



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume (2) N 2

ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023

Reçu, 04 Novembre 2020

Accepté, 16 Décembre 2020

Publié, 19 Décembre 2020

<http://revue-rasp.org>

Recherche

Approche du recensement des tradipraticiens en santé mentale au Plateau Dogon de Bandiagara, Mali

Approach of the census of traditional healers in mental health in the Dogon plateau of Bandiagara, Mali

Pakuy Pierre Mounkoro^{1*}, Souleymane Coulibaly², Zoua Kamaté³

1* : Psychiatre, Maître-assistant (FMOS/USTTB), Praticien hospitalier au CHU Point G, Chef du service de psychiatrie du CHU Point G, Tél : (223) 20 22 50 02/ Fax : (223) 20 22 97 90

2 : Psychologue clinicien, Maître de Conférences (FMOS/USTTB), Praticien hospitalier au CHU Point G

3 : Médecin psychiatre, Praticien hospitalier au CHU Point G.

***Auteur correspondant : Pakuy Pierre MOUNKORO**, Tél (00223) 66 54 17 72/70 26 73 01, E-mail : pmounkoro@yahoo.fr

Résumé

La collaboration avec les Tradipraticiens de santé (TPS), passe nécessairement par leur recensement, qui nécessite la mise en place de stratégies d'approche socioculturelle du TPS. L'objectif était de décrire les différentes approches ayant permis de recenser les TPS au Plateau Dogon de Bandiagara. Il s'agissait d'une étude longitudinale qui s'est déroulée au Plateau Dogon de 1986 à 2016 en utilisant différentes approches de recensement des Tradipraticiens de santé: le recensement à partir de la liste administrative de personnalités influentes, le recensement à partir des activités de consultations de 1990 à 2002 et le recensement d'autres TPS par les associations existantes de Tradipraticiens de santé de 2002 à 2016. Ces différentes approches ont permis de recenser de 1986 à 1990 312 TPS dont 27 en santé mentale recensés dans la région, 87 dont 9 en santé mentale recensés au Plateau Dogon et 8 associations de TPS formés autour des TPS en santé mentale de 1990 à 2000, les TPS des 8 associations existantes ont recensé d'autres TPS et le nombre d'associations est passé à 12 en 2000 puis à 20 en 2002 avec respectivement 67, 95 et 156 adhérents dont 15 TPS en santé mentale et de 2002 à 2016, 31 associations fédérées avec plus de 700 adhérents dont 20 en santé mentale. Les difficultés liées au recensement notamment les risques de complexes et les solutions pour les minimiser, ont été également repertoriées. Le recensement du TPS, est une période essentielle permettant d'asseoir un climat de confiance indispensable pour une future meilleure collaboration. Le premier contact doit requérir respect mutuel, convivialité et humilité.

Cette expérience, pourrait être répliquée dans d'autres parties de la région voire du Mali en tenant compte des spécificités locales.

Mots- clé: Recensement des Tradipraticiens en santé mentale - Approche - Plateau Dogon Bandiagara- CRMT Bandiagara - Mali

Abstract Collaboration with traditional health practitioners (THP) necessarily involves their inventory, which requires the implementation of sociocultural approach strategies of the THP. The objective was to describe the different approaches that made it possible to identify THP in the Dogon Plateau of Bandiagara. These different approaches have been the census from the administrative list of influential people, the census based on consultations activities from 1990 to 2002 and the census of by the associations of Traditional Health Practitioners from 2002 to 2016

These different approaches have made it possible to identify 312 THP including 27 in mental health identified in the region. Among these THP, 87 including 9 in mental health identified in the Dogon Plateau and 8 THP associations formed by THP in mental health, from 1990 to 2000 : the THP of 8 existing associations identified over THP, and the number of associations increased to 12 in 2000 then to 20 in 2002 with respectively 67, 95 and 156 members including 15 THP in mental health and from 2002 to 2016 : 31 federated associations with more than 700 members including 20 in mental health. The difficulties linked to the census of THP, in particular mistrust, fear and the risks of complexes and solutions to minimize them, were also listed. The census of THP, is an essential period allowing to establish a climate of confidence, essential for a future better collaboration. The first contact must require mutual respect, friendliness, and humility. This experience could be replicated in other parts of the region or even in Mali, considering local specifics.

Keywords: Census of Traditional mental health Practitioners- Approach - Dogon Plateau of Bandiagara- Regional Center of Traditional Medicine of Bandiagara - Mali.

1 - Introduction

La collaboration avec les TPS, passe nécessairement par le recensement de ces derniers. Les TPS en santé mentale, ont été les premiers recensés par le Centre Régional de Recherche en Médecine (CRMT) de Bandiagara, du fait de sa spécificité à s'investir à priori dans le domaine de la santé mentale (Coppo et al, 1988). Mais le recensement de façon générale et particulièrement celui des TPS en santé au Mali, nécessite plusieurs approches à mettre en place, du fait de la méfiance des populations quant à son acceptation. Cette méfiance tire ses sources des conséquences néfastes survenues après le recensement qui a permis d'identifier les personnes imposables et celles aptes pour l'enrôlement dans l'armée ou pour les travaux forcés. Ainsi les mesures coercitives liées au paiement de l'impôt per capita, au recrutement pour les travaux forcés et à l'enrôlement obligatoire dans l'armée coloniale, étaient pratiquées par l'administration coloniale française. Ces pratiques contraignantes, humiliantes et déshumanisantes instaurées pendant l'ère coloniale, notamment celles relatives au recouvrement de cet impôt, ont continué même après l'indépendance du Mali par les différents gouvernants de la première et la deuxième Républiques. En plus, l'interdiction de l'exercice de la médecine traditionnelle par les autorités coloniales françaises, n'a fait que renforcer davantage cette méfiance à l'égard de tout ce qui représente le système administratif hérité de la colonisation y compris le système sanitaire (Ilboudo, 2016). Ainsi, il n'est pas rare de constater, que des TPS surtout réputés, rechignent à prendre en charge des malades non référés par une personne qui est leur est familière. Nous avons vécu une telle situation en 1990, quand nous avons entrepris de rendre des visites de courtoisie auprès de TPS en vue de les recenser dans le but de nouer des relations. Leur identité et adresse, ont été relevées auparavant dans les dossiers d'anciens

