

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI**

**Un Peuple – Un But – Une Foi**

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO**



**U.S.T.T-B**

**FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°

## **MEMOIRE**

# **Etude des connaissances de la population urbaine de Bamako sur la maladie mentale**

Présenté et soutenu publiquement le 25/03/2023 devant  
la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

**Par : Dr. Kassim S. DIAKITE**

**Pour obtenir le Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S) en Psychiatrie**

## **Jury**

**Président** : M. Youssoufa M. MAÏGA, Professeur titulaire

**Membre** : M. Joseph TRAORE, Chargé de recherche

**Directeur de mémoire** : M. Souleymane dit Papa COULIBALY, Maître de  
Conférences

Etude des connaissances de la population urbaine de Bamako sur la maladie  
mentale

## **Dédicaces**

Je dédie ce travail à ma famille :

Mon épouse Fatoumata KANE et mon fils Mohammad Kassim.

Vous êtes ma source de motivation chaque jour, merci pour tout !

A la mémoire de mes parents Maimouna TANGARA et Samou DIAKITE

Je n'ai pas de mots suffisants pour parler de vous. Ce travail et cette réussite sont les vôtres. Qu'Allah vous accorde le paradis. Reposez en paix chers parents.

**Remerciements :**

**Je rends grâce à Allah**

Seigneur des cieux et de la terre, le tout miséricordieux, le très miséricordieux

Merci de m'avoir permis de voir ce jour et d'accomplir ce travail.

Que la paix soit sur notre prophète Mohammad !

**Mes sœurs et frères,**

Merci pour votre accompagnement.

Qu'Allah fortifie nos liens !

Etude des connaissances de la population urbaine de Bamako sur la maladie  
mentale

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre Maitre et président de jury**

**Pr Youssoufa Mamadou MAÏGA**

- Professeur titulaire des universités ;
- Formateur à l'académie Européenne de l'Epilepsie ;
- Titulaire d'un Doctorat d'université (PhD) en Neurosciences et Médecine de la douleur à l'université de Nantes
- Membre de l'Académie Africaine de Neurologie ;
- Secrétaire général de la Ligue Malienne Contre l'Epilepsie (LMCE) ;
- Membre de l'Académie des 1000 de la Ligue Internationale de Lutte Contre l'Epilepsie ;
- Membre de la Société de Neurologie du Mali ;
- Membre de la Société Française de Neurologie ;
- Chef de service de Neurologie du CHU Gabriel TOURE
- Responsable de l'enseignement de la neurologie et coordinateur du D.E.S de neurologie à la FMOS.

Cher Maître, c'est un réel plaisir et un privilège pour nous de vous voir présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Vos immenses qualités humaines et scientifiques, font de vous une référence.

Votre rigueur dans la formation et la clarté de vos enseignements font de vous un maître admiré de tous.

Retrouvez ici cher maître l'expression de toute notre reconnaissance

**A notre Maitre et codirecteur de mémoire**

**Dr Joseph TRAORE**

- Chargé de recherche à l'USTTB
- Praticien Hospitalier au service de psychiatrie du CHU-Point G
- Titulaire d'un diplôme de Psychiatre d'adultes de l'université d'Abomey Calavi (Benin).
- Titulaire d'un D.U de Gérontopsychiatrie de l'université Pierre et Marie Curie (France).
- Titulaire d'un D.U de Psycho-traumatisme de l'université Parsi Descartes (France).
- Titulaire d'un DFMS de Psychiatrie université Franche comté (France)
- Membre de la Société Malienne de santé Mentale (SOMASAM)
- Membre de la Société Africaine de santé Mentale (SASM)
- Membre de la Société Malienne des Neurosciences (SMN)

Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury.

Votre disponibilité, votre dévouement pour la recherche, votre sociabilité, votre modestie et votre rigueur dans le travail bien fait font de vous un maître respecté et admiré.

Veillez accepter cher Maître, nos sentiments d'estime et de profond respect.

**A notre Maître et directeur de mémoire**

**Pr Souleymane dit papa COULIBALY**

- Médecin psychiatre, chef du service de psychiatrie du CHU Point G ;
- Maître de conférences à la FMOS ;
- Ancien Interne des Hôpitaux du Mali ;
- Membre de la Société Malienne et Africaine de Santé Mentale ;
- Membre du Consortium Human Heredity and Health in Africa
- Responsable pédagogique du DES de psychiatrie
- Responsable de l'enseignement de la Psychiatrie à la FMOS

Cher Maître, nous vous remercions pour la confiance que vous avez placée en nous pour effectuer ce travail. Ce fut un réel plaisir de travailler et d'apprendre à vos côtés. Homme de principe, votre disponibilité, votre amour pour la transmission du savoir, votre rigueur et votre modestie font de vous un maître exemplaire.

Retrouvez en ce travail, cher Maître, l'expression de notre admiration et de notre profonde reconnaissance.

**Liste des abréviations**

**CHU** : centre hospitalier universitaire

**D.E.S** : diplôme d'études spécialisées

**F.M.O.S** : faculté de médecine et d'odontostomatologie

**CIM** : classification internationale des maladies



## Table des matières

INTRODUCTION :	12
I. GÉNÉRALITÉS	17
1. Les maladies mentales	17
2. Les déterminants de la santé mentale[22]:	17
2.1. Facteurs Individuels	17
2.1.1. Facteurs biologiques	17
2.1.2. Facteurs psychologiques	19
2.1.3. Facteurs liés au parcours de vie	20
2.2. Facteurs sociaux et économiques	21
2.2.1. Proches et cercle social	21
2.2.2. Situation économique :	22
2.3. Facteurs sociétaux	24
2.3.1. Politiques sociales :	24
2.3.2. Environnement et infrastructures :	27
2.3.3. Culture :	28
3. Les croyances et les religions[5]	29
3.1. Croyances aux esprits :	29
3.2. Croyances aux pratiques magiques	31
3.3. La croyance aux être mystiques	33
3.4. Le “Danga“(malédiction)	33
4. Maladies mentales dans les représentations socioculturelles du Mali[5]	33
4.1. Les Folies calmes :	34
4.2. La folie rouge	35
4.3. La folie noire	35
4.4. L'épilepsie “Kirikirimassin“ :	35
4.5. Les états de “Cono“ (convulsions hyperthermiques, encéphalites aiguës).	36
4.6. Les états de “Coumafili“	36
5. Les méthodes diagnostiques et traitements[5]	36
5.1. Les méthodes de diagnostic de guérisseurs	36
5.2. Les motifs de consultation	37
5.3. Les étiologies évoquées	37
5.4. Les modalités de traitement	38
II. MÉTHODOLOGIE	39
1. Cadre d'étude	39

# Etude des connaissances de la population urbaine de Bamako sur la maladie mentale

1.1.	Histoire .....	39
1.2.	Géographie .....	41
1.2.1.	Situation .....	41
1.2.2.	Climat .....	41
1.3.	Démographie .....	41
1.4.	Langues .....	42
1.5.	Lieux de culte .....	42
1.6.	Administration : District, communes et quartiers .....	42
1.7.	Transport .....	44
2.	Type d'étude .....	51
3.	Période d'étude .....	51
4.	Population d'étude : .....	51
5.	Echantillonnage : .....	51
6.	Recueil des données .....	51
6.1.	La technique de collecte de données : .....	51
6.1.1.	Outils ou Instrument de collecte .....	51
6.1.2.	Déroulement de l'enquête .....	51
6.2.	L'équipe de collecte .....	52
6.3.	Pré-tests .....	52
6.4.	Analyse des données : .....	52
7.	Considération éthique : .....	52
8.	Définition opérationnelle .....	52
III.	RÉSULTATS .....	54
1.	Profils des participants .....	54
2.	Définition de la maladie mentale .....	54
3.	Les causes de la maladie mentale .....	56
3.1.	Contexte de survenue de la maladie mentale : .....	56
3.2.	Consommation de drogues .....	56
3.3.	Sciences mystiques .....	57
3.4.	Possessions .....	58
3.5.	Destin (maladie mentale de naissance ou de Dieu) .....	59
3.6.	Hérédité .....	59
3.7.	Traumatisme physique et psychique .....	59
3.8.	Chocs émotionnels .....	60
3.9.	Précarités .....	60
3.10.	Comportements de femmes enceintes .....	61

# Etude des connaissances de la population urbaine de Bamako sur la maladie mentale

3.11.	Maladies somatiques .....	61
3.12.	Maltraitance des enfants .....	62
3.13.	Conditions de travail .....	62
3.14.	Inaccessibilité à l'éducation .....	62
3.15.	Troubles de mémoire .....	63
4.	Conséquences de la maladie mentale .....	63
5.	Les méthodes thérapeutiques concernant la maladie mentale .....	63
5.1.	Le traitement médical .....	64
5.2.	Traitements traditionnels .....	64
5.3.	Les accompagnements .....	65
6.	Itinéraires et ressources thérapeutiques .....	66
6.1.	Les agents de santé .....	66
6.2.	Les guérisseurs traditionnels .....	67
6.3.	Entretien de la personne malade .....	68
7.	Les souhaits des participants concernant la maladie mentale .....	68
7.1.	Conseils .....	68
7.2.	Suggestions aux autorités .....	68
	Synthèses .....	70
	Réflexion : .....	72
IV.	COMMENTAIRES .....	74
1.	Profils des participants .....	74
2.	La consommation de drogues .....	74
3.	Les sciences mystiques .....	74
4.	Les précarités .....	75
5.	Les maladies somatiques .....	75
6.	Les traumatismes physiques ou psychiques .....	76
7.	Les comportements de femmes enceintes .....	77
8.	Le choix des agents de santé .....	77
9.	Le choix des guérisseurs traditionnels .....	77
10.	Les effets secondaires du traitement conventionnel .....	78
11.	La collaboration avec tous les acteurs .....	78
	Conclusion : .....	81
	Recommandations .....	82
	Références .....	83
	Fiche signalétique .....	88
	Guide d'entretien .....	90

Etude des connaissances de la population urbaine de Bamako sur la maladie  
mentale

**Glossaire**..... 91

## INTRODUCTION :

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2014) définit la santé mentale comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté »[1]. La maladie mentale est alors tout déficit observable en ce sens. Il s'agirait d'un ensemble de changement qui s'observe chez l'Homme dans tous les aspects de sa vie : ses comportements, ses pensées, ses émotions, etc...[2]. Ces changements peuvent être secondaires à un trouble biologique, psychologique, sociale ou développemental des fonctions mentales[3]. Une maladie mentale entraîne nécessairement une détresse pour l'individu et/ou une difficulté au travail ou dans les relations sociales. Elle constitue des moments difficiles quant à la gestion et répercussion sur le patient et son entourage[2].

Au Mali, nous remarquons que la maladie mentale ressort sous les appellations de la langue bambara en des termes vernaculaires de « *fâ* », « *krikrimassin* », « *hakilitien* », « *kounkolo bana* »...[4]. Cette nomenclature fait référence à des manifestations du comportement, du raisonnement et du jugement d'une personne comparée à une norme sociale et culturelle de référence. Certaines populations les nomment en fonction de la durée d'installation ; en ce sens elle ressort soit sous l'appellation « *fâ gagnagagna* » qui signifierait la maladie mentale d'installation brutale ou soit « *fâ soumalén* » qui voudrait dire la maladie mentale avec les signes négatifs[5].

Le manuel de la classification internationale des maladies dans sa 11<sup>ème</sup> édition dispose en son chapitre six la description de ces entités sous la dénomination de troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux(CIM 11)[6]. Si ces manuels internationaux donnent et expliquent ces maladies à travers des vulnérabilités biopsychosociales[6,7], cependant, dans plusieurs communautés africaines, elles sont considérées comme étant causées par des phénomènes surnaturels, extérieurs au corps[8].

Cette attribution de la causalité surnaturelle place la maladie mentale sur une dimension conflictuelle entre deux mondes visible et invisible, naturel et surnaturel dont l'être de la personne malade n'est qu'un champ d'expérimentation[9]. Dans ce registre, la maladie mentale relèverait de l'ordre de la transgression de la possession, de la sorcellerie, de l'envoutement. Son traitement fait appel aux procédés traditionnels[10] avec les guérisseurs traditionnels, les marabouts, les chasseurs, les commandeurs d'esprits. Les moyens diagnostiques sont les actes divinatoires utilisant des techniques de divination avec la géomancie, les cauris, l'eau, les pierres, les "dougas" etc... Les moyens thérapeutiques sont entre autres les offrandes, décoction de plantes, eau bénite de canaris, prières, flagellation, écriture des versets coraniques[11].

Du point de vue de la médecine moderne, la santé est considérée comme un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité(OMS)[12].

En Afrique, les sociétés avaient des croyances et le système était organisé de sorte à gérer les difficultés dans la société. Ainsi dans les croyances en ce qui concerne les maladies, elles étaient considérées comme ayant une origine externe, susceptible d'être déclenchée par des phénomènes surnaturels. C'était avant l'introduction de la médecine moderne avec la colonisation[12].

Les maladies étaient soignées dans les sociétés africaines en fonction de leurs contextes et leurs causes[13–19].

Tandis que la médecine moderne trouve que la maladie est l'agression du corps par un agent ou un déséquilibre à quelque part, la croyance africaine à des entités extérieures au corps rend l'adhérence à cette dernière difficile[14].

