

Ministère d'Etat chargé
de l'Education Nationale

République du Mali
Un peuple - Un but - Une Foi

Direction Nationale de
l'Enseignement Supérieur

Ecole Nationale de Médecine
et de Pharmacie du Mali

92-42

**APPROCHE ANTHROPO-CLINIQUE D'UNE
ENTITE NOSOLOGIQUE TRADITIONNELLE:
MARA**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le1993

par ZIE SANOGO

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine
(Diplôme d'Etat)

Examineurs

Directeur de Thèse
Prof. Baba KOUMARE

Président: Prof. Sidi Yeya SIMAGA

Membres:

Dr Evelyne MIQUEL-GARCIA
Dr Hubert BALIQUE
Dr Pierre BOBIN

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1992-1993

LISTE DES PROFESSEURS

Professeur ISSA TRAORE	Doyen
Professeur BOUBACAR S.CISSE	Premier Assesseur
Professeur Amadou DOLO	Deuxième Assesseur
Docteur Bernard CHANFREAU	Conseiller technique
Professeur Bakary M.CISSE	Secrétaire Général

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGRGES

Pr Abdel Karim KOUMARE	Chef D E R de Chirurgie
Pr Mamadou Lamine TRAORE	Chirurgie Générale
Pr Aloiu BA	Ophtalmologie
Pr Bocar SALL	Ortho.Traumat.Sécourisme
Pr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Pr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumato
Pr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Pr Djibril SANGARE.	Chirurgie Générale

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Dr Madame SY Aida SOW	Gynéco-Obstétrique
Dr Kalilou OUATTARA	Urologie
Dr Mamadou L. DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Dr Salif Diakitè	Gynéco-Obstétrique
Dr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Dr Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.
Dr Mme DIANE F.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Dr Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Dr Sidi Yaya TOURE	Anesth.-Réanimation
Dr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale
Dr Sékou SIDIBE	Ortho.Traumatologie
Dr A.K.TRAORE DIT DIOP	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Pr Bréhima KOUMARE	Microbiologie
Pr Siné BAYO	Anatomie-Path.
Pr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Pr Yaya FOFANA	Hématologie
Pr Ogobara DOUMBO	Parasitologie

2. DOCTEURS D'ETAT

Pr Yéya Tiémoko TOURE	Biologie
Pr Amadou DIALLO	Biologie Chef D E R Sc.Fond.
Pr Yénimégué A.DEMBELE	Chimie Organique

3. DOCTEURS 3^o CYCLE

Pr Moussa HARAMA	Chimie organique
Pr Massa SANOGO	Chimie analytique
Pr Bakary M. CISSE	Biochimie
Pr Mahamadou CISSE	Biologie
Pr Sekou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Pr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Pr N'yenigue S.KOITA	Chimie organique

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Dr Abderhamane S. MAIGA	Parasitologie
Dr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Dr Amadou TOURE	Histo-Embryologie

5. MAITRES ASSISTANTS

Dr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Dr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Pr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int. Chef D E R MEDECINE
Pr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Pr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
Pr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Pr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Pr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Pr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Pr Moussa TRAORE	Neurologie
Pr Issa TRAORE	Radiologie
Pr Mamamdou M. KEITA	Pédiatrie
Pr Eric PICHARD	Médecine Interne
Pr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Dr Abdel Kader TRAORE	Med.Interne
Dr Moussa Y.MAIGA	Gastroenterologie
Dr Balla COULIBAMY	Pédiatrie
Dr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Dr Dapa Ali DIALLO	Hémato-Médec. Interne
Dr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Dr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Dr Hamar A. TRAORE	Medecine Interne

D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS AGREGES

Pr Boubacar CISSE	Toxicologie
Pr Arouna KEITA	Matière Médicale

2. MAITRES ASSISTANTS

Dr Boulkassoum HAIDARA	Législ. Gest. Pharm.
------------------------	----------------------

Dr Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Dr Ousmane DOUMBIA	Pharm.Chim Chef D E R SCES PHARM.
Dr Drissa DIALLO	Matières Médicales

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS AGREGES

Pr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique (chef D.E.R.)
Pr Moussa A.MAIGA	Santé Publique
Dr Hubert BALIQUE	Maitre de conf. Santé Pub.

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Dr Bernard CHANFREAU	Santé Publique
Dr Jean Michel	Santé Publique
Dr Bocar G.TOURE	Santé Publique
Dr Sory I.KABA	Santé Publique
Dr Sanoussi KONATE	Santé Publique

CHARGES DE COURS

Dr Mme CISSE A.GAKOU	Galénique
Pr N'Golo DIARRA	Botanique
Pr Bouba DIARRA	Bactériologie
Pr Salikou SANOGO	Physique
Pr Daouda DIALLO	Chimie Générale et Min.
Pr Bakary I.SACKO	Biochimie
Pr Yoro DIAKITE	Maths
Pr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Dr Aliou KEITA	Galénique
Dr Boubacar KANTE	Galénique
Dr Souleymane GUINDO	Gestion
Dr Mrs Sira DEMBELE	Maths
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mrs MAIGA Ftoumata SOKONA	Hygiène du Milieu

ASSISTANTS

Dr Nouhoum ONGOIBA	Chirurgie
Dr Saharé FONGORO	Néphrologie
Dr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Dr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
Dr Ababacar I.MAIGA	Toxicologie
Dr Mamadou DEMBELE	Medecine Interne
Dr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Dr Ibrahim ALWATA	Ortho-traumatologie
Dr Adama D.KEITA	Radiologie
Dr Tatiana KEITA	Pédiatrie
Dr Massambou SACKO	Santé Publique

C E S

Dr Georges YAYA (RCA)	Ophtalmologie
Dr Abdou ISSA (NIGER)	Ophtalmologie
Dr Amadou DIALLO (Sénégal)	Ophtalmologie
Dr Askia Mohamed (NIGER)	Ophtalmologie
Dr Oumar BORE	Ophtalmologie
Dr N'DJIKAM Jonas (CAMEROUN)	Ophtalmologie

Dr DEZOUNBE Djoro (TCHAD)	Ophtalmologie
Dr Aboubacrine A.MAIGA	Santé publique
Dr Dababou SIMPARA	Chirurgie Générale
Dr Mahamane TRAORE	Chirurgie Générale
Dr Mohamed Ag BENDECH	Santé Publique
Dr Mamadou MAIGA	Dermatologie
Dr Tongo DOUMBIA	Chirurgie Gle
Dr Salimata KONATE	Ophtalmologie
Dr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Dr Ousmane C.FAYE	Dermatologie
Dr Mme N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
Dr Idrissa A.CISSE	Dermatologie
Dr Akory Ag IKNANE	Santé Publique
Dr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Dr Mahamadou MAIGA	Santé Publique
Dr Adama DIAWARA	Santé Publique
Dr Mahamadou THERA	Santé Publique

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Pr P.HAVLCK	Biophysique
Pr F.ROUX	Biophysique
Pr G.FARNARIER	Physiologie
Pr G.GRAS	Hydrologie
Pr E.A.YAPO	Biochimie
Pr Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr Mamadou BADIANE	Pharmacie Chimique
Pr Issa LO	Législation

PERSONNELS RESSOURCES

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANTAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur BA Marie P.DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Arkia DIALLO	P.M.I.CENTRALE
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur TRAORE J.THOMAS	IOTA
Docteur P.BOBIN	I.MARCHOUX
Docteur A.DELAYE	H.P.G.
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	HGT

DEDICACES

JE DEDIE CETTE THESE:

A mon père feu Fatogoma Sanogo "IN MEMORIAM",

Vous avez été pour nous un père modèle. Vous avez su nous donner une éducation exemplaire, basée sur les principes fondamentaux qui font la vertu de notre société: l'honnêteté, le courage, la dignité humaine, la rigueur, l'honneur et la modestie.

Bien que vous ayiez été prématurément enlevé à notre affection, ce travail est le fruit des énormes sacrifices que vous avez consenti au sein de la cellule familiale. Que votre âme repose en paix. Amen.

A ma mère feu Mme Sanogo Bougo Diabaté "IN MEMORIAM",

Vous nous avez quitté trop tôt. Pourtant, je n'ai cessé de prendre courage au travail. Votre philosophie m'a enseigné courage, droiture, et simplicité. Elle demeurera pour moi une référence sûre. Dors en paix.

A ma grand mère feu Naniogo Sanogo,

Tu as joué auprès de moi le double rôle de mère et de grand mère, deux ans seulement après ma naissance.

Je me garderai d'exprimer tout ce que je ressens pour toi par crainte de trahir ma pensée.

Trouves cependant ici toute ma reconnaissance et l'expression de mes sentiments les plus respectueux. Que ton âme repose en paix.

A mon frère Mamourou Sanogo,

Le résultat si attendu de mes études, avec la patience qui te caractérise est enfin obtenu. Les énormes sacrifices consentis durant de longues années sont le résultat d'une bonne assimilation des leçons et conseils que nous a légués un père exemplaire.

A mes autres frères, soeurs, cousins et cousines en particulier Waraba Sanogo, feu Tiantio Sanogo, Salimata, Arahama, Portio, Ziré, Noumousso, Namporitio, Diarra, Nangagniré, Tiona Sanogo, afin que demeure entre nous l'esprit de famille.

A mes oncles, tantes et leurs familles,

J'ai trouvé à vos côtés l'amour paternel et maternel dont m'a privé la mort.

Vous et vos familles m'avez choyé et soutenu pendant les périodes difficiles, afin que je puisse arriver au bout de mes études. Soyez-en remerciés.

A ma future épouse, Mlle Bernadette Diamouténé,

Même de très loin, ton soutien moral ne m'a jamais fait défaut. Ta patience, ton courage, ton sens de la vie font de toi une personne pleine d'avenir. Courage dans tes études. Ce travail est aussi le tien.

A mon cher ami Dr Salia Coulibaly,

En souvenir de ces longues et pénibles années d'études de médecine vécues ensemble, ce travail étant aussi le tien. Plus qu'un ami, tu m'as assisté sur tous les plans, du début de mes études à la fin de cette thèse. Ton courage, ton honnêteté, ta patience font de toi un homme d'avenir. Je te souhaite longue vie et heureuse carrière au médecin que tu es.

A Mama Koumaré,

Ton courage, le sérieux qui t'anime, ton sens de la bonne collaboration, ta franchise, font de toi un homme exemplaire.

A Mlle Nadoussou Traoré,

Pour ton soutien moral et matériel. Ce travail est le tien.

A Mlle Maïmouna Sacko,

Pour ta franche collaboration.

A la famille de feu Baky Ouonogo à Sikasso,

En reconnaissance de vos énormes sacrifices pendant mes études secondaires.

A mes collègues et amis,

Dr Garibou Bamia, médecin

Dr Bréhima Mallé, médecin

Dr Mama Konaté, pharmacien

Dr Kassoum Diarra, médecin

Dr Kassoum Thiéno, médecin

Mr Souleymane Bengaly, enseignant

Mr Tidiani Traoré, ingénieur

Mr Ladjji Diarra, enseignant,

Mr Adama B. Sanogo, enseignant

Mr N'Kary Sanogo, enseignant,

Mr Arouna Dembélé, enseignant,

En témoignage d'une amitié que je souhaite éternelle.

A mon oncle Zana Sanogo, professeur d'enseignement secondaire,

Tu n'as cessé de m'assister moralement tout au long de mes études de médecine. Ton courage inestimable qui a fait de toi ce que tu es aujourd'hui, m'a servi d'exemple. Ce travail est le tien.

A Mr Tjiniougo Sangaré, ingénieur,

En souvenir de l'enfance, des sacrifices consentis pour moi, je te suis reconnaissant.

A mes logeurs Danséni et Kafotié Sanogo et familles,

Vous n'avez ménagé aucun effort pour la réussite de mes études. Pendant les périodes difficiles, vous avez accepté de partager votre maigre salaire avec moi sans aucun esprit égoïste, eu égard au passé. Ce travail est le vôtre. Trouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance.

REMERCIEMENTS

NOUS RENDONS GRACE A DIEU POUR NOUS AVOIR ACCORDE LA VIE, LA SANTE, ET LE COURAGE DE MENER A BOUT NOS ETUDES. NOUS IMPLORONS DAVANTAGE SON SECOURS POUR LA REALISATION DE NOS ENTREPRISES.

A tout le corps professoral de L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE (E N M P),

Tout en nous donnant le meilleur de vous même, vous avez fait de nous ce que nous sommes. Soyez en remerciés.

A tout le personnel de l'E N M P pour son entière disponibilité.

A tous mes promotionnaires de 89-90 et 90-91 pour la franche collaboration.

A Ramata DIAOURE, Psychopathologue clinicienne, membre du groupe de recherche du Service de Psychiatrie,

Vous vous êtes entièrement investie pour la réalisation de ce travail. Votre formation de psychopathologue, votre maîtrise de l'ordinateur ont été d'un apport inestimable. Votre courage ajouté à votre sérieux au travail, votre honnêteté intellectuelle, votre sens élevé de l'encadrement, votre amour du prochain font de vous une personne pleine d'avenir. Vous m'avez initié à l'ordinateur, me permettant de faire la frappe de cette thèse.

Je vous prie de bien vouloir croire à l'expression de la profonde admiration que j'éprouve à votre égard, et à mes sincères remerciements à votre endroit.

A Mr José MIQUEL-GARCIA et famille,

Vous m'avez accueilli dans votre famille comme un fils, facilitant ainsi les innombrables séances de travail avec mon encadreur de thèse, je veux nommer votre épouse. Vous avez privé parfois votre famille de certaines de ses jouissances, et l'amour maternel à momentanément fait défaut à vos enfants, même en dehors des heures de travail. Que l'esprit de compréhension et l'amour du prochain qui caractérisent le couple Miquel-Garcia soient fidèlement transmis à ses enfants.

Je vous prie de croire à l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Mme KOUMARE Lucienne,

Pour l'accueil chaleureux que vous m'avez toujours réservé; ceci est le reflet des qualités morales qui animent votre mari, notre maître. Que vos enfants aussi en soient remerciés.

Aux Drs Bakoroba COULIBALY, Antandou TELLY et Bintou KEITA,

D'abord vous m'avez appris à faire une observation en psychiatrie, ensuite votre soutien moral et votre franche collaboration ne m'ont jamais fait défaut.

Aux Drs Arouna TOGORA, Modibo SISSOKO, Bou DIAKITE et Fernand KANOUTE

Pour votre franche collaboration à la finition de ce travail.

A tout le personnel du Service de Psychiatrie pour la franche collaboration, le respect et les énormes sacrifices consentis durant mon long séjour.

Au personnel de la Division de l'Epidémiologie et de la Prévention pour sa franche collaboration.

Au personnel du Département d'Epidémiologie des Affections Parasitaires de L'E.N.M.P.

Au personnel du Centre de Santé de KOUTIALA et particulièrement de l'Antenne de Santé Mentale.

Au Dr Bakary OULALE et famille,

Pour les efforts consentis à la réussite de ce travail.

A M Tiémoko TRAORE et famille,

Pour m'avoir hébergé deux mois durant à Koutiala.

Au Pr Ogobara DOUMBO,

Médecin-Chef du Département d'Epidémiologie des Affections Parasitaires de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali; Directeur du Cours Supérieur d'Epidémiologie; Professeur de Parasitologie à l'E N M P.

Votre souci du travail bien accompli et le sens du devoir font de vous un modèle au sein de notre établissement.

Malgré vos multiples préoccupations vous avez su nous prodiguer de sages conseils.

Nous vous adressons nos remerciements les plus sincères et notre grande admiration.

Au Dr Issiaka NIAMBELE,

Coordinateur National O P C (Programme de lutte contre l'onchocercose).

Votre ardeur et votre souci constant du travail bien accompli font de vous une personne admirable.

Votre simplicité, votre modestie, votre sens élevé de l'encadrement ont favorisé le recrutement de nombre des patients de cette thèse à la Direction de l'Epidémiologie et de la Prévention où vous étiez Directeur National.

Votre disponibilité ne m'a jamais fait défaut, même en dehors des heures de travail, à votre domicile.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude et de mes sincères remerciements.

Au Dr Roberto LIONETTI,

Anthropologue;

Responsable de l'équipe Italienne du Centre Régional de Médecine Traditionnelle Vème Région de Bandiagara.

Votre modestie, votre simplicité, font de vous un homme d'abord facile. Vous avez favorisé la réalisation de ce travail sur le plan financier et de l'analyse.

Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté de travailler avec moi, même pendant les jours fériés, pour ma réussite.

Votre profession a été d'un apport inestimable pour la qualité de ce travail.

Trouvez, à travers cette thèse, toute la sympathie du Service de Psychiatrie pour la Coopération Sanitaire Italienne au Mali.

Que tout le personnel en soit remercié à travers votre personne.

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

Professeur Baba KOUMARE, Directeur de thèse,

Professeur Agrégé de Psychiatrie,

Chef du Service de Psychiatrie de l'Hôpital du Point-G,

Responsable du Programme National de Santé Mentale,

~~Chargé de cours à l'ENM.P,~~

Votre détermination à mettre en place une Ecole Malienne Psychiatrie n'est plus à démontrer.

Votre esprit didactique, tant à l'école qu'à l'hôpital, et votre générosité tout au long de ce travail nous ont comblé.

Par ailleurs vous avez toujours "cassé" ce rapport Maître-Elève, pour ne conserver que des rapports Père-Fils en m'exhortant au travail bien fait.

Tout cela révèle les éminentes qualités humaines que j'ai ^{pu} découvrir en vous.

Sachez que votre souci constant du malade est aussi le nôtre.

En espérant que vous me comprendrez, je formule le voeu que tout ceci me reste à l'esprit pour la vie.

Dr Evelyne MIQUEL GARCIA,

Pédopsychiatre;

Assistante Technique au Service de Psychiatrie,

Responsable du Projet d'Appui à la Santé Mentale de la Mission Française d'Aide et de Coopération,

Ce travail est le résultat de votre concours permanent.

Vos immenses qualités humaines, votre bonne humeur permanente font de vous une personne d'abord facile.

Votre souci constant pour les malades et votre souci du développement de la santé mentale font de vous une personne inoubliable pour le Mali tout entier.

Votre honnêteté scientifique, votre ardeur au travail et votre haine tant éprouvée pour le paresseux, comme pour dire que celui ci n'a pas de place dans la compétition sur terre, m'ont été autant de leçons.

Les rapports Maître-Elève ont été "voilés" pour ne conserver que des rapports Mère-Fils.

Cela pour dire que vous avez été pour moi une mère qui a su consoler son enfant, m'éloignant de tout découragement tout au long de ce travail.

Nous apprécions à sa juste valeur, cher Maître, toute l'aide que vous ne cessez d'apporter à la psychiatrie malienne en vue de la rendre exemplaire.

Nous ne saurons jamais vous en être assez reconnaissant.

Pr Sidi Yeya SIMAGA,

Chef du D.E.R. de Santé Publique de l'E.N.M.P.,

Vous nous faites honneur en acceptant de présider la soutenance de cette thèse, et cela en dépit de vos multiples occupations. Tout au long de nos études médicales, nous avons pu bénéficier de vos hautes qualités humaines, morales et intellectuelles; ainsi que de votre enseignement clair et précis.

Veillez recevoir ici le témoignage de notre reconnaissance.

Dr Pierre BOBIN,

Spécialiste de dermato-léprologie,

Directeur de l'Institut Marchoux,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant, malgré vos multiples occupations, de faire partie de ce jury. Nous ne pourrons jamais vous remercier assez pour les efforts déployés à la tête de l'institution internationale que vous dirigez.

Veillez recevoir ici, l'expression de notre admiration.

Dr Hubert BALIQUE,

Maître de conférences en Santé Publique,

Professeur de Santé Publique à l'E.N.M.P.,

Vous avez participé aux débuts de nos travaux de recherche. Vos qualités humaines et pédagogiques, de même que votre dynamisme forcent l'admiration de tous.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de toute notre gratitude.

TABLE DES MATIERES

1) INTRODUCTION	page 1
2) REPRESENTATIONS DE LA MALADIE	page 2
- Conceptions traditionnelles	page 2
- Mara	page 3
3) L'ONCHOCERCOSE	page 6
- Définition	page 6
- Répartition géographique dans le monde	page 6
- Répartition géographique au Mali	page 6
- Epidémiologie générale	page 6
- Symptomatologie	page 7
- Diagnostic	page 8
- Complications de la maladie	page 9
- Conséquences socioéconomiques	page 9
- Traitement	page 9
4) METHODOLOGIE	page 11
1. Etude prospective	page 11
1.1. Période	page 11
1.2. Lieux	page 11
1.3. Critères d'inclusion	page 11
1.4. Principe	page 11
1.5. Matériels et méthodes	page 12
2. Etude rétrospective	page 14
2.1. Période	page 14

2.2. Lieu	page 14
2.3. Critères d'inclusion	page 14
2.4. Principe, matériel et méthode	page 14
5) CADRE DE L'ETUDE	page 15
1. Aperçu géographique	page 15
2. Situation démographique	page 16
3. Situation économique	page 18
4. Organisation administrative	page 18
5. Organisation socio-sanitaire	page 19
6) LES SITES D'ENQUETE	page 21
1. Le District de Bamako	page 21
2. Le Service de Psychiatrie de l'Hôpital National du Point-G	page 21
3. La Division de l'Epidémiologie	page 21
4. Le Département de l'Epidémiologie des Affections Parasitaires	page 22
5. La ville de Koutiala	page 23
6. L'Antenne de Santé Mentale de Koutiala	page 23
7. Caractéristiques culturelles	page 24
7) L'ENQUETE PROSPECTIVE DE BAMAKO	page 25
1. Caractéristiques de l'échantillon	page 25
2. Caractéristiques cliniques	page 29
3. Etude anthropologique	page 37
4. Analyse croisée des résultats	page 44
8) L'ENQUETE RETROSPECTIVE DE KOUTIALA	page 52
1. Caractéristiques de l'échantillon	page 52
2. Caractéristiques cliniques	page 54

9) L'ENQUETE AUPRES DES GUERISSEURS	page 60
10) LE QUESTIONNAIRE DE DEPISTAGE	page 65
11) ANALYSE ET DISCUSSION	page 66
1. Les échantillons	page 66
2. Analyse des résultats	page 69
3. Synthèse des résultats	page 70
4. Conclusion	page 76
BIBLIOGRAPHIE	page 78
ANNEXES	page 82

1) INTRODUCTION

"Toute situation de soin est une situation anthropologique, c'est à dire qui concerne l'homme inséré dans son environnement, tissé de toutes sortes de liens symboliques; aussi l'approche anthropologique parait-elle la démarche la mieux adaptée pour découvrir les personnes soignées et rendre significatives les informations qu'elle contient"(32).

Bien que bénéficiant des connaissances d'une médecine conventionnelle basée sur l'évidence claire et positive, il nous appartient, à nous, médecins africains, d'emprunter à cette dernière ce qui est nécessaire à notre développement, sans oublier les aspects positifs de notre propre tradition.

Il m'est donc apparu nécessaire, dans une formation de clinicien, d'aborder la dimension anthropologique de la maladie.

Ainsi, durant nos études médicales nous avons remarqué que le terme "mara" revenait très souvent dans le discours de nos patients. En effet, certains patients désignaient leur maladie par ce terme bamanan.

