'un médecin, le fonctionnement et le rendement en seraient nettement améliorés.

Que des véhicules automobiles et des engins à deux roues soient mis à la disposition du personnel car la vocation du service des grandes endémies est d'être essentiellement mobile. Que des dispositions soient prises pour le renforcement et l'entretien d'une chaîne du froid.

Enfin que le personnel du service des grandes endémies ne se limite pas uniquement à la prévention des maladies par la vaccination et la chimio-prophylaxie mais qu'il fasse de l'éducation des populations une tâche quotidienne et pour cela un concours des praticiens traditionnels serait une chose utile.

2) Réhabiliter la médecine traditionnelle et sortir les praticiens traditionnels de la clandestinité pour :

- mieux les guider;
- limiter leurs interventions intempestives qui demeurent parfois fatales pour les malades, exemple : la section de la luette qui peut entraîner une hémorragie importante dépassant, faute d'équipement, la compétence du médecin rural. Les fumigations destinées à éloigner les mauvais esprits en cas de tétanos qui entraînent une asphyxie du malade. L'ingestion de mixtures provoquant une diarrhée souvent fatale;
- donner plus de chance de survie à certains malades qu'une évacuation précoce sur les centres de santé permettrait de sauver.

3) Créer une union nationale des guérisseurs; ce qui permettrait de neutraliser et d'éliminer progressivement les escrocs et les charlatans en s'appuyant sur les thérapeutes authentiques.

4) Créer une collaboration franche entre médecine traditionnelle et médecine moderne. Collaboration qui doit être basée sur un apport réciproque des deux médecines, et non comme beaucoup le conçoivent uniquement un apport de la médecine traditionnelle à la médecine moderne. Cette collaboration doit être fondée sur la base d'une complémentarité.

Mais seuls sont souhaitables dans un premier temps des rapports d'interrelation, dans lesquels les deux systèmes, en gardant leur spécificité dans certains domaines, acceptent de coopérer ou d'intégrer leurs activités dans des zones précises et déterminées comme par exemple la prestation des soins de santé primaires.

Cela suppose une certaine formation des thérapeutes traditionnels en leur donnant quelques notions d'hygiène, d'éducation pour la santé, d'éducation nutritionnelle, des soins de premiers secours, d'aseptie et d'assainissement. Leur expliquer que les comprimés ne sont eux aussi autre chose que des dérivés des plantes sous d'autres formes.

On arrive ainsi à faire d'eux de véritables intermédiaires entre la société villageoise et le médecin moderne.

Dans un deuxième temps, on peut envisager une intégration du guérisseur dans l'équipe de santé et ceci à tous les niveaux : aussi bien au niveau d'un centre de santé périphérique, qu'au niveau d'un centre hospitalier ou au niveau d'un institut spécialisé de recherches. Par exemple, à la base, dans chaque village, un poste de santé primaire pourra comprendre :

- des thérapeutes traditionnels;
- des accoucheuses traditionnelles;
- un secouriste-hygiéniste disposant d'une caisse de produits pharmaceutiques simples.

Pour cela il faudra rassurer le guérisseur quant à son avenir, s'il intègre comme membre de l'équipe de santé. Il jouira de toute liberté pour exercer son art sans contraintes. Le guérisseur continue à traiter les cas qui relèvent de sa compétence, en même temps s'engage à envoyer les autres malades vers le centre de santé le plus tôt possible.

Il est vrai que cette collaboration et intégration nécessitent une compréhension plus grande envers les guérisseurs de valeur, ceux là dont la coopération peut nous permettre d'inventorier nos plantes médicinales, ceux-là qui ont une connaissance véritable et qu'il convient de considérer comme telle. A cette fin, nous demanderons aux praticiens modernes de descendre de leur échelle, de se mettre au niveau des guérisseurs et ils verront quelles richesses ils vont acquérir.

En tout état de cause, une étroite collaboration des guérisseurs et des praticiens de la médecine moderne sera bénéfique pour l'homme. Car lorsqu'on parle de la mise en place d'un fonctionnement intégré des deux médecines, il ne faut jamais oublier que cette structuration des services de santé doit avoir comme finalité le mieux-être de la population malade.