La maladie mentale est également concernée par cette croyance culturelle, ce qui entraîne une réticence de la société quand il s'agit des soins médicaux des troubles mentaux[14]

Au service de psychiatrie CHU Point G (Mali), un constat fait ressortir que les patients sont amenés en soins conventionnels devant l'agitation ou

*Etude des connaissances de la population urbaine de Bamako sur la maladie  
mentale*

l'agressivité[20], la plupart du temps le recours au service se fait avec un retard ce qui joue défavorablement sur le pronostic et sur le coût de la prise en charge[21].

C'est devant ce retard du recours aux soins conventionnels malgré l'efficacité et la richesse des thérapeutiques modernes actuelles sur les troubles mentaux que nous avons initié ce travail dans le but de comprendre les connaissances de la population urbaine afin de générer des hypothèses sur ce recours tardif aux soins conventionnels.

# OBJECTIFS



### **Objectif général**

Comprendre la conception de la population urbaine de Bamako sur les maladies mentales.

### **Objectifs spécifiques**

- Déterminer les caractéristiques socio-démographiques des participants ;
- Mettre en évidence les connaissances des populations à propos des moyens utilisés pour la prise en charge des malades mentaux ;
- Identifier les ressources reconnues par la population pour la prise en charge des malades mentaux ;
- Déterminer les lieux définis par la population pour la prise en charge des malades mentaux.

## **I. GÉNÉRALITÉS**

### **1. Les maladies mentales**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (WHO,2013). La santé mentale inclut des aspects liés au bien-être, la joie de vivre, l'optimisme, la confiance en soi, la capacité relationnelle et la régulation émotionnelle.

Avoir une bonne ou une mauvaise santé mentale a un impact important sur les personnes et sur la société. La santé mentale, tout comme la santé physique, est une ressource pour les personnes, leur permettant de vivre une vie épanouie. L'absence de santé mentale ou la mauvaise santé mentale a des coûts à la fois monétaires et non-monétaires.

### **2. Les déterminants de la santé mentale[22]:**

#### **2.1. Facteurs Individuels**

##### **2.1.1. Facteurs biologiques**

###### **✓ Santé physique**

La santé physique et la santé mentale sont fortement liées et il est établi que la santé physique peut influencer la santé mentale et causer des troubles psychologiques. On sait en effet qu'une mauvaise santé physique et des handicaps sont des déterminants de la dépression.

L'exercice physique a des effets bénéfiques pour la santé mentale ; cet effet est robuste et a été démontré dans une population d'adultes tout-venant à travers une étude à large échelle (Chekroud et al., 2018). Certaines études ont trouvé des effets de la santé physique sur la santé mentale à long terme ; par exemple, certains problèmes neurologiques à la naissance augmentent la probabilité de développer des troubles psychotiques à l'âge adulte, ainsi que, dans une moindre mesure, la dépression et l'anxiété (Fryers & Brugha, 2013).

✓ **Facteurs génétiques**

Certains troubles mentaux ont une certaine héritabilité, étudiée notamment à l'aide d'études sur des jumeaux. Cela signifie qu'il existe un risque de transmission de ce trouble mental d'une génération à la suivante, bien que cette transmission soit modulée par des facteurs sociaux et environnementaux (WHO, 2019). Ces troubles incluent, notamment, l'anxiété, les troubles obsessionnels compulsifs, le stress post-traumatique, la dépression, les troubles alimentaires, l'autisme, le trouble de l'attention et hyperactivité, différentes psychoses ou encore le trouble bipolaire (Fryers & Brugha, 2013; Smoller, 2019).

✓ **Genre**

Alors que le sexe fait référence aux différences biologiques entre les hommes et les femmes, le genre quant à lui fait référence aux variations entre hommes et femmes liées à notre culture et notre socialisation, aux perceptions et aux attentes quant à la façon de penser et de se comporter.

De nombreuses études ont trouvé des différences systématiques de genre dans l'apparition de troubles mentaux. Une étude menée dans 11 pays européens montre que les femmes sont en moins bonne santé mentale que les hommes (Lehtinen et al., 2005).

✓ **Minorités ethniques**

L'appartenance à une minorité ethnique constitue un facteur de risque pour la santé mentale de ces personnes. On peut expliquer cette élévation du risque par l'exposition de cette population à des discriminations, à de l'exclusion sociale, et à des inégalités d'accès aux ressources (financières, éducatives, de santé, d'emploi, de logement, etc. ; Pager & Shepherd, 2008).

✓ **Minorités sexuelles**

Les minorités sexuelles sont définies soit par l'orientation sexuelle (l'autoidentification sexuelle, le comportement sexuel, et l'attirance sexuelle) soit par l'identification de genre (représentation interne de sa propre féminité, masculinité, ou androgynie). Dans le cas de l'orientation sexuelle, les études ont

généralement comparé les personnes qui s'identifient en tant que gay/lesbienne ou bisexuelle aux personnes qui s'identifient comme hétérosexuelles. Dans le cas de l'identification de genre, les personnes transgenres sont minoritaires par rapport aux personnes cisgenres.

### **2.1.2. Facteurs psychologiques**

#### **✓ Personnalité**

La personnalité peut être décrite en 5 ou 6 traits de personnalité selon les modèles psychométriques existants (Big Five, Oliver, Donahue & Kentle, 1991 ; et HEXACO, Lee & Ashton, 2004). L'un de ces traits, appelé *Neuroticisme* dans le modèle du Big Five, est corrélée avec plusieurs troubles mentaux (Fryers & Brugha, 2013). D'autres part, certains traits peuvent avoir un impact indirect sur la santé (physique et mentale) car ils sont associés à des comportements qui sont promoteurs ou au contraire préjudiciables à la santé. En effet l'*Émotionnalité* positive est positivement associée à des comportements sociaux comme de bonnes relations interpersonnelles, le soutien et l'intégration sociale.

La personnalité est considérée comme largement stable au cours de la vie (Caspi et al., 2005), ce qui suggère que son impact sur la santé sera, lui aussi, stable au cours de la vie.

#### **✓ Compétences psychosociales**

Les chercheurs ont démontré l'effet protecteur de plusieurs variables individuelles, que l'on peut regrouper sous le terme de compétences de vie ou compétences psychosociales. Ces compétences sont centrales dans la vision de la promotion de la santé prônée par l'Organisation mondiale de la santé (cf. Charte d'Ottawa). Selon ce modèle, ces compétences psychosociales contribuent à l'état de santé général des personnes, et à leur santé mentale en particulier, car elles favorisent l'émergence de comportements promoteurs d'une bonne santé. Les chercheurs s'accordent pour les définir comme des compétences et aptitudes nécessaires pour prendre des décisions, résoudre des problèmes, réfléchir de façon critique et créative, communiquer efficacement, construire des relations

saines, faire preuve d'empathie envers les autres, et faire face à la vie de façon saine et productive (WHO, 2003).

### **2.1.3. Facteurs liés au parcours de vie**

#### **✓ Enfance**

Certains comportements à l'enfance sont associés avec des troubles dépressifs et anxieux à l'âge adulte. Cela comprend notamment des problèmes d'attention et hyperactivité, de comportements de retrait social, agressif, anti-social, ou perturbateur, ou encore une mauvaise performance scolaire (Fryers & Brugha, 2013).

#### **✓ Expériences négatives dans la petite enfance**

Les expériences négatives dans la petite enfance ont une influence déterminante sur la santé mentale, et leur impact peut être important et de longue durée. Des travaux dans le domaine de l'épigénétique suggèrent même que certaines expériences dans la petite enfance sont à même de modifier l'épigénome, c'est-à-dire l'expression des gènes, de façon transmissible à la génération suivante (Shonkoff et al., 2012 ; Szyf, 2009).

Ceci souligne d'autant plus l'importance d'agir sur la santé mentale dès la petite enfance, afin de diminuer les conséquences à long terme sur la santé mentale non seulement de l'individu mais aussi celle de sa descendance.

#### **✓ Statut migratoire**

Le statut migratoire a un impact direct sur la santé mentale des individus. Différentes études épidémiologiques ont démontré que les niveaux de dépression au sein de la population issue de la migration sont plus élevés qu'au sein de la population majoritaire (Bhui et al., 2005 ; Levecque et al., 2007 ; Missinne et Bracke, 2012). Cette différence peut s'expliquer notamment à travers les inégalités socio-économiques (accès à l'emploi, revenu, catégorie socioprofessionnelle ; voir ci-dessous Situation Économique), l'accès au capital social (Soutien social) et les discriminations liées à l'origine (voir Stigmatisation).

## **2.2. Facteurs sociaux et économiques**

Les déterminants situés au second niveau, soit les facteurs sociaux et économiques dans le reste du document, peuvent être organisés en deux sous-catégories : les déterminants qui sont en lien avec les *proches et le cercle social* d'une personne, et les déterminants qui sont en lien avec la situation économique d'une personne.

### **2.2.1. Proches et cercle social**

#### ✓ **Famille**

Le contexte familial a un impact sur la santé mentale des enfants tout au long de leur vie. L'influence des facteurs en lien avec la famille commence dès la vie fœtale. En effet, l'exposition du fœtus à certains facteurs de risque lors de la grossesse peut avoir des conséquences importantes sur la santé mentale de l'individu lorsqu'il atteint l'âge adulte. Par exemple, le syndrome d'alcoolisme foetal, causé par le fait que la mère boive de l'alcool pendant la grossesse, se traduit par un important retard mental (Abel & Sokol, 1986). Le stress et les problèmes d'humeur pendant la grossesse influencent la réponse au stress de l'individu plus tard dans la vie (Brand et al., 2006 ; Oberlander, et al., 2008).

Le style d'attachement, qui s'acquiert au contact des adultes principalement responsables lors des premières années de la vie (en général les parents) a un impact majeur sur la santé mentale à l'âge adulte.

#### ✓ **Soutien social**

Selon l'Organisation mondiale pour la santé, une communauté inclusive est un déterminant clé de la santé mentale à travers son rôle protecteur (WHO, 2014a). Le soutien social, c'est-à-dire le fait de savoir que l'on est aimé, estimé, valorisé, et que l'on fait partie d'un réseau social, a en effet une très grande influence positive sur la santé physique et mentale. Une revue systématique a trouvé que le soutien social avait un effet protecteur contre la dépression chez les enfants, les adultes, et les personnes âgées, bien que ces groupes trouvent du soutien auprès de sources différentes (Gariépy et al., 2016).

Il incombe à tous les secteurs et à tous les départements administratifs de promouvoir la santé mentale et de prévenir les troubles mentaux. En effet, une mauvaise santé mentale est souvent le résultat de tout un ensemble de déterminants sociaux et économiques, y compris le niveau de revenu, la situation au regard de l'emploi, le niveau d'instruction, le niveau de vie matériel, la santé physique, la cohésion familiale, la discrimination, les violations des droits de l'homme et l'exposition à des événements défavorables, y compris les violences sexuelles, la maltraitance et le délaissement d'enfant. Les besoins en santé mentale des enfants et des adolescents victimes de catastrophes naturelles, de conflits civils ou autres, y compris ceux qui ont été recrutés dans les forces armées ou des groupes armés, sont très grands et requièrent une attention spéciale.

### **2.2.2. Situation économique :**

#### **✓ Statut socio-économique**

Il existe un fort consensus dans la littérature quant à la relation négative existant entre niveau socio-économique et apparition de troubles mentaux (Campion et al., 2003 ; Fryers et al., 2005 ; OMS/WHO, 2014a ; Patel & Kleinman, 2003). Le risque de développer l'un des troubles mentaux les plus communs (dépression et anxiété) est disproportionnellement supérieur chez les personnes de bas SSE, comparé à celles au SSE élevé (OMS/WHO, 2014a). Par exemple, on observe plus de dépressions post-partum chez les personnes de bas SSE (Dolbier et al., 2013 ; SéAguin et al., 1999). Selon l'Organisation mondiale de la santé, ce lien va même plus loin puisqu'il existe une relation à double sens entre la santé mentale et le niveau socio-économique : une mauvaise santé mentale mène à une diminution de l'emploi et du revenu, qui en retour influencent négativement la santé mentale (OMS/WHO, 2014a).

### ✓ **Emploi**

La notion d'emploi fait référence au fait d'engager une personne pour réaliser un travail contre rémunération. Lorsqu'une personne n'a pas d'emploi, on dit qu'elle est au chômage ; lorsqu'elle a un emploi, celui-ci peut être plus ou moins stable ou précaire, si la durée de l'emploi n'est pas assurée. L'absence d'un emploi ou la précarité de l'emploi ont des effets néfastes pour la santé mentale (Compton & Ruth, 2015). Par exemple, la mortalité est plus élevée chez les travailleurs temporaires comparé aux travailleurs avec des contrats permanents (OMS, 2008). Plus précisément, la prévalence des troubles mentaux augmente à mesure que la précarité augmente : elle est la plus basse chez les personnes avec des contrats permanents et des contrats à terme fixe, et la plus élevée chez les personnes travaillant sans contrat. Les personnes avec des contrats temporaires sans durée fixe se situent entre les deux (Altazcoz et al., 2012). Le chômage est également lié au développement de symptômes de dépression (Fryers et al., 2005 ; Montgomery et al., 1999) et d'anxiété (Fryers et al., 2005 ; OMS/WHO, 2014a), et augmente le risque de tentatives de suicide (Platt, 1986). Il est important de noter également que le chômage a des effets négatifs non seulement sur la santé mentale de l'adulte au chômage, mais également sur celle de ses enfants, à travers la pression économique et la détérioration des compétences parentales (Solantaus et al., 2004).