Par habitude, bon nombre de gens traduisent mara par onchocercose, ce qui a conduit, dans certains cas, à assimiler les deux termes. Si le terme "mara" désigne les troubles présentés par les malades atteints d'onchocercose, il est aussi utilisé par certains patients chez lesquels l'onchocercose ne sera pas retrouvée. Ce terme est présent aussi bien en médecine interne, en chirurgie, en dermatologie et en ophtalmologie, qu'en psychiatrie.

Le quiproquo créé par l'utilisation de ce terme dans les structures médicales risque de poser, à coup sûr, un problème de communication, dont dépendent et la prestation du médecin, et le profit auquel le malade aspire, c'est à dire l'établissement d'une relation thérapeutique authentique.

Nous nous sommes donc demandé quelle était la réalité clinique de cette entité nosologique traditionnelle, et quels étaient ses rapports avec les affections décrites par la médecine conventionnelle?

J'ai mis à profit un stage que j'ai effectué dans le Service de Psychiatrie pour étudier cette entité nosologique traditionnelle.

Les objectifs de l'étude étaient les suivants:

- préciser la symptomatologie du mara,
- établir des correspondances entre cette catégorie nosologique traditionnelle et certaines entités de la nosographie médicale, telles que l'onchocercose et/ou certaines affections psychiatriques,
- mieux cerner les représentations collectives du mara.

2) REPRESENTATIONS DE LA MALADIE

2.1. Conceptions traditionnelles:

DIAKITE Djigui (15), abordant les conceptions traditionnelles de la maladie, de la mort et de la médecine chez les Bambara du Bélé Dougou écrit:

- Les maladies "peuvent être regroupées en quatre grandes catégories:

- les maladies "naturelles": "ala banaw", qui rassemblent des affections simples, dont l'apparition est explicable, et dont l'évolution est bénigne. Exemple: diarrhée que l'on peut avoir en mangeant de la viande de chèvre. Entrent aussi dans cette catégorie, les affections considérées comme une fatalité, et celles survenant aux âges dit de maladie: nourrisson, adolescent, troisième âge. Une maladie survenant à ces âges est presque prévue.

- les maladies dues à des ruptures d'interdits: difficultés obstétricales (infidélité de la femme), accès pernicieux de paludisme ("nyama" du chasseur qui a tué un gibier interdit), anomalie ou maladie congénitale comme l'albinisme ou la lèpre chez un enfant issu d'un rapport sexuel avec une femme en menstruation.

- Les maladies dues à des personnes "méchantes" ("maa juguw"): morts brutales, ou à des sorciers ("subagaw").

La notion de maladies transmissibles se traduit par la classification en:

- "finyè banaw": maladies infectieuses à caractère épidémique comme la rougeole ("nyonin"),

- "bana yelemataw": maladies transmissibles comme les maladies sexuellement transmissibles, la lèpre, les maladies congénitales".

"La mort est un événement normal lorsqu'elle survient chez un vieillard, mais est toujours due à une origine anormale lorsqu'elle se produit chez une personne en âge de vivre. Les morts des enfants sont dues en général à des interdits violés par les parents, ou à des vengeances contre ceux-ci. Les morts en couches ont un caractère extrêmement grave. Ce sont des "males morts" (mauvais cadavres), "su juguw" encore appelés cadavres maléfiques: "su nyama maaw", au même titre que les morts par suicide ou par meurtre".

"La médecine: elle agit en fonction des causes de la maladie, en faisant appel à des rites et à des supports visibles. Le Bambara cherche à savoir pourquoi il est malade et non comment il est atteint. En effet la gravité d'une affection est liée à son origine et non pas à ses manifestations (qui permettent cependant d'identifier l'origine)".

ZEMPLANI Andras (52) a décrit, parmi l'ensemble des interprétations possibles, quatre types principaux que nous rappellerons brièvement.

Selon la dimension corporelle, l'attaque peut être soit:

- Progressive et permanente: c'est le cas à la fois de l'atteinte par les rab (esprits ancestraux) et du maraboutage (magie impersonnelle);
- Abrupte et circonscrite, dans le cas d'une attaque par le sorcier anthropophage ou bien par le jinè, esprit relevant de la tradition musulmane.

Selon la dimension spatiale, l'attaque peut être située soit:

- à l'intérieur de l'espace corporel (sorcier, rab),
- hors de lui (jine, maraboutage).

Le sorcier ("domm", "subaga") comme le jinè, enlève quelque chose à la personne, en l'occurrence sa force vitale ("fit", "ja"). Par contre le rab, comme le maraboutage, y ajoute quelque chose (possession, imposition d'une contrainte).

Le sorcier et le jinè bouleversent l'équilibre psychosomatique tandis que le rab et le maraboutage perturbent la vie de relation. Le niveau sensoriel de l'atteinte n'est pas le même, essentiellement oral et tactile dans le cas du sorcier, visuel et auditif dans le cas du jinè.

Enfin dans le domaine de la vie de relation, l'attaque par le rab se réfère à la relation aux ascendants, tandis que le maraboutage se réfère à la vie aux égaux, aux "pairs".

2.2. Mara:

L'origine du terme "mara" reste imprécise; ainsi:

Mara peut signifier royaume, province, division administrative (33).

"Ka mara" peut signifier garder, conserver, économiser, commander (33).

Mara peut aussi désigner la catégorie nosologique que nous étudions ici.

SCHUMACHER Ruth (48) souligne la complexité du concept de mara: "le mara n'est pas une maladie uniforme et objective, mais un monde vaste de significations, le monde des conceptions traditionnelles où il est difficile de délimiter les concepts de "maladie" ou de "médecine", partie intégrante et indissociable des autres domaines de la société.

Elle tente néanmoins de mettre en évidence la symptomatologie la plus fréquemment rencontrée. Pour elle, mara est souvent assimilé aux maux de tête, elle souligne l'importance de la triade suivante: maux de tête, ko ja (dos, sec/raide) et kono ja (ventre, sec: constipation), et l'importance de la peur. Elle analyse le concept de mara kisè ("graine" du mara) qui sous-tend celui de mara: "dans le corps le mara kisè se promène et te fait très mal.

Parfois le kisè se couche et le malade peut à ce moment là se reposer un peu. Mais quand ça se lève tout le corps te fait mal. Ça se développe et s'éparpille dans tout le corps. Ça se promène par la voie du sang et par la voie des fasa (muscles, nerfs, tendons)".

Elle précise que le mara est considéré comme une maladie grave du fait qu'elle est souvent associée avec la folie, la cécité, l'impuissance sexuelle et l'incapacité à travailler. "Tous ces aspects peuvent rendre difficile le statut d'une personne dans sa communauté, ce qui s'exprime, par exemple, par le fait qu'un malade du mara est considéré comme difficile à marier". Elle souligne le fait que le mara apparait comme une "maladie dont on ne meurt pas mais qui est en revanche incurable".

Elle souligne que s'il existe un système classificatoire du mara en mara bilèn (mara rouge), mara jèman (mara blanc), mara fiman (mara noir) et aussi de façon plus rare en mara jalan (mara sec, maigre), mara bubulu (le grand mara) et mara kalamam (mara chaud), celui-ci n'a rien d'absolu et varie beaucoup d'un "connaisseur" à l'autre. Les attributs donnés à chaque catégorie varient beaucoup.

"Le mara bilèn "noircit ton cerveau, la tête fait mal et ça descend vers la racine de l'oeil et abîme l'oeil",

- le mara jèman fait grossir le corps et "ça t'endort, tu ne peux plus travailler, ton cou tremble, le corps peut devenir blanc",

- le mara fiman fait maigrir la personne "et boit ton sang et sèche le ventre", le mara kalamam "tue tes désirs et chauffe ton corps et mélange ton sang".

Pour l'équipe du Centre Régional de Médecine Traditionnelle Vème Région, Bandiagara (14), "d'après les villageois, mara fait partie du groupe des maladies naturelles. Les agents étiologiques sont de différentes natures, mais tous ont à faire avec la pollution du sang en général ou directement des yeux".

La circulation du sang est supposée diffuser cette maladie dans le corps.

Ils retiennent la description du mara jè (mara blanc): "la personne grossit pendant que sa peau devient ...plus luisante... amène la cécité, la stérilité", du mara jalan (mara sec ou maigre) qui produit "une perte d'appétit, la personne maigrit".

DIAKITE Djigui (15) écrit "les symptômes de la maladie désignée par le terme "mara" sont multiples et variés, la gravité tient à la cécité et à la folie, les causes sont complexes. L'usage des plantes médicinales pourtant nombreuses ne permet pas toujours une guérison..."

"La déchéance physique des onchocerquiens (asthénie, amaigrissement, angoisse, troubles oculaires) correspond à ce que les bambara appellent "mara" mais mara ne peut être identifié comme onchocercose". Il cite comme symptômes du mara: la folie, les douleurs aux tendons, l'alternance diarrhée-constipation, l'augmentation ou la diminution du poids, les urines jaune foncé

les boutons sur tout le corps, l'alourdissement de la tête, l'asthénie des yeux, l'hypersomnie et l'affinité pour les rayons solaires, l'émotivité, la lassitude, le prurit, les céphalées, le brouillard à la vision, une arthralgie. Il cite parmi les étiologies du mara: les eaux sales, les piqûres d'insectes, les séquelles de céphalées, les micro-organismes, les jinns, marcher dans certains endroits, les simulies.

Pour lui, la gravité de la maladie est marquée par la folie. Le mara est à l'origine d'autres maladies: le dérèglement mental, la destruction de la vision, l'impossibilité pour l'homme de coucher avec sa femme, la déshydratation.

La prévention de la maladie réside dans: l'usage des plantes, la lutte contre les vecteurs, l'hygiène alimentaire et de l'eau.

Pour TRAORE Dominique (51), mara correspond à la syphilis tertiaire, à la gomme localisée (Mara dit golokoro da) ou à la syphilis nerveuse (Mara dit korotè sumalén).

Il décrit cependant un tableau unique: le sujet est à la fois un constipé chronique et un ballonné permanent. Il semble entendre sans cesse un son prolongé de sirène, sent une vive brûlure localisée en un point du corps, où séjourne momentanément un genre d'araignée qui semble circuler dans les tissus de celui ci, devient boursouflé ou décharné, a les yeux larmoyants, dort profondément et sans cesse.

La dernière phase de ce tableau aboutit: "à l'impuissance sexuelle entraînant la stérilité, la cécité et l'aliénation".

Il évoque comme étiologie de mara, l'abus de mangues, la piqûre d'insectes vivant sur les manguiers, voire même la mouche tsé tsé.

A partir de l'étiologie relative aux mangues, il définit des zones où sévit mara:

- au Soudan (Mali) où on n'avait jamais signalé sa présence avant l'apparition de ces fruits dans cette contrée,

- en Guinée française, surtout dans le Fouta Djallon, où on consomme des mangues sous différentes formes.

Selon lui, mara est très répandu dans la localité de Bamako et fait des progrès rapides, car il gagne les villages environnants sur une étendue difficile à évaluer.

Signalons que Dominique Traoré est un guérisseur traditionnel, ce qui fait la particularité de son discours à propos de mara.

3) L'ONCHOCERCOSE

3.1. Définition:

L'onchocercose est une filariose cutanéodermique dont l'agent pathogène est *onchocerca volvulus*.

La gravité de la maladie réside essentiellement dans l'apparition de complications oculaires pouvant entraîner la cécité.

3.2. Répartition géographique dans le monde:

La maladie sévit:

- en Afrique, entre les parallèles 15° Nord et 13° Sud,
- au Yémen,
- en Amérique tropicale.

Sa répartition sur ces territoires n'est pas uniforme mais est liée au régime des cours d'eau qui conditionne la présence de l'insecte vecteur, la simulie (27).

3.3. Répartition géographique au Mali:

Au Mali il existe de grands foyers d'onchocercose:

- les foyers du Sud du fleuve Niger comprenant ceux situés autour de ses affluents: le Ouassoulou, le Sankarani, la Bagoé, le Baoulé, le Banifing, le Koni et le foyer de Bandiagara. Toutes ces rivières abritent des gîtes simulidiens et leurs affluents s'intriquent facilement les uns dans les autres. L'endémie sévit partout mais à des degrés divers. Par exemple, le cours supérieur du Baoulé constitue une zone d'hyperendémie sévère avec un taux de cécité de 8%, de même que la zone du Farako où le taux de parasités dépasse 50%; le foyer des Mandingues sur le cours du fleuve où on peut trouver des porteurs de kystes à un taux de 76%,

- le foyer du Bassin du fleuve Sénégal où, à part les zones du cours du fleuve et de la rivière Kolimbiné où le niveau onchocerquien est hypoendémique, toutes les zones ont un niveau hyperendémique (50).

3.4. Epidémiologie générale:

Il s'agit d'une maladie exclusivement rurale, affectant les petites communautés humaines, du fait du comportement du vecteur qui évite les grandes agglomérations, et en raison de la "dilution" du parasite au sein des populations humaines abondantes.

Au plan sanitaire c'est une maladie débilitante (par toutes ses manifestations classiques, cutanées et oculaires) et invalidante, les malades atteints de lésions oculaires graves et de cécité étant évidemment gravement handicapés. Cet aspect a de sérieuses répercussions socio-économiques.

C'est enfin une maladie dont l'évolution clinique est le fruit d'une sommation, due d'une part à l'accumulation des piqûres infectantes et de l'autre à la longévité relativement grande des filaires adultes et des microfilaires.

Cette évolution est donc lente et les manifestations les plus avancées mettent au moins quelques dizaines d'années pour se développer (43).

Au Mali, une étude d'ensemble faite en 1971 (45) a mis en évidence l'onchocercose (par ordre croissant) dans les régions (au sens administratif malien du terme) de Kayes, Bamako (actuellement Koulikoro) et Sikasso.

L'onchocercose est fréquente dans la région de Mopti où les infections sont probablement celles du foyer de Bandiagara, peu fréquente dans la région de Ségou, rare dans la région de Gao.

Tableau n°1: Taux de handicap (par région) lié à l'onchocercose au Mali (34).

Région	Pourcentage
Kayes	3,88%
Koulikoro	3,67%
Sikasso	3,36%
Ségou	1,41%
Mopti	0,63%
Tombouctou	0,29%
Gao	0,16 %
Bamako	0,62%

3.5. Symptomatologie:

Les manifestations de l'onchocercose sont essentiellement dues à l'action des microfilaires. On peut distinguer:

- Un syndrome cutané avec:

- prurit intense et continu obligeant au grattage, pouvant entraîner un tableau de gale filarienne,

- des lésions cutanées hyperpigmentées, siégeant au niveau des parties basses du tronc, des fesses, des cuisses, des régions pré-tibiales,
- des zones cutanées oedématisées recouvertes d'une peau sèche, squameuse, liquéfiée, évoquant une peau de lézard,
- des zones dépigmentées siégeant surtout au niveau des crêtes tibiales et donnant l'aspect d'un "pseudo-vitiligo",
- chez les personnes âgées la peau devient atrophique, sèche, fragile, ridée, sans élasticité.

- Un syndrome oculaire:

Il constitue toute la gravité de la maladie. De survenue très souvent tardive, ce syndrome oculaire se voit chez les sujets soumis à de multiples infestations et pendant une longue période.

Comme lésions oculaires il peut s'agir de kératite, d'iridocyclite, de chorioretinite, d'atrophie du nerf optique aboutissant à la cécité.

On attribue toutes ces lésions à la présence de microfilaries dans les différents segments de l'oeil.

- Un syndrome kystique:

Les kystes ou nodules, ou onchocercomes sont dûs à la prolifération de tissus hypodermiques autour d'amas de filaires adultes. Seuls les kystes de taille suffisante, situés sur un plan osseux peuvent être détectés à la palpation.

L'éléphantiasis est très souvent rencontré dans l'évolution de l'onchocercose.

D'autres signes sont souvent mis en évidence à l'heure actuelle: adénopathies inguinales, etc (4, 9, 17, 19, 20, 21, 24, 27, 50).

3.6. Diagnostic:

Nodules hypodermiques, gale filarienne, troubles oculaires, hyperéosinophilie sanguine, notion de passage ou de séjour en zone d'endémie, test d'immunofluorescence positif et réaction de précipitation en gélose positive, test de Mazzoti positif, sont des arguments de présomption.

Le diagnostic est confirmé par la découverte de larves (microfilaries); pour cela on peut effectuer:

- soit une biopsie cutanée exsanguine,
- soit un prélèvement de suc dermique.

Les microfilaries peuvent être aussi recherchées dans le sang et dans les urines.

L'observation microscopique de ces prélèvements permet de poser le diagnostic d'onchocercose.

L'examen ophtalmoscopique peut mettre en évidence des microfilaries (4, 9, 17, 19, 20, 21, 24, 50).

3.7. Complications de la maladie:

La principale complication de l'onchocercose est oculaire. L'atrophie du nerf optique, aboutissant à la cécité, demeure la complication la plus grave (9, 17, 19, 20, 21).

3.8. Conséquences socio-économiques:

Les déséquilibres sociaux et économiques de l'onchocercose apparaissent dans les foyers soumis aux plus fortes transmissions. Il est prouvé que les démangeaisons associées à l'invasion microfilarienne sont la cause d'insomnies graves, d'apathies et même d'états cachectiques, qui entraînent une baisse sérieuse de la capacité de travail.

L'onchocercose est à l'origine de déséquilibres sociaux et économiques dans les communautés où elle sévit gravement, puisqu'une fraction notable de la partie productive de la population (les aveugles) est à la charge du reste.

L'impact psychologique est d'autre part considérable, l'évolution de la maladie étant lente et ses causes inapparentes pour l'observateur non averti.

Il s'en suit une accentuation du mouvement d'émigration hors des villages très infestés, le refus des femmes de venir fonder une famille dans les villages hyperinfestés, le départ des jeunes vers les villes (43).

3.6. Traitement:

De nombreuses drogues sont utilisées dans le traitement de l'onchocercose.

Ces drogues sont soit macrofilaricides soit microfilaricides, parfois on y trouve les deux propriétés associées. Parmi les drogues utilisées on peut retenir:

- la diéthylcarbamazine (Notézine),
- la suramine sodique (Moranyl),
- le levamisol (Solaskil), etc.

Toutes ces drogues tendent à être abandonnées à cause de leurs effets secondaires nocifs ou toxiques pour l'organisme. Actuellement, on a tendance à utiliser des produits répondant aux critères suivants:

- activité sur au moins un des stades évolutifs du parasite (macro ou microfilaricide),
- action prolongée,
- absence de toxicité aux doses thérapeutiques,
- mode d'administration le plus simple possible, l'idéal étant une dose unique par voie orale,
- tolérance acceptable (pas d'effets secondaires importants),
- coût le plus bas possible.

Ces exigences font que le Mectizan (Ivermectine) est la molécule qui s'est avérée la plus utilisable, surtout en chimiothérapie de masse.

Les mesures prophylactiques (lutte contre les larves de simule, protection de l'homme par les vêtements, utilisation de répulsifs) constituent la meilleure arme contre l'onchocercose (19, 20, 21, 24, 26).

4) METHODOLOGIE

L'enquête a été effectuée à partir du Service de Psychiatrie de l'Hôpital National du Point G.

Elle s'est déroulée en trois phases:

- une étude prospective réalisée à Bamako,
- une deuxième étape réalisée à Koutiala, sous la forme d'une étude rétrospective,
- enfin une enquête auprès de guérisseurs traditionnels spécialistes de mara résidant à Bamako et à Kolokani.

4.1. Etude prospective:

4.1.1. Période

L'étude a couvert la période allant de Juillet 1991 à Janvier 1992.

4.1.2. Lieux

Les patients ont été recrutés dans l'unité de soins de la Division de l'Epidémiologie du Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées (plus connue sous l'appellation de Service des Grandes Endémies) et dans le Service de Psychiatrie de l'Hôpital National du Point G.

De Juillet 1991 à Janvier 1992, 2288 patients ont consulté à l'unité de soins de la Division de l'Epidémiologie; ils étaient venus d'eux-mêmes (2193 patients), ou avaient été adressés par une formation socio-sanitaire pour recherche de microfilaires (95 personnes). Sur les 2288 consultants, seulement 119 avaient un SNIP positif; nous verrons d'ailleurs plus tard que les patients ayant un SNIP positif ont été les plus difficiles à recruter.

Les patients recrutés résidaient le plus souvent à Bamako et ses environs, mais, dans quelques cas, ils venaient de fort loin.

4.1.3. Critères d'inclusion

Etaient inclus tous les patients venus consulter en nommant leur maladie "mara" et acceptant de participer à l'enquête.

4.1.4. Principe

Le patient était soumis lors de la première rencontre à un examen clinique et à une biopsie cutanée exsangue (ou SNIP) systématiques.

L'existence de troubles psychiques était testée par un questionnaire de dépistage en santé mentale (Q D S M, voir en annexe).

Le patient répondait ensuite à un questionnaire relatif aux représentations traditionnelles de mara.

Enfin le patient était soumis à un examen psychiatrique en présence d'un spécialiste, examen pour lequel il devait se rendre dans le Service de Psychiatrie de l'Hôpital National du Point G.

A partir de ce bilan, la population de patients pouvait être subdivisée en plusieurs sous-groupes, en fonction de la positivité du SNIP et de l'existence ou non de symptômes psychiatriques (SNIP positif avec ou sans symptômes psychiatriques, SNIP négatif avec ou sans symptômes psychiatriques), ce qui permettait d'établir des comparaisons.

4.1.5. Matériels et méthodes

4.1.5.1. Biopsie cutanée exsangue ou SNIP:

Cet examen biologique a été fait gratuitement pour tous les patients.

Le matériel utilisé comporte:

- une pince emporte-pièce,
- une plaque d'agglutination,
- de l'eau distillée ou du sérum physiologique,
- une plaque ou lame à observation microscopique,
- un marqueur fin écrivant sur le verre et nettoyable à l'alcool,
- un microscope électronique binoculaire.

La technique utilisée est la suivante:

- deux fragments biopsiques de peau d'environ 3,5 mg sont prélevés au niveau des crêtes iliaques droite et gauche à l'aide de la pince emporte pièce,

- les plaies biopsiques sont désinfectées à l'aide d'antiseptiques,

- les biopsies sont déposées dans une goutte d'eau distillée ou de sérum physiologique, sur une plaque prévue à cet effet.

Le numéro d'identification et l'heure du prélèvement sont notés sur la plaque à l'aide d'un marqueur fin.

Les lectures s'effectuent 30 mn après le prélèvement si l'on a utilisé de l'eau distillée, et 24 h après lorsqu'on a utilisé du sérum physiologique.

Le nombre de microfilaires nageant dans le liquide est relevé.

4.1.5.2. Le recueil de données cliniques:

Les données sont issues de l'interrogatoire et de l'examen physique du patient. L'entretien a eu lieu en langue bamanan et a duré environ 40 mn. La fiche d'examen clinique utilisée est inspirée du support utilisé dans le Service de Psychiatrie (voir annexes).

L'examen psychiatrique a eu lieu dans le Service de Psychiatrie en présence d'un spécialiste.

Dans certains cas, il a été procédé à des examens complémentaires ou à des consultations spécialisées, afin de préciser le diagnostic.

4.1.5.3. Le recueil des données anthropologiques:

Un questionnaire comportant quarante-deux questions ouvertes a permis de recueillir des informations sur les représentations socio-culturelles de mara (voir Annexes), le temps maximum par patient a été de 20 mn environ.