malades qu'ils ont suivi des traitements auprès des TPS et au centre. Nous livrons ainsi deux expériences d'approche de recensement et de collaboration, vécues auprès de deux d'entre eux. Le premier TPS visité dans un village situé à environ 22 km de Bandiagara, où nous avons été « ballotés » en janvier 1990 entre ce dernier prenant en charge les patients souffrant de troubles mentaux et l'imam du village qui était également un TPS mais qui n'avait aucune compétence en matière de santé mentale. Pour rester auprès du TPS, nous avons usé des tréfonds de l'hospitalité africaine, en lui demandant de bien accepter que nous passions la nuit chez lui, ce qu'il accepta volontiers. C'est ainsi tard dans la nuit aux environs de 3 heures, un malade très agité et agressif verbalement et physiquement a été amené par sa famille chez le TPS. Sa prise en charge a mobilisé les deux fils, le petit fils et deux voisins. Le malade était attaché par les deux pieds et les bras liés par une bande de cotonnade traditionnelle, après avoir récité quelques versets coraniques et administré par fumigation une poudre faite à partir des feuilles et de branchettes d'une plante. Deux heures après, aucune amélioration n'était encore intervenue. Face à cet état d'agitation, nous avons proposé au TPS notre aide d'abord par le toucher afin d'exclure toute situation infectieuse et ensuite par l'administration par voie injectable de la chlorpromazine et du diazépam. Une heure après, l'agitation a cédé et le malade s'est même endormi. Au réveil, il était calme et nous avons répété le même traitement quatre heures après. Le TPS a prescrit à la famille des sacrifices et donné en même temps un remède à base de plante en fumigation et par bain corporel. Depuis, Ce TPS nous a référés régulièrement les cas d'agitation et de comorbidité organique jusqu'à son décès en 2004.

Chez le second TPS, dont le village est situé à environ 55 km de Bandiagara, il n'a même pas accepté de nous recevoir à la première visite en février 1990 et nous avons dormi dans un champ à côté du village¹. A la seconde visite un mois après, il nous a fait accueillir par ses enfants et nous avons dormi à l'école du village, avec la permission du Sous-Préfet et du Directeur de l'école. A la troisième visite, il nous a accueilli, entretenu et accepté que nous passions la nuit chez lui en partageant le dîner et le petit déjeuner. A partir du mois d'août de la même année, un climat de confiance s'est installé et cela nous a permis d'assister à l'administration des soins aux malades, à la préparation des remèdes et même à la récolte des organes de plantes entrant dans la préparation des remèdes. Malgré, toutes les vicissitudes liées au recensement, ce dernier doit se poursuivre de façon continue, car il constitue la base de tout effort de collaboration entre les acteurs des deux systèmes de soins (conventionnel et traditionnel). A la lumière de ces deux expériences quant à l'abord des TPS, en vue de les recenser, il est nécessaire de recourir à toutes les stratégies d'approche prenant en compte toutes les ressources disponibles, y compris administratives, culturelles et associatives. Cette étude se justifie par le fait que les investigations dans ce domaine sont insuffisantes au regard de la place que pourrait jouer les TPS dans une prise en charge holistique des malades en général et des personnes souffrant de troubles mentaux en particulier.

L'objectif était de recenser le maximum de TPS en vue d'asseoir les bases d'une meilleure collaboration entre les acteurs des deux systèmes soins (conventionnel et traditionnel) par le recours aux différentes approches des TPS Plateau Dogon de Bandiagara.

2 - Matériel et méthodes

¹ Quelques mois après, il nous apprenait que son attitude à notre égard, serait dû au fait que quelques années auparavant, une équipe de chercheurs occidentaux accompagnés par des guides touristiques dogon, lui aurait fait des promesses (une somme d'argent non spécifiée et une mobylette) non tenues, suite à une enquête au cours de laquelle il aurait donné toutes les informations sur son exercice de la médecine traditionnelle notamment les plantes.

2.1 – Le lieu de l'étude: le plateau Dogon de Bandiagara

Le choix du Plateau Dogon comme le lieu de l'étude, est motivé par le fait que le Centre Régional de Recherche en Médecine Traditionnelle y est implanté. Toutes, les initiatives sont implémentées d'abord au Plateau et ensuite élargies aux autres entités administratives de la région. Ces entités, sont au nombre de 8 dont 4 se trouvant dans la zone inondée et les 4 autres dans la zone exondée dont Bandiagara. Le Plateau Dogon désigne une zone couvrant les territoires au relief rocheux très accidenté avec des altitudes atteignant souvent 791 m dans sa partie Est, surplombant au Sud-ouest et au Nord-est les immenses plaines du *Gondo* dans le cercle de Douentza et du *Senno* dans le cercle de Bankass. Le cercle de Bandiagara couvre la presque totalité du Plateau Dogon. D'une superficie de 10.520 km², la population est estimée à environ 418.873 habitants en majorité des Dogon (DNP/RGPH 2009)² en majorité des Dogons (Cercle de Bandiagara, 1995). La flore et la faune, jadis riches et variées en espèces, sont aujourd'hui presque détruites. Cette destruction de l'écosystème essentiellement due à l'érosion hydrique et éolienne, a été accentuée par les effets conjugués de l'homme à travers, l'élevage et l'exploitation forestière abusive etc. La couverture végétale est arbustive ou arborée à densité variable avec des forêts galeries et des arbres et arbustes clairsemés tant au niveau des sols arables que dans les fissures des roches. L'environnement naturel connaît de plus en plus des dégradations, laissant la place aux terres couvertes de graminées occupant 55% du Plateau. La végétation, clairsemée est constituée surtout d'arbres et de buisson. Les arbres répertoriés sont entre autres les acacias dont *Acacia albida* et *Acacia nilotica*, et d'autres essences comme *Daniella oliveri*, *Vitellaria paradoxa*, *Khaya senegalensis*, *Parkia biglobosa*, *Prosopis africana*, *Lannea microcarpa*, *Combretum glutinosum*. Les buissons sont constitués essentiellement par le *Combretum micranthum* et le *Guiera senegalensis*. Ces différentes espèces sont utilisées dans la pharmacopée traditionnelle (Diarra et al, 2016, Mounkoro et al, 2018, 2020)). Les pathologies les plus fréquentes dans le cercle sont: le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, la tuberculose, le VIH/SIDA et la malnutrition.