### ✓ **Revenu**

Un faible revenu peut plonger une personne dans une situation de pauvreté, même si elle est employée. La pauvreté a un fort impact négatif sur la santé mentale (OMS/WHO, 2014a). Les personnes pauvres sont en moins bonne santé mentale que les personnes à revenu moyen ou élevé, selon une étude réalisée sur 11 pays Européens (Lehtinen et al., 2005). Une revue systématique de la littérature a trouvé des liens positifs entre plusieurs indicateurs de pauvreté et l'apparition de troubles mentaux (dépression et anxiété) dans des pays à faibles ou moyens revenus (Lund et al., 2010).



### ✓ **Dettes**

Le lien négatif entre revenu et santé mentale décrit ci-dessus s'explique en partie par le fait d'avoir des dettes : les personnes endettées sont plus susceptibles d'avoir des troubles mentaux (Meltzer et al., 2010), et plus l'endettement est élevé, plus la probabilité de souffrir de troubles mentaux augment. Il est intéressant de noter que cette relation est maintenue même en contrôlant l'effet d'autres variables socio-économiques telles que l'âge, l'ethnicité, l'état civil, mais aussi le niveau de formation, la classe sociale et l'emploi (Jenkins et al., 2008)

### ✓ **Niveau d'éducation**

Le niveau d'éducation fait référence au processus par lequel une personne reçoit une instruction ou une formation structurée et systématique, en particulier à l'école ou à l'université. L'instruction peut fournir des opportunités importantes pour la vie d'une personne, notamment en termes du développement de ses Compétences psychosociales et d'Autodétermination. De nombreuses études ont trouvé une corrélation négative entre niveau de formation et troubles mentaux, ou une corrélation positive entre niveau de formation et bien-être. Une étude réunissant neuf enquêtes européennes à large échelle conclut qu'un bas niveau d'éducation est associé à de plus hauts taux de troubles mentaux (dépression et anxiété) (Fryers et al., 2005).

## **2.3.Facteurs sociétaux**

Au troisième niveau d'analyse, nous examinons les facteurs qui se situent au niveau de la société, et qui relèvent des dynamiques politiques, environnementales et culturelles d'une société donnée.

### **2.3.1. Politiques sociales :**

Les politiques publiques incluent toutes les lois, règles et législations qui régissent une société donnée. Ces politiques sont à même d'exercer une influence directe ou indirecte sur la santé mentale (Compton & Ruth, 2015), d'une part parce qu'elles concernent la santé en tant que telle, mais aussi parce

qu'elles concernent des domaines variés tels que l'éducation, l'emploi, l'alimentation, le logement, les salaires, et la vie de quartier.

### ✓ **Inégalités sociales**

Les inégalités de genre incluent, entre autres, les violences domestiques, la violence sexuelle, les écarts de rémunération, le travail au foyer non-rémunéré, le statut social inférieur, et les problèmes d'accès aux droits reproductifs et éducatifs (Yu, 2018). Les inégalités de richesse se réfèrent à la fois au revenu, c'est-à-dire à l'argent reçu régulièrement, et à la fortune, c'est-à-dire l'argent et les biens possédés tout au long de la vie. Étant donné les différences de genre et de statut observées en santé mentale, les chercheurs se sont demandé si les inégalités de genre et de richesse pouvaient contribuer à expliquer ces différences. Des études ont montré que ces dernières sont corrélées négativement avec de nombreux aspects sociaux, y compris la santé physique et mentale des populations, ainsi qu'avec leur bien-être (Pickett & Wilkinson, 2015 ; Pickett al., 2006).

### ✓ **Services sociaux**

Les services sociaux sont l'ensemble des services publics ou privés assurant la protection des personnes vulnérables dans une société donnée. Cette vulnérabilité peut être temporaire (par exemple, chômage, vieillesse), ou plus permanente (par exemple, situation de handicap). L'accessibilité aux services maternels comprenant, entre autres, des informations et conseils sur les stratégies parentales et éducatives, protège la santé mentale des adultes et des enfants (WHO, 2014a). L'accessibilité aux services de soutien financier est un maillon essentiel dans la lutte contre la pauvreté, ce qui impacte directement la santé physique et mentale des populations les plus défavorisées (WHO, 2014a). Néanmoins, les politiques d'aide sociale peuvent, en fonction des mécanismes de contrepartie et de justification, plus ou moins autonomiser les bénéficiaires, ce qui a un impact indirect sur leur santé mentale (Franssen, 2017).

### ✓ **Politiques de l'emploi**

Les effets de l'emploi sur la santé mentale ont été revus ci-dessus ; les politiques de l'emploi peuvent directement impacter les conditions de travail des employés. Les modes de gestion et d'organisation des entreprises peuvent générer des souffrances au travail. En effet, lorsque ces modes sont basés sur les résultats financiers, du court terme ou l'excellence et la compétition, les individus peuvent ressentir une perte du sens du travail entraînant des souffrances psychologiques (Girard, 2009). À noter qu'en améliorant les conditions de travail des adultes, on influence non seulement leur propre santé mentale, mais également leurs capacités parentales, améliorant en retour la santé mentale de leurs enfants.

### ✓ **Crèches et écoles**

Les crèches et écoles ont un rôle important à jouer du fait de leur impact à la fois sur les enfants et sur leurs parents. Tout d'abord, l'éducation est un facteur protecteur crucial pour la santé mentale. Les écoles, en travaillant directement avec les enfants, ont un impact direct sur le bien-être quotidien, et jouent un rôle actif dans le développement des compétences sociales, émotionnelles, et cognitives des enfants et des jeunes (WHO, 2014a). Le climat de l'école est un facteur crucial pour la santé mentale des enfants comme des adultes : l'OMS recommande un climat bienveillant, favorisant le lien social (WHO, 2003).

### ✓ **Autodétermination**

L'autodétermination est la capacité à être maître de son destin, à prendre soi-même les décisions qui régissent sa vie. Elle comprend des concepts fondamentaux aux sociétés démocratiques, tels que la liberté individuelle, les droits civiques, l'indépendance (Cook, 2003). Le fait de sentir une autodétermination forte dans sa vie a un impact positif sur la santé mentale (WHO, 2012). Ainsi, des contextes et des sociétés permettant aux individus d'exercer cette autodétermination favorisent une meilleure santé mentale des citoyens. Cela peut être le fait par exemple de droits civiques égaux pour tous,

de l'absence de violence, de conflits armés, ou de migration forcée. À un niveau plus local, l'autodétermination passe par exemple par le contrôle exercé sur sa propre santé et les traitements reçus, notamment dans les cas de maladies mentales sévères.

### **2.3.2. Environnement et infrastructures :**

#### **✓ Infrastructures (logement, eau, sanitaires, déchets)**

L'infrastructure qui entoure l'individu a des effets importants sur sa santé mentale. Par exemple, on sait que l'instabilité du logement a des effets négatifs sur la santé mentale (Compton & Ruth, 2015). Le fait de ne pas avoir de logement prédit l'apparition de symptômes dépressifs (Patel et al., 2010). Un mauvais système sanitaire prédit également l'apparition de symptômes dépressifs (Patel et al., 2010).

#### **✓ Exposition à la violence et à la criminalité**

Selon l'Organisation mondiale pour la santé, l'absence de violence est un déterminant clé de la santé mentale (WHO, 2014a). Il est en effet reconnu sans équivoque dans la littérature scientifique que l'exposition à la violence, au crime, au conflit social, et à des troubles civils sont des facteurs qui prédisent l'apparition de problèmes de santé mentale, notamment de dépression (Patel et al., 2010). De plus, la présence de violence dans sa communauté est fortement associée au développement de symptômes de stress post-traumatique et de problèmes de comportement agressif et de déviance, en particulier chez les enfants et les jeunes (Fowler et al., 2009). Une méta-analyse de 110 études trouve un effet négatif de l'exposition à la violence de communauté sur la santé mentale. Cet effet est plus fort pour les personnes qui sont victimes de violence que pour celles qui en sont témoins ou en entendent parler (Fowler et al., 2009).

#### **✓ Sécurité et confiance de quartier**

La qualité du quartier dans lequel on vit influence notre santé mentale (Compton & Ruth, 2015). Une étude chinoise a comparé la sécurité de quartier, estimée à l'aide de données « Street View », à la santé mentale mesurée auprès d'un large

échantillon réparti sur différents foyers et différents districts, et a ainsi montré que la perception de sécurité de quartier est positivement associée à la santé mentale. De plus, la sécurité de quartier renforce les effets positifs sur la santé mentale de l'activité physique et de la cohésion sociale (Wang et al., 2019).

#### ✓ **Nature**

De nombreux auteurs se sont intéressés aux effets bénéfiques de l'environnement naturel sur la santé mentale. On peut définir le terme de nature comme un espace contenant des organismes vivants, qu'il s'agisse de plantes ou d'animaux non-humains, tout en admettant qu'il s'agit d'un continuum sur lequel il est possible de classer certains environnements comme plus ou moins « naturels » (Bratman et al., 2012). De nombreuses études ont montré des effets positifs de l'exposition à la nature sur la santé mentale, notamment l'humeur (Bratman et al., 2012).

#### **2.3.3. Culture :**

La culture est un système dynamique de normes, de valeurs et de règles qui sont développées par les communautés et qui sont basées sur l'interaction de ces dernières avec leur environnement social et naturel (Doyal & Gough, 1991). La culture fournit un cadre de référence aux personnes qui aide à réguler l'inconfort créé lorsque l'on rencontre de l'incertitude (Hogg, 2007). D'ailleurs, certains auteurs suggèrent que des normes sociales changeantes (par exemple lors d'une migration) pourraient entraîner des troubles dépressifs, mais les preuves de cet effet sont moins formelles qu'on pourrait le souhaiter (Patel et al., 2010).

#### ✓ **Stigmatisation**

La stigmatisation est, en psychologie, la mise à l'écart d'une personne pour ses différences qui sont considérées comme contraires aux normes de la société. Le stigma social peut quant à lui être défini comme une identité sociale qui est dévalorisée dans un contexte social particulier (Crocker, Major, & Steele, 1998), ce qui peut mener à des préjugés (attitudes négatives envers les personnes perçues comme appartenant à un groupe stigmatisé) et de la discrimination

(traitement négatif des personnes parce qu'elles sont perçues comme appartenant à un groupe stigmatisé). Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'absence de discrimination est un déterminant clé de la santé mentale (WHO, 2014a). D'autres auteurs ont affirmé que la discrimination et l'exclusion sociale ont une influence négative sur la santé mentale (Compton & Ruth, 2015). En effet, le stress associé au fait d'être victime de discrimination ou de stigmatisation contribuerait à l'apparition de dépression (Patel et al., 2010). Cette stigmatisation peut être causée par l'appartenance à de nombreux groupes minoritaires, par exemple le faible statut socio-économique, en particulier dans des contextes à forte inégalité socio-économique (Patel et al., 2010).

### ✓ **Croyances culturelles**

L'existence de croyances prédominantes dans une culture donnée peut influencer la façon dont certaines populations appréhendent la santé et la maladie mentale (WHO, 2012). Des croyances erronées sur les causes et traitements des troubles mentaux peuvent engendrer des différences dans la façon de réagir à ceux-ci, notamment en entravant la recherche d'aide (Jimenez et al., 2012).

## **3. Les croyances et les religions[5]**

On estime que la population du Mali est constituée de musulmans, animiste, chrétien et des libres penseurs. Toutes les croyances et rites magiques du Mali ont été décrites (N'Diaye B. 1970). Toutes les ethnies pratiquent une religion syncrétique. Les croyances et rites marginaux dont l'auteur (N'Diaye 1970) fait allusion revête des modalités différentes sur chaque ethnie, cependant ils ont des caractères communs qui sont :

### **3.1. Croyances aux esprits :**

Les esprits à notre point de vue sont des représentations abstraites qui sont censés posséder des pouvoirs surnaturels et capables d'influencer le cours normal des événements vitaux et le comportement des hommes.

Ainsi donc on accorde aux morts un plein pouvoir sur les vivants, ils sont capables de guider les comportements de tous les jours, de faire du bien ou du mal surtout quand ils sont offensés. Parmi ces esprits, les plus retenus en milieu traditionnel malien :

✓ **“Seytane”** : c'est un esprit malfaisant, tristement célèbre dans toutes les ethnies touchées par l'islam. Il peut se cacher au fond d'un puit, dans un arbre. Il peut s'insinuer dans une discussion et devenir un élément catalyseur entre les antagonistes.

✓ **“Djinè”** (djinn) : n'est autre chose que l'esprit diabolique et importé également par l'islam. Il peut se manifester sous une forme fantastique : taille plus ou moins variable, couleur et aspect variables. Il peut se personnifier et se rendre visible à certains moments de la journée. Au cours de la symptomatologie clinique de certains états délirants aigus, on rencontre diverses descriptions du djinè(djinn).

Dans la culture bambara, les djinè(djinns) font l'objet d'adoration par la collectivité, ils sont représentés soit par un arbre, soit par une pierre. Les bambaras dotent un pouvoir surnaturel à tout ce qui est inanimé. Ce pouvoir conféré aux choses est susceptible d'apporter prospérité, bonheur, ou au contraire malheur. Dans le langage de bambara, on dit de quelqu'un, que son diable est bon ou mauvais.