4.1.5.4. Le Questionnaire de Dépistage en Santé Mentale (QDSM):

Ce questionnaire est un instrument de dépistage des troubles psychiques en cours de validation dans le Service de Psychiatrie de l'Hôpital du Point G.

Le questionnaire a été utilisé dans sa version bamanan comprenant 29 items (voir annexes), chaque réponse (oui, non, ne sait pas, non réponse) étant cochée dans la case correspondante. Chacune des réponses pathologiques correspond à une valeur de un point, la somme des différentes valeurs constitue le score.

Nous avons fourni gratuitement le mectizan aux patients chez lesquels le SNIP s'est avéré positif, et les psychotropes aux patients nécessitant une prise en charge psychiatrique.

Les autres examens ou prescriptions complémentaires ont été à la charge des patients. Un suivi gratuit a été offert aux patients qui sont revenus dans le service après la première évaluation psychiatrique. Tous les patients dont le SNIP s'est avéré positif ont été confiés aux services dans lesquels les prélèvements avaient été effectués, pour leur suivi.

4.1.5.5. L'enquête auprès de guérisseurs traditionnels spécialistes de mara:

Elle a concerné quatre guérisseurs traditionnels tous spécialistes de mara résidant à Bamako (trois guérisseurs) et à Kolokani (un guérisseur).

Nous avons utilisé un questionnaire comportant 36 questions en guise de guide d'entretien. Soulignons que les entretiens ont eu lieu au domicile des guérisseurs. Nous avons eu des contacts préalables avec eux afin d'obtenir leur consentement.

4.2. Etude rétrospective:

4.2.1. Période

L'enquête s'est déroulée du 01 Mars 1992 au 30 Avril de la même année.

4.2.2. Lieu

Cette phase du travail s'est déroulée à l'Antenne de Santé Mentale de Koutiala.

4.2.3. Critères d'inclusion

Etaient inclus dans l'enquête tous les dossiers dont le diagnostic traditionnel était mara.

4.2.4. Principe, matériel et méthode

Nous avons recensé et dénombré tous les dossiers dont le diagnostic traditionnel était mara. L'étude a concerné les dossiers de l'année 1983 à l'année 1992. Sur les 210 dossiers examinés, 37 portaient le diagnostic traditionnel de mara.

Le contenu de chaque dossier a été intégralement reporté dans un dossier conçu pour la circonstance et qui a fait l'objet d'une analyse en vue de l'utilisation des informations qu'il contenait. Au cours de notre enquête, 15 nouveaux patients ont consulté pour mara à l'Antenne.

Ils ont été retenus pour l'étude mais, contrairement aux 37 patients des dossiers étudiés où il a été fait une recherche de microfilaires dans le sang (méthode peu fiable, ce qui ne nous a pas permis de prendre en compte le diagnostic d'onchocercose dans l'analyse des résultats de cette étude), nous avons pratiqué une biopsie cutanée exsangue, comme ce fut le cas pour l'enquête de Bamako.

Après la phase d'enquête, le reste du travail s'est déroulé sur ordinateur:

- la saisie des données a été faite avec le logiciel D BASE III plus,
- le traitement des données avec le logiciel EPI INFO 5,
- et la rédaction de la thèse avec le logiciel WORD5.5.

5) CADRE DE L'ETUDE

5.1. Aperçu géographique:

Pays continental enclavé, le Mali est situé au coeur de l'Afrique Occidentale.

Il s'étend entre le 10ème degré de latitude Nord d'une part et de l'autre entre le 4ème degré de longitude Est et le 12ème de longitude Ouest, sur une superficie de 1.241.231 Km².

Le pays est limité:

- au Nord par l'Algérie,
- à l'Ouest par la Mauritanie,
- au Sud-Est par le Niger,
- au Sud par le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire,
- au Sud-Ouest par le Sénégal et la Guinée Conakry.

Le relief plat et monotone est une immense plaine entourée de hauteurs. La situation en altitude et la continentalité agissent sur les éléments du climat et font du Mali un pays continental à caractère soudano-sahélien.

Deux grandes saisons se partagent l'année:

- une saison sèche dont la durée varie de 9 mois au Nord, à 5-6 mois au Sud,
- une saison humide (ou hivernage) qui dure de Mai à Octobre au Sud, et de Juillet à Septembre au Nord.

Les précipitations diminuent du Sud vers le Nord suivant la latitude (plus de 1500 mm par an au Sud de Sikasso et moins de 100 mm par an à la latitude de Tessalit), déterminant ainsi trois zones climatiques caractérisées par leur durée d'hivernage:

- au Nord, le désert, 50% du territoire, chaud et sec (32°-35°), les précipitations y sont irrégulières et violentes, elles sont inférieures à 200 mm de pluie par an,
- au Centre la zone Sahélienne, au Nord d'une ligne Kayes -Ségou-Mopti occupe 27% du territoire et reçoit 400 mm de pluie par an (entre Juin et Septembre),
- au Sud, la zone soudanienne occupe 23% du territoire et reçoit de 700 à 1500 mm de pluie par an (entre Mai et début Octobre). Les températures restent élevées (28°).

Deux grands fleuves arrosent le pays, le Niger, long de 4200 km (dont 1700 km au Mali) qui est navigable de Koulikoro à Gao pendant 6 mois de l'année, et le Sénégal, qui arrose l'Ouest du pays sur la moitié de son parcours (long de 1700 km). De gros efforts ont été entrepris pour l'utilisation rationnelle et judicieuse de ces cours d'eaux et de leurs affluents. Une fois maîtrisés, ils pourraient accroître le potentiel énergétique et hydro-agricole du Mali (36).

Si ces deux fleuves ont joué et continuent de jouer un rôle considérable dans l'économie du pays, ils ont par ailleurs favorisé l'éclosion de nombreux foyers de maladies dont l'onchocercose, maladie dont nous avons vu qu'elle est très redoutée pour ses conséquences socio-économiques dramatiques (36).

5.2. Situation démographique:

Le Mali compte 7.696.348 habitants selon les résultats définitifs du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1987. Cette population est très inégalement répartie sur l'étendue du territoire. On trouve environ 80% de la population en milieu rural.

Tableau n°2: Répartition de la population du Mali en fonction de l'ethnie (Annuaire Statistique 1990).

Ethnie	Pourcentage
Bambara-Malinké	33,7%
Peul	13,0%
Somono-Bozo	01,8%
Sarakolé	12,8%
Songhai	07,1%
Sénoufo	09,2%
Mossi	04,5%
Dogon	04,3%
Autres	13,6

Le taux de scolarisation générale de la population, qui est de 28,3%, est l'un des plus bas du monde (36).

Tableau n°3: Répartition de la population du Mali en fonction du niveau de scolarisation (Annuaire Statistique 1990).

Niveau de scolarisation	Pourcentage
Néant	86,03%
Premier Cycle fondamental	09,88%
Deuxième Cycle fondamental	02,65%
Lycées et écoles profess.	01,16%
Supérieur	00,28%

Le taux d'alphabétisation, quant à lui, est de 18,76% (36).

Pour ce qui concerne la nuptialité, 52,4% des hommes et 68,41% des femmes de plus de 12 ans sont mariés.

Le pourcentage des hommes mariés suivant le nombre d'épouses est le suivant:

- 70,31% des hommes mariés ont une épouse,
- 23,83% ont deux épouses,
- 4,67% ont trois épouses,
- 0,19% ont quatre épouses (36).

Tableau n°4: Répartition de la population de 8 ans et plus selon l'occupation (Annuaire Statistique 1990).

Occupation	Pourcentage
Agriculteurs	42,16%
Ménagères	23,00%
Elèves-Etudiants	10,42%
Salariés	03,43%
Autres	21,00%

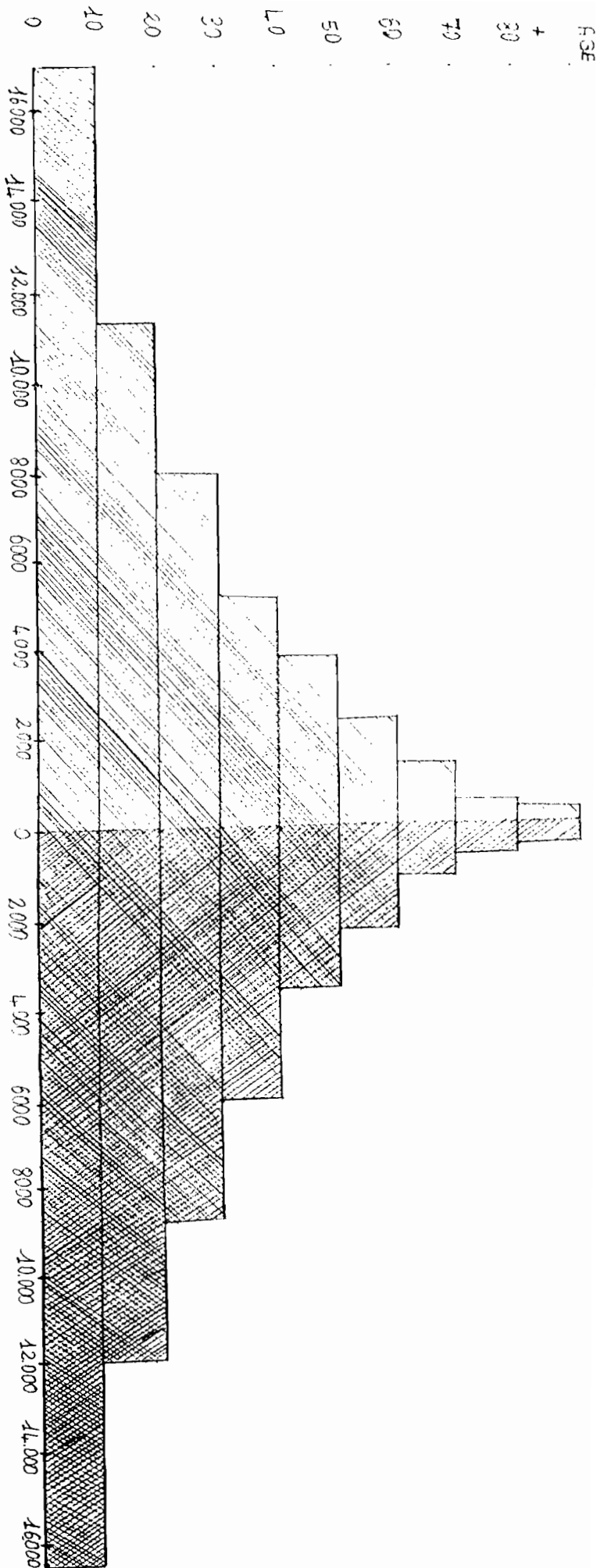


Figure n° 1 : Pyramide des âges au Mali

(Recensement générale de la population et de l'habitat 1987 :
Analyse Tome I)

5.3. Situation économique:

L'économie du Mali repose essentiellement sur l'agriculture, l'élevage et la pêche. La production est surtout céréalière (mil, sorgho, riz, maïs, fonio, etc). Les cultures industrielles (coton, arachide, canne à sucre) sont au second plan. La production agricole était de 2.244.368, 5 tonnes en 1990. L'élevage est très développé avec 11.542.300 têtes d'ovins et de caprins en 1989 contre 11.055.000 en 1988, et pour les bovins 4.826.000 têtes en 1989 contre 4.703.000 en 1988. Les produits de la pêche occupent la quatrième place dans les exportations maliennes.

A côté, la production minière, or, fer, sel-gemme connaît encore une exploitation traditionnelle. L'industrie est très réduite et repose sur l'alimentaire, les textiles et cuirs, les cigarettes, allumettes, savon et matériaux de construction. Le commerce extérieur est déficitaire. La production forestière est basée sur le bois de chauffe et le charbon de bois. L'eau, l'électricité et les transports sont encore mal exploités.

Le pays connaît aujourd'hui une récession économique du fait de la crise économique mondiale, des prix pétroliers, des difficultés intérieures de gestion, et d'une progression démographique galopante (36).

5.4. Organisation administrative:

Le territoire de la République du Mali était composé au moment de notre étude de 8 Régions économiques et du District de Bamako.

- Première région: Kayes,
- Deuxième région: Koulikoro,
- Troisième région: Sikasso,
- Quatrième région: Ségou,
- Cinquième région: Mopti,
- Sixième région: Tombouctou,
- Septième région: Gao,
- Huitième région: Kidal.

Chacune de ces régions, de même que le District de Bamako, est dirigée par un Gouverneur.

Chaque région est divisée en cercles (46 au total), chacun des cercles ~~étant dirigé par un~~ Commandant de Cercle. Le District de Bamako est divisé en 6 communes, chacune dirigée par un conseil municipal qui désigne en son sein celui qui exercera les fonctions de maire et d'administrateur. Chaque cercle est divisé en arrondissements et en communes. Le pays compte au total 284 ~~arrondissements dirigés~~ par un Chef d'Arrondissement. Les communes sont divisées en quartiers. Les arrondissements sont composés de villages. Chaque village est dirigé par un Chef de Village.

Chaque regroupement de populations nomades est dénommé fraction et chaque fraction se compose de familles (13).

5.5. Organisation socio-sanitaire:

Dans le domaine sanitaire de gros efforts restent à fournir encore, la couverture sanitaire étant insuffisante. En effet, le Mali dispose de:

HOPITAUX NATIONAUX: 3

- l'Hôpital National du Point-G: il offre la gamme la plus étendue de spécialités, dont le seul Service de Psychiatrie du pays (capacité d'accueil 650 lits dont 130 lits pour le service de psychiatrie) (13),

- l'Hôpital National Gabriel Touré: il comporte aussi une gamme variée de spécialités dont le principal Service de Pédiatrie du pays. Sa capacité est de 456 lits (13),

- l'Hôpital National de Kati: il compte 87 lits et assure l'essentiel des prestations en matière de traumatologie (13).

HOPITAUX REGIONAUX: 5 (13)

- l'Hôpital Régional de Kayes (78 lits),

- l'Hôpital Régional de Sikasso (174 lits),

- l'Hôpital Régional de Ségou (170 lits),

- l'Hôpital Régional de Mopti (101 lits),

- l'Hôpital Régional de Gao (62 lits).

HOPITAUX SECONDAIRES: 4 (13).

CENTRES DE SANTE DE CERCLES ET DE COMMUNES:

Chacun des 46 cercles du pays, de même que chacune des 6 communes du District de Bamako, dispose d'un Centre de Santé (13).

CENTRES DE SANTE D'ARRONDISSEMENT: 236 (13).

CENTRES SPECIALISES: 8 (13).

INSTITUTS INTERNATIONAUX: 2 (13).

PERSONNEL SOCIO-SANITAIRE:

D'après les statistiques des services socio-sanitaires 1988, le personnel pour l'ensemble du pays se répartit comme suit (13):

- 214 Médecins Spécialistes,

- 180 Médecins Généralistes,

- 57 Pharmaciens,
- 1.217 Techniciens de Santé,
- 837 Agents Techniques de Santé,
- 1.065 Aides-Soignants.
- Travailleurs sociaux: 1142 (38).

Le taux de fréquentation des structures de santé pour l'ensemble du pays (niveau régional et district de Bamako) est de 11% pour les services de médecine et 9% pour les services de chirurgie (38).

6) LES SITES D'ENQUETE

6.1. Le District de Bamako:

Il a une superficie de 267km carrés et est limité:

- au Nord par la Commune de Kati et le secteur de Safo (Arrondissement de Kalabankoro, Cercle de Kati),
- au Sud par les arrondissements de Sanankoroba et de Kalabankoro (Cercle de Kati),
- à l'Est par l'arrondissement de Baguineda (Cercle de Kati),
- à l'Ouest par l'arrondissement de Siby (Cercle de Kati).

Le climat est chaud et sec. Bamako est situé dans une vallée dominée par les collines de Koulouba, du Point G et de Badalabougou. Le District de Bamako est subdivisé en six communes et 58 quartiers.

Le dernier recensement (1990) estime la population du District à 691.366 habitants. Les différents groupes ethniques sont: les Bambara, les Peul, les Soninké, les Sénoufo, les Minianka, les Malinké, les Bobo et les Maures (16).

Le District de Bamako abrite les centres de référence de soins médicaux et les plus importantes structures de recherche médicale.

6.2. Le Service de Psychiatrie de l'Hôpital du Point-G:

Notre enquête a été réalisée à partir de ce service, en collaboration avec la Division de l'Epidémiologie, et le Département de l'Epidémiologie des Affections Parasitaires de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali.

Le Service de Psychiatrie est une unité de l'Hôpital National du Point-G. C'est la seule structure centrale en matière de santé mentale au Mali.

Sa vocation première est de prodiguer des soins aux malades mentaux. En collaboration avec d'autres structures telle l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie, il intervient dans le domaine de la recherche, et assure la formation de base et la formation continue du personnel socio-sanitaire en santé mentale.

Grâce au Programme National de Santé Mentale, des actions de coordination et de supervision sont menées au plan national.

6.3. La Division de l'Epidémiologie:

La Division de l'Epidémiologie (D E) relève du Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

Elle est connue du grand public sous diverses appellations:

- Service des Grandes Endémies,
- "Trypano",
- "Banan tu koro": (Banan tu est un terme désignant le lieu où se trouve le bâtiment de la D.E.).

La Division de l'Epidémiologie comprend plusieurs sections:

- la section Gestion des Statistiques Sanitaires,
- la section Surveillance Epidémiologique,
- la section Groupes à Risque.

Cette dernière section s'occupe de groupes particularisés par leur exposition à un ou plusieurs facteurs de risque et constituant des entités pathologiques déterminées.

Elle assure la coordination, la supervision et l'animation des actions de lutte contre certaines affections, véritables fléaux sociaux et économiques. Il s'agit de: l'onchocercose, le SIDA, la tuberculose, la lèpre, la trypanosomiase, les tréponématoses, etc.

La section assure aussi la Médecine du Travail et l'Hygiène. Elle conçoit, coordonne et participe à l'exécution des plans et des scénarii d'intervention dans les situations d'urgence. Elle constitue des stocks de sécurité pour les sinistres et calamités naturelles.

La section dispose d'un laboratoire de dépistage sur lequel sont dirigés tous les patients consultant pour mara.

Nous avons collaboré avec cette section aussi bien pour le recrutement de nos patients que pour l'exécution des biopsies cutanées exsangues.

6.4. Le Département de l'Epidémiologie des Affections Parasitaires:

C'est un centre de formation et de recherche de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali. Son organigramme comprend plusieurs sections dont la section laboratoire:

- de parasitologie,
- d'immunologie,
- d'entomologie médicale.

Cette section dispose d'une unité onchocercose avec laquelle nous avons aussi collaboré pour l'exécution de biopsies cutanées exsangues.

6.5. La ville de Koutiala:

De son vrai nom Koulé-dia-kan, Koutiala est le chef lieu d'un Cercle occupant le Sud-Est du Mali et le côté Nord de la Troisième Région économique (Sikasso).

S'inscrivant dans un rayon de 5 km, avec une population de 37.015 habitants (Recensement de Mai 1982), répartis dans 12 quartiers, la ville de Koutiala aurait été fondée, selon des sources traditionnelles, vers le 16ème ou le 17ème Siècle par les Sanogo venus de Sanga, petit village situé à 5km au Sud de la ville.

La ville de Koutiala est devenue commune de moyen exercice en 1958 puis commune de plein exercice en 1966.

Il faudra attendre 1980 pour que la ville soit dotée de tous les services administratifs. Koutiala est le chef-lieu du Cercle du même nom.

Longtemps repliée sur elle même, la ville de Koutiala, dans laquelle l'ethnie Minianka est dominante (50%), a aujourd'hui une population plus diversifiée. Y sont représentés les Bambara (20%), les Sarakolé (10%), les Bobo (8%), les Peul (5%), les Dogon (3%), les Mossi (2%), les Dioula-Dafing (1%), et d'autres ethnies (1%).

Longtemps religion dominante, l'Animisme est aujourd'hui influencé par l'Islam et le Christianisme.

Quoique variée, l'économie est dominée par l'agriculture, les cultures vivrières occupant la première place (mil, maïs, tubercules).

Principale culture de rente, le coton a fait et continue de faire la renommée de la ville, d'où l'appellation "capitale de l'or blanc". La rapide croissance de l'économie de la ville justifie la présence d'une usine CMDT (Compagnie Malienne de Développement Textile) et d'une usine HUICOMA (Huileries et Cotonneries du Mali) pour le traitement du coton et la transformation de ses graines en produits finis (huile, savon, tourteaux). Ces deux usines ont favorisé l'implantation de nombreuses succursales, faisant de Koutiala un véritable carrefour commercial international (49).

6.6. L'Antenne de Santé Mentale de Koutiala:

Depuis 1985, grâce à la présence d'un médecin ayant une compétence en Psychiatrie , les activités de santé mentale se sont développées progressivement au sein du Centre de Santé de Koutiala. Ceci a abouti à la création et à l'inauguration, en 1991, d'une Antenne de Santé Mentale. L'antenne, d'une capacité de six lits, a été réalisée grâce à un financement du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

C'est la première structure mise en place dans le cadre d'un mouvement plus vaste de décentralisation des soins de santé mentale, sur la Troisième Région, puis sur l'ensemble du pays, inscrit dans le Programme National de Santé Mentale du Mali. Une section locale de l'Association Malienne d'Aide aux Malades Mentaux (AMAMM) soutient les activités de l'Antenne de Santé Mentale de Koutiala.

6.7. Caractéristiques culturelles:

Les religions païennes et l'Islam ont marqué l'histoire de notre peuple. Les différents groupes ethniques rencontrés peuvent être regroupés selon le courant religieux. Ainsi peut-on distinguer:

- un groupe fortement islamisé comprenant les Songhai, les Sarakolé, les Maures, les Touareg, les Peul et les Toucouleur,

- et un groupe plus attaché à l'animisme comprenant les Bambara-Malinké, les Sénoufo-Minianka, les Dogon et les Bobo (les ethnies Bambara-Malinké et Sénoufo-Minianka sont regroupées compte-tenu des similitudes qui existent entre elles) (40).

Actuellement, un certain syncrétisme se fait jour, marqué par les influences de l'islam et du christianisme, d'apparition plus récente, sur les croyances qui préexistaient à leur introduction.

Malgré cela, les maliens sont loin d'avoir oublié leurs traditions. Ils expliquent les différents phénomènes de la vie en y faisant constamment référence.

7) L'ENQUETE PROSPECTIVE DE BAMAKO

7.1. Caractéristiques de l'échantillon:

Nous avons recruté à Bamako 64 patients (62 à la DE et 2 dans le Service de Psychiatrie), venus en consultation en nommant leur maladie mara. Parmi eux 30 ont un SNIP positif. Les patients onchocerquiens ont été les plus difficiles à recruter au sein des patients se présentant pour mara.

Age:

La classe d'âge la plus importante de l'échantillon est celle des plus de 45 ans avec 31,25% des patients. Viennent ensuite celles des 26-35 ans (26,56%) et des 36-45 ans (21,87%). Les 16-25 ans représentent 18,75% des malades et un seul consultant (1,57%) a moins de 15 ans.

Sexe:

76,6% des patients venus consulter sont des hommes, alors que ces derniers ne constituent que 48,86% de la population générale du Mali (1987). La plus grande facilité d'accès aux structures de santé les plus spécialisées pour la population masculine peut expliquer les taux rencontrés au sein de l'échantillon, mais on ne peut exclure que cette affection puisse être plus particulièrement masculine.