On ne peut terminer ce domaine de la collaboration sans aborder le problème financier. En effet le guérisseur qui intègre les services de santé modernes mériterait une certaine rémunération. Mais ne pouvant en aucune façon être intégré dans la fonction publique (vu l'insuffisance du budget de la santé), il faudra par tous les moyens préparer la collectivité à accepter de le prendre en charge. Cette rémunération du guérisseur par la collectivité peut se faire soit en espèce : exemples : cotisations trimestrielles, petits cadeaux de temps en temps (don d'un mouton, une chèvre ou des poulets); soit sous forme d'aide, par exemple : la communauté cultive son champ pour compenser le temps passé à la promotion de la santé.

5) Encourager la recherche en matière de plantes médicinales en créant des instituts de recherche dans lesquels les guérisseurs peuvent être intégrés.

6. CONCLUSION

Nous avons vu que dans de nombreux pays en voie de développement, entre autres le Mali, les services de santé ne répondaient pas aux besoins des populations, ni en quantité, ni en qualité.

Conséquence : les maladies endémiques qui auraient dû être éradiquées ou contrôlées, continuent à faire des ravages surtout dans les populations infantiles et rurales. Un sentiment d'insatisfaction semble se répandre dans les populations à l'égard de leurs services de santé car ceux-ci se trouvent dans l'incapacité de répondre aux aspirations des populations. Et comme l'a dit le Dr Mahler: "selon toute probabilité, les pays peu développés ne disposeront pas dans un avenir proche d'effectifs suffisants de personnel sanitaire diplômé et formé, il faudra retenir des solutions qui jusqu'ici n'étaient pas orthodoxes. Par exemple : la formation et l'emploi judicieux d'un nombre grandissant d'auxiliaires, de guérisseurs et d'accoucheuses traditionnelles.

"Je déplore que l'on soit encore tenté d'appliquer aux problèmes des pays en voie de développement des solutions adoptées dans les pays industrialisés et déclare qu'en ce domaine la devise de l'OMS doit être "adapter et non adopter".

Cette solution est d'autant plus objective que l'intégration des guérisseurs dans les structures sanitaires apporterait la satisfaction aux populations. Car, en un temps où la science moderne risque de supprimer le rôle du praticien pour se réduire peut-être à des formulations d'ordinateurs, l'angoisse humaine n'en demeure pas moins grande. L'esprit inquiet est insatisfait d'une science efficace mais déshumanisée. D'où la crainte et la tendance vers les guérisseurs pour un recours humain. Ce contact, ce secours, la médecine africaine traditionnelle les réalise au mieux, pour le plus grand soulagement de ses malades, ce qui doit rester au moins en partie le but de toute médecine.