2.2 - Cadre de l'étude: Le Centre Régional de Recherche en Médecine Traditionnelle

Le CRMT de Bandiagara, est un centre périphérique de recherche qui a été créé par le Département de Médecine Traditionnelle (DMT) de l'Institut National de Santé Publique (INSP)³ du ministère de la santé. A l'instar des autres centres régionaux, le CRMT de Bandiagara est spécifiquement spécialisé dans le traitement et le suivi des malades mentaux et des épileptiques. Il a pour mission le recensement et l'organisation des ressources de la médecine traditionnelle en vue de leur articulation avec celles du système de soins conventionnel en matière de santé mentale dans la région de Mopti (Coppo et al, 1988, Mounkoro, 2007, 2010). Sa mise en œuvre en 1986, a fait l'objet d'un accord de coopération entre le Mali et l'Italie.

2.3 - Le type et la période de l'étude

Il s'agissait une étude longitudinale qui s'est déroulée de 1986 à 2016

2.4 - la population de l'étude

Tous les TPS résidant au Plateau dogon au moment de l'enquête

2.5 - L'échantillonnage

2.5.1 - Les critères d'inclusion

² Direction Nationale de la Population (DNP) sur la base du Recensement Général de la Population et de l'Habitat en 2009 (RGPH 2009).

³ Jusqu'en 2018 avant la réforme administrative, était l'Institut National de Recherche en Santé Publique

Tout TPS résidant depuis au moins 6 mois au Plateau Dogon et ayant accepté de se faire recenser en vue de collaborer avec les acteurs de la médecine conventionnelle.

2.5.1- Critères de non inclusion

- Tout TPS résidant au Plateau Dogon moins de 6 mois
- Tout TPS ayant refusé de se faire recenser.

2.5.2 - L'échantillon

Les TPS recensés e 2016 sont au nombre de 700 sans qu'il ne soit possible de connaître le nombre de TPS non recensés.

2.6 - La composition de l'équipe de recensement

Elle comprenait un médecin, un psychologue, deux interprètes et un chauffeur

2.7 - Les outils de collecte des données

Ils ont consisté aux différentes stratégies d'approche de recensement.

2.7.1- Le recensement à partir des listes administratives de personnalités influentes.

L'une des premières activités du centre, a été le recensement des acteurs de la médecine traditionnelle, les Tradipraticiens de santé entre 1986 et 1989 dans les huit cercles que compte la région de Mopti: Bandiagara, Bankass, Koro, Douentza, Djénné, Mopti, Ténenkou et Youwarou (Maïga, Diaouré et Kéïta,1989). Ce recensement s'est déroulé en deux phases.

La première a consisté à dresser la liste des TPS auprès des informateurs clés. Cette liste comportait des informations sur l'identité du TPS: nom et prénom, village de résidence, les pathologies prises en charge et cela par circonscription administrative ou par village. Ces informations ont été recueillies surtout auprès des administrateurs⁴, des enseignants, des marabouts et des chefs de villages. La liste des TPS a été dressée par circonscription administrative et/ ou par aire linguistique et géographique et par village.

La seconde phase ou phase de recensement proprement dit, a permis à l'équipe du centre de recenser les TPS en se rendant dans leurs lieux de résidence. Le TPS a d'abord reçu les objectifs du centre et ensuite été invité après consentement éclairé, à se faire recenser sur une fiche individuelle conçue pour la circonstance. Cette fiche, comportait l'identité du TPS (nom, prénom, âge, sexe, ethnie, statut matrimonial, village de résidence, village d'origine, langue parlée, nombre d'enfants, nombre de garçons, âge du premier garçon), l'origine de son savoir, les maladies traitées, le nombre de malades qu'il recevait par jour et par mois, le mode de suivi les malades (internement ou en ambulatoire) , les moyens thérapeutiques, la nature de la rémunération (en espèces ou en nature), la collaboration avec les agents de la médecine conventionnelle, les difficultés rencontrées, la transmission du savoir à une autre personne, le nom de l'enquêteur et la date du recensement [Fioré, Timbiné, Kassambara,1990). Des interprètes du centre et ceux recrutés localement ont facilité l'administration du questionnaire en langue locale, en utilisant les interviews (face à face).

2.7.2 - Le recensement à partir des activités de consultations de 1990 à 2002

Les dossiers des malades comportant une rubrique dédiée aux itinéraires thérapeutiques, nous ont permis de relever les noms et les adresses des TPS que les malades ont consulté avant de venir au centre. Ainsi, au bout d'un certain temps selon le nombre de TPS répertoriés, nous avons organisé des visites de courtoisie auprès de ces derniers, en vue de procéder à leur recensement exactement

⁴ Au Mali, dans chaque circonscription administrative notamment la sous-préfecture, est dressée une liste de personnalités influentes au rang desquelles les tradipraticiens de santé, les marabouts, les chasseurs. etc...

comme ci-haut.