Profession:

Tableau n°5: Répartition de la population étudiée selon la profession.

Profession	Nombre	Pourcentage
Elève	06	09,37
Ménagère	12	18,75
Cultivateur	21	32,81
Commerçant	16	25
Salarié	09	14,07

Nos consultants sont d'avantage recrutés dans les catégories cultivateurs et commerçants (les artisans faisant aussi partie du second groupe).

Rappelons que la très forte population masculine de notre échantillon explique la plupart des différences constatées par rapport à la population générale, le sex-ratio étant très significativement différent au sein des deux groupes.

On note au sein de notre échantillon une augmentation de l'ordre de 10% du taux des salariés au détriment des cultivateurs (35), par rapport aux chiffres du recensement général de 1987.

Religion:

95,3% des patients se déclarent musulmans, 1,6% catholiques, 1,6% d'animistes et les autres ne se prononcent pas. Ces résultats sont conformes aux données relatives à la population générale.

Ethnie et Région d'Origine:

Tableau n°6: Répartition de la population étudiée selon l'ethnie

Ethnie	Nombre	Pourcentage
Bambara-Malinké	29	45,3
Peul	10	15,6
Songhaï	01	01,6
Sénoufo-Minianka	10	15,6
Sarakolé	09	14,1
Autres	05	07,8

Au sein de la population étudiée, lorsqu'on compare avec les données de la population générale (cf p.16), on remarque que les ethnies Bambara-Malinké (45,31%), majoritaires dans la Région de Koulikoro et présentes dans celle de Kayes, et Sénoufo-Minianka (15,62%), majoritaires dans la Région de Sikasso, sont sur-représentées.

Cette disparité peut s'expliquer à la fois par le lieu de l'enquête, qui défavorise les ethnies du Nord du pays, et par le fait que la prévalence de l'onchocercose est plus importante dans les régions de Kayes, Koulikoro et Sikasso, citées comme Région d'origine par respectivement 23,43%, 37,5% et 17,18% des patients, et où prédominent les ethnies Sarakolé, Bambara-Malinké, et Sénoufo-Minianka (informations tirées des données sur les handicaps liés à l'onchocercose par région de Juin 1991, les chiffres étant de 3,88% pour Kayes; 3,67% pour Koulikoro et 3,36% pour Sikasso).

Il semble donc que les patients qui consultent pour mara à Bamako proviennent de régions où sévit l'onchocercose. En effet, 73% d'entre eux viennent d'une zone d'endémie onchocercuienne.

Tableau n°7: Répartition de la population étudiée selon la région d'origine

Région	Nombre	Pourcentage
Kayes	15	23,4
Koulikoro	24	37,5
Sikasso	11	17,2
Ségou	06	09,4
Mopti	01	01,6
Tombouctou	01	01,6
Gao	01	01,6
Kidal	00	00
Bamako	03	04,6
Autres	02	03,1

On notera aussi, pour ce qui est de la répartition en fonction de la région d'origine, la surprenante faiblesse de la provenance du District de Bamako (4,6% des consultants). Cette donnée semble indiquer que les patients originaires de Bamako invoqueraient moins le mara que les autres populations.

Situation matrimoniale:

Si l'on compare la situation matrimoniale de l'échantillon à celle de la population malienne de plus de 12 ans (cf p.17), on constate un taux plus bas de célibataires (29,68% des patients), ce qui peut s'expliquer par le fait que les moins de 15 ans sont très peu représentés au sein de la population étudiée. Dans notre échantillon, 87,5% des gens mariés le sont au sein d'une famille monogamique, cette proportion étant de 70% dans la population générale.

Nombre d'enfants:

68,75% des patients de l'étude ont des enfants. 29,69% en ont 1 ou 2, 28,13% en ont de 3 à 5, et 10,93% ont plus de 5 enfants.

31,25% des patients n'ont pas d'enfants.

Rang dans la fratrie:

37,5% des patients sont aînés de leur fratrie ou enfants uniques, 14,06% sont seconds, 21,87% sont derniers ou deuxièmes et derniers enfants, 27,57% ne sont ni aînés ni seconds ni derniers.

Si l'on compare ces résultats au nombre d'enfants des patients, qui nous donne une idée de la structure familiale habituelle, il semble que les aînés soient particulièrement présents parmi les patients atteints de mara.

Scolarisation et Niveau de Scolarisation:

Le taux de scolarisation de notre échantillon est plus élevé (37,5% école moderne et medersa (franco-arabe)) que le taux officiel du Mali qui est de 28,3% (cf p. 16-17).

Tableau n°8: Répartition de la population étudiée selon le niveau de scolarisation

Niveau scolarisation	Nombre	Pourcentage
Néant	40	62,5
Premier cycle fond.	10	15,62
Second cycle fond.	04	6,25
Lycée, Ecoles prof.	05	7,81
Supérieur	01	1,57
Non Précisé	04	6,25

Origine de la famille:

En dehors de Bamako, ont été considérées comme originaires d'une zone urbaine, les familles venant des chefs-lieux de cercle ou des capitales régionales. 81,2% des familles sont d'origine rurale.

A propos de la zone d'endémicité, 73,44% des patients provenaient d'une zone d'endémie onchocerquienne de façon certaine.

Pour 20,31% la notion d'endémicité n'a pu être précisée et 6,25% des patients ne venaient pas d'une zone onchocerquienne.

Résidence au moment de la consultation:

En fonction des mêmes critères d'urbanité ou de ruralité que ci-dessus, 60,93% des patients résident actuellement en zone rurale.

Il semble que l'urbanisation récente qui caractérise une bonne partie de l'échantillon n'ait pas provoqué un abandon de la conception traditionnelle de mara.

Lieu d'éclosion des troubles:

Pour 53,12% des patients les troubles sont apparus en milieu rural.

7.2. Caractéristiques cliniques des sujets:

Sur l'ensemble de l'échantillon:

- 29 patients présentaient des troubles psychiques sans onchocercose,
- 19 présentaient des troubles psychiques associés à l'onchocercose,
- 11 étaient onchocerquiens sans troubles psychiques,
- 5 ne présentaient ni troubles psychiques ni onchocercose.

Contexte d'apparition des troubles:

Aucun contexte de déclenchement des troubles n'est individualisé pour 56,25% des patients de l'échantillon (36 personnes).

Pour les 28 patients restant, les contextes invoqués par ordre de fréquence sont:

- une crise économique: 12,
- un conflit conjugal: 7,
- un deuil: 5,
- un conflit familial: 3,
- un conflit socio-professionnel: 1,
- des grossesses rapprochées: 1,
- ou une affection somatique concomitante:
 - 1 amibiase hépatique,
 - 1 lèpre,
 - 1 arthrose,
 - 1 accident de travail.

Durée des troubles:

Tableau n°9: Répartition de la population étudiée selon la durée d'évolution des troubles.

Durée des troubles	Nombre	Pourcentage
Moins de 3 mois	05	7,81
3 mois à 1 an	24	37,5
1 à 2 ans	02	3,13
2 à 5 ans	13	20,31
Plus de 5 ans	20	31,25

On constate deux pics, le premier se situant entre 3 mois et 1 an de durée, et le second à plus de 5 ans.

Initiateur de la consultation:

82,81% des patients ont décidé d'eux mêmes de se rendre à la consultation spécialisée, le reste 17,19% l'a fait à la demande des parents.

Retentissement dans le domaine social:

Seuls 17,18% des patients ont vu leurs relations avec leur entourage et leur statut se modifier du fait de la maladie.

Mara semble peu retentir sur la capacité d'insertion sociale et être accepté par l'entourage.

Capacité de travail:

20,31% des patients de notre échantillon présentent une incapacité de travail totale, 35,94% une incapacité partielle et 43,75% aucun retentissement. Le retentissement sur la capacité de travail semble un élément important de mara.

Diagnostics traditionnels associés:

Pour 50% des patients ou leur famille, une deuxième hypothèse diagnostique a été associée à mara.

Sur les 32 cas de diagnostics associés nous avons:

- 18 hypothèses de dabali bana (maraboutage),
- 7 de sumaya (traduit par paludisme),

- 1 de sumaya kokolén (paludisme chronique),
- 3 de kaba (catégorie traditionnelle de dermatose),
- 1 de sayi (traduit par ictère ou pâleur),
- 1 de kaliya bonbon (notion d'enflure et de réaction allergique ou inflammatoire)
- 1 de hakili nyagamin (esprit mélangé, trouble mental).

Parmi les affections invoquées, seul le maraboutage fait référence à une dimension magico-religieuse.

SYMPTOMATOLOGIE PRESENTÉE PAR LES PATIENTS

Existence de troubles du sommeil:

56,25% des patients se plaignent de troubles du sommeil à type d'insomnie:

- insomnie à type de réveil précoce: 4 patients,
- insomnie à type de difficulté d'endormissement: 10 patients,
- les deux troubles sont associés chez 14 patients,
- insomnie totale: 8 patients,

Rêves:

48,43% des patients se plaignent de faire des cauchemars, 12,5% se plaignent d'avoir un excès de rêves.

On constate donc que les perturbations du sommeil occupent une place importante dans la symptomatologie de mara.

Symptômes anxieux:

59,37% des patients présentaient des manifestations anxieuses.

Pour désigner leurs troubles, les 38 patients utilisent 26 fois le terme jatikè (double coupé ou ombre coupée), 27 fois le terme siran (peur), 6 fois le terme hami (inquiétude) et 4 fois le terme kamanagwan (litt.: aisselle chaude, souvent état d'angoisse extrême).

La composante anxieuse de mara est donc très importante.

Asthénie:

L'asthénie était présente chez 1 patient sur 2, elle constitue, elle aussi, un symptôme important de mara.

Symptômes dépressifs:

45,31% des patients présentaient des symptômes dépressifs, soit 29 personnes, parmi eux:

- 24 patients se plaignaient de tristesse (nison goya),
- 13 de ralentissement moteur (farifaga),
- 10 d'idées de dévalorisation (nè tè sè ka mago nyèn),
- 7 d'idées de mort (saya bè jigi nè konon),
- 6 de trouble de la mémoire à type d'oubli à mesure (ka nyina jooa).

La composante dépressive est donc elle aussi très présente.

Troubles psychotiques:

Un seul patient masculin avait présenté des troubles d'allure psychotique:

- hallucinations visuelles et auditives,
- troubles du comportement (fuguer, homme qui pile du mil),
- angoisse massive,
- insomnie totale.

Sexualité:

23,43% des patients ont révélé des troubles de la sexualité soit 15 personnes. Parmi eux 4 se plaignaient d'une baisse de la libido, 2 de troubles de l'érection (à type de faiblesse de l'érection) et 9 de l'association des deux.

Symptômes cutanés:

82,81% des patients se plaignaient de manifestations cutanées, soit 53 sur 64.

Parmi eux, 38 ont décrit une sensation de "petites bêtes qui migrent sous la peau", 30 un prurit, 10 une sensation de chaleur sous la peau, 2 des "kuru" (boule, bouton), et 4 autres des picotements (fari kin kin), des petites secousses musculaires isolées (fari sogo yèrèyèrè) et une transpiration excessive (ka wosi kojugu).

Les troubles cutanés sont au premier plan de la symptomatologie de mara, dont la représentation est souvent associée à la sensation de migration de petites bêtes sous la peau tel le "n'goboni" (insecte de l'ordre des coléoptères), évoquant un délire de parasite ou syndrome d'Ekbom (44).

Sur le plan qualitatif on retient le discours de ces deux patients:

Une première patiente vendeuse de poisson raconte: fen nyènemanw bè ne kunkolo la, oluw bè jigi waati dow la fari to la, ka nyènyè bila mogo la (il y a des choses vivantes dans ma tête, elles descendent parfois dans le reste du corps et provoquent des démangeaisons), wagati dow la, a bè kè i na a fo fen nyènemanw bè taama ne farikolo la, fo wagati dow la ne bè oluw nyini ka u minè (de temps en temps j'ai l'impression que des petites bêtes vivantes marchent sous ma peau, à tel point que de temps en temps j'essaie de les attraper). Wagati dow la a bè kè i na a fo jègè kolow dé bè ne fari nyènfè (parfois j'ai l'impression d'avoir des arêtes de poisson sur tout le corps), oluw bè monyon monyon i na a fo ntumu minuw bè jègè jalan na (elles rampent comme les vers que l'on trouve dans le poisson sec). Mara ba bè kè konon bara la a bé denw wolo (mara-mère se trouve dans le ventre et donne naissance à des petits).

Un second patient cultivateur raconte: fen nyènemanw bè taama ne kunkolo la (des bêtes vivantes marchent dans ma tête), farikolo yoro dow bè yèrèyèrè (certains endroits de la peau tremblent), fari bè nyènyè (mon corps me démange), fen nyènemanw bè taama ne fari la, mara ba bè kè dusukun na ka den wolo (quelque chose de vivant marche dans mon corps, mara-mère se trouve dans le coeur et donne naissance à des petits).

Céphalées:

64,06% des patients se plaignaient de céphalées. Dans la plupart des cas, les patients ont signalé des douleurs diffuses, avec souvent une irradiation vers le cou, accompagnées de lourdeur de la tête (kunkolo bè dimin ka jigi kan pasaw fè, ka kunkolo girinya).

Troubles digestifs:

51,56% des patients, soit 33, se plaignaient de troubles digestifs parmi lesquels:

- constipation: 19 cas,
- ballonnement abdominal: 14,
- douleurs oeso-gastriques: 12,
- anorexie: 9,
- diarrhée: 4,
- polyphagie: 2.

Troubles de la vision:

Une baisse de l'acuité visuelle non mesurée est signalée par 21,87% des patients.

Troubles cardiorespiratoires:

- Palpitations, dyspnée non spécifiée, dyspnée d'effort, douleurs thoraciques sont des symptômes qui ont été signalés par 57,81% des patients. Ces symptômes peuvent se rencontrer dans certaines affections cardio-respiratoires. Cependant, un examen clinique de tous ces patients n'a révélé aucun signe évoquant une affection cardiaque.

Symptômes de la sphère oto-rhino-laryngologique (ORL):

18,75% des patients se plaignaient de troubles de la sphère ORL, en particulier de vertiges (10 personnes) et de bourdonnements d'oreille (5 patients).

Symptômes de la sphère urologique:

14,06% des patients se plaignaient de troubles de la sphère urologique soit 9 patients, dont 6 de brûlures mictionnelles et 3 d'hématurie. Deux cas de bilharziose urinaire et deux cas d'infection uro-génitale ont été diagnostiqués lors des examens biologiques.

Vu la richesse symptomatologique de mara, l'importance et la variété des plaintes somatiques peuvent recouvrir des affections variées, mais font souvent penser à des pathologies fonctionnelles ayant un retentissement anxieux et dépressif important.

Antécédents psychiatriques:

12 (18,75%) patients ont signalé des antécédents familiaux, 1 seul des antécédents personnels.

Notion de prise de toxiques (alcool, stupéfiants):

Deux patients ont révélé une prise excessive d'alcool et un seulement des antécédents de stupéfiants ("joint" ou "haschich", c'est à dire cannabis sativa).

Evolution de la maladie:

Nous avons classé les patients selon qu'il existe des périodes de rémission dans l'évolution de la maladie (1 mois ou plus), que l'évolution est stationnaire (sans aucun jour de rémission de la symptomatologie), ou que l'évolution est fluctuante (la durée de rémission des symptômes ne dépassant pas 2 jours).

Dans 89,06% des cas, l'évolution de la maladie est fluctuante, pour 9,37% des patients, la maladie évolue avec des rémissions, et pour 1,57%, l'évolution est stationnaire. Mara est donc une pathologie à évolution fluctuante; on rencontre rarement un réel intervalle libre au cours de la maladie.

Signes physiques:

Dans 46,87% des cas, l'examen physique n'a rien révélé.

34 patients ont des signes, parmi lesquels 20 dermatoses en évolution (prurigo souvent généralisé), des nodules sous cutanés, dont 4 nodules onchocerciens et un lipome.

5 patients ont présenté des signes variés: hernie inguino-scrotale, amaigrissement, oeil rouge, hépatomégalie, hémorroïdes, atrophie musculaire isolée, coude valgum, leucorrhées, lésions lépromateuses.

Tableau n°10: Répartition de l'effectif en fonction du type de plaintes (enquête de Bamako).

Types de plaintes	Nbre	%
Troubles cutanés	53	82,81
Excès de rêves	41	64,06
Céphalées psychogènes	41	64,06
Anxiété	38	59,37
Troubles cardio-resp	37	57,81
Troubles du sommeil	36	56,25
Troubles digestifs	33	51,56
Asthénie	32	50
Troubles dépressifs	29	45,31
Troubles de la sexualité	15	23,43
Troubles visuels	14	21,87
Troubles ORL	12	18,75
Troubles urologiques	09	14,06
Troubles type psychotique	01	01,56

Effectif: 64 personnes.

Les symptômes cutanés prédominent parmi ceux qui sont décrits, suivis par les troubles du rêve et la présence de céphalées; viennent ensuite les symptômes anxieux et les troubles cardio-respiratoires ; les troubles digestifs, l'asthénie et les symptômes dépressifs sont assez représentés; les troubles sexuels, visuels, de la sphère ORL et de la sphère urologique recueillent des pourcentages faibles; les troubles psychotiques sont rares.

Examens complémentaires:

En dehors du SNIP, 10 recherches de schistosomiase ont été demandées (2 cas de bilharziose urinaire ont été diagnostiqués), ainsi que 2 radiographies pulmonaires (une pneumopathie non spécifique a été trouvée), 1 fibroscopie (pour une gastrite), 2 consultations chirurgicales (dont une hernie inguinale), 2 consultations ophtalmologiques, 2 consultations dermatologiques et 7 autres examens (frottis vaginal, électrophorèse de l'hémoglobine, sérologie amibienne, examen de selles (POK), consultation ORL, Numération Formule Sanguine, E.C.B.U.). Nous avons pu ainsi diagnostiquer deux infections génito-urinaires, une drépanocytose et une amibiase hépatique. Certains examens complémentaires n'ont pas été effectués par les patients.

Examen psychiatrique:

Parmi les 75% de sujets présentant des troubles psychiatriques, soit 48 patients:

- 26 présentaient des troubles anxieux (40,62% du total),
- 12 des troubles anxiodépressifs (18,75%),
- 6 des troubles dépressifs (9,37%),
- 1 des troubles psychotiques,

Chez 8 personnes, des troubles de la personnalité de type névrotique ont été mis en évidence (soit 12,5% du total).

Dans 19 cas, les troubles anxieux et/ou dépressifs semblaient être réactionnels.

Les entretiens, le plus souvent limités à un par sujet, n'ont pas toujours permis d'établir avec certitude un diagnostic de personnalité chez les patients.

Traitement:

- 28 patients ont été mis sous traitement anxiolytique,
- 18 sous traitement antidépresseur,
- 2 sous traitement neuroleptique.

Les patients onchocerquiens ont été traités au Mectizan et d'autres traitements ont été prescrits en fonction du diagnostic et des résultats des examens complémentaires.

Appréciation du traitement:

Critères: étaient considérés comme non guéris les patients n'ayant pas observé une régression de leurs troubles malgré le traitement.

Etaient considérés comme nettement améliorés les patients présentant quelques troubles résiduels bien tolérés (le malade déclarant: a ka fisan kosèbè, ça va beaucoup mieux).

Etaient considérés comme améliorés les patients chez lesquels persistait une symptomatologie en dépit de l'amélioration (le malade déclarant: a ka fisan, ça va mieux).

Tous les patients n'ont pu être revus à l'issue du traitement. Cependant lors de la dernière consultation:

- 9 se disaient nettement améliorés,
- 14 étaient améliorés,
- 4 n'avaient connu aucune amélioration, dont un décès (syndrome neurologique dont les circonstances d'apparition sont restées floues, peut-être réaction à l'un des deux produits (psychotrope et microfilaricide) prescrits),
- 20 n'étaient pas revenus après la première consultation,
- 13 avaient été confiés à d'autres spécialistes,
- 4 patients n'avaient nécessité aucun traitement.

7.3. Etude anthropologique:

Connaissances populaires sur les symptômes de mara:

85,93% des patients (55 sur 64) ont répondu à propos des symptômes de mara. Ces symptômes sont assez diversifiés et nous les avons regroupés. Ainsi:

- 43 patients ont souligné les symptômes cutanés,
- 23 les symptômes oculaires,
- 23 les symptômes psychiatriques,
- 7 les troubles sexuels et/ou de la fécondité,
- 24 d'autres troubles (cardio-respiratoires, ORL, urologiques, digestifs).

Parmi la gamme variée des symptômes décrits, nous avons retenu les termes et expressions bamanan suivants:

- ja bo, jatikè, ja soli (voir symptômes anxieux),
- dusukun pan pan (palpitations),
- mara bè mogo nagasi (mara dégrade la personne),

- mara bè mogo bali i ka ko kè taw la (mara empêche de mener les activités habituelles),

- mara bè mogo bali ka sunogo (mara empêche de dormir),

- kunkolo dimin bi e minè tuma caman (maux de tête fréquents),

- kono ja (constipation),

- ko ja (douleurs, raideur du dos),

- mara bè mogo bonya (mara fait grossir l'individu),

- i kunkolo bi e dimin ka jigi kan pasaw fè (les maux de têtes irradiant vers le cou),

- farikolo bè kè i na fo fen nyèmanw dè bè taama a la (sensation de petites bêtes qui se déplacent sous la peau),

- mara kisèw bè taama farisogo la (les graines, germes de mara se promènent dans la chair),

- kulusijala lagosi (euphémisme pour impuissance sexuelle, baisse de la libido ou baisse de l'érection),

- mara bè kè sababu ye ka koli tikè muso la, ka denko gèlèya (mara provoque chez la femme une aménorrhée, et rend difficile la survenue d'une grossesse),

- farifaga (fari = corps, faga = mort, asthénie),

- marato nison bè goya: (celui qui a le mara est triste),

- fa (folie)

Avis de la famille sur la nature de la maladie:

Dans 71,87% des cas, soit 46 patients, la famille avait envisagé au moins un diagnostic avant la consultation spécialisée (Service des Grandes Endémies ou Service de Psychiatrie):

- pour 40 patients, la famille a pensé à mara,

- pour 16 à dabali bana (mauvais sort),

- pour 4 patients, la famille a pensé à sumaya, (voir ci-après).

Mara et dabali bana se retrouvent associés très souvent comme diagnostics envisagés par la famille, ceci signifiant que l'hypothèse de mara n'est pas toujours unique.

On peut aussi bien être atteint de manière "naturelle" qu'à cause de l'utilisation de moyens "surnaturels" par un ennemi, un jaloux ou une personne voulant se venger de vous.

Le dabali (souvent traduit par maraboutage) est censé avoir pour effet de bloquer l'individu dans sa réussite sociale, professionnelle ou personnelle. Des manifestations cliniques diverses, y compris les troubles mentaux lui sont souvent attribuées.

Sumaya est une autre entité nosologique traditionnelle qui a été étudiée par plusieurs chercheurs et qui est souvent traduite en français par "paludisme" (46).

Origine du diagnostic:

Dans 64,06% des cas, le diagnostic de mara émane du patient lui même, dans 31,25%, c'est la famille qui l'a avancé, et dans 1,56% des cas c'est une tierce personne. Le tradipraticien occupe une faible place dans l'origine de ce diagnostic avec 3,13%

Consultation du tradipraticien:

51,56% des patients, soit 33 personnes, ont consulté un tradipraticien avant la consultation spécialisée, soit un peu plus d'un patient sur 2. Ce chiffre montre que les structures médicales conventionnelles sont considérées par la population comme un recours en cas de mara au même titre que les intervenants traditionnels en matière de santé.