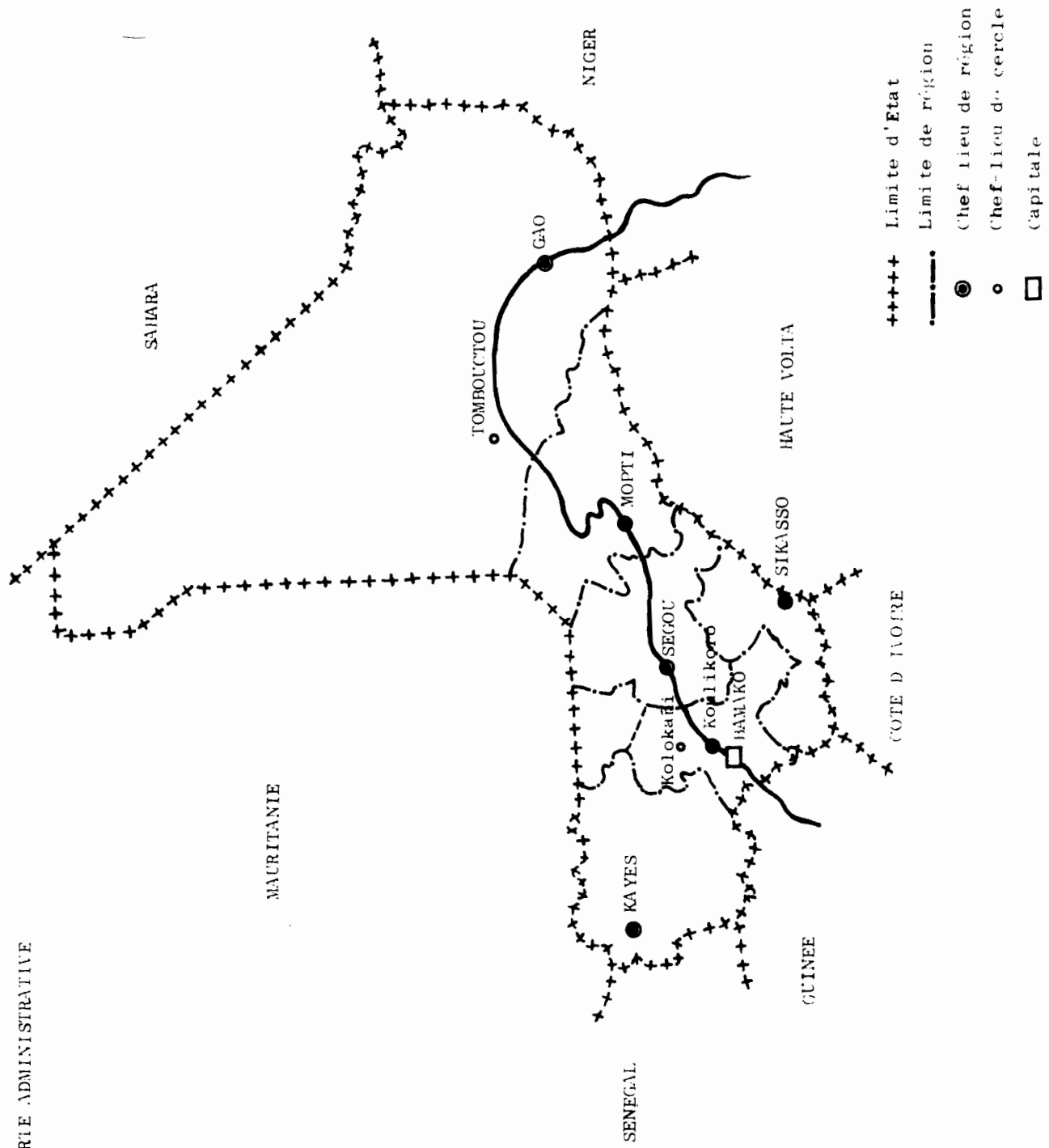
Allons-nous continuer à négliger comme nous l'avons fait jusqu'ici malgré nous les éléments que la nature a si généreusement mis à notre disposition pour nous aider ? Sûrement non.