2.7.3 - le recensement par les associations de TPS de 2002 à 2016

Le centre, a demandé aux premiers TPS recensés de se regrouper associations. Ces associations, à leur tour ont organisé des visites de courtoisie auprès d'autres TPS en vue de les recenser et de les sensibiliser à intégrer les associations existantes. Cette équipe de recensement était composée d'un TPS et d'un agent du centre parlant la presque totalité des dialectes dogon parlés sur le Plateau. Cette mission a été rendue possible par l'appui matériel et financier du centre notamment une mobylette pour le déplacement, les frais de carburant, d'entretien de la moto et de la prise en charge pécuniaire des membres de l'équipe. Le recensement s'est fait de village en village. Cette opération, a été facilitée par le fait que la majorité de ces TPS, collaboraient avec une équipe du centre dans le cadre de l'étude sur la prise en charge du paludisme par les TPS dans les aires de santé de Kendié (Cercle de Bandiagara) et de Finkolo (cercle de Sikasso) en 2002 (Diallo et al, 2006).

2.8 - Le traitement et l'analyse des données

Les données ont été saisies sur Word 2010 et traitées manuellement

2.9 - Les problèmes éthiques et de déontologie

Par respect de la tradition, un rendez-vous, a été pris à l'avance, des noix de cola et du thé et du sucre ont été remis à chaque tradipraticien enquêté. L'adhésion libre au processus de recensement, a été obtenue après un consentement éclairé. Le fait de ne pas adhérer, n'a pas exposé le TPS ni sa famille ou sa communauté à des représailles. Une photo de chaque TPS recensé a été affichée en haut de la fiche de recensement. Toutes les fiches de recensement sont déposées dans les archives du centre.

Entre également en ligne de compte la gestion du temps, qui peut constituer aussi un goulot d'étranglement quant au déroulement des activités de collaboration entre l'intellectuel et le non alphabétisé en général et entre le TPS et l'agent de la médecine moderne en particulier. En effet, le temps est géré par l'horloge pour l'un et par la position du soleil pour l'autre, ou encore le premier court après le temps et le second se donne le temps. Ce qui fait qu'il conviendrait d'être souple dans ses programmations en prenant en compte cette différence de notion du temps. En guise d'illustration, une visite d'une heure programmée chez le TPS, peut aller au-delà de deux voire plus. Quand, vous arrivez chez le villageois en général et chez le TPS en particulier, il y a tout un cérémonial « diplomatique » qui doit se dérouler et qui devrait être respecté selon la tradition. Tout d'abord, il faut trouver un endroit approprié pour installer les hôtes et cet endroit doit être rendu propre souvent en votre présence. Ensuite, vous êtes servi à boire. Pendant, que vous voulez livrer au TPS les raisons de votre visite, ce dernier est absent car s'affaire à prendre les mesures pour vous préparer un repas qui est le plus souvent fait de riz arrosé avec de la viande de volaille (le poulet le plus souvent) que les badauds doivent pourchasser. Tout cela peut prendre allègrement une ou deux bonnes heures, avant de commencer à véritablement s'entretenir avec le TPS et cette patience de votre part compte beaucoup pour lui afin de nouer de futures solides relations de collaboration. Il serait ainsi judicieux, de prendre le temps qu'il faut pour déguster le repas « spécial » fait en votre honneur. Enfin, pour retourner, on ne se lève jamais comme cela pour le faire, quand bien même vous avez accompli votre mission. Il faut toujours « demander la route » et attendre que le TPS vous la donne.

3- Résultats

3.1- Le recensement à partir des listes administratives de personnalités influentes.

Cette approche a permis de recenser 312 Tradipraticiens de santé dont 27 prenant en charge les problèmes de santé mentale, ont dans la région de Mopti. Parmi ces TPS, 87 dont 9 en santé mentale l'ont été au Plateau Dogon de Bandiagara (Diakité et al, 2016). C'est autour de ces

Tradipraticiens en santé mentale que les premières associations ont été créées en 1991 (Mounkoro,1993).

3.2- Le recensement à partir des activités de consultations de 1990 à 2002

Par cette stratégie, le centre a recensé 10 nouveaux TPS tous spécialistes en santé mentale et résidant au Plateau Dogon.

3.3- Le recensement par les associations de TPS de 2002 à 2016

Les 8 associations existantes ont recensé des TPS, ramenant ainsi le nombre d'associations à 12 en 2000 puis à 20 en 2002 avec respectivement 67, 95 et 156 adhérents dont 15 TPS en santé mentale. Ainsi de 2002 à 2016, le nombre d'associations est passé à 31 avec plus de 700 adhérents dont 20 en santé mentale soit 2,85%, ou un TPS en santé mentale pour 20 944 habitants

3.4 - Caractéristiques sociodémographiques des TPS recensés

3.4.1- Spécialité des TPS en santé mentale

Tableau n°1: spécialité des TPS

Spécialité	Nombre de TPS	Proportion
Spécialiste	9	45%
Généraliste avec compétence	8	40%
Généralistes	3	15%
Total	20	100%

55% des TPS étaient des généralistes contre 45% de spécialistes

3.4.2 - Ethnie, âge, origine du savoir et source de revenus

Parmi les TPS en santé mentale recensés, 19 étaient de l'ethnie Dogon. Tous étaient des hommes. Leur âge, était compris entre 46 et 80 ans. 18 TPS, ont acquis leur savoir par tradition familiale. Seuls 5 TPS, avaient comme principale source de revenus l'exercice de la médecine traditionnelle.

3.5 – Les difficultés rencontrées lors du recensement notamment les risques de complexes, nés du système colonial et entretenus par les différents systèmes administratifs après l'indépendance du Mali.