Nombre de tradipraticiens consultés:

Parmi les patients qui ont consulté un tradipraticien, 30,30% en ont vu un, 39,39% en ont vu 2 et 27,27% en ont vu 3 ou plus. Ceci confirme que le recours aux structures conventionnelles a très souvent lieu après une ou deux tentatives infructueuses chez le guérisseur. Le nombre de tradipraticiens consultés varie entre 1 et 4. Notons qu'un patient (3,03%) ne connaissait pas le nombre de tradipraticiens consultés car c'étaient les membres de sa famille qui avaient consulté pour lui.

Type de tradipraticiens consultés:

Parmi les 33 patients qui ont consulté un tradipraticien,

- 28 ont consulté un herboriste,
- 11 ont consulté un mori (marabout),
- 1 a consulté un buguridala ou cèndala (géomancien),

Les termes buguridala ou cèndala (qui étale le sable), s'utilisent en référence à la tradition islamique autant qu'à la tradition animiste.

Diagnostic du tradipraticien:

Sur les 33 patients qui ont consulté au moins un tradipraticien, 93,93% ont rapporté le diagnostic de celui-ci. Toutefois, signalons que c'est toujours un seul terme qui nous a été communiqué.

Le diagnostic du guérisseur a été mara dans 51,51% des cas.

Le recours postérieur à une consultation conventionnelle spécialisée semble indiquer que, dans les cas où le guérisseur n'avait pas parlé de mara, le patient et/ou sa famille ont suivi leur propre intuition. Les autres diagnostics sont: dabali bana (12,12%), jinè bana (9,09%), fa (3,03%), sayi et sumaya (9,09% chacun). Les deux derniers termes se réfèrent à des entités nosologiques n'impliquant pas forcément une représentation magico-religieuse de l'étiologie.

Traitement traditionnel prescrit:

Les patients ayant consulté un tradipraticien ont reçu les traitements suivants:

- 24 patients ont été traités par les plantes (décoctions associées ou non à des fumigations),
- 6 à l'aide de nasi (liquide obtenu par lavage de planchettes de bois sur lesquelles ont été préalablement écrits des versets du Coran) (10),
- 3 par scarifications (de siège non spécifié).

Coût du traitement traditionnel:

Sur les 33 patients qui ont reçu un traitement traditionnel, 2 ne savent pas combien a coûté leur traitement. La rémunération du guérisseur a été laissée à l'initiative de la famille en fonction du résultat dans 13 cas (39,39%).

Les guérisseurs ont exigé 13 fois un paiement en argent liquide. Dans 10 cas, la somme demandée était supérieure à 5000 Francs CFA.

5 patients n'ont eu à payer que les frais occasionnés par l'achat des ingrédients nécessaires aux sacrifices.

Modalités du traitement:

Pour 28 des 33 patients suivis traditionnellement, le traitement se faisait en ambulatoire. Pour 4 patients le traitement s'est déroulé au domicile du guérisseur, un seul patient étant logé au voisinage du tradipraticien qui le soignait.

Pour 15 des 33 patients, le guérisseur habitait le même lieu ou à moins de 5 km. 7 patients ont parcouru plus de 100 km pour consulter un tradipraticien.

Appréciation du traitement traditionnel:

Sur les 33 patients suivis traditionnellement, 17 estiment qu'ils en ont tiré un certain bénéfice et les autres n'ont observé aucun effet positif. Bien entendu, cette étude exclut entièrement les patients satisfaits par le traitement traditionnel et ne permet donc pas une évaluation efficace du traitement traditionnel de mara.

Consultation d'un agent de santé conventionnel:

73,43% de nos patients ont consulté un agent de santé conventionnel. Si l'on se réfère aux taux de fréquentation des structures de santé (cf p. 20), ce chiffre paraît élevé, mais il témoigne probablement de l'intensité de la demande des patients qui souffrent de mara. Ce taux tend à prouver que les patients inclus dans notre étude se réfèrent assez facilement au système de soins conventionnel, sans que nous puissions en déduire ce qu'il en est pour la population générale.

D'une manière générale, pour les patients inclus dans l'étude, la consultation d'un centre spécialisé a été le plus souvent précédée d'un recours décevant tant à un agent de santé conventionnel qu'à un thérapeute traditionnel.

Distance parcourue pour consulter l'agent de santé:

55,10% des 49 patients qui s'étaient adressés en première intention au système conventionnel avaient consulté un agent sur leur lieu d'habitation et 10,20% dans un rayon de 20 km. Un seul patient (2,04%) a consulté à plus de 100 km de son domicile et les autres entre 20 et 100 Km.

Il semble donc que les agents de santé soient le recours le plus proche géographiquement des patients atteints de mara.

Agents pathogènes responsables du mara:

Sur les 36 patients qui ont évoqué des agents comme étant responsables du mara, 22 font ressortir la notion de vecteurs (insectes ou vers). La notion d'hygiène de l'eau apparaît 8 fois, et la transmission de parents à enfant, si elle est évoquée à 4 reprises, reste floue quant à son mécanisme.

La prédominance du rôle de l'insecte témoigne d'une certaine assimilation du discours de type médical sur l'onchocercose, mais on voit aussi apparaître des modèles explicatifs (maladie de l'eau ou des aliments sucrés), traditionnels ou non, relatifs à d'autres maladies .

Notion de transmission:

13 patients (20,31%) pensent que la maladie est contagieuse, 23 qu'elle ne l'est pas (35,93%), tandis que les autres ne se prononcent pas (43,76%).

Le nombre assez élevé de non-réponses et le nombre de patients qui pensent que la maladie n'est pas contagieuse nous font penser que la notion de contagiosité n'est pas centrale quand on parle de mara, bien que celle de souillure soit présente. Cette notion pourrait donc apparaître ici comme une sorte de "contamination" due au modèle infectieux de la maladie diffusé par la médecine conventionnelle.

Mode de contamination:

13 patients seulement ont donné des modes de contamination.

5 d'entre eux pensent que mara se transmet de parents à enfant et 3 par voie sexuelle. Les 5 autres ont évoqué:

- le fait de se laver ou de boire des eaux sales,
- le fait de passer dans un endroit où un jinè jugu (mauvais génie) lui-même est passé,
- le fait de partager le même plat qu'un malade de mara,
- le fait d'utiliser des objets contaminés,
- et la transmission de la mère malade à son enfant pendant la grossesse.

Ce qui apparait est une grande diversité des hypothèses pour ce qui concerne les modes de contamination.

Dans le discours de nos patients, n'importe quel mode de contamination existant est possible dans le cas de mara. Les connaissances biomédicales concernant l'onchocercose ne semblent pas du tout avoir été adoptées par nos sujets pour ce qui est de mara, mais nous savons déjà, et ces réponses le confirment, que cette entité ne "recoupe" pas celle d'onchocercose.

Pourquoi les gens ont peur d'attraper mara?

La maladie est redoutée d'abord pour ses complications: cécité (31 patients), troubles mentaux (17 patients), invalidité (14 patients), troubles sexuels (8 patients). 22 patients pensent qu'elle est mortelle. 7 patients ne se prononcent pas.

Les parties du corps touchées par mara:

Pour 53,12% des patients, mara n'épargne aucun endroit du corps.

Cependant, 31,25% indiquent des sièges de prédilection dont la tête, les yeux, le ventre, le sang, les articulations, les crêtes iliaques. 15,63% des patients ne répondent pas.

Les localisations sont donc considérées comme multiples et les conséquences qui peuvent en découler en termes de handicaps sont l'explication de toutes les craintes liées à la gravité et au pronostic de mara, telles que les ont formulés nos enquêtés.

Impact sur la capacité de travail:

35,94% des patients pensent que mara n'empêche pas de travailler, 18,75% pensent le contraire et 31,25% pensent que cela dépend de la gravité de la maladie. 14,06% ne répondent pas.

Ces réponses font donc apparaître la notion de degré de gravité variable de la maladie, que l'on peut rapprocher de la variété de localisations et des conséquences invalidantes qui peuvent en découler. Peut-être est-il aussi possible de lier ces résultats à la notion de durée.

Causes de l'incapacité à travailler:

Concernant les causes de l'incapacité à travailler, la cécité et la folie viennent au premier plan des réponses avec 25%. L'asthénie (fari faga), qui ne semble pas être pensée comme un handicap, mais plutôt comme une simple perte de forme physique, constitue 11% des causes répertoriées de l'incapacité à travailler. Dans 8% des cas, les causes sont multiples. 56% des sujets n'ont pas répondu à cette question.

Impact sur la capacité de mariage:

57,81% des patients pensent que mara empêche de se marier 23,44% pensent le contraire et 18,75% ne se prononcent pas. Cet impact de la maladie sur plusieurs plans de la vie est lié à différents aspects, les principaux étant la diminution de la force physique et/ou le handicap, empêchant de travailler normalement et donc d'être capable de subvenir aux besoins élémentaires d'une famille.

Les diverses formes et séquelles de mara, peuvent faire du malade un être socialement "à part" (handicapé ou malade mental, homme impuissant ou femme stérile), parce qu'incapable de tenir le rôle qui lui est dévolu. Les différentes causes invoquées pour l'incapacité à se marier sont les suivantes:

- impuissance sexuelle: 25 fois,
- incapacité à travailler: 8 fois,
- folie: 4 fois,
- cécité : 3 fois,

3 patients soulignent que les femmes refusent d'épouser un homme atteint de mara.

Séquelles de mara:

Les principales séquelles invoquées sont:

- la cécité: 55 patients,
- la folie : 38 patients,
- les troubles sexuels ou de la fécondité: 21 patients,
- un handicap physique: 9 patients,
- la surdité : 2 patients,

On voit apparaître dans le discours de nos patients un nouvel handicap, la surdité.

Mara apparaît comme lié à la notion d'invalidité et semble recouvrir l'ensemble des handicaps tant physiques que sociaux.

De plus, c'est souvent une maladie au long cours, avec les coûts que ce type de pathologie entraîne. Sa symptomatologie est polymorphe, et si son pronostic n'est pas forcément considéré comme fatal, les conséquences psychosociales pour la personne qui en est atteinte sont dramatiques.

7.4. Analyse croisée des résultats:

Nous avons classé les patients rencontrés à Bamako en quatre groupes, suivant les troubles qu'ils présentaient:

- le groupe NN est composé de 5 patients ne souffrant ni d'onchocercose, ni de troubles psychiques, les examens systématiques étant limités, nous l'avons déjà dit, à la recherche de microfilaires et à l'examen psychiatrique.

La première patiente de ce groupe, une ménagère de 31 ans, se plaignait de prurit à l'angle des yeux, de larmoiement, et de brouillard devant les yeux.

Un deuxième patient, étudiant de 22 ans, se plaignait de petits kystes sous les aisselles. De plus, il signalait avoir séjourné dans une zone onchocerquienne. En fait, il s'agissait de petits ganglions non pathologiques.

Le troisième patient a déclaré qu'il avait contracté l'onchocercose en 1971 et avait été traité à la notézine à l'époque. On lui avait prodigué des conseils de contrôle périodique de sa maladie.

Le quatrième se plaignait de vertiges, de bourdonnements d'oreilles, de lourdeur de la tête. Il avait pensé à mara pour avoir appris que cette maladie pouvait se manifester sous ces divers symptômes.

Le dernier patient NN, un cultivateur de 60 ans, se plaignait de vertiges, de dyspnée d'effort, de polyurie. Le diagnostic du tradithérapeute consulté avait été mara et le traitement traditionnel instauré n'avait apporté aucune amélioration. Un arrêt de travail occasionné par la dyspnée a été constaté.

- le groupe OO des patients souffrant d'onchocercose, sans troubles psychiques (11 sujets),

- le groupe OP des patients souffrant d'onchocercose et présentant en même temps des troubles psychiques (19 sujets),

- le groupe PP des patients présentant des troubles psychiques sans onchocercose (29 sujets).

7.4.1. Caractéristiques des groupes

Aucune différence significative n'est observée entre les différents groupes au sein de l'échantillon en ce qui concerne: l'âge des patients, le sexe, la profession, la situation matrimoniale, le rang dans la fratrie, le taux de scolarisation (mais le niveau de scolarisation, lui, diffère) et le lieu de résidence.

Niveau de scolarisation:

C'est la catégorie OP qui a le niveau de scolarisation le plus bas (89% n'ont pas atteint un niveau primaire), tandis que dans la catégorie PP les patients ont fait les études les plus longues (24% ont un niveau au moins égal au D.E.F, ce qui n'est le cas que pour 9% des patients OO et 5% des patients OP, $P= 0.0008$).

Lieu d'éclosion des troubles:

Il existe une différence significative en ce qui concerne le lieu d'éclosion des troubles ($P= 0,0030$).

Les troubles des patients PP ont davantage éclos en milieu urbain (69%) que ceux des patients OO (36%) et OP (16%).

7.4.2. Caractéristiques cliniques

Rappelons l'effectif des différents groupes: PP: 29, OP: 19, OO: 11, NN: 5.

En raison de la faiblesse de l'effectif aucun commentaire ne sera fait à partir des pourcentages à l'intérieur du groupe NN.

Le groupe le plus difficile à constituer a été le groupe O (OO et OP).

On voit qu'au sein même de cette population O, la fréquence de l'association de troubles psychiques et d'onchocercose est considérable puisque le groupe OO est le plus restreint.

On se posera bien sûr la question de savoir si les troubles psychiques sont associés ou secondaires à la présence d'une onchocercose.

On voit en tout cas que certains onchocercariens ont une bonne tolérance psychologique vis à vis de leur maladie et que la réaction à la maladie en soi met en jeu d'autres facteurs liés à la personnalité ou à l'environnement.

Etude de la symptomatologie:

- Il n'a pas été observé de différences significatives en fonction du groupe pour la fréquence des troubles visuels, urologiques, O.R.L., cardio-respiratoires, et dépressifs.

Aucun patient OO ne présente de troubles dépressifs, et les patients OP et PP semblent également déprimés.

Cette absence de significativité peut tenir à la taille réduite de l'échantillon et aux effectifs des groupes.

Tableau n°11: Répartition des types de plaintes selon le groupe

PLAINTES	OP (n= 19)		PP (n= 29)		OO (n= 11)		NN (n= 5)	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Troubles Sommeil	14	73,68	21	72,41	1	9,09	0	0
Troubles Rêve	15	78,94	23	79,31	2	18,18	1	20
Céphalées	17	89,47	22	75,86	2	18,18	0	0
Troubles Digestifs	13	73,68	16	58,62	2	18,18	0	0
Symptômes Cutanés	16	84,21	24	82,75	11	100	2	40
Symptômes Anxieux	15	78,94	23	79,31	0	0	0	0
Asthénie	13	68,42	18	62,06	1	9,09	0	0

Le taux de significativité pour chaque symptôme est le suivant:

Troubles du sommeil P= 0,0084

Troubles du rêve P= 0,0035

Céphalées P= 0,0001

Troubles digestifs P= 0,0000

Symptômes cutanés P= 0,0000

Symptômes anxieux P= 0,0000

Asthénie P=0,0005

Les troubles du sommeil semblent spécifiques des patients présentant des troubles psychiques (OP 73,68% et PP 72,41%). Ils sont rarement rencontrés chez les patients OO (9,09%).

Les troubles du rêve sont très fréquents chez les patients ayant des troubles psychiques (OP 78,94% et PP (79,31%). Ils sont néanmoins un peu plus souvent retrouvés chez les patients OO que ne l'étaient les troubles du sommeil.

Les céphalées sont le plus fréquemment rencontrées chez les patients OP (89,47%) et PP (75,86%). On les retrouve chez les patients OO à la même fréquence que les excès de rêve (18,18%).

Les troubles digestifs, eux, sont là encore retrouvés chez les patients ~~ayant des troubles psychiques~~ (OP 73,68%, PP 58,62%).

On retrouve les troubles cutanés chez tous les patients OO (100%), un peu moins chez les patients présentant des troubles psychiques (OP 84,21%, PP 82,75%).

Les troubles anxieux semblent eux aussi spécifiques des patients présentant des troubles psychiques (OP 78,94% et PP 79,31%), comme le sont les troubles du sommeil.

L'asthénie, quant à elle, est nettement plus marquée chez les patients présentant des troubles psychiques (OP 68,42%, PP 62,06%, OO 9,09%).

Comme on pouvait s'y attendre, les troubles les plus évocateurs de troubles psychiques se retrouvent dans des pourcentages comparables entre le groupe OP et PP (troubles du sommeil, excès de rêve, anxiété, céphalées).

D'autres symptômes moins spécifiquement évocateurs de troubles psychiques sont nettement associés à cette composante: asthénie et troubles digestifs. Les troubles cutanés, eux, sont très fréquents dans l'ensemble des groupes mais ils sont systématiques en cas d'onchocercose.

Troubles cutanés:

Tableau n°12: Répartition des symptômes cutanés selon le groupe

TROUBLES	OP (n=19)		PP (n=29)		OO(n=11)		NN (n=5)	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Sensation de Bêtes	15	78,94	21	72,41	3	27,27	0	0
Prurit	6	31,57	7	24,13	11	100	0	0
Sensation de Chaleur	5	26,31	3	10,34	1	9,09	0	0

P= 0,0050

Les signes cutanés dominent le tableau de mara. Il existe une différence significative en fonction du groupe (P= 0,0050). Les signes les plus fréquemment rencontrés sont: la sensation de petites bêtes sous la peau, le prurit, la sensation de chaleur sous la peau.

La sensation de petites bêtes sous la peau est plus fréquemment rencontrée chez les patients présentant des troubles psychiques (OP 78,94%, PP 72,41%). On la retrouve plus rarement chez les patients OO (27,27%).

Le prurit, lui, semble spécifique des patients souffrant d'onchocercose (OO 100%, OP 31,57%). Les patients PP se plaignent peu de prurit (24,13%).

La sensation de chaleur sous la peau est spécifique des patients présentant des troubles psychiques (PP 10,34%, OP 26,31%, OO 9,09%).

Durée des troubles:

Tableau n°13: Répartition de la durée d'évolution des troubles selon le groupe

DUREE	OP (n=19)		PP (n=29)		OO (n=11)		NN(n=5)	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Durée <= 3 mois	0	0	3	10,34	0	0	2	40
Durée 3 m-1 an	4	21,05	13	44,82	10	90,99	1	20
Durée 1-2 ans	1	5,26	0	0	1	9,09	0	0
Durée 2-5 ans	3	15,78	6	20,28	2	18,18	2	40
Durée > 5 ans	11	57,89	7	24,13	2	18,18	0	0

P= 0,0279

On retrouve deux types de population, quel que soit le groupe qui se détache, celle des patients dont les troubles évoluent depuis trois mois jusqu'à un an et celle de ceux dont les troubles évoluent depuis deux à cinq ans, ou plus.

Les OO se situent plus particulièrement dans le premier groupe tandis que le groupe OP enregistre le plus fort taux de chronicité (plus de cinq ans de durée des troubles). Le groupe PP est représenté dans les deux populations et se superpose aux cas de consultation avant trois mois d'évolution des troubles.

Vie sociale:

Tableau n°14: Répartition du retentissement de la maladie sur la vie sociale selon le groupe (P= 0,0050).

Groupe	Nbre	%
OP(n= 19)	8	42,10
PP(n= 29)	3	10,34
OO(n= 11)	0	0
NN (n= 5)	0	0

Le retentissement de la maladie sur la vie sociale est observé uniquement chez les patients ayant présenté des troubles psychiques (OP 42,10%, PP 10,34%). Les patients souffrant uniquement d'onchocercose semblent mener une vie sociale normale (au stade de non complications certainement).

Capacité de travail:

Tableau n°15: Répartition de l'incapacité de travail selon le groupe (P= 0,0050).

INCAPACITE	OP (n=19)		PP (n=29)		OO (n=11)		NN (n=5)	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Incapacité Totale	6	31,57	6	20,68	0	0	1	20
Incapacité Partielle	9	47,36	12	41,37	1	9,09	0	0

Le retentissement sur la capacité de travail apparait essentiellement chez les patients présentant des troubles psychiques (OP 31,57% ,PP 20,68% pour l'incapacité totale et OP 47,36% , PP 41,37% pour l'incapacité partielle).

Le retentissement sur la vie sociale, comme sur la capacité de travail montre l'existence plus grande d'un handicap chez les patients présentant des troubles psychiques (PP et surtout OP).

Ceci est en cohérence avec le fait que les patients chroniques sont, nous venons de le voir, surtout des patients PP et OP. Le facteur psychique apparait ici comme déterminant dans le retentissement de la maladie et l'apparition du handicap grave. La grande importance du groupe OP illustre sans doute un effet de sommation.

Signes de mara:**Tableau n°16:** Répartition de la perception des signes de mara selon le groupe (P= 0,00000)

SIGNES	OP (n=19)		PP (n=29)		OO (n=11)		NN(n=5)	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Signes cut.	12	63,15	19	65,51	9	81,81	2	40
Troubles Oeil	15	78,94	8	27,58	5	45,45	1	20
Troubles Psyc	11	57,89	7	24,13	3	27,27	3	60
Troubles Sex.	3	15,78	2	6,89	1	9,09	2	40

Interrogés sur les signes du mara, les patients répondent différemment selon le groupe auquel ils appartiennent.

Les quatre symptômes majeurs: troubles cutanés, troubles oculaires, troubles psychiques et troubles sexuels sont pris en compte par l'ensemble des groupes. Le groupe OO privilégie les troubles cutanés et oculaires, et le groupe PP les troubles cutanés, par contre c'est celui qui cite le moins les troubles psychiques et même sexuels. Le groupe OP évoque en premier lieu les troubles oculaires puis les troubles cutanés et psychiques.

Incapacité liée à la maladie:**Tableau n°17:** Répartition de la perception de l'incapacité de travail liée à mara selon le groupe

INCAPACITE	OP (n=19)		PP (n=29)		OO (n=11)		NN (n=5)	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Inc.	4	21,05	0	0	7	63,63	0	0
Pas d'inc.	8	42,10	13	44,82	0	0	1	20
Incapacité fonction de gravité	4	21,05	12	41,37	1	9,09	4	80
Non réponse	3	15,78	4	13,79	3	27,27	0	0

P= 0,0002

La perception de l'incapacité de travail liée à mara varie significativement selon le groupe. Le groupe PP répond massivement en faveur de l'incapacité de travail (86%). Les avis sont davantage partagés au sein du groupe OP, mais l'idée d'incapacité reste importante (42%). Pour le groupe OO, la proportion s'inverse avec 63% de négation de la notion d'incapacité liée à mara et un nombre de non réponses plus élevé que dans les autres groupes.

On voit que plus la pathologie est directement d'origine psychique, plus la notion d'incapacité apparaît dans les représentations de mara. Cette perception semble directement liée aux constatations cliniques faites plus haut sur le handicap.

8) L'ENQUETE RETROSPECTIVE DE KOUTIALA

Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée à partir des dossiers médicaux de l'Antenne de Santé Mentale de Koutiala. Certaines rubriques ont un taux élevé de non-réponses compte tenu du caractère non systématique du recueil. Le nombre total de dossiers traités s'élève à 52.