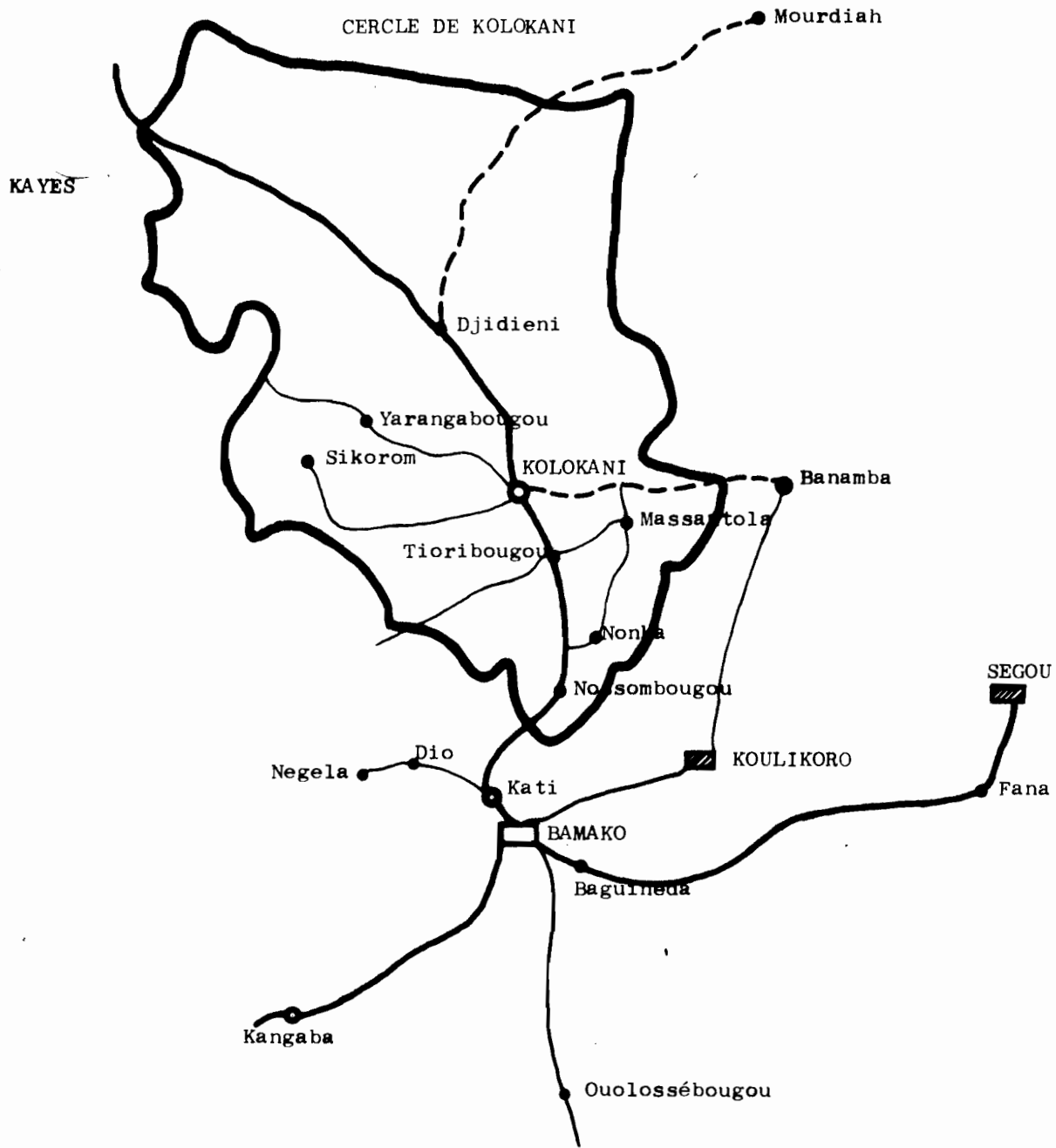
Sans vouloir asseoir le guérisseur sur la table de consultation du médecin moderne, nous pensons qu'il est vraiment temps de l'intégrer dans notre système de soins plutôt que de le laisser dans la clandestinité où il complique la tâche aux professionnels de la santé.

Et, il faut le reconnaître, cette médecine traditionnelle offre des perspectives riches d'avenir quant à la lutte contre la maladie, qu'il faut exploiter à temps, car comme on le dit souvent : "chaque fois qu'un vrai guérisseur meurt c'est une mine de recettes thérapeutiques qui s'écroule".

7. ANNEXES

REPUBLIQUE DU MALI
CARTE ADMINISTRATIVE





- Capitale
- ▣ Chef-lieu de région
- Chef-lieu de cercle
- Arrondissement
- Village
- Route principale permanente
- - - Route principale intermittante
- Piste automobilisable

ALPHABET BAMBARA

et Notation phonétique

No. d'ordre	Lettres	se prononce	dans	signification en français
1	a	a	ali	prénom d'homme
2	b	b	baba	père
3	d	d	Daba	houe africaine
4	j	dj	ji	eau
5	e	é	kélén	un
6	è	è	dèbè	natte
7	f	f	Fali	âne
8	g	g - jamais comme dans giratoire	galama	louche
9	h	haspiré	hakili	mémoire
10	i	i	misi	bovin
11	k	k ou qu	kala	tige
12	kh	comme le kh Alle- mand ou la jota espagnole	khasonke	habitant du khasso
13	l	l	lafa	bonnet
14	m	m	mogo	homme en général
15	n	n	nare	beurre de lait de vache
16	ny	gn	nyo	mil
17	ŋ	ng	ŋoni	épine
18	o	o	bolo	bras
19	ò	ò ouvert	bòlò	piquet
20	p	p	paté	prénom d'homme
21	r	r roulé	ramata	prénom de femme
22	s	ss	sanu	or
23	sh	ch ou (sh) en anglais	chè	poulet
24	t	t	tan	dix
25	c	tch	cè	homme
26	u	ou	umu	prénom de femme
27	w	oua	wari	argent
28	y	y	yaya	prénom d'homme
29	z	z	zara	pastèque

Remarque : Compte tenu des différences phonétiques et dialectales suivant les régions, nous avons retenu la prononciation qui nous semble la plus commune.