✓ **“Dougoudassiri”** : cet esprit est d'origine animiste. C'est l'esprit des ancêtres. En général, ce sont des esprits protecteurs qui vivent parmi les hommes sous forme d'animaux (cheval, serpent, caïman, etc...). Généralement, ils se cachent dans un arbre, dans une grotte et veillent sur tout un village ou toute une ville en faisant taire les mauvaises langues (en neutralisant les actions des jeteurs de sorts). Ces lieux de cachette servent de lieux d'adoration, de sacrifice et d'offrande. Les “Dougoudassiri” sont généralement calmes et ne font aucun mal à ceux qui ne les adorent pas. Cependant, leur colère peut être redoutable surtout quand ils sont irrités par une provocation manifeste.

### 3.2. Croyances aux pratiques magiques

La plupart des ethnies admette qu'on peut "attacher" magiquement une personne. L'individu n'est pas "attaché" physiquement.

Cette croyance très répandue sert d'excuse à toutes les insuffisances ou malheurs survenant dans la plupart des entreprises où il y a une concurrence : cet élève habituellement brillant a échoué à son examen, alors que le dernier de la classe a passé ; cet échec n'est pas de sa faute, il a été attaché, c'est-à-dire neutralisé diront ses parents. Une telle fille particulièrement belle, mariée à cet homme pauvre et vilain : elle a été attachée. Cette croyance aux pouvoirs magiques donne naissance à beaucoup de délire de persécution. En plus des pouvoirs de neutralisation, il existe celui de manger son semblable ou de l'éliminer avec des procédés extrêmement secrets tels que les « "korté" »

Tous ces pouvoirs sont aux mains de quelques catégories de gens qui sont :

#### ✓ **Les chasseurs :**

Ce sont des grands connaisseurs des mœurs des bêtes, des plantes et des phénomènes climatiques. Le langage de la brousse et celui des hommes ne leurs sont pas secrets. Dans la société traditionnelle de type communautaire, c'étaient les gens qui avaient pour mission de procurer du gibier au groupe mais aussi de protéger la société contre les forces du mal. Le chasseur est l'homme brave, intègre qui va mettre sa forme physique, son intelligence et ses connaissances à la disposition du groupe auquel il appartient. Ils sont craints et respectés de ce fait. Ils sont avertis de toutes les pratiques magiques.

#### ✓ **Les marabouts :**

Le marabout doit non seulement être pieux mais doit en s'inspirant des textes coraniques et des "hadits" de saints ainsi que d'autres textes saints, s'aider de ces écritures pour aider à la réalisation des désirs, des projets bons ou mauvais conçus des consultations. Ainsi, de faire le bonheur de consultant, lui protéger contre un agresseur éventuel. Pour ce fait le marabout va se retirer dans une invitation extatique, va élaborer et confectionner les eaux bénites avec les



versets et des textes religieux. Il va s'aider des plantes pour préparer des médicaments ainsi que des amulettes. Il est conjureur ou jeteur de sort.

✓ **Les “komotigui” :**

Le “komo” est le nom bambara des sociétés secrètes animiste « Dio, Nia, Nana ». Les “komotigui” sont des chefs de ces sociétés. Pour ces personnes, le monde et l'univers sont gouvernées par les forces occultes venant soit des esprits soit des diables, soit des hommes. Les “komotigui” ont une connaissance certaine des plantes et des hommes. Ils sont les dépositaires des traditions du groupe, ils sont passés maîtres dans l'art de préparer les poisons. L'une de leurs armes favorites est le “kortè” qui est destiné à détruire le l'ennemi potentiel. La connaissance des “komotigui” est matérialisée par la possession de fétiches dont le nom varie suivant les ethnies. Les chefs de ces sociétés secrètes veillent à la constitution et au respect des lois de leur société qu'ils ont créé. Les “komotigui” sont les organisateurs de toutes les cérémonies traditionnelles : baptême, mariage, décès et la culte des morts.

Le pouvoir et la connaissance psychologique des “komotigui” ne sont pas négligeables, ils sont capables de deviner l'avenir en s'aidant de la géomancie, des cauris et des fétiches spéciaux. Ainsi, ils sont capables de deviner l'intention de l'autre surtout leurs ennemis potentiels, homme ou djinè.

✓ **Les sorciers ou “sou-baga”**

La société considère que toutes leurs activités sont destinées à nuire. Les sorciers ou “sou-baga” en bambara existent dans toutes les ethnies. Ce sont des personnes qui comme les chasseurs ou les “komotigui” possèdent des connaissances scientifiques certaines mais ces connaissances sont utilisées dans le seul but de nuire. C'est ainsi qu'ils sont à tous moments accusés d'anthropophagie, d'envoûtement. Généralement quand une personne est victime d'un sorcier, elle peut s'en rendre compte par les signes comme amaigrissement progressif, anémie, confusion mentale, etc... une fois que la personne est entièrement mangée, elle meurt généralement peu de temps après. Les sorciers

seraient des amis des mauvais génies. La chasse aux sorciers est l'une des activités favorites des "komotigui" et les marabouts.

### **3.3. La croyance aux être mystiques**

Leur existence est reconnue partout au Mali. Les bambaras les nomment "wo-cou-lon", ils se cachent dans les forêts galeries, dans les hautes collines et dans l'eau. Ils auraient une forme humaine mais sont de petite taille (environ 1 m) talon en avant et la chevelure descendant jusqu'au mollet. Ils vivent comme les êtres humains et il n'est pas rare dans la nuit qu'ils viennent fouiller dans les concessions. Ils apprécieraient particulièrement l'arachide et également le fond des marmites. Le "wo-cou-lon" se promène seul généralement et de nature peu agressif.

### **3.4. Le "Danga"(malédiction)**

A côté de toutes les croyances que nous venons de citer, il existe une autre croyance de nature surtout familiale. Pour garder l'intégrité de la communauté familiale, la société traditionnelle a conféré au père et à la mère le pouvoir de nuire à leur enfant. Si besoin est, si un père ou une mère "Danga" son enfant c'est que la faute commise est toujours grave car il rencontrera désormais partout où il ira malheur et malchance. Et tant qu'il ne revient pas au bercail implorer le pardon des parents par intermédiaire des anciens, les malheurs et malchances continueront.

## **4. Maladies mentales dans les représentations socioculturelles du Mali[5]**

La maladie mentale comme toute la pathologie en général sont considérée comme étant provoquée par une cause extérieure au malade. Elle est souvent due soit à :

- ✓ Un djinè (c'est-à-dire le "djinè" des bambara, une maladie imputable à l'action d'un djinè)
- ✓ Un marabout
- ✓ Un chasseur

- ✓ Un sorcier
- ✓ Un être mystique
- ✓ Un accident, qui n'est jamais considéré comme le fait du hasard. En effet, dans notre culture le concept de hasard n'existe pas et toute explication rationnelle est rejetée.

Du point de vue nosologie, il existe une classification des maladies mentales très bien codifiée, cependant toutes les conceptions en ce domaine ne concordent pas.

Chez les bambaras :

- ✓ La Fureur maniaque, les états d'agitation intense et les états délirants aigus correspondent au "fa-Oulen"(fa Ou-lain ou Fa-blen ou Fa-bi-lain) c'est à dire la folie rouge
- ✓ Les états dépressifs "fa-soumalen (fa-soula-lain) ou la folie calme
- ✓ L'épilepsie correspond au "djinèbana" dans sa forme typique
- ✓ Les encéphalites, toutes les convulsions en général correspondent au "Cono"(ko-no) mot qui signifie oiseaux
- ✓ Les états démentiels correspondent au "fa-fi ou fa-fiman c'est-à-dire la folie noire
- ✓ La confusion mentale, les états oniriques correspondent aux "coumafili"(perdre la tête) ou "niègnini c'est-à-dire quelqu'un qui est poussé de façon inconsciente sous l'emprise d'une force mystérieuse à commettre un acte susceptible de nuire à sa propre personne.

#### **4.1. Les Folies calmes :**

Les malades de cette catégorie sont longtemps tolérés par la société. L'entourage fait tout pour rechercher la cause et la thérapeutique de ces maladies chez les guérisseurs traditionnels, quand bien même subsiste chez l'entourage un sentiment fait d'un mélange de pitié, d'angoisse, crainte et de méfiance car l'on considère que la personne malade mental, quel qu'il soit, est capable de

manifestent à tout moment des réactions imprévisibles plus ou moins dangereuses.

#### **4.2. La folie rouge**

La collectivité réagit brutalement à l'égard des malades de cette catégorie, soit par des méthodes de contention, soit par l'isolement immédiat, soit par l'envoi chez les guérisseurs traditionnels. Si cela est possible et en cas d'actes antisociaux graves (l'assassinat, incendie, etc...) les parents et la communauté décident de l'envoyer au service de psychiatrie de l'hôpital Point G. Dans ce cas, à tout moment, il peut avoir une référence de malade vers les services d'assistance moderne.

#### **4.3. La folie noire**

Regroupe les malades qui présentent une perturbation importante et durable de la personnalité. Dans un premier temps ces malades sont pris en charge par la collectivité avec des méthodes individuelles et collectives de traitement. En cas d'échec ou lorsque les ressources des parents sont insuffisantes, les malades sont abandonnés par les groupes. En aucun moment il n'y a d'actes de violence individuelle ou collective contre eux ; ils jouissent d'une liberté totale jusqu'à ce qu'ils deviennent coupables d'actes antisociaux graves. A l'égard de ces malades, la tolérance est moins bonne en villes qu'en zones rurales. Il n'en demeure pas moins que ces malades qui ont perdu toute adhésion au réel mènent une existence déplorable et les structures de soin futur devront les prendre en charge rapidement.

#### **4.4. L'épilepsie "Kirikirimassin" :**

Nous savons qu'elle fait l'objet d'une attention plus particulière dans nos milieux traditionnels. Cependant nous devons signaler ici que la pharmacopée traditionnelle est déclinée en présence de "djinèbana" que devant les autres folies.

#### **4.5. Les états de “Cono”** (convulsions hyperthermiques, encéphalites aiguës).

Ils sont les états les plus tolérés et plus entourés de soins en milieu traditionnel. Les sujets atteints de “Cono” sont considérés comme possédés par un mauvais génie ; la symptomatologie clinique serait la manifestation des dépenses de l'individu contre ces possesseurs ; alors il est tout à fait naturel de l'aider dans ce combat contre les forces du mal.

#### **4.6. Les états de “Coumafili”**

Ils sont toujours considérés comme étant conférés par un être humain mal intentionné. De ce fait il ressort des pratiques de purification et de conjuration de mauvais sort.

### **5. Les méthodes diagnostiques et traitements[5]**

Nous avons dit plus haut que les marabouts, les chasseurs et les “komotigui” possèdent le pouvoir d'agir directement ou indirectement sur l'individu ; qu'ils possèdent des artifices capables d'éloigner les mauvais esprits, les forces du mal et de communiquer avec les “djinè”. Ce serait à eux que fera appel la société chaque fois qu'un incident existentiel se manifesterait chez un de ses membres. Le terme de guérisseur est à notre avis impropre pour qualifier cette catégorie de personnes car ils sont là pour satisfaire dans le sens du bien comme du mal leurs consultants. Ils peuvent guérir une maladie tout comme ils peuvent la provoquer. Ils ont entre autres des méthodes :

#### **5.1. Les méthodes de diagnostic de guérisseurs**

Les différents objets utilisés dans les méthodes diagnostiques sont préparés et soumis à des traitements spéciaux qui leur confèrent des pouvoirs de voyances que seul le guérisseur peut savoir.

✓ **La géomancie** (“Tiendala” en bambra) : l'officier à l'aide des signes mystérieux tracés dans du sable, essaie de déterminer la nature, la cause de la maladie et d'établir le traitement.

✓ **Les cauris** : le nombre est variable 11, 21, 100. Le chiffre le plus utilisé est 11. L'officier manie et lance à la volée sur le sol en face du consultant les 11

Cauris. Ainsi, il pourra définir la maladie, cerner son étiologie et mettre en place le traitement approprié.

✓ **La cola** : blanche ou rouge est divisée en deux. Les deux cotylédons séparés sont lancés en air et suivant leur mode de réception à terre, une interprétation est donnée. C'est en fait un mode de conjuration, de sacrifice donc un traitement.

✓ **Les fétiches spéciaux** : ce sont les éléments dont il est difficile de déterminer la nature et qui auraient la possibilité de parler, de communiquer avec l'officiant et de lui indiquer les voies à suivre pour traiter son patient.

✓ **Pour les marabouts** : il y a possibilité d'utiliser les signes conventionnels tracés sur du papier ou sur des tablettes en bois dans les mêmes buts de diagnostic.

## 5.2. Les motifs de consultation

Le guérisseur est généralement consulté pour

- ✓ Aider à surmonter des difficultés dans une entreprise
- ✓ Guérir une maladie physique ou mentale
- ✓ Protéger contre les pratiques magiques
- ✓ Prédire l'avenir et prescrire des médicaments ou des méthodes thérapeutiques

## 5.3. Les étiologies évoquées

Celles qui sont évoquées par le guérisseur sont très variées. Il considère que la maladie est dû soit à

- ✓ Une offense faite à un génie
- ✓ Une offense faite à un parent mort ou vivant. C'est ici qu'intervient le plus la notion de "Danga" que nous avons essayé de dégager plus haut
- ✓ Une offense faite à un fétiche comme "Dio", "Nia", "Nana" soit par un non accomplissement d'une promesse, soit par une transgression des interdits d'une société secrète comme les "komo" ou les "Dio" pour avoir juré au nom du fétiche dans une discussion par exemple en étant fautif
- ✓ La manifestation d'un mauvais esprit qui veut posséder le malade : c'est l'étiologie la plus répandue

- ✓ L'attaque par un concurrent par des moyens magiques
- ✓ La transgression d'un tabou, de l'interdit.