8.1. Caractéristiques de l'échantillon

Age:

Dans cette étude, le diagnostic de mara est exceptionnel avant 15 ans. Il apparaît dans la tranche d'âge de 16-25 ans, mais concerne avant tout les plus de 25 ans.

Ces résultats sont superposables à ceux observés à Bamako.

Sexe:

Dans notre étude, 48,07% des patients sont de sexe masculin. Ce taux est le même dans la population générale du Mali.

La comparaison avec les résultats de l'étude menée à Bamako nous montre que le taux élevé de consultations masculines observé ne peut être interprété comme un phénomène général qui traduirait la prédominance masculine de la maladie, mais plutôt, comme l'hypothèse en a été faite, d'une plus grande accessibilité des hommes aux soins délivrés par les structures de référence nationale.

Profession:

Les élèves peu représentés avec un taux de 3,8% contre 10,42% dans la population générale. Les ménagères viennent en tête avec 50%, ce qui recoupe la population féminine, suivies par les cultivateurs (23,07%) et les commerçants et artisans (19,23%); pour 3,9% la profession n'est pas précisée.

Religion:

Dans cette étude nous avons 92,30% de musulmans contre 7,70% de catholiques. La proportion de catholiques est plus élevée que celle enregistrée à Bamako.

La zone de Koutiala semble héberger en effet une forte communauté catholique par rapport aux autres localités du pays. La catégorie animiste n'apparaît pas ici, ce qui pourrait tenir au recueil même des données.

Ethnie:

Chez les 59,61% de patients pour lesquels l'ethnie est précisée, l'ethnie Senoufo-Minianka est majoritaire avec 38,46% des consultants. Les autres ethnies sont peu représentées, la situation géographique de la zone d'étude les défavorisant.

Niveau de scolarisation:

69,24% de la population étudiée est analphabète, 11,54% est scolarisée (école moderne et medersa), et 5,76% est alphabétisée (école coranique et langue nationale). Aucun renseignement n'est fourni à propos de la scolarisation dans 13,46% des cas.

Cette donnée différencie nettement cette population de celle de l'enquête menée à Bamako.

Situation matrimoniale:

Parmi les patients dont nous avons étudié les dossiers, 82,69% sont mariés, 9,62% sont célibataires et 7,69% sont veufs.

Si l'on compare ces pourcentages à ceux de la population générale on constate une variation importante, les mariés et les veufs étant nettement plus représentés au sein de l'échantillon. Ceci est sans doute lié aux tranches d'âge présentes, mais on ne peut écarter que la situation conjugale en elle-même puisse intervenir en tant que facteur de survenue de mara.

Les mêmes caractéristiques ont été retrouvées en ce qui concerne le statut matrimonial dans l'étude de Bamako.

Rang dans la fratrie:

23,08% des patients sont des fils aînés ou uniques, 17,13% des deuxièmes (parfois deuxièmes et derniers), 15,38% sont des benjamins (autres que premiers et deuxièmes), 38,46% occupent une place intermédiaire dans la fratrie.

Le rang n'est pas connu pour 5,77% des patients.

Si l'on retrouve une sur-représentation des aînés comme dans l'étude de Bamako, les variations sont cependant moins marquées ici.

Nombre d'enfants:

10% des patients ont moins de 3 enfants, 37% en ont de 3 à 5, et 32% plus de 5.

Pour 21% des patients le nombre d'enfants est inconnu.

Le nombre moyen d'enfants par famille est plus élevé dans l'échantillon de Koutiala que dans celui de Bamako.

Région d'origine:

La région de Sikasso et sa région limitrophe la plus proche, celle de Ségou, sont les plus représentées avec respectivement 76,92% et 13,46% des patients, ce qui est tout à fait logique si l'on tient compte de la localisation du Cercle de Koutiala. Viennent ensuite les régions de Kayes, Koulikoro Mopti et le District de Bamako avec chacun 1,92%

La région d'origine n'est pas précisée dans 1,92% des cas. Ces chiffres montrent principalement que l'Antenne de Santé Mentale de Koutiala draine toute une population extérieure au Cercle.

Provenance d'une zone d'endémie:

28,84% des patients de Koutiala provenaient d'une zone onchocercienne de façon certaine. Pour 32,70% d'entre eux, la notion d'endémicité n'a pu être précisée; 38,46% proviennent de zone non onchocercienne.

Lieu d'éclosion des troubles:

Pour 59,62% des patients, les troubles ont éclos en milieu rural contre 40,38% en milieu urbain, le critère de ruralité et d'urbanité étant le même que celui qui a été défini pour l'enquête de Bamako.

8.2. Caractéristiques cliniques

Durée des troubles:

Tableau n°18: Répartition de la population étudiée selon la durée d'évolution des troubles

Durée des troubles	Nombre	Pourcentage
moins de 3 mois	5	9,6
3 mois à 1 an	13	25
1 à 2 ans	4	7,7
2 à 5 ans	12	23,1
Plus de 5 ans	15	28,8
Non précisé	3	5,8

On constate deux pics dans la durée de la maladie au sein de l'échantillon; le premier (25% des cas) apparaît pour une durée d'évolution de 3 mois à 1 an, le second (28,8%) pour une durée supérieure à 5 ans.

Chez 5,8% des patients la durée des troubles n'est pas précisée. Ces données confirment les résultats observés dans l'étude menée à Bamako. Ceci pourrait indiquer qu'il existe deux faisceaux principaux de maladies derrière le concept de mara.

Troubles du sommeil:

Parmi les patients inclus dans l'étude de Koutiala, 44% se plaignaient d'insomnie (sans autre précision), 10% de réveil précoce, 10% de difficultés d'endormissement, 15% de l'association de ces deux derniers symptômes.

Il est toutefois difficile de savoir si la recherche de ces troubles a été effectuée systématiquement pour chaque patient.

Les troubles du sommeil semblent beaucoup plus fréquents au sein de cette population que dans celle de l'étude de Bamako. Ce type de troubles étant un indicateur de désordres psychiques, il n'est pas étonnant de les retrouver davantage chez les patients de Koutiala qui ont consulté, rappelons-le, dans une Antenne de Santé Mentale.

Rêves:

48,07% des patients ont signalé des cauchemars et 17,30% un excès de rêves. Ces deux symptômes sont associés dans 3,84% des cas; dans 30,79% le trouble n'a pas été signalé.

Symptômes anxieux:

Dans 63,46% des cas (33 personnes sur 52) on a relevé des symptômes anxieux.

Les termes utilisés pour exprimer l'anxiété ont été:

- jatikè (28 personnes),
- siran (14 personnes),
- kamanaguan (8 personnes),
- hami (5 personnes). (cf résultats de Bamako)

Asthénie:

28,84% des patients ont signalé une asthénie, 7,69% ont dit ne pas en avoir.

Symptômes dépressifs:

75% des patients ont signalé des symptômes dépressifs soit 39 patients sur 52, ainsi:

- 38 se plaignaient de tristesse,
- 17 d'inhibition intellectuelle,
- 13 de ralentissement moteur,
- 4 de vécu de dévalorisation,
- 2 présentaient des idées de mort.

Troubles psychotiques:

13,46% des patients (7 personnes) présentaient des troubles psychotiques.

Troubles de la sexualité:

15,38% des patients ont signalé des troubles de la sexualité soit 8 patients: 3 ont signalé une impuissance totale, 1 un trouble de la libido, 2 des troubles de l'érection, 2 des troubles de l'érection (faiblesse de l'érection) et de la libido (baisse de la libido) associés.

Manifestations cutanées:

Chez 57,69% des patients (30 cas) on a relevé des symptômes cutanés:

- 24 ont décrit une sensation de petites bêtes sous la peau,
- 15, une sensation de chaleur dans le corps,
- 8 un prurit,
- 2 un "kuru" (kyste, bouton),
- 1 patient a parlé de changement de teint de la peau par endroits, avec un aspect crayeux (fari be koyo koyo tuma bè).

Céphalées:

46,15% des patients soit 24 personnes ont signalé des céphalées.

Troubles digestifs:

Chez 59,61% des patients (31 cas) on a relevé des symptômes digestifs, ainsi:

- 20 ont signalé une constipation,
- 18 une anorexie,
- 6 des douleurs oesogastriques,
- 2 un ballonnement abdominal,
- 1 des épisodes de diarrhée,
- 1 une hyperphagie.

Troubles de la vision:

7,69% des patients ont signalé une baisse de leur acuité visuelle.

Symptômes cardiorespiratoires:

40,38% des patients, soit 21, ont signalé des symptômes cardiorespiratoires; il s'agit de: palpitations: 13 patients, dyspnée non spécifique: 9, douleurs thoraciques: 6, dyspnée d'effort: 1 patient.

Plaintes de la sphère ORL:

17,30% des patients (9 personnes) ont signalé :

- des vertiges: 6 cas,
- des bourdonnements d'oreille: 3,
- une otalgie: 1.

Plaintes de la sphère urologique:

1 seul patient a signalé une hématurie .

Tableau n°19: Répartition de l'effectif en fonction du type de plaintes (Enquête Koutiala)

Type de plaintes	Nbre	%
Troubles du sommeil	41	78,84
Symptômes dépressifs	39	75
Excès de rêves	34	65,38
Symptômes anxieux	33	63,46
Troubles digestifs	31	59,61
Symptômes cutanés	30	57,69
Céphalées	24	46,15
Symptômes cardio-resp	21	40,38
Asthénie	15	28,84
Troubles ORL	9	17,30
Troubles sexualité	8	15,38
Troubles type psycho	7	13,46
Troubles visuels	4	7,63
Troubles urologiques	1	1,92

Effectif: 52 patients

Les troubles du sommeil, les troubles dépressifs, les excès de rêves, l'anxiété et les troubles digestifs sont les symptômes dominants, viennent ensuite les troubles cutanés, les céphalées, les troubles cardio-respiratoires et l'asthénie; les plaintes de la sphère O R L, de la sphère urologique, les troubles sexuels; les troubles visuels recrutent des pourcentages assez bas; les troubles psychotiques sont plus représentés ici que dans l'étude de Bamako (13,46% contre 1,56%).

Antécédents psychiatriques:

Chez 35% des patients (18 cas) on a relevé des antécédents psychiatriques: 29% d'antécédents familiaux, 4% d'antécédents personnels et 1% d'antécédents familiaux et personnels et 1% de non précisé.

Antécédents de prise de toxiques:

Chez 2 patients on a retrouvé des antécédents de prise de toxique: un cas d'alcoolisme et un cas de polytoxicomanie (yamba, alcool).

Recherche de microfilaires:

La recherche de microfilaires a été effectuée dans le sang pour 65% des patients, et par la biopsie cutanée exsangue dans 29% des cas. Chez 6% des patients aucun de ces deux examens n'a pu être effectué.

Au terme des examens, 10% des patients, soit 5 personnes, se sont révélés onchocerquiens.

Diagnostic psychiatrique:

94,24% des patients présentaient des troubles psychiatriques (49 personnes):

- 12 présentaient des symptômes dépressifs,
- 12 autres des symptômes anxio-dépressifs,
- 7 des troubles psychotiques,
- 8 des troubles anxieux.

On a mis en évidence des troubles de la personnalité dans trois cas.

Pour un patient, les troubles semblaient liés à une prise de toxiques, dans 9 cas, les troubles anxieux ou dépressifs semblaient réactionnels.

5,76% des sujets soit 3 patients n'ont présenté aucun trouble psychique. L'un, âgé de 60 ans se plaignait d'asthénie, un second de 61 ans, se plaignait de perte totale de vision au niveau d'un oeil, et le dernier, 31 ans, se plaignait de prurit. Il est le seul de ce groupe chez lequel une onchocercose a été trouvée.

Traitement psychiatrique:

- 41 patients ont été mis sous antidépresseurs,
- 25 patients sous anxiolytiques,
- 11 sous neuroleptiques,
- 5 sous hypnotiques.

Les patients onchocerquiens ont été mis sous Nomezine (antifilarien). Parmi les patients, 23 ont reçu des traitements associés au traitement psychiatrique.

9) L'ENQUETE AUPRES DES GUERISSEURS

La réalisation de l'enquête auprès des quatre tradipraticiens a nécessité la prise d'un grand nombre de rendez-vous avant l'obtention d'un entretien. A chaque rendez-vous, des noix de kola étaient offertes. Le recueil des données a eu lieu au cours d'un entretien unique avec chacun des guérisseurs.

Malgré les précautions prises, il nous a semblé qu'une certaine réticence persistait de leur part à fournir les renseignements demandés.

Les manifestations de mara:

Les symptômes les plus fréquemment évoqués sont les céphalées et la constipation (kono ja), viennent ensuite l'anxiété (ja bo, ja soli, ja tiké), l'amaigrissement (ka fasa), l'impuissance sexuelle, l'asthénie profonde (farifaga), la folie (fa).

Sont évoqués une seule fois, la baisse de la libido, l'insomnie, les douleurs dorso-lombaires, l'aménorrhée, l'obésité, la peur (siran), les troubles de l'audition, la rougeur des yeux, les picotements (fari kin).

Méthodes diagnostiques:

Chacun des guérisseurs a une méthode personnelle:

- l'un dit qu'il pose son diagnostic à la vue du patient sans donner plus de précisions,

- un autre, pose son diagnostic devant la réussite d'une épreuve thérapeutique,

- un troisième estime qu'après un simple toucher des épaules il est à mesure de poser son diagnostic,

- le dernier fait le diagnostic à partir de la présence d'une incapacité empêchant le patient de subvenir lui-même à ses besoins (a be mogo lafu, a be mogo nagasi), ce qui indique qu'il fait de ce symptôme, le symptôme pathognomonique de la maladie.

Causes de mara:

Nous regrouperons trois types de causes: le rôle de l'hygiène et des vecteurs, les causes magico-religieuses et les autres causes.

Pour ce qui est de l'hygiène et des vecteurs on retrouve la notion du rôle des eaux sales et des aliments souillés chez deux guérisseurs. La piqûre par une espèce de mouche (limogo sugu do, limogo kin da), le rôle des insectes (fen nyènèmanw) apparaissent dans le discours de 2 tradipraticiens.

Les références magico-religieuses sont les jiné de la brousse: les jiné envoient un "koroté" (sorte d'empoisonnement à distance) dans les eaux ou dans la nature, et celui qui vient à se baigner ou à passer dans un endroit contaminé attrape mara (un tradipraticien).

Apparaissent ensuite la notion de grande peur (siranya kojugu, ni kojugu kèra mogo la, ni fenw balala mogo la) et la notion de sumaya - entité nosologique centrée sur le symptôme fébrile - pour deux tradipraticiens (sumaya kokolèn be kè mara yé, sumaya qui dure donne mara).

Localisation anatomique:

Trois guérisseurs disent que la maladie concerne l'ensemble du corps, le quatrième précise que la maladie, avant de gagner l'ensemble du corps, débute par la tête ou la poitrine, puis définit divers types de mara en fonction de la localisation primitive:

- mara fin (mara noir) qui débute par le ventre,
- mara bilèn (mara rouge) à la tête,
- mara jè (mara blanc) débutant au ventre lui aussi.

Voies de contamination:

Trois guérisseurs parlent de transmission de parent à enfant, deux de transmission au moment des rapports sexuels, un de voie sanguine.

Prévention de mara:

Les tradipraticiens ont eu du mal à répondre aux questions relatives à la prévention, ce qui traduit leur manque d'habitude à aborder le problème de la maladie en général et de mara en particulier sous cet angle.

L'un dit qu'en évitant les facteurs étiologiques on peut éviter mara, mais que c'est difficile; un deuxième pense que seul le traitement de l'affection déclarée est possible et un troisième répond directement en terme de traitement .

Troubles psychiques et mara:

Les quatre tradithérapeutes affirment le risque d'apparition de troubles ou symptômes psychiques au cours de mara.

Il peut s'agir de cauchemars pouvant entraîner une anxiété (jaticé) et une insomnie, de palpitations, de suicide, de fugues, ou de folie (fa). Les rêves ou les cauchemars, les réveils précoces, l'insomnie, vont aboutir à la folie véritable.

Mara et pronostic vital:

Trois guérisseurs sur quatre disent que mara est rarement mortel. Un précise que l'on peut vivre 20 ou 30 ans avec, un autre que mara ne tue pas mais réduit la personne à néant (a bè i nagasi).

Le quatrième guérisseur précise les mécanismes physiologiques de la mort par mara: il détruit le sang, il boit le sang, il détruit tout le corps et le cerveau.

Mara et incapacité de travail:

Les quatre guérisseurs sont unanimes à reconnaître le caractère invalidant de mara.

L'incapacité provient du "fari faga" (corps mort, sensation de courbature généralisée, d'asthénie profonde), de l'hypersomnie et/ou de la folie occasionnés par la maladie.

Mara et mariage:

Là encore les guérisseurs répondent de façon unanime que mara empêche de se marier.

Tous les quatre invoquent en premier lieu l'impuissance sexuelle causée par la maladie.

Apparaissent aussi dans leur discours le manque de désir sexuel, la perte de la séduction (ka i noro bo i la), l'apparition d'une ménopause précoce (a be koli tikè jona muso la), de troubles mentaux (hakili nyagamin, esprit mélangé), de folie (fa).

Séquelles de mara:

Trois guérisseurs affirment que mara peut guérir sans séquelles et, pour deux d'entre eux, sans rechute.

Le quatrième inclue dans les séquelles le fait que mara "gâte" le sang, entraîne la folie et la cécité. On peut se demander si ce dernier n'a pas répondu plutôt en termes de complications que de séquelles.

Curabilité de mara:

Deux tradipraticiens considèrent que mara peut guérir, sauf au stade de la folie où il devient très difficile à soigner.

L'un d'eux justifie que l'affection soit curable par le fait que la maladie se situe entre la chair et la peau.

Un guérisseur pense que mara est susceptible de rechutes, et relève d'un traitement continu destiné à les prévenir, et de précautions pour éviter les facteurs favorisants.

Comment reconnaît-on la guérison?

Nous avons déjà vu qu'un des guérisseurs considère que la guérison ne peut jamais être affirmée. Pour lui, elle ne doit jamais être annoncée au malade.

Les trois autres ont pour critère de guérison l'amélioration clinique du malade: la récupération physique (fari be nugu), la disparition des symptômes et le fait pour le patient de se sentir guéri.

Difficultés du traitement:

Tous les guérisseurs affirment la difficulté et la longueur du traitement.

Les quatre utilisent des plantes et pratiquent des scarifications (de siège varié). Trois signalent l'utilisation de fumigations, et un parle d'incantations (kilisi).

Trois tradithérapeutes effectuent les traitements en ambulatoire, un à domicile ou en ambulatoire.

Deux guérisseurs parlent d'une durée minimum de traitement d'un mois, un autre de quinze jours. Le quatrième affirme traiter mara en 18 jours.

Le coût du traitement reste difficile à cerner: 5000 FCFA pour l'un, laissé à l'initiative du patient pour deux autres, discuté avec le patient pour le dernier. Dans un cas la fourniture du nécessaire pour les sacrifices est demandée.

Faut-il informer le malade de sa maladie?

Les guérisseurs sont unanimes à dire que le diagnostic doit être annoncé. Un précise qu'il doit l'être pour répondre à la demande du patient, un autre souligne que l'énonciation du diagnostic renforce la confiance du malade en son guérisseur.

Conseils à prodiguer au malade et à sa famille:

Chaque guérisseur à son point de vue.

Certains conseils sont d'ordre diététique: éviter le petit mil et le sucre. D'autres sont d'ordre préventif: éviter de transmettre la maladie à sa femme et ses enfants, continuer le traitement pour éviter les complications. Certains conseils sont des réassurances à propos de la curabilité et de la possibilité de mener une activité normale.

Risques pour l'entourage:

Paradoxalement, les guérisseurs répondent qu'il n'y a pas de risques sauf, pour l'un d'entre eux en cas de folie avec agressivité. La question semble avoir été mal comprise et les réponses qui s'y réfèrent fournies par ailleurs: risque de contamination par voie sexuelle, ou de parent à enfant.

Les réponses sont similaires pour ce qui concerne le risque encouru par le guérisseur.

Antécédents de mara chez les guérisseurs:

Les quatre guérisseurs ont été atteints de mara. Un l'a hérité de son père, un était devenu aveugle et a recouvré la vue avec un traitement traditionnel. Tous sont devenus guérisseurs de mara pour en avoir souffert, et l'un d'entre eux a bénéficié en plus des connaissances de son père.

10) LE QUESTIONNAIRE DE DEPISTAGE

Nous avons dit plus haut que le Q D S M est un instrument de dépistage en cours de validation, que nous avons testé dans sa version comportant 29 items.

Sur tout l'échantillon (Bamako et Koutiala), 74 patients y ont répondu.

Pour le groupe NN, nous avons un score maximum de 8 et une moyenne égale à 3,25 points. Dans le groupe OO le score maximum est égal à 7 et la moyenne à 2,82.

Pour le groupe OP, le score maximum est de 21 points et le score moyen est de 12,75. Dans le groupe PP le score maximum est égal à 27 et le score moyen est de 13,74.

Un score nul est enregistré dans les groupes NN, OO et OP. Aucun score nul n'est enregistré dans le groupe PP.

Plus un patient présente des troubles psychiques, plus son score au QDSM est élevé. Pour ce qui concerne notre enquête, cet instrument semble permettre de dépister les troubles psychiques chez les patients atteints de mara et de se faire une idée du degré d'acuité de ceux-ci.

11) ANALYSE ET DISCUSSION

11. 1. Les échantillons

L'échantillon de Bamako:

Rappelons qu'en fonction de notre méthodologie d'enquête, l'échantillon est composé de trente patients chez lesquels une onchocercose a été confirmée (oncho+), et de 34 autres chez lesquels ce diagnostic a été écarté (oncho-). Parmi les patients oncho+, il s'est trouvé que plus de la moitié présentaient aussi des troubles psychiques. Par ailleurs, chez 5 patients se plaignant de mara, aucun diagnostic n'a pu être posé. On peut se demander si l'existence d'une plainte isolée au niveau cutané, sans signes objectifs, ne pourrait pas traduire un trait de personnalité hypochondriaque. Bien entendu, une étiologie organique a pu ne pas être détectée, le bilan pratiqué restant restreint.

Ce qui caractérise avant tout l'échantillon de l'étude de Bamako est l'importance numérique des hommes: environ trois hommes pour une femme. Cette étude recueille donc avant tout un discours et une expression symptomatologique masculins à propos de mara.

La demande adressée au Service des Grandes Endémies de Bamako et au Service de Psychiatrie concerne des adultes de tous les âges (plus de 16 ans), en particulier de plus de 25 ans.

Cela signifie-t-il que mara survient rarement avant l'âge de 15 ans, que le diagnostic en est rarement posé avant cet âge, ou que l'enfant atteint de mara suit un itinéraire thérapeutique différent?

La répartition professionnelle est difficilement comparable à celle de la population générale, du fait de la prédominance masculine au sein de l'échantillon. La catégorie des salariés semble un peu mieux représentée que dans la population générale. On pourrait penser que ceci tient au fait que l'enquête se déroule à Bamako, mais on sait que seulement 4,6% des patients proviennent de la capitale.

Peut être la proportion de patients résidents en milieu urbain est-elle plus élevée dans notre échantillon qu'au sein de la population générale.

La catégorie professionnelle la plus représentée englobe peut-être majoritairement les patients qui ont été scolarisés, ce qui les motiverait davantage à s'adresser aux structures conventionnelles de référence.