8. BIBLIOGRAPHIE

1. Bedaya Ngaro Simon, Approche comparée entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne
Cahiers du centre protestant pour la jeunesse, Bangui, (8) :, 8 p.
2. Berhaut Jean (1967) Flore du Sénégal
2ème édition, Dakar, éditions clairafrrique, 485 p.
3. Bertrand, Ed., (1978) Qu'est ce que la médecine tropicale ?
Médecine d'Afrique Noire, 25, (4):, pp 219-222
4. Bouquet, A. (1972) La pharmacopée traditionnelle du Congo
Brazzaville, connaissances et pratiques
Afrique médicale, 11, (99):, pp 349-352
5. Bryant John, (1972) Santé publique et développement
Tendances actuelles, Paris, éditions internationales, 415 p.
6. Cames, (1974) Médecine traditionnelle et pharmacopée africaines
Colloque du Cames, Lomé, p. 156
7. Chamfrault, A., (1954) Traité de médecine chinoise
Angoulène, éd. Coquenard, 969 p.
8. Chapitro Ouri, (1975) La médecine de soins primaires,
structures et évolution
Thèse, médecine, Paris Creitel, No. 63,
9. Cousteix Jean Pierre (1962) L'Art et la pharmacopée des
guérisseurs du Cameroun
Thèse, médecine, Paris, No. 294

10. Cravero Gérard, G. (1964) Les médecins praticiens et la médecine préventive
Thèse, médecine, Bordeaux, No. 112, 89 p.
11. Daga Magagi, (1977) Contribution à l'étude de la pharmacopée traditionnelle au Niger
Thèse, médecine, Dakar, No. 7, 92 p.
12. Decorse, J., (1907) Médications indigènes
Revue de médecine et hygiène tropicales, pp 119-128
13. Diallo Seydou Ousmane, La terminologie médicale dans les langues du groupe mandingue et singulièrement en Bambara, Mali
14. Diallo Sidy, (1975) Contribution à l'épidémiologie et à la stratégie de lutte contre la schistosomiase dans les lacs artificiels au Mali
Thèse, médecine, Bamako
15. Dieterlin G., Cissé Y., Les fondements de la société d'initiation du Komo
Cahiers de l'homme, Paris Mouton , co la Haye, 329 p.
16. Dolo Mamadou Somine, (1948) Contribution à l'étude épidémiologique de la trypanosomiase humaine africaine
Thèse, médecine, Mali
17. Ougast René, (1948) L'anatomie du corps humain et les causes des maladies expliquées par trois guérisseurs de la tribu des Ndéki
Etudes camerounaises, 1, (23-24):, pp 51-69

18. Fofana Benitienin, (1970) Les services de santé au Mali
Afrique médicale, 9, (81):, pp 553-557
19. Gallardo Diaz José, A., B., Sc., A. M., (1938) La médecine
au Mexique pendant la période pré-coloniale et coloniale
Thèse, médecine, Lausanne
20. Ganay Solange de, (1940) Rôle protecteur de certaines peintures
rupestres du Soudan français
Journal de la société des afrinanistes, Paris, 10, pp 87-98
21. Gaulene, (1934) L'étiologie des maladies et l'influence des
sorcières chez les Pahouins
Annales de médecine et de pharmacie coloniale, Paris, 32, (No.1-4)
p. 364-370
22. Gauthier, J. J., (1972) Naissance, maladie et mort chez les
fali du Cameroun
Afrique médicale, 11, (97):, pp 111-118
23. Gbaguidi Nestor, La révolution et la médecine traditionnelle
Cotonou, 12 p.
24. Grappin G., Kerharo J., (1969) Note sur les sottos (frotte-
dents) vendus sur les marchés dakarois
Médecine d'Afrique Noire, 16, (8-9):, pp 657-660
25. Grasberg Bernard, (1970) Thèse sur les guérisseurs et sur la
médecine des primitifs
Thèse, médecine, Paris, No. 1023
26. Griaule Marcel, (1940) Remarques sur le mécanisme du sacrifice
dogon (Soudan français)
Journal de la société des africanistes, Paris, Siège de la
société, 10, pp 127-129