4- Discussion/ Commentaires

4.1- Caractéristiques sociodémographiques des TPS

4.1.1 - Age, sexe, ethnie, religion et origine du savoir

Il y avait un TPS en santé mentale pour 20 944 habitants, contre un psychiatre pour 418 873 au Plateau Dogon en 2016. Ce qui explique qu'ils soient le premier recours pour les populations avec lesquels ils partagent les mêmes valeurs socioculturelles.

L'âge des TPS variait entre 46 et 80 ans, ce qui dénote de la maturité à soigner. Tous étaient des hommes, certainement par le fait que le plus souvent le savoir est transmis au garçon plutôt qu'à la fille. En plus, la prise en charge des troubles mentaux, demande plus d'engagement physique. Nos

résultats sont conformes à ceux de Mounkoro et al (Mounkoro et al,2020) et Mounkoro, Coulibaly et Kamaté (Mounkoro, Coulibaly et Kamaté, 2020). 19 TPS étaient des Dogons. Officiellement, 11 embrassaient la religion traditionnelle et 9 la religion musulmane. Mais en pratique, nous retrouvons un syncrétisme vivant, témoignant la proximité des autels des fétiches, de la mosquée et des maisons des femmes réglées ou *yapunogine*⁵ dans les villages. 18, avaient comme origine du savoir la tradition familiale et 2 ont appris auprès d'un maître coranique.

4.1.2 - Source de revenus

Seulement, 5 TPS tiraient les principaux revenus de l'exercice de la Médecine Traditionnelle, en rompant ainsi avec le volontariat qui a longtemps prévalu. Ceci, a été rendu possible par la politique de vulgarisation des pratiques de ces TPS à la faveur de leur participation aux foires expositions des remèdes traditionnels à Bamako et par la référence des patients venus des grandes villes du Mali ou d'autres pays africains et même de l'Europe. De ces différentes activités, ces TPS ont commencé à gagner assez d'argent au point de se payer des motocyclettes et même construire des maisons. Ce qui a permis à leurs enfants de s'intéresser à cette médecine, assurant ainsi la relève. Nos résultats sont en contradiction avec ceux des travaux Mounkoro et al chez les TPS du district de Bamako, qui se sont tous professionnalisés (Mounkoro, Coulibaly, Kamaté, 2020).

4.1.3 – Spécialité des TPS

Neuf étaient spécialisés, 8 avaient une compétence en santé mentale et trois généralistes avaient la capacité de prendre en charge des pathologies à forte connotation psychique. Nos résultats sont en accord avec de Mounkoro et al dans leur étude sur les plantes utilisées par les TPS dans le District de Bamako (Mounkoro et al, 2020). La plupart des spécialistes internaient les patients. Quant aux autres, ils les suivaient surtout en ambulatoire. Les TPS non spécialistes en plus des troubles mentaux ont déclaré soigner des affections organiques, qui étaient les fièvres, la stérilité, l'impuissance sexuelle, les problèmes urinaires, les douleurs ostéoarticulaires, la dystocie, les problèmes traumatiques, les céphalées migraineuses, les troubles mentaux, les anciennes plaies, les troubles gastriques, la crise hémorroïdaire, les maladies ictériques, les infections les dysménorrhées, les maux de dent et les douleurs ostéoarticulaires. Tous les TPS étaient membres d'une association et collaboraient avec le centre par des échanges d'informations et de malades. Nos résultats concordent avec ceux de Mounkoro et Coulibaly (Mounkoro et Coulibaly, 2013).

4.2 - Moyens diagnostiques et thérapeutiques

Les TPS s'appuient sur une démarche diagnostique et des moyens diagnostiques de nature généralement magico-religieuse

4.2.1 – Moyens et démarche diagnostiques

Contrairement aux appréhensions que beaucoup d'acteurs de la médecine conventionnelle ont quant à la démarche diagnostique purement magicoreligieuse, le TPS a une certaine démarche consistant à l'observation des gestes et faits du patient, à l'inspection de certaines parties du corps du patient et à l'interrogatoire du patient du patient et/ou de sa famille. Quant au processus magicoreligieux, il consiste à faire recours à la divination en utilisant plusieurs techniques comme les cauris, la

⁵ Ya (femme), puno (règles), guine (maison). La maison des femmes, située le plus souvent à la place publique village, sert d'habitat pour les femmes en période de menstruation. En effet, la femme réglée est considérée comme « impure » pendant cette période et ne doit pas ainsi avoir des contacts étroits avec les autres villageois. Cette tradition dogon, tend à disparaître de nos jours, du fait de l'influence acculturatrice occasionnée par les nouvelles religions (l'islam et le christianisme) et l'émigration.

géomancie en utilisant soit le sable ou le papier pour tracer des figures, l'oniromancie en utilisant les rêves du TPS et /ou ceux des patients. Nos résultats concordent avec ceux de Mounkoro et Coulibaly (Mounkoro et Coulibaly, 2019).

4.2.2 - Moyens thérapeutiques

A partir de la démarche et des moyens diagnostiques, que les troubles sont identifiés ainsi que leurs causes et partant les ressources thérapeutiques pour les prendre en charge. Les moyens énumérés, ont été les sacrifices, les incantations et les plantes par l'ensemble des TPS. Les plantes étaient utilisées le plus souvent en association et notre étude n'a pas prévu d'investiguer sur leurs dénominations. 13 TPS, avaient recours à la contention physique et à la restriction hydrique et /ou alimentaire pour la gestion des patients agités, instables et/ou agressifs physiquement. Par contre 6 TPS référaient cette catégorie de patients à la structure sanitaire conventionnelle la plus proche.