#### **5.4. Les modalités de traitement**

Le traitement est adapté à chaque cas. Mais quel que soit la maladie en cause le guérisseur donne soit une décoction de plantes, soit des sachets d'herbes séchés transformés en poudre, soit des gris-gris ou de l'eau bénite etc... Dans tous les cas, le malade ou ses parents doivent faire des sacrifices d'animaux associés à de la cola ou des céréales.

Pour une fureur maniaque par exemple ou tout autre état d'agitation intense, on a recours :

- D'abord à la contention ferme et à l'isolement
- À l'administration des médicaments soit par la fumigation, soit sous forme de boisson, soit sous forme de massage
- À la psychothérapie
- Quelques rares fois à la trépanation
- Aux rites et aux incantations

## II. MÉTHODOLOGIE

### 1. Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée à Bamako qui est la capitale et la plus grande ville du Mali. Dotée d'un important port fluvial sur le Niger et centre commercial rayonnant sur toute la sous-région, la ville est aussi le principal centre administratif du pays et compte 2 529 300 habitants en 2020, appelés Bamakois. Son rythme de croissance urbaine est actuellement le plus élevé d'Afrique (et le sixième au monde). La capitale Bamako est érigée en district et divisée en six communes dirigées par des maires élus

#### 1.1. Histoire

Le site de Bamako a été occupé dès la préhistoire comme l'ont confirmé les fouilles archéologiques de Magnambougou.

Bamako, du bambara « bàmakõ » (qui signifie « marigot du crocodile »), a été fondée à la fin du xvi<sup>e</sup> siècle par les Niaré, d'origine Bambaras. Le crocodile étant le fétiche de Bamako, une jeune fille vierge lui était donnée à manger chaque année.

Les trois crocodiles qui symbolisent Bamako trouvent leur origine à partir des trois marigots qui traversaient Bamako : Lido, Diafarana et Bèlèsôkô. Les marigots se rejoignaient environ à 500 mètres à l'est de l'Hôtel de l'Amitié de Bamako (fruit de la coopération égypto-malienne aux lendemains des indépendances) pour se jeter ensuite dans le Niger.

À la fin du xix<sup>e</sup> siècle, Bamako est un gros village fortifié de 600 habitants, lorsque le 1<sup>er</sup> février 1883, les Français, y pénètrent avec Gustave Borgnis-Desbordes.

En 1895, elle devient chef-lieu de cercle avant de devenir capitale du Haut-Sénégal et Niger le 17 octobre 1899 puis du Soudan français en 1920.

En 1904, la ligne du chemin de fer Dakar-Niger est inaugurée.



En 1905, débute la construction de l'Hôpital du point G. Entre 1903 et 1907 est construit le palais de Koulouba, palais du gouverneur puis siège de la présidence de la République à partir de l'indépendance en 1960.

Henri Terrasson de Fougères, gouverneur intérimaire (en 1920 et 1921), puis gouverneur du Soudan français (actuel Mali) du 26 février 1924 à 1931, réside au palais de Koulouba. Il est à l'origine d'un grand nombre d'aménagement urbains.

En 1927, est construite la cathédrale du Sacré-Cœur-de-Jésus. La Maison des artisans est créée en 1931. En 1947, un premier pont sur le Niger est édifié. La grande mosquée est construite en 1948.

Le 18 novembre 1955, la loi transforme Bamako en commune de plein exercice. Modibo Keïta est élu maire un an plus tard, le 16 novembre 1956. Le 22 septembre 1960, l'indépendance du Mali est proclamée et Bamako en devient la capitale.

Après le coup d'État militaire de Moussa Traoré en 1968, la ville est dirigée par un administrateur délégué, poste tenu entre 1969 et 1970 par le chef de bataillon Balla Koné, puis par le capitaine Sékou Ly entre 1970 et 1978.

Par une ordonnance du 12 juillet 1977, Bamako devient un district, collectivité décentralisée régie par un statut particulier et composé de six communes. Elle est dirigée à partir de 1978 par un gouverneur assisté de deux adjoints et quarante conseillers de district. Se succèdent comme gouverneur le chef d'escadron Oumar Coulibaly (1978-1981), le chef d'escadron Moussa Keïta (1981-1983), Yaya Bagayogo (1983-1990), Abdoulaye Sacko (1990-1991), madame Sy Kadiatou Sow (1991-1994) et le lieutenant-colonel Karamoko Niaré (1994-1998).

La loi du 11 février 1993 définit le district de Bamako comme une collectivité territoriale dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière. À partir de 1998, le district est dirigé par un maire. Ibrahima N'Diaye est le premier maire élu et dirige le district entre 1998 et 2003. Moussa Badoulaye Traoré est

élu maire du district en 2003. À sa mort en 2007, Adama Sangaré lui succède et est réélu en 2009.

Le 20 décembre 1918, un arrêté général érige Bamako en commune mixte, dirigée par un administrateur-maire.

En 2019, la ville connaît une canicule record, qui provoque plus de 550 décès en avril.

## **1.2. Géographie**

### **1.2.1. Situation**

Située sur les rives du fleuve Niger, appelé « Djoliba » (« le fleuve du sang ») en mandingue, la ville de Bamako est construite dans une cuvette entourée de collines. Elle s'étend d'ouest en est sur 22 km et du nord au sud sur 12 km, pour une superficie de 267 km<sup>2</sup>.

Le district de Bamako compte une forêt classée, celle de Koulouba qui s'étend sur une superficie de 2 010 ha.

### **1.2.2. Climat**

Bamako occupe la frange correspondant à la zone de la Savane soudanienne occidentale. Elle bénéficie de ce fait d'un climat tropical assez humide avec un total des précipitations annuelles de 878 millimètres mais avec une saison sèche et une saison des pluies bien marquées. Le mois le plus sec ne reçoit en effet pas la moindre goutte de pluie (précipitations égales à 0 mm en décembre) tandis que le mois le plus pluvieux est bien arrosé (précipitations égales à 234 mm en août). Les pluies régulières estivales permettent le développement d'une savane arborée ainsi que la culture de plantes telles que le sorgho, le maïs et le coton.

## **1.3. Démographie**

L'accroissement démographique de Bamako est impressionnant : 2 500 habitants en 1884, 8 000 habitants en 1908, 37 000 habitants en 1945, près de 100 000 en 1960 lors de l'indépendance du Mali, en 2020 près de 2 529 300, l'agglomération compte en 2009 1 809 106 habitants et continue d'attirer une population rurale en quête de travail. Cet accroissement incontrôlé entraîne des

*Etude des connaissances de la population urbaine de Bamako sur la maladie mentale*

difficultés importantes en termes de circulation, d'hygiène (accès à l'eau potable, assainissement) et de pollution.

Entre 1998 et 2009, la population a été multipliée par près de 1,8, soit un taux annuel d'accroissement moyen de 4,8 %.

Les femmes représentent 49,8 % de la population.

L'aire urbaine de Bamako compte 2 009 109 habitants en 2009.

Située à 1 000 kilomètres de Dakar et Abidjan, à 850 kilomètres de Ouagadougou et à 120 kilomètres de la frontière guinéenne, Bamako est devenu un carrefour de l'Afrique de l'Ouest et accueille une population variée, composée des différentes ethnies présentes au Mali mais aussi issues des pays limitrophes.

#### **1.4. Langues**

Le français est la langue officielle du Mali, utilisée par l'État, l'administration et l'enseignement. Le bambara, une langue mandé qui est l'une des treize langues nationales du Mali, est cependant la langue véhiculaire du pays dont Bamako et est largement utilisée dans la vie quotidienne ; elle est la principale langue maternelle au Mali (46 %) et également la plus parlée. La langue malinké ou Maninka est aussi la langue la plus parlée, voire à 100 % dans les régions du Mandingues du Mali. La langue malinké était autrefois la langue nationale de L'Empire du Mali, à l'époque du Mandingue.

#### **1.5. Lieux de culte**

Parmi les lieux de culte, il y a principalement des mosquées. Il y a aussi des églises et des temples chrétiens : Archidiocèse de Bamako (Église catholique), Église Chrétienne Évangélique du Mali (Union mondiale de l'Alliance), Assemblées de Dieu.

#### **1.6. Administration : District, communes et quartiers**

Le district de Bamako est divisé en six communes par l'ordonnance du 18 août 1978 modifiée par la loi de février 1982.

### **1.6.1. La commune I :**

Compte 256 216 habitants. Limitée au nord par la commune rurale de Dialakorodji (cercle de Kati), à l'ouest par la Commune II, au nord-est par la commune rurale de Sangarébougou (cercle de Kati), à l'est par la commune rurale de Gabakourou III et au sud par le fleuve Niger, elle couvre une superficie de 34,26 km<sup>2</sup>. Neuf quartiers composent cette commune : Banconi, Boulkassombougou, Djélibougou, Doumanzana, Fadjiguila, Sotuba, Korofina Nord, Korofina Sud et Sikoroni, Missira.

### **1.6.2. La commune II :**

Limitée à l'est par le marigot de Korofina, à l'ouest par le pied de la colline du Point G, au nord par la limite nord du District et au sud par le lit du fleuve Niger, couvre une superficie de 16,81 km<sup>2</sup> et compte une population de 160 680 habitants. La commune compte onze quartiers : Niaréla (le plus ancien où réside la famille des fondateurs de Bamako), Bagadadji, Médina-coura, Bozola, Missira, Hippodrome, Quinzambougou, Bakaribougou, TSF, Zone industrielle et Bougouba.

### **1.6.3. La commune III :**

Est limitée au nord par le cercle de Kati, à l'est par le boulevard du Peuple qui la sépare de la Commune II, au sud par la portion du fleuve Niger, et à l'ouest, par la rivière Farako à partir du Lido. Couvrant une superficie de 23 km<sup>2</sup>, sa population est de 119 287 habitants. La commune III est le centre administratif et commercial de Bamako. Elle accueille notamment les deux plus grands marchés de la capitale, le Grand marché Dabanani et Dibida. Vingt quartiers composent cette commune et les villages de Koulouninko et Sirakorodounfing ont été rattachés à la Commune III.

### **1.6.4. La Commune IV :**

Limitée à l'est par la Commune III, au nord et à l'ouest par le cercle de Kati et au sud par la rive gauche du fleuve Niger, couvre une superficie de 36 768 hectares, avec une population de plus de 200 000 habitants en 2001 la commune IV est

Etude des connaissances de la population urbaine de Bamako sur la maladie  
mentale

composé de huit quartiers : Taliko, Lassa, Sibiribougou, Djicoroni Para, Sébénikoro, Hamdallaye, Lafiabougou et Kalabambougou.

#### **1.6.5. La Commune V :**

Couvre une superficie de 41 km<sup>2</sup>. Elle est limitée au nord par le fleuve Niger, au sud par la zone aéroportuaire et la commune de Kalanban-Coro, à l'est par la Commune VI et le Niger. Elle est composée de huit quartiers Badalabougou, Sema I, Quartier Mali, Torokorobougou, Baco-Djicoroni, Sabalibougou, Daoudabougou et Kalaban-Coura et compte 249 727 habitants.

#### **1.6.6. La commune VI :**

Avec une superficie de 8 882 hectares est la plus vaste du district de Bamako. Sa population est d'environ 600 000 habitants. Elle est constituée de dix quartiers : Banankabougou, Djanékéla, Faladié, Magnambougou, Missabougou, Niamakoro, Sénou, Sogoniko, Sokorodji et Yrimadio.

Bamako est également érigé en district avec un maire élu par l'ensemble des conseillers.

Chaque commune est gérée par un conseil communal et un maire élu en son sein.

### **1.7. Transport**

#### **1.7.1. Transport ferroviaire**

Une ligne de chemin de fer relie Bamako à Dakar en passant par Kati, Négala, Kita et Kayes.

#### **1.7.2. Transport aérien**

L'aéroport international Modibo Keïta est situé à 15 km du centre-ville et dessert les principales capitales des pays de la sous-région mais également du reste de l'Afrique et les différents continents.

#### **1.7.3. Transport routier**

Le réseau routier permet de se rendre

vers Koulikoro, Kati, Kolokani, Ségou, Sikasso. Des routes asphaltées relient

Bamako aux principales grandes villes des régions. Le taxi-brousse est l'un des principaux éléments du transport routier au Mali.

À Bamako, les transports en commun se font par les lignes de Sotrama, ou via les taxis et également les mototaxis.

#### **1.7.4. Transport fluvien**

La navigation sur le fleuve Niger est possible à partir de Koulikoro vers Mopti et Gao.

Une bonne partie du transport se fait par le fleuve Niger, notamment par la Compagnie malienne de navigation,

La ville de Bamako est située de part et d'autre du fleuve Niger. Trois ponts relient les deux rives :

- Le Pont des Martyrs (ancien pont Vincent Auriol avant l'indépendance, puis pont de Badalabougou, achevé en janvier 1960 et rebaptisé en mémoire des manifestants tués en mars 1991 par le régime de Moussa Traoré) ;
- Le Pont du Roi-Fahd, du nom du (Roi d'Arabie Saoudite ; bailleur de fonds), en amont du premier pont ;
- Le Pont de l'amitié sino-malienne financé par la Chine. Localisé à hauteur de Sotuba en aval du premier pont non loin de l'ancienne chaussée submersible, il a comme objectif de désengorger la circulation dans la ville. Il a été inauguré le 22 septembre 2011 lors du cinquante-et-unième anniversaire de l'indépendance. Une chaussée submersible à Sotuba est praticable en période de basses eaux.