27. Herisset A., (1947) Les plantes médicinales
Sandorama, No. 41, pp 6-10
28. Huard, P., (1959) Les médecines africaines populaires
Le concours médical
29. Huard, Ohya Zensetsou, (1963) Panorama de la médecine
japonaise traditionnelle
Biologie médicale, 52, 110 p.
30. Huard, P., (1965) Médecine occidentale et médecine populaire
africaine en Côte d'Ivoire
Le concours médical
31. Imperato Pascal James, (1975) Attitudes traditionnelles envers
la rougeole au Mali
Afrique médicale, 14, (133):, pp 695-706
32. Joly Christine, Marie-Michèle, (1973) La médecine préventive
dans une grande collectivité
Thèse, médecine, Paris, Pitié -Salpêtrière, No 73
33. Kerharo, J., Bouquet, A., (1950) La notion de lèpre et les
conceptions indigènes du traitement en Côte d'Ivoire et
Haute-Volta
Bulletin de la société de pathologie exotique, tome 43, No. 1-2,
pp 56-65
34. Kerharo, J., (1964) Connaissance de la pharmacopée sénégalaise
Extrait des bulletins et mémoires de la Faculté Mixte de Médecine
et de Pharmacie de Dakar, 12, No. 52, pp 230-241

35. Kerharo, J., (1964) La pharmacopée sénégalaise : note sur quelques traitements médicaux pratiqués par les Sarakolés du cercle de Bahel
Extraits de bulletins et mémoires de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Dakar, 12, pp. 226-229
36. Kerharo, J., (1968) Etat actuel des recherches sur les plantes médicinales en Afrique Noire
Plantes médicinales et phytothérapie, 2, (3):, pp. 198-203
37. Kerharo, J., (1969) Le facteur magico-religieux dans l'exercice de la médecine traditionnelle en milieu sénégalais
Extrait de médecine d'Afrique Noire, No. 819, 5 p.
38. Kerharo, J., (1969) Notes sur 2 drogues africaines aux propriétés amoebicides confirmées : halarrhens floribunda et euphorbia hirta
Bulletin de la société médicale d'Afrique Noire de langue française, 14, (1):, pp 237-242
39. Kerharo, J., (1969) Sur quelques formules caractéristiques de traitements médicaux dans les pharmacopées traditionnelles africaines
Médecine d'Afrique Noire, 16, (10):, pp 707 - 712
40. Kerharo, J., (1971) Les techniques à prédominance positive dans l'exercice de la médecine traditionnelle en milieu sénégalais
Médecine d'Afrique Noire, 18, (12):, pp. 926-931
41. Kerharo, J., (1972) Pharmacopées africaines traditionnelles et recherche scientifique
Présence africaine, Paris, pp 495-499

42. Kerharo, J., (1976) Que sait-on des "espèces médicinales" vendues par les herboristes sur le marché sénégalais
Médecine d'Afrique, 23, (11):, pp 665-678
43. Kerharo, J., (1977) La pharmacopée sénégalaise, note sur quelques traitements antilépreux traditionnels pratiqués dans le Baouar (préfecture de Kebemer)
Bulletin de la société médicale d'Afrique Noire de langue française, 22, (3):, pp 321-329
44. Kerharo, J., Pharmcopées traditionnelles africaines et environnement
45. Kone Adama, (1976) Contribution à l'étude de la médecine traditionnelle, à l'amélioration des prestations des services de santé au Mali
Thèse, médecine, Mali
46. Kone Adama, (1978) Recherche sur la pharmacopée et la médecine traditionnelles
Bamako, INRPMT
47. Koumare Mamadou, (1969) Un aperçu de la médecine par les plantes au Mali
Bulletin de l'association des naturalistes du Mali, No.7
48. Koumare Mamadou, (1974) Pharmacopée et pratique médicale traditionnelles maliennes : état actuel des recherches et perspectives d'avenir
Conférence tenue à l'ENSUP, Bamako
49. Koumare Mamadou, (1976) La médecine traditionnelle et les thérapeutes traditionnelles (guérisseurs) "un mythe pour qui ?
Bamako, INRPMT