4.2.3 - Les difficultés rencontrées

Le recensement des TPS, est une étape primordiale dans le processus d'amorce de la collaboration entre les acteurs des deux médecines dans le domaine de la santé en général et de la santé mentale en particulier au Plateau Dogon de Bandiagara. Le premier contact reste à cet égard crucial et décisif. Il s'agit de donner une bonne impression par une attitude de courtoisie, de respect et surtout d'humilité afin de minimiser les risques de complexes de part et d'autre. Il est également essentiel d'expliquer clairement au TPS les objectifs du recensement pour lui permettre d'adhérer ou non en toute indépendance sans représailles ni pour lui, ni pour sa famille ou sa communauté villageoise. Car le TPS convaincu de la nécessité d'être recensé, va sensibiliser d'autres TPS à se faire recenser également et surtout adhérer à une association existante ou former une nouvelle association de TPS. Rappelons, qu'il est plus judicieux d'échanger avec les TPS regroupés en association qu'avec qu'un seul. Aussi, les relations entre TPS et acteurs de la médecine conventionnelle sont jalonnées de risques de complexes de part et d'autre: risques de complexes d'infériorité des TPS et de complexes de supériorité des acteurs de la médecine conventionnelle. En effet, pour le TPS non alphabétisé et au savoir acquis par tradition familiale ou par apprentissage auprès d'un maître TPS ou par révélation⁶, paysan « pauvre », reconnu uniquement par la communauté dans laquelle il vit, nourrit en général le risque de complexe d'être « inférieur ou subordonné » à tout agent de la médecine conventionnelle de l'aide-soignant au médecin, qui est diplômé, fonctionnaire et représentant de l'Etat et qui se croit ainsi également « supérieur » au paysan en général et au TPS en particulier. Ces différents risques de complexes se manifestant généralement par les attitudes et comportements suivants :

- Le TPS en particulier et le paysan en général, ont des comportements d'infériorité vis-à-vis de tout représentant de l'état qu'il soit administrateur, magistrat, médecin, forestier, agronome, infirmier. etc..., comme par exemple, ôter le chapeau pour saluer, enlever les chaussures en entrant dans le bureau, nous sommes des aveugles et vous êtes nos guides comme les TPS aiment à le dire fréquemment lors des rencontres, désignant ainsi les intellectuels en général et les représentants de l'Etat en particulier de « *kubanga* » ou tête, propriétaire » ou celui qui est à la tête ou simplement chef en Dogon.

⁶ Un mode de transmission du savoir de soigner s'acquiert le plus souvent par les TPS prenant en charge les troubles mentaux au décours d'une maladie mentale dite « initiatique ».

- Quant à « l'intellectuel » en général ou au représentant de l'Etat en particulier, ils nourrissent des complexes de supériorité vis-à-vis de toute personne non alphabétisée. Ainsi, pour le médecin, les connaissances du TPS, n'auraient aucun fondement scientifique et en plus la pratique de ce dernier ne respecterait aucune mesure d'hygiène. Il l'assimilerait ainsi de facto au charlatan. En visite chez le TPS, il manifeste ses complexes de supériorité par des comportements le plus souvent discourtois comme le refus de boire et/ou de manger, allant même jusqu'à poser des gestes d'inconfort tels que se boucher le nez pour dénoncer l'environnant insalubre et nauséabond, demander de balayer d'abord avant de s'asseoir ou s'asseoir à l'endroit non indiqué par le TPS. etc...

Ces risques de complexes, trouveraient leurs origines dans les systèmes coloniaux notamment français, qui considéraient les colonisés comme des indigènes « barbares, arriérés et vivant dans l'ignorance et la barbarie » et auxquels il fallait « apporter la liberté et la civilisation » françaises. Ainsi, les administrateurs coloniaux ou « Blancs-blancs » étaient au sommet de la hiérarchie, venaient ensuite les agents noirs de l'administration comme les gardes, les interprètes et les commis ou « Blancs-noirs » (FANON, 1952, BA, 1992, 2006). Ce qui fait que même après les indépendances, les administrateurs s'étaient toujours comporter comme des « blancs- noirs », avec des pratiques plus inhumaines et plus humiliantes que pendant l'ère coloniale. Ainsi, tout était mis en œuvre pour recouvrer l'impôt per capita, à tel point que cet impôt a été dénommé *ninsongon*, *nin*, la vie et *songon*, le prix ou le « prix de la vie ». Ceci signifie, que tout imposable qui prendrait le risque d'être non solvable, pourrait être exposé à toutes les situations de maltraitance notamment les sévices corporels qui auraient même parfois coûté la vie aux contrevenants. De telles pratiques ont perduré après l'indépendance notamment pendant le régime militaire⁷ (Novembre 1968 à Mars 1991).

Un phénomène aussi important au Plateau Dogon, est le tourisme florissant depuis qu'il a été classé patrimoine mondial de l'UNESCO en 1986, drainant ainsi les touristes de plusieurs ordres y compris les chercheurs en sciences sociales (Cercle de Bandiagara, 1995). Des chercheurs occidentaux et maliens y ont mené plusieurs études anthropologiques, ethnographiques (Mounkoro et Coulibaly, 2012, Griaule, 1966, Coppo et al, 1993) et dans le domaine de la pharmacopée traditionnelle (Mounkoro et al, 2018, 2020). En général pour « arracher » le consentement des TPS, des promesses le plus souvent non tenues ont été mises en avant. Ces promesses consistaient à faire voyager le TPS en Europe, donner des cadeaux en espèces ou en nature (engin roulant, habits, vivres, etc...), faire le feed-back, par exemple. etc... Ainsi, beaucoup de TPS, ont été victimes de ces promesses non tenues,