#### **1.7.5. Économie**

L'agriculture est limitée essentiellement au maraîchage, la pêche (malgré la présence de pêcheurs bozos) et l'élevage sont peu développés.

Le district de Bamako concentre 70 % des entreprises industrielles.

Le secteur tertiaire est le plus développé, notamment l'artisanat (avec notamment la Maison des artisans) et le commerce. Mais Bamako est aussi le siège des grandes entreprises.

L'électricité, dont la distribution est assurée par Énergie du Mali, provient du barrage hydroélectrique de Sélingué.

La distribution d'eau potable à Bamako et à Kati est assurée par une station de pompage sur le fleuve Niger. Cependant, la capacité de 135 000 m<sup>3</sup> d'eau potable par jour est insuffisante pour assurer les besoins estimés à 152 000 m<sup>3</sup> durant la saison chaude entre avril et juin. Durant cette période, les quartiers situés en hauteur connaissent de fréquentes coupures d'eau dans la journée. Une nouvelle station de pompage a été ouverte à Kabala en 2009.

### **1.7.6. Santé**

L'hôpital du point G, construit entre 1906 et 1913, couvre une superficie de 25 hectares. Ancien hôpital militaire, devenu hôpital civil peu avant l'indépendance du Mali, il se situe sur une colline surplombant Bamako, nommée par les français Point G.

Le deuxième hôpital de Bamako est le Centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré qui porte le nom d'un jeune médecin et humaniste soudanais né en 1910 à Ouagadougou et mort en 1935 après avoir été contaminé par un malade atteint de la peste pulmonaire. Il a été créé le 17 janvier 1959 à la place d'un ancien dispensaire.

Un nouvel hôpital, dénommé « Hôpital du Mali », dont le contrat d'exécution de la construction a été signé le 27 décembre 2008 est déjà ouvert dans le quartier Yirimadio (rive droite de Bamako) dans la commune IV. Il comprendra un département mère-enfant (pédiatrie et gynécologie obstétrique), un département de médecine interne, d'imagerie médicale et un service d'hospitalisation de 150 lits, ainsi qu'un service d'urgence réanimation, un service technique de blocs opératoires, une unité d'hospitalisation du jour ou de courte durée. Cet hôpital est financé et équipé dans le cadre de la coopération sino malienne. L'Assemblée malienne a adopté le 6 mai 2010, un projet de loi dotant cette structure d'un statut officiel. Le Centre hospitalier mère-enfant - Le Luxembourg est un hôpital pédiatrique à Hamdallaye.

Etude des connaissances de la population urbaine de Bamako sur la maladie  
mentale

A cela s'ajoutent l'hôpital dermatologique et l'Hôpital Pédiatrique dénommé clinique périnatale Mohammed V sis à Sébénikoro.

Bamako est aussi le siège de l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique (IOTA-CHU), institut de référence dans le domaine ophtalmologique dans l'Ouest de l'Afrique.

### **1.7.7. Éducation**

#### **➤ Établissements secondaires**

- Lycée Oumar Bah de Kalaban
- Lycée Askia Mohamed
- Lycée Montesquieu
- Lycée Notre Dame du Niger (LNDN)
- Lycée Kankou Moussa
- Lycée Progrès
- Lycée Kodonso (« Kodonso » signifiant en Bambara « La maison du savoir »)
- Lycée Castors
- Lycée Cheick Anta Diop
- Établissement Liberté
- Lycée technique de Bamako
- Lycée Sacré cœur
- Lycée Massa Makan Diabaté
- Lycée Hamed Baba
- lycée Dramane Diallo
- lycée Doulaye Baba de Dioumanzana (LDBD)
- Lycée la Fraternité de Sarambougou
- Lycée Privé Kany
- lycée cheikh Mohamed lamine drame (CMLD)
- Lycée Moderne Cheick Modibo Diarra (LMCMD)
- Lycée privé Soundiata Keïta de Bacodjocoroni ACI (LSK)



- lycée Baminata Coulibali (LBAC)

➤ **Établissements universitaires**

En 2011, quatre universités ont été fondées ; l'université des sciences sociales et de gestion de Bamako (U.S.S.G.B), l'université des lettres et des sciences humaines de Bamako (U.L.S.H.B), l'université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako (U.S.T.T.B) et l'université des sciences juridiques et politiques de Bamako (U.S.J.P.B)<sup>50</sup>. INTEC SUP

- Institut Universitaire de Gestion
- École Nationale d'ingénieur
- Institut National de Formation des Travailleurs Sociaux
- École supérieure des hautes études technologiques et commerciales
- École supérieure d'ingénierie, d'architecture et d'urbanisme (ESIAU)
- École normale supérieure de Bamako
- École normale d'enseignement technique et professionnel (E.N.E.T.P)
- Université du sahel de Bamako

### 1.7.8. Culture

➤ **Monuments et sites**



#### **Monument de la paix.**

Bamako étant la capitale politique et administrative, les principaux ministères se situent dans le quartier du Fleuve. La présidence de la République est installée dans le palais de Koulouba, situé sur une colline baptisée par les Bamakois « colline du pouvoir ». Ce palais a été construit en 1908 pour abriter la résidence du gouverneur du Soudan français pendant la colonisation.

Le Musée national du Mali a été construit en 1979 par les architectes Jean-Loup Pivin et Pascal Martin Saint-Léon, en banco stabilisé en s'inspirant du style soudanais. Il propose plusieurs expositions à partir de nombreux témoignages matériels de la vie culturelle des sociétés maliennes : sur l'artisanat traditionnel et moderne, la vie quotidienne, la statuaire, les objets de culte ou de pouvoir... Il met en valeur les arts contemporains : les arts plastiques ou la photographie, ainsi qu'une collection sur la préhistoire au Mali. À proximité se trouve un jardin botanique présentant les principales espèces caractéristiques ainsi qu'un parc zoologique de 17 hectares.

Le Marché rose est situé au cœur de Bamako. Construit pendant la colonisation française, il fut dévasté par un incendie en 1993 puis reconstruit. Il est le poumon économique de la ville, avec l'autre grand marché, celui de Médine.

La Maison des artisans, construite en 1933, est située à proximité de la grande mosquée. Elle regroupe les différents types de productions artisanales du pays (bois, or, fer, cuir...).

Le Palais de la Culture Amadou Hampaté Ba qui se trouve au bord du fleuve Niger à Badalabougou est l'espace culturel qui abrite les grandes rencontres artistiques et culturelles nationales et internationales.

### **Manifestations culturelles**

Bamako abrite différentes manifestations d'ampleur nationale et internationale, comme les Rencontres africaines de la photographie et le Festival international de percussion de Bamako.

Le *Festival des réalités* est un festival de théâtre se déroulant à Bamako au mois de décembre. Ce festival a été créé en 1996 par Adama Traoré, comédien, metteur en scène et professeur d'art dramatique à l'Institut national des arts de Bamako. Il est organisé par l'association malienne *Acte SEPT*. Le Festival du Théâtre des Réalités se développe, depuis la 2<sup>e</sup> édition du festival en 1997, dans le cadre d'un partenariat avec la ville d'Angers. Il est devenu biennal depuis 2000. La 7<sup>e</sup> édition a eu lieu du 10 au 17 décembre 2004. Ce festival théâtral

propose une ouverture pluridisciplinaire avec de la danse, de la musique, des arts visuels. Outre une programmation de qualité avec des créations théâtrales provenant d'Afrique de l'Ouest, il propose des lectures publiques, des conférences et des stages pour les professionnels. Le festival est ancré dans les réalités de l'Afrique d'aujourd'hui (le thème de la 7<sup>e</sup> édition était « Femmes et stéréotypes »). Son ambition est de favoriser la rencontre des différents acteurs culturels : artistes, diffuseurs, public, médias...

La première édition du festival Les Voix de Bamako, organisé par l'association Kolomba au Palais de la Culture Amadou Hampâté Bâ. Il a comme objectif la promotion de la tradition, de l'art et de la culture du Mali et de l'Afrique.

### **Espaces culturels et musées**

- Centre culturel français.
- Bibliothèque nationale du Mali abritant la Maison africaine de la photographie.
- Le musée de la Femme.
- Le Musée national du Mali (les coutumes et le textile).
- Le site archéologique et les peintures rupestres.
- Le Conservatoire des Arts et Métiers multimédias Balla Fasseke Kouyaté est un établissement d'enseignement supérieur dans les domaines artistiques : danse, musique, art plastique et multimédia. Il est dirigé par Abdoulaye Konaté.
- Palais de la Culture Amadou Hampâté Ba.

### **1.7.9. Sports**



**Stade du 26-Mars.**

Plusieurs stades sont construits à Bamako : stade Mamadou Konaté, stade omnisports Modibo-Keïta, stade Ouezzin-Coulibaly, stade du 26-Mars.

La plupart de ces stades ont été agrandis et modernisés pour la Coupe d'Afrique des nations de football 2002 qui a eu lieu au Mali.

## **2. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude qualitative avec l'approche méthodologique de cas, concernant la population urbaine de Bamako.

## **3. Période d'étude**

L'étude s'est déroulée sur la période de février à décembre 2022

## **4. Population d'étude :**

L'étude concernait les personnes âgées d'au moins 18ans dans la zone urbaine de Bamako.

## **5. Echantillonnage :**

L'échantillonnage a été exhaustif en prenant en compte tous les participants disponibles à passer l'entrevue jusqu'à la saturation des réponses.

## **6. Recueil des données.**

### **6.1. La technique de collecte de données :**

#### **6.1.1. Outils ou Instrument de collecte.**

Un guide d'entretien a été établi pour permettre de guider les entretiens. Les données étaient collectées par prise de notes, complétées d'enregistrement à l'aide de dictaphone puis une transcription fidèle des données enregistrées était faite sur une matrice d'analyse portant sur les thèmes, sous thèmes et segments de discours.

#### **6.1.2. Déroulement de l'enquête**

L'enquêteur se déplaçait généralement dans les marchés, abordait les passants ou ceux qui étaient assis avec leurs marchandises. Il les saluait, puis se présentait et expliquait le but de l'enquête. L'interviewé était informé des étapes que devrait suivre l'entrevue et de la durée approximative de l'entretien. Ceux qui donnaient leur accord participait à l'enquête. En fonction de la disponibilité

et de la disposition de l'interviewé, l'enquêteur se plaçait soit en face ou à côté et commençait l'entrevue selon le guide.

## **6.2. L'équipe de collecte**

La collecte a été faite par un enquêteur qui assurait l'enquête dans le cadre de son mémoire de fin de cycle du diplôme des études spécialisées en psychiatrie.

## **6.3. Pré-tests**

Nous avons testé sur des étudiants externes en stages au service de psychiatrie du CHU Point G. Au début l'enquête devait concerner les accompagnants des patients suivis au service de psychiatrie du CHU Point G ; avec les résultats du pré-test, nous nous sommes rendu compte que les résultats étaient nuancés. C'est pourquoi nous avons choisi la population générale en dehors des structures de santé. Les marchés et lieux d'attroupement étaient alors les lieux appropriés pour ce fait.

Le pré-test nous a permis de revoir le temps d'entretien car ces étudiants se plaignaient de la disponibilité de temps qu'ils jugeaient long.

## **6.4. Analyse des données :**

Les données ont été retranscrites sur des pages puis traitées par le Microsoft Office Word 2016 et en faisant une analyse thématique du discours.

## **7. Considération éthique :**

Le protocole a été approuvé par le comité éthique de la FMOS. La confidentialité et l'anonymat ont été respectés dans les collectes des données.

Les enregistrements ont été conservés jusqu'au dépôt de la version finale puis, ont tous été détruits.

## **8. Définition opérationnelle**

- **Maladie mentale** : est un ensemble de changements qui s'observe chez l'Homme au niveau de son comportement, ses pensées, ses émotions. Ces changements peuvent être secondaires à un trouble biologique, psychologique, sociale ou développemental des fonctions mentales

Etude des connaissances de la population urbaine de Bamako sur la maladie  
mentale

- **Connaissance** : ensemble de ce qu'on a appris (notions, culture, etc...) dans un domaine précis
- **Population** : ensemble des habitants d'un pays, d'une région, d'une ville, etc...
- **Urbain** : qui appartient à la ville
- **Bamako** : une ville, capitale de la république du Mali
- **Culture** : ensemble de phénomènes matériel et idéologique qui caractérise un groupe, une civilisation, par opposition à un autre groupe ou à une autre nation.

### III. RÉSULTATS

#### Présentation des résultats

Au cours de cette enquête, nous avons pu interviewer 68 participants. Nous avons été confrontés au défi de temps qui était requis pour l'administration du guide et la non compensation monétaire du temps. Les points dans le guide d'entretien étaient entre autres (1) Selon vous qu'est-ce que la maladie mentale ? (2) Selon vous quelles sont les causes de la maladie mentale ? (3) Selon vous, comment soigne-t-on la maladie mentale ? (4) Si quelqu'un de votre communauté souffre de maladie mentale, vous serez amenés à recourir au service de qui pour demander un traitement en 1<sup>er</sup> lieu ? - Comment justifier les raisons qui vous motiveraient à recourir à cette ressource en 1<sup>er</sup> lieu ? (5) Quels sont les autres moyens de soigner la maladie mentale que vous connaissiez ? (6) Souhaiterez-vous parler d'autres choses concernant la maladie mentale ?