50. Koumaré Mamadou, (1976) Technologie appropriée, médecine traditionnelle et développement
Bamako
51. Koumaré Mamadou, La médecine traditionnelle et son rôle dans le développement des services de santé en Afrique
52. Koumaré Mamadou, Quelques considérations sur les problèmes posés par l'utilisation de la médecine et des thérapeutes traditionnels (guérisseurs) dans le réseau sanitaire des états africains
53. Labusquiere René, (1974) Santé rurale et médecine préventive en Afrique - Stratégies à opposer aux principales affections
Bar Le Duc, Impr. Saint-Paul, 438 p.
54. Lafleur, (1934) Contribution à l'étude des croyances des indigènes de la Haute Sangha au sujet du pian
Annales de médecine et de pharmacie coloniales, 32, (1-4):, pp 574-579
55. Lamare Marc Mongbet, (1955) La médecine Bamoun - Etude d'anthropologie
Yaoundé, édition Lamare, 286 p.
56. Laplantine François, (1976) Les thérapeutiques africaines traditionnelles devant la modernité et le "savoir" à l'occidental
Extrait des maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique Noire, Paris, éditions universitaires, pp 115-149
57. Laurent Jacques, (1973) La médecine empirique
Thèse médecine, Bordeaux, No. 187

58. Lefebvre Eric, (1969) L'Omnipraticien et la médecine préventive en milieu rural
Thèse, médecine, Reims, No.1
59. Logmo, B., (1972) Approche des médecines traditionnelles - observations en Pays Basa
Afrique médicale, 11, (97):, pp 135-144
60. Médecine traditionnelle au Zaïre et en Afrique, (1976)
Institut de recherche scientifique, Zaïre, No.1, 87 p.
61. Médecine traditionnelle au Zaïre et en Afrique, (1977)
Institut de recherche scientifique, Zaïre, No.2, 104 p.
62. Médecine traditionnelle au Zaïre et en Afrique, (1978)
Institut de recherche scientifique, Zaïre, No.3, 118 p.
63. Morinis E. A., (1978) Deux voies pour comprendre la maladie - la tradition et la science
OMS chronique, 32, (2):, pp 62-64
64. Nabede P. A., Amedome A. A., Ehian R., (1973) Enquête d'opinion sur le choléra au Togo
Médecine d'Afrique Noire, 20, (2):, pp 113-116
65. N'Diaye Paul, (1974) L'opinion sénégalaise traditionnelle sur la santé, la maladie, la mort
Dakar,
66. Nebout, N., (1974) Le risque sanitaire en milieu rural
Afrique médicale, 13, (119):, pp 377-379

67. OCCGE, (1973) Rapport final de la 13ème conférence technique de l'OCCGE
Bobo-Dioulasso
68. Ochotine M., (1934) L'Art médical indigène au Congo français
Annales de médecine et de pharmacie coloniales, 32, (1-4):, pp 581.590
69. OMS, (1964) Stimulation de l'intérêt du médecin praticien pour la médecine préventive.
OMS, série de rapports techniques, No. 269, 25 p.
70. OMS, (1976) Comité consultatif régional de la recherche médicale en Afrique
Rapport de la 1ère session, OMS, Bureau régional de l'Afrique
71. OMS, (1976) Médecine traditionnelle en Afrique
Série de rapports techniques, AFRO, (1):
72. OMS, (1976) Médecine traditionnelle et son rôle dans le développement des services de santé en Afrique
26ème session, Kampala, septembre
73. OMS, (1976) Rapport du deuxième semestre
Par le Représentant de l'OMS à Bamako, 23 p.
74. OMS, (1977) Médecine traditionnelle
OMS chronique, 31, (11):, pp 463-476
75. OMS, (1977) La médecine traditionnelle en Asie du Sud-Est
OMS chronique, 31, (11):, pp 463-476
76. OMS, (1977) Soins de santé primaires
Série de rapports techniques, AFRO, No.3