⁷ Durant ce régime, le recouvrement de l'impôt per capita comportait des abus de tous ordres. Des chefs de famille âgés de plus de 60 ans étaient amenés à plus de 30 kilomètres de leurs villages sous un soleil de plomb et étaient sommés de marcher pour rejoindre leurs villages, sous l'œil vigilant d'un garde à moto. Il arrivait également que le Sous-préfet accompagné d'un garde, d'un secrétaire et d'un responsables politique local (un représentant de l'Union Démocratique du Peuple Malien, le parti unique), décide sillonner les villages en vue de recouvrer cet impôt. D'abord, tous les villages étaient obligés de réserver un « accueil chaleureux » en offrant de bonnes conditions de logement, donnant quotidiennement à chaque membre de la délégation la nourriture de son choix, amenant souvent à faire un mets pour chaque membre. Pour ce faire, chaque village était amené à faire cotiser ses habitants et s'acquitter en même temps du paiement des impôts.

après avoir donné leurs savoirs de façon incrédule, sans en tirer aucun bénéfice en retour. Ce qui fait que, notre opération de recensement des TPS, s'est tenue dans une atmosphère de méfiance (à l'égard de ces chercheurs) et de peur à l'égard de l'administrateur (ou tout agent de l'Etat) prêt à recouvrer l'impôt per capita par tous les moyens y compris coercitifs, dégradants et humiliants. Néanmoins, nous avons pu surmonter ces difficultés, en mettant en avant la collaboration à travers les malades qui nous ont servi de « courroie de transmission ». En plus, les échanges d'informations concernant les maladies, nous ont permis de considérer les TPS comme des confrères avec lesquels « nous devons traiter d'égal à égal », en vue de minimiser les risques de complexes suscités. Ce qui nous a permis non seulement de recenser les TPS, qui à leur tour, ont recensé d'autres TPS qui se sont regroupés également en associations. Ces associations, sont passées de 8 en 2000 à 12 en 2002. Elles se sont ensuite regroupées en fédération qui comptait en 2017, 31 associations de 700 membres dont 20 TPS prenant en charge les patients souffrant de troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara (Moukoro et al, 2020). La Fédération des Associations des Thérapeutes Traditionnels du cercle de Bandiagara (FATTB) dont le siège est à Bandiagara, a été réalisé avec l'appui technique du centre (en facilitant toutes les démarches administratives), matériel de la préfecture (en cédant la parcelle à un coût très réduit) et financier de l'ONG italienne, TERRA NUOVA. Chaque association membre, dispose également d'un siège local. La fédération depuis sa création était fonctionnelle. Toutes les associations cotisent régulièrement, la FATTB, tient une assemblée générale annuellement et elle collabore activement avec les structures sanitaires pour la prise en charge des problèmes de santé notamment les troubles mentaux, l'épilepsie, le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, les problèmes traumatologiques, la malnutrition et la mise en place d'un système formel de référence des patients dans les deux sens. Cette collaboration, a également concerné la protection des plantes médicinales ayant disparu ou en voie de l'être par la réalisation de jardins de plantes médicinales. Les rencontres régulières entre les acteurs des deux médecines, ont permis de dissiper progressivement ces risques de complexes et surtout de créer un climat de confiance et de respect réciproques. Elles, ont également conduit à la mise en place des associations de TPS autour des Tradipraticiens en santé mentale et t aussi d'influencer positivement la nature des relations entre les acteurs des deux médecines, relations qui n'étaient plus personnalisées mais formalisées. En effet avant la mise en place des associations, les Tradipraticiens sollicitaient le centre le plus souvent pour leurs problèmes existentiels (le manque de nourriture, les difficultés à se faire payer par les patients). Les difficultés liées à l'exercice de la profession, étaient reléguées au second plan, voire même occultées. Les associations ont aussi permis aux Tradipraticiens de se connaître, de collaborer par les échanges d'informations, de malades et même souvent de remèdes. Elles ont également donné la possibilité aux acteurs de la médecine traditionnelle de défendre leurs intérêts et surtout d'envisager la promotion de ce système de soins par l'amélioration de leurs pratiques notamment sur le plan de l'hygiène durant les différentes étapes des soins, allant de la récolte des organes de plantes en passant par la préparation à l'administration des remèdes traditionnels.

V - Conclusion

Le recensement du TPS en général et surtout de celui en santé mentale, est une période essentielle permettant d'asseoir un climat de confiance indispensable pour une bonne collaboration future entre les acteurs des deux médecines. Trois stratégies d'approches notamment le recensement à partir des listes administratives de personnalités influentes, des dossiers cliniques des patients et le recensement par les TPS, ont permis de recenser un nombre important de TPS et de les regrouper en

associations et les associations en fédération au Plateau Dogon de Bandiagara. Le premier contact doit requérir patience, respect mutuel, convivialité, humilité et persévérance de la part des acteurs de la médecine conventionnelle. Le recensement continu, permettrait de dessiner une cartographie des TPS par spécialité du cercle de Bandiagara et des autres cercles de la région de Mopti. Une telle expérience pourrait être répliquée dans d'autres cercles de la région voire d'autres localités du Mali en tenant compte de leurs réalités socioculturelles et permettrait d'élaborer un répertoire national des TPS dont la mise à jour permanente devra être assurée.

Conflit d'intérêt: Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Remerciements

Les auteurs remercient la coopération sanitaire italienne pour l'appui matériel, financier et technique, les tradipraticiens ayant accepté d'être recensés, les associations de TPS ayant accepté de recenser d'autres TPS, le CRMT et son personnel pour l'appui matériel, technique et financier et la FATTB pour son engagement sans failles à travers son Président, qui a personnellement pris part aux activités de recensement

Contribution des auteurs

Pakuy Pierre MOUNKORO, a participé à la conception et la réalisation de l'étude et à la rédaction de l'article. Quant à Souleymane Coulibaly et Zoua, ils ont contribué à la relecture.