#### 1. Profils des participants

La majorité des participants était dans la tranche d'âge comprise entre 25 et 34 ans avec une prédominance du sexe masculin. La plupart était commerçant.

#### 2. Définition de la maladie mentale

La plupart des participants ont défini la maladie mentale par les signes observables et les changements opérés chez la personne malade en comparaison avec les normes de la société. A ce sujet, des participants nous disent « ...la maladie mentale se définit par le fait que la personne va se mettre à faire ce que la majorité des personnes n'accepte pas de faire... » ; « ...ce sont des comportements qui sortent du commun avec le mode de fonctionnement universel des autres personnes... » ; « ...Des changements dans l'état de la personne, qui l'empêche de fonctionner socialement... » ; « ...La maladie mentale est comme celui qui n'est plus dans son état normal et pour lui il est au-dessus des autres... »

Les signes incriminés dans la définition de la maladie par les participants étaient en rapport avec l'expression de la compétence des relations interpersonnelles

Etude des connaissances de la population urbaine de Bamako sur la maladie  
mentale

attendues du sujet, dans sa communauté. Des interviewés racontent « ...*la maladie mentale est le fait que la personne ne comprenne pas les choses de la même manière que les autres...* » ; « ...*la maladie mentale se manifeste par des propos incohérents...* » ; « ...*la maladie mentale se manifeste par un déraillement, c'est-à-dire quand la personne n'est plus sur la même ligne que les autres ou par le fait que la personne ne puisse pas différencier le bon du mauvais...* »

D'autres constats faisant référence à la définition font mention de l'apparition d'un comportement ou d'un agit inhabituel, inattendu et inacceptable de la part de la personne normale. « ...*le fait de ramasser les choses inutiles par terre et d'autre comportement donnant de désespoir...* ».

La maladie mentale était considérée par d'autres comme étant un désordre au niveau mental « ... *la maladie mentale se manifestait par un déficit ou déséquilibre sur le plan mental...* » ; « ...*la maladie mentale est toute maladie qui pourrait avoir une répercussion sur la mémoire de la personne...* » ; « ...*la maladie mentale est une difficulté qui empêche la personne de réfléchir, d'assurer toute tâche d'implication mentale...* » ; « ...*ceux qui ne sont pas avec toute leur faculté mentale...* »

La définition de la maladie mentale pour d'autres faisait rappel de la notion de complétude (OMS). Il ressortait qu'un manque dans cette notion était caractéristique de maladie mentale. « ...*La maladie mentale est comme celui qui n'est pas complet sur le plan mémoire, les déficients intellectuels...* »

Le concept de la maladie mentale pour certains était la malédiction ou envoutement. « ...*la maladie mentale, ce sont les gens qui sont maudits, à qui l'on a jeté un sort...* ».



### 3. Les causes de la maladie mentale

Les participants ont évoqué des causes qui sont attribuées à la survenue de la maladie mentale.

#### 3.1. Contexte de survenue de la maladie mentale :

Beaucoup de participants ont trouvé que la survenue de la maladie mentale ne serait pas anodine. Il est ressorti que la maladie mentale ait un contexte. Le contexte était défini comme étant la provenance de la maladie.

**L'Homme** : était mentionné comme étant la source des maladies mentales avec l'utilisation des sciences mystiques. Un participant nous raconte « *...la maladie mentale survient à la suite des attaques mystiques, quand tu rentres en conflit avec un détenteur de science mystiques...* »

**Les djinns** : sont aussi mentionnés comme étant la source des maladies mentales. Des participants mentionnent que « *...les djinns provoquent la maladie mentale soit en attaquant la personne directement soit quand celle-ci rentre dans leur périmètre volontairement ou involontairement en marchant sur leurs traces...* »

**La transgression des interdits** : elle fait partie des sources de la maladie mentale. Des participants narrent « *...le fait que certaines personnes ne respecteront pas certaines règles établies dans une culture...* ».

#### 3.2. Consommation de drogues

Les substances comme l'alcool, le cannabis, la cocaïne, la colle, les comprimés de tramadol...sont les plus mentionnées. Cette cause était fréquemment évoquée. Il est énoncé par les participants que « *...l'augmentation jusqu'à 99% du nombre de malades mentaux serait due à la consommation du cannabis au Mali...* » ; « *... même s'il y a d'autres causes de la maladie mentale, ce serait la consommation qui reste la plus préoccupante surtout chez les jeunes et de surcroît les sujets de sexe féminin...* » ; « *...ces substances qui sont prises pour diverses raisons parmi lesquelles, le fait de travailler plus et plus durement...* ».

Si les autres causes étaient plus ou moins concevables, il ressortait que les sujets ayant présenté la maladie mentale suite à la consommation de drogues étaient jugés être responsables de leur maladie. Certains participants signalent « ...*la consommation des drogues représenterait la majorité des causes de la maladie mentale actuellement et constitue un fléau au Mali...* » ; « ...*la consommation des drogues représenterait les 80% voire 99% des causes de la maladie mentale...* ». Et celle-ci serait plus difficile à prendre en charge selon leurs remarques.

La responsabilité des parents quand il s'agit de la consommation de drogues surtout chez les jeunes était fortement signalée. Beaucoup de participants ont signalé que « ...*les parents ont failli à leur rôle d'éducateur...* » ; « ... *la venue de la modernisation, l'imitation des comportements d'autres lieux constituent un véritable danger qui fait plus de dégâts, ces comportements ne vont pas avec notre culture et coutume...* ». Une autre réalité signalée est le « grin » (attroupement) des jeunes, qui est un lieu de consommation de drogues et cela est dû à l'éducation de ce jour.

### **3.3. Sciences mystiques**

Ils comptaient parmi ces sciences : les sorts, les envoutements, les mauvais yeux, la transgression des lois de la tradition, les sortilèges, le conflit avec un détenteur de connaissances occultes, les invocations des noms d'entité surnaturelle, les invocations de noms de Dieu...

Les participants ont mentionné les sciences mystiques comme faisant parties des causes de la maladie mentale.

Elles ont été décrites comme étant des actes venant de certaines personnes qui possèdent une certaine connaissance et qui peuvent causer du tort à quelqu'un sans rentrer en contact direct avec ce dernier. Les participants racontent « ...*dans la société africaine, des gens peuvent envier d'autres personnes peut-être à cause de leur réussite et décident de s'en prendre à la personne à travers des actes mystiques...* ». Ces attaques mystiques ont plusieurs noms selon les

Etude des connaissances de la population urbaine de Bamako sur la maladie  
mentale

cultures et les croyances. Ils citent un adage « *...tout n'est pas vrai mais tout n'est pas faux aussi, nous venons tous du village où ces sciences sont beaucoup répandues...* » ;

« *...il était établi que la maladie mentale se déclenchait à la suite des attaques mystiques...* ».

Dans la société, le souhait de tout le monde est de prospérer, mais cela reste encore une préoccupation car la personne peut de ce fait être sujette à ces attaques mystiques.

La transgression des interdits peut être une cause de la survenue de la maladie mentale ou le conflit avec un connaisseur de ces sciences. Certains interviewés expliquent « *...le fait de franchir certaines limites sociétales peut causer la maladie mentale...* ».

L'initiation et/ou possession de certaines sciences pouvait causer la maladie mentale. Ils content « *...le fait d'être initié à certaines sciences sans avoir l'âge requis ou l'acquisition de certaines connaissances sont des causes de la maladie mentale surtout quand la personne ne peut pas les contenir...* ».

### **3.4. Possessions**

Pour parler de la possession, les participants faisaient référence le plus souvent à des êtres invisibles (Djinn, kounafin, esprits, diables). Ils sont considérés comme étant des êtres surnaturels dotés de plusieurs dons et qui ont la capacité de s'emparer du corps de l'humain.

D'autres affirmaient que la maladie mentale est causée par la possession des djinns(esprits) communément appelée « kounafin ». Ils racontent « *...ils peuvent soit se révéler à la personne et si cette dernière ne supporte pas, cela pourrait être la cause de la maladie mentale ; ou soit attaquer la personne directement et provoquer la maladie mentale...* » ; « *...ils sont à l'origine de la maladie mentale et peuvent pousser les gens à des comportements ou à dire des choses sans sa volonté...* ». Beaucoup de participant faisait le lien entre la maladie mentale et les esprits.

### **3.5. Destin (maladie mentale de naissance ou de Dieu)**

Parmi lesquelles les déficients intellectuels, « la folie »

Des participants trouvaient que selon certaines croyances, la maladie mentale serait de naissance, sans implication d'autres facteurs externes. Ils signalent de ce fait les déficients intellectuels « *...des personnes naissent avec la maladie mentale, depuis à bas âge, l'on se rend compte de leur maladie... » ; la maladie mentale peut survenir brutalement, c'est cela la maladie mentale venant de Dieu... »*. Quand il n'y a pas d'autres causes rattachables, ils appellent le plus souvent la maladie mentale venant de Dieu, « *...les déficients intellectuels sont dans cette situation, ils naissent avec la maladie... »*.

D'autres trouvaient que c'était le fait du destin surtout quand la maladie mentale survient brusquement sans facteur causal. Ils expliquent « *...la maladie mentale est tout simplement la "folie"... » ; « ...la maladie mentale est "fâ gagnagana", que tout le monde peut remarquer... »*. Ce sont des situations où la maladie survient brusquement sans d'autres facteurs déclencheurs observables, mais celles-ci semblent diminuées actuellement au profit d'autres causes.

### **3.6. Hérité**

La maladie mentale pouvait être causée par le lien de sang certifier certains participants. Ils signalent « *...la maladie se trouve dans certaines familles, c'est-à-dire des grands pères aux pères ensuite aux enfants... »*. Parallèlement, des cas isolés de la maladie mentale où il y avait une absence de maladie mentale dans la famille ont été mentionnés. Des participants évoquent « *... des personnes dans une famille peuvent présenter la maladie mentale sans qu'aucun membre de la famille ne l'ait présenté précédemment... »*

### **3.7. Traumatisme physique et psychique**

Les traumatismes ont été évoqués comme des causes de la maladie mentale. Les participants évoquaient par ce propos le traumatisme physique et psychologique. Ils mentionnent « *...le fait de balancer, jeter ou de faire danser violemment l'enfant, peut lui causer la maladie mentale... » ; « ...ces comportements*

Etude des connaissances de la population urbaine de Bamako sur la maladie  
mentale

*favoriseraient un choc dans la tête de l'enfant qui blesserait le cerveau et qui pourrait avoir une répercussion sur le mental de la personne... ».*

Également, les personnes ne sont pas toutes égales sur le plan constitutionnel ; d'autres expliquent « *...chaque personne est unique, donc ceux qui ont fait des accidents graves ou qui ont été témoins d'accidents graves et qu'ils n'arrivent pas à supporter peuvent également faire la maladie mentale... ».*

### **3.8. Chocs émotionnels**

Les soucis, les pertes énormes financières, les oppressions ou l'inadaptation à certaines situations de peurs ou de pressions sociales et professionnelles y compris dans le domaine des études ont été largement évoqués. Des participants content « *...si la personne a trop de soucis et qu'elle ne trouve pas de solutions peut causer la maladie mentale... » ; « ...être trop préoccupé dans les études ou à force de trop étudier peut déclencher la maladie mentale... » ; « ...si une personne est opprimée par une autorité ou par une personne ayant un rang social élevé, peut être la cause de la maladie mentale... »*

Les participants disaient que les causes de la maladie mentale pouvaient être dus à un choc émotionnel. Ils expliquaient par les chocs émotionnels le fait qu'une personne n'arrive pas à supporter les soucis, ou les situations de désespoir, ou certains événements ou informations. « *...le fait que la personne n'arrive pas à supporter une mauvaise nouvelle ou de bonne nouvelle peut déclencher la maladie mentale... ».* Des gens qui subissent un choc énorme ou une perte financière importante qu'ils ne supportent pas, peuvent également faire une maladie mentale.

### **3.9. Précarités**

Les soucis insupportables et les manques de moyen financier...

Pour être au complet ou fonctionner normalement, beaucoup de participants ont répété des besoins qui sont nécessaires au bon fonctionnement. Quand ces besoins sont inaccessibles, cela met en défaut le bien être, surtout quand la personne a des soucis qu'elle n'arrive pas à régler à cause du manque de moyen.

Le manque de travail a été associé faisant parti des soucis qui préoccupent les participants dans la genèse de la maladie mentale. La pauvreté est répétée en boucle. D'autres expliquent que « ...à cause de la pauvreté, la personne se voit dépouillée de ses responsabilités dans la famille voire dans la société... » ; « ...la personne devient isolée et abandonnée... ». Un adage illustre « ...le grand frère de chef de famille... ») \*\*\*.

Devant ces situations, la personne perd sa place dans la société et avec l'incapacité de subvenir à certains besoins, d'autres finissent par se suicider.

\*\*\*dans la société malienne, la famille est de type nombreux dont le rôle de chef de famille est confié au plus âgé. De ce fait, l'aîné peut se voir arracher cette place au profit des cadets qui sont plus stables financièrement que lui, d'où cet adage.

### **3.10. Comportements de femmes enceintes**

Certains comportements ont été évoqués dans la genèse de la maladie mentale surtout ceux de femmes enceintes.

Des participants expliquent « ...le fait que la femme enceinte sort de la maison(domicile) aux environs du crépuscule ou le moment quand le soleil est au zénith ou encore le fait que la femme enceinte se lave pendant la nuit sont fortement indexés comme faisant partie des causes de maladie mentale chez son futur enfant plus tard... ».