En effet, on voit que le taux de scolarisation au sein de l'échantillon est supérieur à celui de la population générale. Le niveau d'étude reste modeste.

Si la surreprésentation ethnique Bambara-Malinké est logique en fonction du lieu d'enquête,

la surreprésentation Sénoufo- Minianka montre cette fois une particularité plus surprenante. Peut-être un biais a-t-il été introduit par l'appartenance ethnique de la personne qui a réalisé l'enquête (ethnie sénoufo). Ceci nous amène à nous pencher sur la région de résidence des patients, pour voir que ces derniers viennent assez souvent de fort loin.

Le taux de mariage est plus élevé que dans la population générale des plus de 12 ans. Il semble lié aux tranches d'âge représentées. Le taux de célibataires et celui des sans enfants est comparable, ce qui montre qu'il n'y a pas de retentissement observable de mara sur la fertilité au sein de l'échantillon.

La fréquence importante des aînés parmi les patients de l'échantillon est une particularité. On sait que la même observation a été faite pour les patients hospitalisés en psychiatrie à l'Hôpital du Point G (2).

Les patients de l'échantillon proviennent à 81,2% de familles rurales. Ils ne sont que 60,93% à vivre en milieu rural, ce qui signifie qu'ils sont 20% à avoir migré de la campagne vers la ville. Nous ne disposons pas de données sur la population générale à ce sujet, ce qui ne nous permet pas de dire si la migration pourrait être un facteur de risque de mara. Cependant, on note que presque un patient sur deux considère que les troubles ont éclos en milieu urbain. Si le lieu d'éclosion des troubles n'est pas assimilable au lieu de contamination, on peut être néanmoins surpris de l'importance de ce pourcentage, surtout pour une maladie couramment assimilée à l'onchocercose qui, elle, se contracte en milieu rural.

L'échantillon de Koutiala:

Les patients de Koutiala sont caractérisés par leur recrutement au niveau d'une Antenne de Santé Mentale. Ils présentent à 94,24% des troubles psychiques. Une onchocercose a été mise en évidence chez 10% d'entre eux, mais les tests utilisés n'avaient pas le maximum de fiabilité.

Le sex-ratio cette fois est le même que dans la population générale. Les tranches d'âges concernées sont les mêmes qu'à Bamako.

L'échantillon de Koutiala est le reflet d'une communauté catholique plus importante dans la zone, pour ce qui est de la répartition selon la religion. La disparition de la catégorie animiste nous semble plutôt relever des conditions de recueil des données que de la réalité.

A Bamako comme à Koutiala on sait que la déclaration d'adhésion à la religion islamique recouvre souvent des pratiques syncrétiques ou la religion d'appartenance des parents.

Cette fois, le taux de scolarisation est plus bas que dans la population générale. La situation matrimoniale reste en rapport avec les tranches d'âge représentées. Une légère surreprésentation des aînés est constatée.

La provenance majoritaire de la région de Sikasso n'a rien d'étonnant puisque l'Antenne est située dans cette région. Le fait que la zone de recrutement déborde sur la 4ème région, région limitrophe, donne l'idée d'un rayon d'influence assez important. Toutefois, ceci peut s'expliquer par le fait que cette antenne était la seule structure de soins de santé mentale décentralisée du Mali jusqu'en 1992.

Plus surprenant est le chiffre de 7,68% de patients provenant de régions éloignées (Bamako, Kayes, Mopti, Koulikoro).

Dans certaines localités de la région de Koutiala, l'onchocercose sévit de manière endémique, mais il ne s'agit pas de zone d'hyperendémie.

On voit que la provenance d'une zone d'endémie n'est pas systématique chez les patients de l'échantillon, puisque 1/3 au moins de ceux-ci vient d'une zone non endémique.

Un pourcentage très important de patients (40,38%) a estimé que les troubles ont éclos en milieu urbain.

Comparaison des deux échantillons:

Le sex-ratio différencie nettement les deux échantillons. La prédominance masculine à Bamako pourrait traduire une spécificité du recours aux structures de soins de niveau national en cas de mara, par rapport à l'utilisation des structures de soins de niveau régional.

Le déplacement vers ces structures de soins nationales, souvent en provenance de zones éloignées, semble plus facile pour les hommes que pour les femmes. En plus du sexe, le niveau d'éducation et le fait d'être fils aîné agissent dans le même sens.

On peut en déduire que la santé du fils aîné déclenche un plus grand niveau de mobilisation des ressources de la famille. Par contre, dans les niveaux les plus élevés d'éducation, on peut penser que l'accessibilité aux structures conventionnelles est améliorée par la diffusion des connaissances sur l'onchocercose et son mode de contamination.

Le rayonnement des structures de soins est illustré à travers la provenance des patients (rayonnement national pour les patients de Bamako et principalement loco-régional pour ceux de Koutiala).

Les caractéristiques des deux échantillons concernant l'âge sont les mêmes.

11. 2. Analyse des résultats

Dans l'enquête de Bamako, mara apparaît comme une maladie caractérisée par son évolution au long cours. La demande de consultation est le plus souvent personnelle, la maladie pouvant passer inaperçue pour l'entourage, même si le caractère invalidant est assez développé dans le discours de nos patients. Le diagnostic de mara est rarement unique; chez près d'un patient sur deux une deuxième hypothèse diagnostique est envisagée par la famille ce qui pose le problème de diagnostic différentiel chaque fois que cette entité nosologique est évoquée.

En effet, la richesse symptomatologique de mara, l'importance et la variété des plaintes somatiques, peuvent recouvrir des affections variées, mais font souvent penser à des pathologies fonctionnelles ayant un retentissement anxieux et/ou dépressif important.

Si mara est assimilé à l'onchocercose, les signes retrouvés à l'examen clinique du malade de mara ne plaident pas toujours en faveur de ce diagnostic. Quelques affections organiques différentes de l'onchocercose ont pu être retrouvées chez certains patients.

L'examen psychiatrique a permis de mettre en évidence une pathologie psychiatrique, aussi bien chez des patients ne présentant pas d'onchocercose, que pour la majorité des patients souffrant de cette affection. Ceci démontre de façon évidente l'importance de la dimension psychiatrique de mara. La prévalence des troubles psychiques au sein du groupe des patients atteints d'onchocercose, qui n'avait pas été mesurée à sa juste valeur au départ, pose un problème méthodologique car le groupe OO est de taille trop restreinte, ce qui limite la possibilité d'effectuer des tris croisés.

On remarque à Koutiala, comme dans l'étude réalisée à Bamako, une symptomatologie polymorphe, ainsi que l'importance et la variété des plaintes somatiques.

Toute cette gamme de symptômes étant considérée comme un indicateur de désordre psychique, il n'est pas étonnant de les rencontrer chez les patients de l'Antenne de Santé Mentale, où 94% des consultants sont venus consulter pour troubles psychiques.

Les pathologies psychiatriques rencontrées sont les mêmes que celles retrouvées dans l'étude réalisée à Bamako.

Du fait de la méthodologie employée et des lieux de recrutement, notre enquête privilégie l'étude des troubles psychiques d'une part, et de l'onchocercose de l'autre.

11. 3. Synthèse des résultats

Cette étude confirme l'existence de quatre pôles autour desquels est définie l'entité "mara": celui des troubles cutanés, celui des troubles psychiques, des troubles visuels et enfin des troubles sexuels.

Les troubles cutanés:

L'étude clinique de Bamako (tris à plat, tris croisés), et l'étude anthropologique montrent que le symptôme central de mara est constitué par les manifestations cutanées. Le symptôme est moins souvent cité à Koutiala mais, rappelons le, l'étude y portait rétrospectivement sur des dossiers, pour lesquels le recueil des symptômes n'a pas été effectué de façon systématique.

L'expression symptomatique cutanée caractéristique de mara semble bien être la sensation de petites bêtes qui se déplacent sous la peau suivant des trajets bien définis.

Si l'on analyse les tris croisés concernant les données cliniques, on s'aperçoit que ces descriptions de migrations sous la peau sont avant tout retrouvées dans le discours des patients présentant des troubles psychiques, ainsi que la sensation de chaleur cutanée, alors que les onchocerci se plaignent plus fréquemment de prurit.

Au plan psychiatrique, cette symptomatologie subjective, riche et imagée, est extrêmement intéressante dans la mesure où ces sensations semblent bien surdéterminées culturellement.

Une telle description chez un patient occidental serait perçue par l'examineur comme un discours délirant basé sur des perceptions hallucinatoires. Or, si des cas de psychose existent au sein de l'échantillon des patients psychiques, on voit qu'ils sont loin d'y être majoritaires. Un syndrome particulier a été isolé, le syndrome d'Ekbom (44), défini comme "un délire de parasite accru" (les patients décrivent des parasites qu'ils essaient de prendre avec leurs mains). Nous retrouvons quelque chose de très proche dans le discours de la patiente âgée de 55 ans, vendeuse de poisson qui décrit ces petites bêtes (cf p. 33).

Sans doute existe-t-il un continuum de perception gradué de l'hallucination à une cénesthésie particulière conditionnée par la représentation culturelle de la maladie.

Les troubles oculaires:

Un patient sur 5 environ dans l'échantillon de Bamako se plaint de baisse de l'acuité visuelle. L'examen ophtalmologique n'a pas été pratiqué systématiquement.

Le recrutement des sujets, au sein du Service des Grandes Endémies pour l'essentiel, n'a pas permis d'inclure des patients présentant des troubles visuels majeurs qui s'adressent dans ce cas à des services spécialisés.

Un élargissement du recrutement au niveau de l'IOTA, mais aussi de l'Institut Marchoux pour la dermatologie, aurait permis d'améliorer la représentativité de l'échantillon et d'affiner l'analyse.

Néanmoins, l'enquête anthropologique auprès des patients de Bamako montre que les troubles visuels sont cités en second après les troubles cutanés, à propos de la représentation de la symptomatologie de mara. La cécité semble être la complication la plus redoutée (un patient sur trois environ), celle qui est citée en premier comme source d'incapacité de travail, avec la folie.

Elle est même citée dans les causes qui empêchent le patient atteint de mara de se marier, ce qui montre l'impact sur l'insertion sociale de la cécité.

Utiliser le terme de mara à propos de l'onchocercose quand on cherche à parler des troubles visuels qui lui sont liés peut être pertinent, du fait de la liaison culturelle existant entre les deux termes: mara- cécité.

Les troubles psychiques:

Ils sont cités en second, à égalité avec les troubles visuels, comme signes de mara dans le volet anthropologique de l'enquête de Bamako. Cette fois, la traduction du terme mara par onchocercose conduit à la négation de cette dimension.

Notre échantillon, du fait du lieu de recrutement (nombre de patients recrutés en psychiatrie: 2), ne peut être considéré comme favorisant, à priori, une surreprésentation des malades présentant des troubles psychiques. Leur importance a dépassé ce qui était imaginé au début de l'enquête.

De quel type de symptomatologie s'agit-il? Avant tout de manifestations anxio-dépressives (anxiété, troubles du sommeil, excès de rêves, asthénie, vécu dépressif), accompagnées de plaintes somatiques multiples (céphalées, plaintes cutanées, cardio-respiratoires, digestives, ORL, urologiques).

On peut dégager d'autres particularités: il s'agit souvent de troubles installés depuis longtemps (plus de 5 ans pour 57,89% du groupe OP, plus de deux ans pour 20,28% du groupe PP dans l'enquête de Bamako).

Ces troubles semblent responsables d'incapacités graves au plan du travail et même de la vie sociale (dans une moindre mesure).

Un vécu cénesthésique particulier est retrouvé (cf. troubles cutanés), basé sur la sensation du déplacement de petites bêtes sous la peau.

Le contexte d'apparition des troubles semble avoir un certain rôle dans l'apparition ou la persistance de ceux-ci chez un nombre important de patients: difficultés économiques, conflits conjugaux ou familiaux, deuils en particulier.

L'ensemble du tableau peut évoquer le plus souvent de simples troubles anxio-dépressifs, mais semble impliquer une dimension supplémentaire, encore mal cernée, qui pourrait correspondre à des troubles de la personnalité ou à l'impact traumatique de certains événements, non déterminés clairement par les questions posées. Tout ceci pourrait expliquer la gravité du retentissement de la maladie et son mode évolutif.

Ce type de tableau complexe n'est pas sans rappeler certains syndromes subjectifs, observés après des traumatismes ou des accidents du travail, caractérisés par la richesse de la symptomatologie subjective et le degré d'incapacité.

La notion de recherche de bénéfice secondaire inhérente à ces syndromes n'est pas évidente ici, de même que la dimension de revendication.

La représentation de mara reste liée à celle de la folie, elle même liée à l'incapacité d'assurer ses besoins matériels ou de se marier, et empreinte de rejet social.

Les troubles sexuels:

Dans l'enquête de Bamako, où les troubles sexuels ont été recherchés de façon systématique, on trouve environ un patient sur quatre qui se plaint de troubles de la sexualité (troubles de l'érection et/ou de la libido).

Dans l'enquête anthropologique comme dans les entretiens avec les guérisseurs, on retrouve la notion de troubles sexuels dans mara. On s'aperçoit d'ailleurs que les troubles de la sexualité proprement dite sont amalgamés aux troubles de la fertilité masculine ou féminine, ce qui précise bien le vécu des patients et de la population au sujet de mara et donne une dimension supplémentaire à la difficulté pour le patient atteint de cette maladie de prendre toute sa place dans la vie sociale.

Ainsi trois patients ont précisé que les femmes refusaient d'épouser les hommes atteints de mara.

57,81% des patients (enquête de Bamako) considèrent que mara empêche de se marier.

De l'ensemble de ces constatations se dégage la notion de gravité de mara: si celui-ci est plutôt considéré comme une maladie qui ne tue pas, il fait courir au patient le risque d'un handicap psychosocial grave, en particulier à cause de la gravité de ses complications.

Notons qu'hormis l'onchocercose et les troubles psychiques dont la recherche a été systématique dans l'enquête de Bamako,

on a pu retrouver chez certains patients se plaignant de mara d'autres affections organiques (gastrites, drépanocytose, bilharziose urinaire, infections génito urinaires, hernie inguinale et hémorroïdes).

Les guérisseurs eux-mêmes, bien qu'affirmant la curabilité de la maladie et leur capacité à la soigner dans des délais relativement brefs (deux à trois semaines), mettent en avant la fréquence des rechutes et la gravité des complications.

Dans le discours de guérisseurs, on voit que les symptômes mis en avant ne sont pas tout à fait les mêmes: céphalées, prise de poids ou amaigrissement, constipation semblent particulièrement pris en compte. Quant aux troubles du sommeil et la peur, ils font redouter au guérisseur l'entrée dans la folie. Bien que le nombre de guérisseurs consultés ici soit faible (4 personnes), on retrouve dans leur discours ce qu'a décrit en particulier R. Schumacher (48).

Nous noterons que, bien qu'il s'agisse d'un phénomène marginal, la surdité est citée comme une complication possible de mara dans le discours des patients et des guérisseurs.

La localisation de mara:

A travers les descriptions des malades à propos de leur propre cas, on trouve la notion de migration de petites bêtes ou graines (mara kis )   travers l'ensemble du corps, déterminant des sensations cutanées particulières. On trouve dans quelques observations la notion d'un foyer d'origine (coeur ou ventre), à partir duquel débute la migration.

L'enquête anthropologique précise que l'ensemble du corps est concerné, bien que certaines parties semblent préférentiellement atteintes comme la tête, le ventre, les crêtes iliaques. La migration est décrite comme s'effectuant tantôt entre la peau et la chair, sinon le long des "fasa" (traduit par "tendons", "nerfs").

Les guérisseurs interrogés semblent classifier le type de mara en particulier en fonction de la localisation du foyer d'origine de mara.

L'un d'entre eux explique même que les "mara kis " vont manger progressivement les diverses parties du corps, vidant en quelque sorte l'individu de sa substance.

La transmission de mara:

Différents modèles de référence semblent utilisés par les patients pour répondre aux questions relatives au mode de transmission et/ou de contamination de mara. Le nombre de non réponses est ici élevé et laisse l'impression que les patients manquaient de connaissances précises à ce sujet et ont fait recours à des représentations liées à la transmission des maladies en général, en particulier des maladies infectieuses: rôle des eaux sales, de la nourriture souillée, insectes, vers, mauvaise diététique.

Si ces modèles évoquent les modèles conventionnels de la transmission des maladies infectieuses, les propos d'un guérisseur viennent nous rappeler que la notion de souillure (eau contaminée par le passage d'un jiné) peut aussi relever du registre des représentations traditionnelles de la maladie.

La transmission in utéro de mère à enfant (par voie sanguine selon un guérisseur), la transmission par voie sexuelle ou, simplement intrafamiliale (ex: de père à fils) se dégagent assez nettement du discours des patients et des guérisseurs.

Le mécanisme de la transmission intrafamiliale autre que par voie intra utérine ou sexuelle reste flou: s'agit-il d'une transmission liée à l'hérédité (et qu'en est-il au juste de la notion d'hérédité?) ou bien s'agit-il simplement d'une des conséquences de la promiscuité qui favoriserait la contamination?

Nous touchons ici à des dimensions très intéressantes à explorer qui appelleraient un travail complémentaire.

Mara et dimension magico-religieuse de la maladie:

Le terme "mara" semble se référer davantage à un rassemblement syndromique, un pronostic évolutif et une théorie physiologique traditionnelle qu'à une causalité magico-religieuse.

Le discours est ici davantage centré sur le corps et les symptômes. Pas de notion de transgression d'interdit, de maraboutage, de jinébana mises au premier plan.

La conception animiste de la maladie réapparaît néanmoins à travers la contamination lors du passage en un lieu visité par un jiné. L'attaque ici semble fortuite, non directement dirigée vers l'individu, ni liée à une faute (grave en tout cas) expressément commise par lui ou sa famille.

Ainsi si mara s'inscrit bien dans la toile de fond des représentations du monde animiste, il correspond à une conception traditionnelle de la maladie à laquelle on fait moins souvent référence au sujet de l'Afrique, celle d'une médecine centrée avant tout sur le symptôme et une théorie anatomo-physiologique de la maladie.

Le diagnostic de dabali, qui est le plus fréquemment évoqué comme deuxième hypothèse diagnostique à propos de la maladie, nous rappelle que l'hypothèse magico-religieuse reste présente à l'esprit de chacun dans ce contexte culturel.

Les itinéraires thérapeutiques:

La population qui constitue notre échantillon n'est bien sûr pas représentative de l'ensemble de la population puisqu'elle a été recrutée au niveau de structures conventionnelles de référence nationale (enquête de Bamako). Les itinéraires thérapeutiques sont donc directement influencés par ce fait.

Parmi la population étudiée à Bamako, et qui est caractérisée par un niveau d'éducation supérieur à la moyenne et une surreprésentation des salariés, un patient sur deux environ a consulté dans le circuit traditionnel avant de s'adresser aux structures conventionnelles. Le nombre de guérisseurs semble osciller entre 1 et 4, mais il reste imprécis du fait que la famille peut, dans certains cas, consulter en l'absence du patient.

Les guérisseurs consultés sont avant tout des herboristes. Les connaissances des herboristes, de même que leurs pouvoirs sont liés à la maîtrise d'un certain nombre de rituels qui s'inscrivent dans une conception magico-religieuse, de tradition animiste le plus souvent. Cependant ce terme semble plutôt utilisé lorsqu'il n'est pas fait référence à la recherche d'une étiologie magico religieuse mais davantage à l'application de recettes médicinales. Ceci rejoint le fait que mara est moins directement relié au registre magico-religieux.

Les décoctions et les fumigations sont la voie d'administration qui semble la plus répandue, les scarifications s'observent aussi.

Les marabouts qui peuvent utiliser plantes et scarifications utilisent néanmoins préférentiellement le nasi (eau provenant du lavage de versets spécifiques du Coran).

Le traitement se déroule essentiellement en ambulatoire, rarement au domicile du tradipraticien, voire dans une famille du voisinage.

Origine du diagnostic de mara:

Le diagnostic semble rarement posé à l'origine par les tradipraticiens. Il semble plutôt que le patient et sa famille aillent chez les tradipraticiens spécialistes du traitement de la maladie qu'ils imaginent.

Cependant, les patients et leurs familles semblent hésiter entre diverses hypothèses étiologiques: mara, dabali et, en troisième position, sumaya. Dabali "coupe les moyens" à la personne, lui enlève sa chance, sa force, sa réussite, sa puissance, en particulier sexuelle.

On peut comprendre que devant la symptomatologie de mara décrite plus haut, patients et familles puissent évoquer le dabali. Sumaya, quant à lui, semble un concept lui aussi moins directement lié à une étiologie magico-religieuse et tenant davantage compte de certaines caractéristiques cliniques plutôt qu'étiologiques. Traduit par paludisme comme mara par onchocercose, il semble centré aussi sur l'asthénie et la fièvre. Un guérisseur explique que sumaya peut conduire à mara, ce qui pourrait indiquer une graduation de gravité entre les deux entités.

Les guérisseurs ont eu recours à un spectre diagnostique plus large, dabali venant aussi en deuxième position, suivi de sumaya mais, cette fois apparaissent jinébana (maladie due à un jiné), et sayi, entité du même type que mara et sumaya, pour laquelle une certaine correspondance avec l'hépatite et l'anémie a été retrouvée (23).

La distance parcourue pour atteindre les tradipraticiens semble plus importante que celle parcourue pour atteindre les agents de santé qui semblent les agents de proximité.

On voit que les patients sont susceptibles de parcourir de grandes distances pour trouver celui qui pourra guérir la maladie, qu'il soit tradipraticien ou bien agent conventionnel.

Le coût du traitement traditionnel semble difficile à faire préciser aux patients comme aux guérisseurs. Nous ne savons pas ce qui se passe derrière le "coût laissé à l'appréciation du patient en fonction des résultats".

S'agit-il d'une réelle possibilité de gratuité ou de modicité? Qu'est-il donné dans la pratique?

Le paiement différé est sans doute plus pratique pour les familles, leur laissant le temps de rassembler les ressources nécessaires alors que, dans l'urgence, ces ressources peuvent être difficilement mobilisables. Enfin, on sait que certains guérisseurs acceptent un paiement symbolique. Le mode de paiement dans le système de soins traditionnel pourrait être mieux adapté non tant dans les tarifs que dans la souplesse des modalités de paiement et leur inscription dans un système de relation au guérisseur où la valeur symbolique du paiement semble l'emporter sur la valeur marchande.

Lorsque l'échange est monétarisé nous voyons que la somme de 5000 F CFA est souvent atteinte, ce qui montre que le coût est loin d'être négligeable, et qu'il semble du même ordre qu'un traitement conventionnel, voire plus cher qu'une prescription en DCI (Dénomination Commune Internationale).

11.4. Conclusion

Cette étude nous a permis de mieux préciser la nature des troubles repris sous le terme de mara. Le diagnostic de mara peut être attribué aussi bien à des malades présentant des troubles psychiques, qu'à des malades présentant des affections organiques.

Outre l'onchocercose et les pathologies psychiatriques, il peut s'agir d'affections dermatologiques, de drépanocytose, de gastrites, d'affections génito-urinaires, etc. Dans certains cas, aucune pathologie ne peut être retrouvée.

La pathologie mentale rencontrée de façon très fréquente est dominée par les troubles dépressifs et/ou anxieux. Les troubles de type psychotique sont rares.