Références bibliographiques

- Coppo, P., Giannattasio, F. et Misiti, R. (1988). Médecine traditionnelle et psychiatrie en Afrique. In Médecine Traditionnelle, Psychiatrie et Psychologie en Afrique (sous la direction de COPPO.P) *Il Pensiero Scientifico Editore*, : 5-80.
- Ilboudo, S.D.O. (2016). Facteurs influençant le refus de consulter au centre de santé de la région rurale Ouest du Burkina Faso. *Santé Publique*, 28 : 391-397
- Cercle de Bandiagara (1995) - *Rapports d'activités. Service des archives, Bandiagara*, 37 pages
- Diarra, M.L., Mariko, M., Mbaye, M.S., Noba, K. (2016). Plantes médicinales utilisées dans le traitement traditionnel du paludisme à Bamako. *Int. J. Bio. Chem.* 10 (4): 1534-1541, 2016
- Mounkoro, P. P., Kodio., Coulibaly. S. P., Traoré. J., Koné. M., Traoré. K., Koumaré. B. (2018). Étude ethnobotanique des plantes utilisées par les tradipraticiens de santé pour le traitement des troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara. *Psy Cause*, 77, pp : 7 - 14
- Mounkoro, P.P., Togola, A., De Jong, J., Diallo, D., Paulsen, B.S., Van 't Klooster, C. (2020). Ethnobotanical survey of plants used by traditional health practitioners for treatment of schizophrenia Spectrum disorders in Bandiagara, mali, West Africa. *Journal of Herbal Medicine, HERMED_100402*.
- Mounkoro, P.P. (2007). Approche du désordre mental au Plateau Dogon de Bandiagara au Mali. *Mémoire de passage en 3^e année de DES, N° 294, FMPO, Dakar*
- Mounkoro, P.P. (2010). Pour une meilleure articulation entre Médecine Traditionnelle et Médecine Conventionnelle dans le domaine de la santé mentale au Plateau Dogon de Bandiagara au Mali. *Mémoire de fin de CES/DES, n°299, FMOS, Dakar, Sénégal*, 83 pages.

- Maïga, A.Y., Diaouré, R. et Keita, A. (1989). Le recensement des thérapeutes traditionnels de la cinquième région. *In Médecine Traditionnelle, acteurs et itinéraires thérapeutiques (sous la direction de Coppo. P et Kéita. A) Ed Trieste, pp : 53 – 78*
- Fioré. B, Timbiné, S., Kassambara, I. (1990). Le savoir du thérapeute In Médecine traditionnelle : acteurs et itinéraires thérapeutiques (*sous la direction de Piero COPPO et Arouna KEITA*), *Edizioni, pp : 79 -106*
- Diallo, D. Graz, B., Falquet, J., Traoré, A. K., Giani, S., Mounkoro, P.P., Berthé, A., Sacko, M., and Diakité, C. (2006). Malaria treatment in remote areas of Mali use of modern and traditional medicine, patient outcome. *Tropical medicine and Hygiene, 100, pp: 515-520*
- Diakité, C., Mounkoro, P.P., Diallo, D. (2016). Etude de la couverture sanitaire assurée par les Tradipraticiens de santé dans le cercle de Bandiagara. Travail non encore publié.
- Mounkoro, P.P. (1993). Association des Thérapeutes traditionnels dans le cercle de Bandiagara. *Santé pour tous, Bull. Méd. Trad., Vol 1, n°1.*
- Mounkoro, P.P., Coulibaly, S., Kamaté, Z. (2020). Perceptions des troubles mentaux par les tradipraticiens de santé au Mali : cas du district de Bamako. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique (RASP) Volume2, Numéro 2 (Volume 2, Issue 2) Juillet- Décembre 2020, pp :103-11*
- Mounkoro, P.P., Coulibaly, S., Dembélé S. M., Ballo, F.N., Sanogo, R., Diallo, D., Paulsen, B. S. (2020). Étude Ethnobotanique des Plantes Utilisées par les Tradipraticiens de Santé pour le Traitement des Troubles Mentaux dans le District de Bamako, Mali. *Health Sci. Dis: Vol 21 (1) January 2020 Available free at www.hsd-fmsb.org, pp: 85-91*
- Mounkoro, P.P., Coulibaly. (2013). Du recensement du tradipraticien de santé à la collaboration entre les acteurs des deux médecines dans la prise en charge des problèmes de santé mentale au Plateau Dogon de Bandiagara, Mali. *RASP n°7, juillet-Décembre 2013, pp :3-10.*
- Mounkoro, P.P., Coulibaly, S. (2019). Approche psychopathologique des troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara, Mali. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique (RASP), Volume 18, Janvier-Décembre 2019, pp :12-24.*
- Fanon, F. (1952). Peau noire, masques blancs. *Editions Seuil, France, Internet : fr.m. Wikipédia> wiki>Peau_n... Consulté le 3 Novembre 2020*
- Bâ, A.H. (2006). *Oui Mon Commandant ! Actes Sud, ISBN 2-290 31585-0 Catégorie L ; Editions j'ai lu*
- Bâ, H. (1992). L'étrange destin de Wangrin ou les roueries d'un interprète africain. *Union Générale d'Editions 1973 et 1992. ISBN 2- 264-01758-9*
- Mounkoro, P.P., Coulibaly, S. (2012). Approches culturelles des maladies mentales au plateau dogon de Bandiagara, Mali. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique (RASP), N°5, Janvier-Décembre 2012, pp :37-52*
- Griaule, M. (1966). Dieu d'Eau (entretiens avec Ogotemmêli). *Paris : Fayard.*

- Coppo, P., Mounkoro, P.P., Diaouré, R., Kassambara, I. (1993). Éléments de psychologie et de psychopathologie Dogon In Essai de psychopathologie Dogon (sous la direction de P. Coppo). *Édition PSMTM, CRMT Bandiagara*, pp : 13- 99.

© 2020 MOUNKORO, License BINSTITUTE Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)