77. OMS, (1978) Politiques et pratiques nationales concernant les produits médicinaux et problèmes internationaux connexes
Discussions techniques, 27 p.
78. OMS, (1978)
Rapport de la réunion sur la programmation à moyen terme pour les services de santé complets (soins de santé primaires) Brazzaville
79. OMS, (1978) Stratégie de la lutte contre la lèpre
OMS chronique, 32, (5):, pp 206-213
80. OMS
La santé pour tous en l'an 2000 - Que sont les soins de santé primaires ?
81. Ondoua, P., (1974) Autour de la médecine traditionnelle
Médecine d'Afrique Noire, 21, (11):,
82. Pasqualini Henri, (1957) Contribution à l'étude de la médecine traditionnelle au Maroc
Thèse, médecine, Bordeaux, No.6
83. Pelt Jean Marie, (1976) Retour aux plantes médicinales
La revue du praticien, No. 24
84. Plan décennal de développement des services de santé,
(1er juillet 1966 - 30 juin 1976), Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales, Mali, Bamako
85. Plantes médicinales contre l'anémie falciforme
Coupures de presse

86. Porsching - Ludwig, (1972) Rapport de consultation
Contrat AID/AFR - 756, 96 p.
87. Poulet Jacques, (1971) Singularité des médecines africaines
traditionnelles
Semaine des hôpitaux, 47, (52):, pp 3005-30015
88. Poulet Jacques, (1972) La thérapeutique dans les médecines
africaines populaires
Thérapeutiques à travers le monde, 48, (4):, pp 334-337
89. Quelle place pour la médecine traditionnelle dans la société
d'aujourd'hui, (1974)
Bingo, (No. 262):, pp 25-40
90. Richir Cl., (1969) Coup d'oeil sur l'équipement sanitaire au Mali
Afrique médicale, 8, (70):, pp 461-462
91. Sankale M., Diop M., Gueye I., (1967) Enquête d'opinion sur le
paludisme en milieu rural au Sénégal
Médecine d'Afrique Noire, 14, (6):, pp 271-286
92. Sankale M., Gueye I., Diop B., (1968) Place de l'éducation
sanitaire des populations dans la lutte contre le paludisme en
Afrique Noire
Médecine d'Afrique Noire, (7):, pp 295-300
93. Sankale M., Lauture H., de Dieng F., Borel G., Wone T., (1976)
Des exemples d'une médecine rurale efficace
Les postes de santé privés catholiques du Sénégal
Médecine d'Afrique Noire, 23, (11):, pp 653-663

94. Sekou Hamidou, (1977) La médecine traditionnelle et la pharmacopée africaine - Expérience nigérienne de coopération avec les guérisseurs
Médecine d'Afrique Noire, 24, (7):, pp 517-520
95. Service de grandes endémies
Rapport d'activités 1976 de la division de la médecine socio-préventive et des maladies transmissibles
96. Service des grandes endémies
Situation de l'onchocercose au Mali (zones situées en dehors de l'aire géographique du programme régional de lutte contre l'onchocercose dans le bassin de la Volta).
97. Sirois F., (1973) Quelques aspects de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne en Afrique de l'Ouest et leurs rapports dans le développement
Médecine d'Afrique Noire, 20, (2):, pp 79-86
98. Tradition et modernisme en Afrique Noire, (1965)
Rencontres internationales de Bouaké, Paris, éditions Du Seuil, 318 p.
99. Traoré Dominique, (1965) Comment le noir se soigne-t-il ? ou Médecine et magie africaine
Paris - Présence africaine, 643 p.
100. Trotin F., Bezanger, Beaugu, Esne, L., Pinkas M., Robelet A., (1972)
Recherches sur deux plantes de la médecine populaire malgache
Annales pharmaceutiques françaises, 30, (7-8):, pp 556-566
101. Wandji Thomas, (1974)
Rapport sur le symposium panafricain sur les pharmacopées traditionnelles et les plantes médicinales au Nigeria

SERMENT

En présence des maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y 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.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes frères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.