Dans le souci de bien se faire comprendre des populations, les agents de santé, lors des campagnes d'information et de sensibilisation du "Programme de lutte Contre l'Onchocercose", utilisent le terme mara pour traduire celui d'onchocercose. Cette traduction se retrouve également dans le lexique Bambara-Français de la DNAFLA (1980).

Cette traduction s'avère fautive. L'onchocercose est une entité biomédicale bien définie sur le plan clinique, et ne peut donc, de ce fait, correspondre à mara. Mara, par contre, s'inscrit dans un contexte socio-culturel bien déterminé.

Il s'agit d'un concept traditionnel dont le tableau clinique est complexe et varié, riche en symptômes subjectifs. Le terme de mara fait référence à une nosologie traditionnelle qui ne s'attache pas préférentiellement à la recherche d'une étiologie magico-religieuse, de même que d'autres entités nosologiques traditionnelles rencontrées ici: sumaya, sayi, etc...

A propos des conceptions traditionnelles de la maladie on insiste habituellement sur des entités telles que le maraboutage, les transgressions d'interdits, le jinébana qui situent la causalité à l'extérieur de l'individu au niveau du lien avec autrui: on peut parler de causalité médiate. Avec mara et d'autres entités traditionnelles comme sumaya, sayi, kalia la causalité devient immédiate, l'individu même est en cause, la culpabilité cette fois n'est plus déplacée sur l'extérieur. Quelque chose de mauvais est lié à l'individu même, peut être son "téré", sorte de destin préétabli dès la naissance en fonction d'influences cosmiques, est-il en cause. Le traitement peut prendre en compte cette dimension individuelle: ce n'est pas seulement chaque maladie qui a sa plante mais aussi chaque individu.

Le lieu thérapeutique se déplace en fonction du lieu identifié comme lieu de la maladie, ici c'est le corps de l'individu qui est traité et c'est l'usage des plantes qui domine là.

S'agissant de la relation à autrui le traitement s'adresse à des agents extérieurs. A un nouveau cadre conceptuel correspond un nouveau lieu thérapeutique et un nouveau rituel. Les diverses interprétations de la maladie correspondent à des tentatives diverses de mise en forme du problème vécu par le patient et partagé par la famille.

Parmi les entités liées à des causes immédiates apparaissent le couple sumaya-farigan centré sur la notion de chaud et de froid renvoyant généralement au syndrome fébrile, celui de sayi lié à la coloration des téguments et le couple mara-kalia lié à la migration de germe à l'intérieur du corps. Le diagnostic de Kalia n'a pas été rencontré chez les malades inclus dans cette étude ce qui semble montrer que les deux entités mara et kalia sont nettement différenciées. Elles ont pourtant des points communs: la notion de kisè (graine) qui migre dans le corps comme une petite bête c'est la graine mère (kalia ba). Dans Kalia ces "germes" semblent internes, sortes d'organismes parasites présents chez l'individu sain qui dans certaines circonstances vont pouvoir occasionner la maladie, alors que dans mara il s'agit de corps étrangers d'origine externe qui évoluent uniquement au niveau de l'enveloppe corporelle. Nous avons vu à quel point ces représentations vont pouvoir alimenter à leur tour le vécu du malade.

L'approfondissement de la connaissance de ces diverses entités moins souvent décrites dans la littérature que les entités liées à la notion de causalité médiate permettra de mieux cerner dans sa globalité le système de représentation traditionnel de la maladie.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) ARWATA B.
1982: Contribution à l'étude des états dépressifs au Mali. Thèse de médecine. E.N.M.P, Bamako. 113 p.
- 2) AWANDE S.
1988: Epidémiologie des maladies mentales au Mali. Thèse de médecine. E.N.M.P, Bamako. 75p.
- 3) BAMIA G.
1991: Essai sur la nosologie Dogon dans le Cercle de Bandiagara. Thèse de médecine. E.N.M.P, Bamako. 227p.
- 4) BUCK AA
1974: L'Onchocercose: symptomatologie, anatomopathologie, diagnostic. Editions O M S, Genève. 84p.
- 5) BRENGUES J.
1975: La filariose de Bancroft en Afrique de l'Ouest. Mémoire O.R.S.T.O.M, Paris. 293 p.
- 6) CARTE GEOGRAPHIQUE
1992: Aire d'intervention du Programme de Lutte contre l'Onchocercose en République du Mali. Echelle 1/1000000, O.P.C, Bamako.
- 7) CICIBA (Projet)
1989: Facteurs culturels et projets de développement rural en Afrique Centrale. Editions l'Harmattan, Paris.
- 8) CISSE N., PAIRAULT C.
1988: Maladie et Poro en pays Sénoufo du sud du Mali. I.N.R.S.P, Bamako. p 9-16.
- 9) CISSOKO D.
1976: L'onchocercose humaine: mise au point bibliographique, mérites et lacunes des programmes actuels de lutte. Thèse de médecine. E.N.M.P, Bamako. 58p.
- 10) CONDE E.S.
1988: Thérapie moderne et traditionnelle de la maladie mentale au Mali. Mémoire de psycho-pédagogie. E.N.SUP, Bamako. 85 p.
- 11) COULIBALY B.
1983: Approche épidémiologique de la demande de soins psychiatriques au Mali. Thèse de médecine. E.N.M.P, Bamako. 57p.
- 12) COULYBALY M.M.
1988: Approche clinique d'une entité nosologique traditionnelle: le "Jinèbana". Thèse de médecine. E.N.M.P, Bamako. 155p.
- 13) COULYBALY S.
1991: Situation de l'imagerie médicale au Mali. Thèse de médecine. E.N.M.P, Bamako. 42p.

- 14) C.R.M.T (Centre Régional de Médecine Traditionnelle)
1988: Anthropologie médicale 5ème région. Document interne N°2, Bandiagara.
p 20-23.
- 15) DIAKITE D.
1988: Essai sur les traditions sanitaires et médicinales Bambara du
Bélédougou. Thèse de médecine. E.N.M.P, Bamako. 234p.
- 16) DIARRA D.
1992: Contribution à l'étude des diarrhées persistantes du nourrisson et de
l'enfant au Service de Pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré. Thèse de
médecine. E.N.M.P, Bamako. 84p.
- 17) DIARRA S.
1974: L'onchocercose au Mali. Thèse de médecine. E.N.M.P, Bamako. 52p.
- 18) DIOP M., ZEMPLENI A. et MARTINO P.
1966: Les techniques thérapeutiques traditionnelles des maladies mentales au
Sénégal. in Méd. Afr., N°37. p 115-116.
- 19) DUFLO B., GENTILINI M.
1977: Médecine tropicale (2ème édition). Editions Flammarion, Paris. 561p.
- 20) DUFLO B., GENTILINI M.
1977: Médecine tropicale (4ème édition). Editions Flammarion, Paris. 839p.
- 21) GOLVAN Y.J.
1983: Eléments de parasitologie médicale (4ème édition). Editions Flammarion,
Paris. 571p.
- 22) GUELFY J.D.
1988: Psychiatrie de l'adulte. Editions Marketing, Paris. 664p.
- 23) GUINDO M.
1988: Contribution à l'étude traditionnelle du "Sumaya" Paludisme. Thèse de
pharmacie. E.N.M.P, Bamako. 90p.
- 24) JACQUEMIN P., JACQUEMIN J.L.
1974: Abrégé de parasitologie clinique (Edition 1974). Masson et Cie, Editeurs
Paris VIème. p. 131-133.
- 25) KEITA B.
1989: Malnutrition et troubles relationnels mère-enfant en milieu urbain au
Mali. Thèse de médecine. E.N.M.P, Bamako. 83p.
- 26) KEITA B.
1986: L'Ivermectine dans le traitement de l'onchocercose de savane,
recherche de la dose microfilaricide optimale active. Thèse de médecine.
E.N.M.P, Bamako. 34p.
- 27) KEITA M.F.
1979: Aspects épidémiologiques des filarioses à *Onchocerca Volvulus*,
Wucheria Bancrofti et *Tétrapétalonema Perstans*. Etude de leurs associations
en République du Mali. Thèse de médecine. E.N.M.P, Bamako. 114p.

- 28) KERNBERG O.
1979: Les troubles limites de la personnalité. Editions Privat, Toulouse. 285p.
- 29) KONATE D.S.
1991: Nosographie et traitement de quelques maladies infantiles en milieu Bamanan. Thèse de médecine. E.N.M.P, Bamako. 113p.
- 30) KOUMARE B., COUDRAY J.P., MIQUEL GARCIA E.
1992: L'Assistance psychiatrique au Mali. in Psychopathologie Africaine, Vol XXIV N°2, p 135-146.
- 31) KOUMARE B., DIAOURE R., MIQUEL GARCIA E.
1992: Définition d'un instrument de dépistage des troubles psychiques. in Psychopathologie Africaine, Vol XXIV N°2, p 229-236.
- 32) LOUX F.
1983: Traditions et soins d'aujourd'hui. InterEditions, Paris. p. 38.
- 33) MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE
DNAFLA (Direction Nationale De l'Alphabétisation Fonctionnelle et de la Linguistique Appliquée)
1980: Lexique Bambara-Français (bamanan kan ni tubabu kan danyègafè). DNAFLA, Bamako. 78p.
- 34) MINISTERE DU PLAN, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique:
1989: Recensement général de la population et de l'habitat de 1987, résultats provisoires. D.N.S.I, Bamako. 17p.
- 35) 1990: Analyse. Tome 1 (état de la population). D.N.S.I, Bamako. 126p.
- 36) 1990: Distribution de la population de 8 ans et plus selon l'occupation. Annuaire statistique du Mali. D.N.S.I, Bamako. 204p.
- 37) MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES:

DIRECTION NATIONALE DE LA PLANIFICATION ET DE LA FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE:
1988: Annuaire statistique des services socio-sanitaires. Bamako. 201p.
- 38) DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE. Division de l'Epidémiologie:
1991: Analyses des statistiques sanitaires. Bamako. 50p.
- 39) MOUNKORO P.P.
1988: Approche du désordre mental en milieu bwa. Thèse de médecine. E.N.M.P, Bamako. 132p.
- 40) NASI MIQUEL GARCIA E.
1988: Représentation de la maladie mentale et de la folie au Mali. Mémoire de CES de psychiatrie. Université René Descartes, Paris. 363p.

- 41) NOVIKOFF M.C. et coll.
1978: 101 réponses à propos de la dépression. Editions Hachette, Neuilly.
154p.
- 42) O.M.S
1981: Dimensions sociales de la santé mentale. Editions O.M.S, Genève. 48p.
- 43) PHILIPON B:
1978: L'Onchocercose en Afrique de l'Ouest: vecteurs, épidémiologie, agents pathogènes, lutte. Cahiers de l'ORSTOM N° 37, Paris. 185p.
- 44) POROT A
1984: Manuel Alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique, 6 ème édition. Presses Universitaires de France Paris. p 510-511.
- 45) RICHEL P.
1984: L'O.C.C.G.E et l'Onchocercose. Document Technique. O.C.C.G.E, Paris.
190p.
- 46) ROGER-PETITJEAN M.
1992: Maladies d'enfants dans la Région de Sikasso (Mali). Evolution des représentations des mères au contact des services de santé: à propos de quatre pathologies. Mémoire I.U.E.D. 220p.+ a -g +VIII.
- 47) SANOGO N.
1989: Le pouvoir des morts en milieu Sénoufo du "Sounka-Tara" dans l'arrondissement de Kignan. Mémoire E.N.SUP, Bamako. 66p.
- 48) SCHUMACHER R.
1991: Qu'est-ce que le mara? Une approche ethnomédicale des conceptions des Bambara du Bélé Dougou. Communication au Colloque C.Pairault, Bamako. 33p.
- 49) SOGOBA S.
1991: Monographie de la Commune de Koutiala. Mémoire E.N.A, Bamako. 43p.
- 50) TOURE A.
1976: Manifestations cliniques de l'onchocercose. Répartition géographique. Thèse de médecine. E.N.M.P, Bamako. 44p.
- 51) TRAORE D
1983: Médecine et magie africaines, ou comment le noir se soigne-t-il? Editions Présence Africaine, Paris. 568p.
- 52) ZEMPLIENI A.
1966: La dimension thérapeutique du culte des rab: Ndöp, Tuuru et Samp. Rites de possession chez les Lebou et Wolof. in Psychopathologie Africaine, Volume II N°3, p 295-439.

FD N N E X E I

F I C H E D' O B S E R V A T I O N

N° _____

CONSULTATION DU _____ HOSPITALISATION DU _____

NOM _____ PRENOM _____ SEXE _____

AGE _____ PROFESSION _____ du _____

RELIGION _____ ETHNIE : _____

ORIGINE DE LA FAMILLE _____

LIEU D'ENFANCE _____

LIEU D'ECLOSION DES TROUELES _____

ADRESSE PERMANENTE _____

SITUATION MATRIMONIALE : Célibataire, Marié(e), Nombre d'épouses _____
Veuf (ve) ou coépouses _____

NOMBRE D'Enfants _____

Niveau de Scolarisation : _____

attaché à l'arrivée oui - non Assentiment à la thérapeutique oui -
mis en chambre d'isolement à l'entrée
oui - non

Le malade a-t-il suivi un traitement traditionnel oui - non
Avec type de Guérisseur (SK) _____

Adresse du ou des guérisseurs _____

Résultat obtenus : _____

Diagnostic (s) du ou des tradipraticien (s) : _____

Hypothèses Diagnostiques Envisagées par la Famille :

Présentation corpore vestimentaire : tenue correcte, malpropre, en habit
Qualité du contact : indifférent - réticent - agressif - coopérant -
Comportement : agitation - inhibition - catatonie - autre - précision

Symptômes : tristesse - euphorie, somnolence, orientation dans le temps
orientation dans l'espace, troubles du discours, de la pensée, de la
mémoire, de l'attention, la concentration etc...)

Niveau d'Intégration familiale : Bien intégré - toléré - rejeté
Niveau d'Intégration sociale : Fugues - vols - vols - incendie -
homicide etc...

Niveau d'activité : Activité Professionnelle normale se rend utile -
famille - activité , restreinte - aucune participation.

Hypothèse Diagnostic : _____

Mesures Thérapeutiques et examens demandés _____

FD N N E X E II

•
•
•
•

1. NOM - PRENOM
2. AGE
3. SEXE
4. LIEU DE RESIDENCE
5. DEPUIS QUAND SOIGNEZ-VOUS LE MARA ?
6. SOIGNEZ-VOUS D'AUTRES MALADIES EN DEHORS DU MARA ? LESQUELLES
7. SELON VOUS QUELLES SONT LES MANIFESTATIONS DU MARA ?
8. COMMENT FAITES-VOUS POUR SAVOIR QUE C'EST BIEN LE MARA ?
9. QUELLE EST LA CAUSE DU MARA ?
10. COMMENT ON L'ATTRAPE ?
11. QUELLE EST LA PARTIE DU CORPS QUI EST MALADE ?
12. EST-CE QU'ON PEUT PREVENIR LE MARA ?
13. SI OUI COMMENT PEUT-ON LE PREVENIR ?
14. LE MARA PEUT-IL ENTRAÎNER DES TROUBLES PSYCHIQUES ?
15. QUELLE PEUT ÊTRE LA NATURE DE CES TROUBLES ?
16. LE MARA PEUT-IL ENTRAÎNER LA MORT ?
17. SI OUI QU'EST-CE QUI CAUSE LA MORT ?
18. LE MARA NON TRAITÉ PEUT-IL ENPECHER DE TRAVAILLER ? COMMENT ?
19. LE MARA PEUT-IL ENPECHER DE SE MARIER ? COMMENT ?
20. EST-CE QUE LE MARA GUÉRI PEUT LAISSER DES SEQUELLES ? LESQUELLES

21. EST-CE QUE QUELQU UN PEUT GUERIR COMPLETEMENT DU MARA SANS SEQUELLE?
22. EXISTE-T-IL DIFFERENTS TYPES DE MARA ? LESQUELS ?
23. LE MARA EST-IL CONTAGIEUX ? COMMENT SE FAIT LA CONTAMINATION ?
24. EST-CE QUE LE MARA EST DIFFICILE A TRAITER ?
25. COMMENT PEUT -ON TRAITER LE MARA ?
26. CONDUITE DU TRAITEMENT ?
27. COUT DU TRAITEMENT ?
28. DUREE DU TRAITEMENT ?
29. AVIZ-VOUS CONTRACTE VOUS MEME LE MARA ?
30. COMMENT AVEZ-VOUS ETE AMENER A VOUS OCCUPER DU MARA ?
31. COMMENT AVEZ-VOUS ETE AMENER A VOUS OCCUPER DU MARA
32. COMMENT FAIT - ON POUR SAVOIR SI LE MALADE EST GUERI OU PAS ?
33. EST-CE QU'IL FAUT INFORMER LE MALADE DE SA MALADIE ?
34. EST-CE QU'IL YA DES CONSEILS A DONNER AU PATIENT QUI A LE MARA ,
A SA FAMILLE ?
35. EST-CE QU'IL YA UN RISQUE POUR LA FAMILLE QUAND QUELQU'UN A LE MAR
LE QUEL ?
36. EST CE QU'IL YA UN RISQUE POUR LE GUERISSEUR QUI TRAITE LE MARA OU
SA FAMILLE ?

II-D N N E X E III

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA
PROMOTION FEMININE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DU MALI

FICHE D'ENQUETE N° AGENT ENQUETEUR

TITRE : Enquête sur les représentations traditionnelles et populaires
du MARA

1. NOM - PRENOM
2. AGE
3. SEXE
4. Professions
5. RELIGION
6. ETHNIE
7. SITUATION MATRIMONIALE : Marié : Nombre d'épouses
Divorcé
Célibataire
8. RANG DANS LA FRATRIE
9. NIVEAU DE SCOLARISATION : Ecole Primaire
Sécondaire
Ecole Coranique
Mèdersa
Ecole Supérieure
10. LIEU D'ORIGINE DE LA FAMILLE :
11. LIEU D'ENFANCE :
12. LIEU DE RESIDENCE ACTUELLE :
13. LIEU DE DEBUT DES TROUBLES
14. DATE DE DEBUT DES TROUBLES

23. OU RESIDENT CES GUERISSEURS ?

- Région
- Cercle
- Village
- Autre

24. QUELS ONT ETE LEURS DIAGNOSTICS ?

- Mara
- Dabalibanan
- Djenébanan
- Autre
- Ne sait pas

25. QUEL TYPE DE TRAITEMENT AVEZ-VOUS RECU ?

26. COUT DU TRAITEMENT RECU ?

- 1er Guérisseur
- 2è
- 3è

27. MOBILITE DU TRAITEMENT ?

- au domicile du guérisseur
- logé au voisinage
- traitement ambulatoire

28. ESTIMATION DE LA DISTANCE PARCOURUE POUR ATTEINDRE LE GUERISSEUR ?

29. DEGRE DE SATISFACTION DE CE TRAITEMENT

- Pas satisfait
- Un peu satisfait
- Très satisfait

30. AVEZ-VOUS CONSULTE DES AGENTS DE SANTE ? OUI COMBIEN ?

- Distance parcourue

FD N N E X E IV

QUESTIONNAIRE DE DEPISTAGE (VERSION BAMBARA)

Nom et Prénom :

Sexe :

Age :

Profession et scolarité :

Groupe :

Date et Lieu :

Enquêteur :

- | | OUI | NON | NR | Ne sait pas |
|---|-----|-----|----|-------------|
| 1) Kunkolo dimi gelen bè to ka i minè
tuma caman wa ? | /J | /J | /J | /J |
| 2) Sisan, i nugu da yele lèn do wa ? | /J | /J | /J | /J |
| 3) I bè sunogo ka fori sisan ? | /J | /J | /J | /J |
| 4) I bè to ka sogo juguw ke tuma caman wa ? | /J | /J | /J | /J |
| 5) I ka sogow ka fari wa ? | /J | /J | /J | /J |
| 6) I jatikè kadi sisan wa ? | /J | /J | /J | /J |
| 7) I dusukun bè to ka pan pan wa ? | /J | /J | /J | /J |
| 8) I ninakilin bè degun tuma caman wa ? | /J | /J | /J | /J |
| 9) Sisan, i dusu bo kadi wa ? | /J | /J | /J | /J |
| 10) Sisan, i hakili bo kadi wa ? | /J | /J | /J | /J |
| 11) I bè muri ka dematenè fo ka i
bali ka sunogo wa ? | /J | /J | /J | /J |
| 12) I dusu kasilèn do wa ? | /J | /J | /J | /J |
| 13) Sisan, i jigi bè misenya kow la wa | /J | /J | /J | /J |
| 14) Sisan, a ka gelen e na ka don mogow
la wa ? | /J | /J | /J | /J |
| 15) E fe, e garijige kadi wa ? | /J | /J | /J | /J |
| 16) I tun bè i yere la don cogoya min an,
sisan i bè i yere la don o cogoya kelen
na wa ? | /J | /J | /J | /J |

.../.

ABREVIATIONS

Fond: fondamental

Prof: professionnel

I.O T A: Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique

Litt: littéralement

Troubles psyc: troubles psychiques

Troubles sex: troubles sexuels

Troubles cut: troubles cutanés

3m-1an: 3 mois-1 an

Inc: incapacité

Pas d'inc: pas d'incapacité

Symptômes cardio-res: symptômes cardio-respiratoires

NOM: SANOGO

PRENOM: Zié

TITRE DE LA THESE: Approche Anthropo-clinique d'une Entité Nosologique Traditionnelle: MARA

ANNEE: 1992-1993

VILLE DE SOUTENANCE: BAMAKO

PAYS D'ORIGINE: MALI

LIEU DE DEPOT: BIBLIOTHEQUE Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

SECTEUR D'INTERET: PSYCHIATRIE

RESUME: La fréquence du terme Mara dans le discours de nombreux patients, son assimilation avec l'onchocercose dans le milieu médical, le souci de savoir ce qui se cache derrière ce terme nous ont amené à une exploration de cette entité nosologique. Ainsi, nous avons mené une étude prospective de malades consultant pour mara (64 patients) dans le Service de Psychiatrie de l'Hôpital du Point-G et à la Division de l'Epidémiologie à Bamako, puis une étude rétrospective portant sur 52 dossiers de malades consultant pour mara à l'Antenne de Santé Mentale de Koutiala. A Bamako comme à Koutiala, nous nous sommes intéressés plus particulièrement à la dimension psychiatrique, et à la représentation populaire dans l'étude de Bamako. La recherche de microfilaires a été systématique à Bamako, permettant d'établir le diagnostic concernant l'existence ou l'absence d'onchocercose.

Les examens systématiques limités à l'examen psychiatrique pour les deux études (prospective et rétrospective) et à la recherche de microfilaires dans l'étude prospective ont donné les résultats suivants: 75% des patients de l'étude de Bamako souffrant ou non d'onchocercose ont présenté des troubles psychiques contre 94% à Koutiala. A Bamako 46% des sujets ont présenté une onchocercose.

L'entité nosologique désignée par mara englobe une symptomatologie polymorphe; le tableau psychiatrique rencontré est surtout de nature anxieuse ou anxio-dépressive.

MOTS CLES: Mara, Onchocercose, SNIP, Examen Psychiatrique, Symptômes anxieux et/ou dépressifs.

SERMENT D'HIPPOCRATE.

En présence des maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui 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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.