### **3.11. Maladies somatiques**

Asthme, méningite, surmenage, paludisme

Il est ressorti qu'après certaines maladies somatiques, les problèmes mentaux peuvent être observés.

Il a été observé lors des épisodes de paludisme grave « ...selon les participants, lors du paludisme chronique, la personne commence à parler seule, fait des cris, dit des propos mélangés, autres comportements et attitudes non adaptés... » ; pour d'autres « ...quand le paludisme devient grave et qui par la suite va donner le "sahii" qui à son tour donnera la maladie mentale... ».

De même, la survenue de la méningite est souvent associée à la maladie mentale. D'autres signalent « ...ceux qui font la méningite présentent la maladie mentale, cela a été observé chez ces personnes... ».

D'autres spécifient que « ...l'asthme n'est pas une maladie mentale au début mais plus tard pourrait évoluer pour donner la maladie mentale... ». Cela serait fréquent chez les travailleurs de puits ou chez ceux qui travaillent dans les carrières à casser les rochers.

### **3.12. Maltraitance des enfants**

Elle a été fréquemment répétée pour être la cause de la maladie mentale. Certains participants énonçaient « ...les enfants ayant subi des violences ou des menaces dans l'enfance feront une maladie mentale... », « ...le fait de crier sur l'enfant fréquemment lui expose à la maladie mentale surtout au moment de leur responsabilisation quand il sera grand... ». Cette maltraitance serait déclencheur de la maladie mentale selon plusieurs participants.

Ils expliquent que dans certaine culture par exemple, la rigueur est de mise dans l'éducation et est souvent associée au châtement corporel. Ce qui permet de poser des limites à l'enfant « ...si tu fais de ton enfant le commandant c'est à toi qu'il réclamera en premier l'impôt... »

### **3.13. Conditions de travail**

Les conditions de certains travaux seraient mises en cause dans la survenue de la maladie mentale. Ils content « ...l'exposition à l'eau usée, à la poussière dans le cadre de certains travaux entraine la maladie mentale... ».

### **3.14. Inaccessibilité à l'éducation**

L'accès à l'éducation constitue une étape très importante dans la vie. L'inaccessibilité à l'éducation a été évoquée comme étant l'une des causes de la maladie mentale. Certains expriment que « ...si l'enfant à bas âge n'a pas accès à l'éducation, il serait susceptible à faire la maladie mentale surtout au moment de leur responsabilisation... ».

### 3.15. Troubles de mémoire

Les oublis étaient cités comme étant des causes qui pourraient évoluer vers la maladie mentale. D'autres participants signalent « ...les oublis ne sont pas une maladie mentale mais pourrait évoluer pour donner une maladie mentale... ». Les personnes qui ont des difficultés à retenir les choses nouvelles sont dans cette catégorie.

## 4. Conséquences de la maladie mentale

Il est ressorti dans cette enquête que la survenue de la maladie peut avoir des répercussions sur la personne malade et son entourage.

**La maladie mentale constitue un handicap.** Les participants signalent « ...la maladie mentale empêche la personne de travailler, de réfléchir et de différencier le bon du mal... ». La société ne peut plus les confier des tâches de responsabilité qui nécessitent une implication mentale.

La maladie mentale empêche la personne d'être autonome, elle devient dépendante des autres personnes.

**La maladie mentale constitue une marginalisation.** Des participants affirment « ...la personne malade mentalement devient un sujet de moqueries dans la rue... » ; « ...on éprouve de la pitié envers eux surtout quand on fait référence à leurs camarades d'enfance ou de classe qui deviennent tous des responsables... »

**La maladie mentale entraîne des maladies somatiques.** Les crises ont été signalées comme étant les conséquences de la consommation de drogues. Certains participants content « ...des jeunes garçons ont pris plusieurs comprimés de tramadol devant eux, ils sont tous tombés en perdants connaissance et en tremblant... ».

## 5. Les méthodes thérapeutiques concernant la maladie mentale

A travers les réponses données par les participants, il est ressorti que les méthodes thérapeutiques concernant la maladie mentale dépendaient des



contextes et les causes de la maladie mentale. Les choix des méthodes étaient en fonction des croyances.

### **5.1. Le traitement médical**

Des participants mettaient la maladie mentale dans le même cadre que toutes les autres maladies et privilégiaient les centres de santé. La plupart disait « ...*la maladie mentale se soignait avec les soins par voie médicale...* ». Le CABANO (service de psychiatrie du CHU Point G) était cité comme étant le seul centre spécialisé de la prise en charge pour la maladie mentale. Ceux qui avaient l'expérience de cette structure (service de psychiatrie CHU Point G) énonçaient « ...*les agents de santé vont faire des analyses pour trouver ce qui a causé la maladie mentale...* ». D'autres participants affirmaient que ces soins seraient basés sur les explorations somatiques pour connaître si c'est la consommation de drogues ou si c'est causé par autres choses. Selon eux, les méthodes médicales consistent « ... *à donner des comprimés et/ou des piqûres pour soigner la personne malade...* » ; si d'autres amenaient la personne pour les soins, pour d'autres le but était juste de la calmer « ...*des piqûres sont faites pour calmer la personne malade...* » ; et « ...*ces injections sont renouvelables annuellement...* ».

### **5.2. Traitements traditionnels**

Les soins traditionnels pour d'autres étaient la voie adaptée pour la prise en charge de la maladie mentale et surtout c'était en fonction de type ou les causes de la maladie mentale. Il se trouvait que les maladies mentales causées par des entités autres que naturelles ne pouvaient pas être soignées par les soins médicaux conventionnels. Les méthodes entreprises différaient d'un thérapeute à l'autre.

Les participants affirmaient que les marabouts les soignent avec les potions, des écritures et lecture des versets coraniques, des bénédictions, flagellations.

Il s'agissait « ...*d'enduire tout le corps de la personne malade à des moments bien précis dans la journée et pendant la nuit...* ».

Selon d'autres participants, les guérisseurs traditionnels (féticheurs, commandeurs de djinns...) soignent avec les décoctions, eau bénite de canaris, des offrandes et par la flagellation.

Parfois il s'agissait « ...de frapper le djinn à travers la personne malade pour lui obliger de sortir de son corps... ».

Pour les offrandes, il s'agissait « ...de donner des offrandes à des djinns responsables de la maladie pour qu'ils puissent se retirer de la causalité de la maladie... »

Les pasteurs soignent avec des séances de prières bibliques pour chasser les démons qui est en cause ou pour bénir la personne malade.

Les soins traditionnels seraient faciles, rapides et donneraient de bons résultats selon certains participants.

Des incantations, des plantes, de la fumigation, des potions, des prières avec les versets bibliques, lectures et écriture des versets coraniques sont utilisés de même que la flagellation...

Le traitement médical selon certains participants est plus rapide tandis que le traitement traditionnel est lent. Des participants disaient que tôt ou tard, ces personnes finissent par revenir en soins conventionnels

### **5.3. Les accompagnements**

Beaucoup ont évoqué le rôle de l'accompagnement social et celui de l'équipe médicale. « ...La personne ne doit pas être laissée à son propre sort surtout au niveau de la société car cet abandon ne fera qu'aggraver la maladie... »

La personne malade doit être soignée, nourrie, impliquée dans les activités sociales. Il ressortait clairement que, quel que soit le choix des méthodes thérapeutiques, le volet social reste important dans la prise en charge de la maladie mentale.

## 6. Itinéraires et ressources thérapeutiques

Selon les croyances, ils différaient d'un participant à l'autre

### 6.1. Les agents de santé

Ce choix était largement évoqué et parmi les lieux, le service de psychiatrie du CHU Point G était fortement indiqué.

#### Justification :

Tandis que d'autres évoquaient l'expérience de voir des gens guéris et stabilisés en soins au service de psychiatrie CHU Point G, ce qui motivait leur choix. D'autres avaient l'habitude des centres de santé donc devaient se référer pour toute situation de maladie à un centre approprié.

Des participants trouvaient que les agents de santé seraient des spécialistes qui ont suivi des formations et disposeraient plus de moyens pour comprendre la maladie « *...le traitement médical est mieux car les agents de santé sont professionnels qui vont chercher la cause, cela serait mieux que les traitements au hasard car des maladies peuvent être secondaires à d'autres maladies...* »

La notion de consommation de substances psychoactives était le motif de ce choix pour d'autres « *...s'il y a des notions de consommation de drogues qui sont associées, ce sont les agents de santé qui peuvent donner la confirmation...* ». La consommation était également l'une des raisons qui les poussaient à recourir au centre de santé en premier lieu.

Certaines situations ne pouvaient être prises en charge que sur le plan conventionnel parmi lesquelles des situations traumatiques sur le plan psychologique.

L'inefficacité des croyances traditionnelles était mentionnée étant la motivation à recourir aux soins conventionnels « *...ce à quoi ils croyaient avant sur le plan traditionnel ne donne plus d'efficacité...* ». Il ressort qu'après les prises en charges sur le plan traditionnel, des gens reviennent vers les soins conventionnels dans les centres de santé par manque d'amélioration dans les lieux traditionnels.

La dangerosité était signalée comme étant la motivation pour d'autres et avait pour but de calmer la personne malade « ... *la difficulté à gérer la personne avec les objets dangereux ou des comportements violents forçait à recours aux centres de santé et ce recours avait souvent comme but de calmer le malade en lui faisant des injections...* ».

Cette voie de recours paraissait être la seule après plusieurs échecs dans d'autres voies « ...*après avoir tenté tous les autres moyens sans amélioration, les centres et les agents de santé étaient les seuls recours...* ».

## **6.2. Les guérisseurs traditionnels**

Les marabouts, féticheurs, les pasteurs, les commandeurs des esprits, ... ont tous été cités comme faisant partis de cette ressource.

### **Justificatif :**

Dans la conception de la société africaine où le contexte et la cause de la maladie mentale sont attribués à des entités autres que naturelles, il ressortait clairement que la médecine conventionnelle n'avait pas de solutions dans ces cas. Ces guérisseurs traditionnels ont la capacité de chasser les mauvais esprits, de défaire un sortilège ou une possession.

Il s'agissait d'une coutume pour d'autres « ...*c'est le chemin que leurs ont légué leurs pères et ils l'empruntent...* » ; pour tous problèmes de santé, ils doivent utiliser les connaissances traditionnelles pour les résoudre. Cette voie paraissait comme une opportunité de rejet pour d'autres « ...*si d'autres cherchent à soigner les leurs, d'autres pensaient à un moyen de se débarrasser de la personne malade car ils trouvaient qu'une personne malade mentalement devient inutile et ne peut plus être productive, pour cela, ils sont laissés à la disposition du guérisseur où ils doivent assurer les travaux domestiques et champêtres. ...* ».

Des résultats rapides, c'était la motivation pour d'autres concernant ce choix.

Des soins accessibles et les acteurs plus proches de la population « ...*ces soins sont facilement accessibles que les soins médicaux...* » ; « ...*les acteurs sont*

*Etude des connaissances de la population urbaine de Bamako sur la maladie mentale dans les proximités... ».* Les participants affirmaient que les guérisseurs traditionnels sont dans les quartiers, près de la population c'est pourquoi ils les sollicitent en cas de problèmes. D'autres expliquaient que vue cette proximité, ces guérisseurs sont sollicités en premier lieu avant d'avoir accès aux soins conventionnels et les acteurs de soins conventionnels.

### **6.3. Entretien de la personne malade**

Il s'agissait d'accompagner la personne malade sur tout le plan. Certains s'énonçaient sur le fait que la communication. Quel que soit le choix, beaucoup de participants ont signalé la nécessité de la communication, de soins de la personne et le maintien du climat social. L'abandon serait un facteur qui aggraverait la maladie.

## **7. Les souhaits des participants concernant la maladie mentale**

La majorité des participants ont fini par faire des suggestions et donner des conseils

### **7.1. Conseils**

Aux parents de ne pas secouer les enfants, ce qui va plus tard donner une maladie mentale

De commencer le traitement médical précocement dans un centre de santé

De diminuer la consommation de la drogue qui représente 60 à 70% des maladies mentales

D'arrêter d'envier d'autre personne pour leur bonheur en leur attaquant mystiquement

### **7.2. Suggestions aux autorités**

De trouver des solutions aux soucis de la population en priorisant l'alimentation, l'accès à la santé et des lieux de résidence.

De canaliser la consommation de drogues qui constitue un véritable fléau à ce jour.

La collaboration entre tous les acteurs car personne ne détient la connaissance en totalité. Avec cette complémentarité, beaucoup de buts seront atteints.

*Etude des connaissances de la population urbaine de Bamako sur la maladie  
mentale*

**De rendre le coût de la prise en charge moins cher.**

**Le traitement médical ne doit pas handicaper la personne malade, le but du traitement est de rendre la personne autonome, responsable et utile.**

## Synthèses

À partir de la question : selon vous qu'est-ce que la maladie mentale ?

La majeure partie des réponses faisait liaison avec les contextes, les causes, les types et conséquences de la maladie mentale. Seuls quelques-uns arrivaient à définir la maladie mentale à travers les signes observés chez les sujets concernés.

Partant de résultats concernant la définition de la maladie mentale, nous nous rendons compte que ceux ayant défini la maladie mentale le faisaient selon leurs compréhensions et parlaient plus des causes de la maladie mentale.

Cette enquête nous a permis de connaître des causes qui sont alléguées à la survenue de la maladie mentale selon la compréhension de la population.

Plusieurs causes ont été évoquées dans la survenue de la maladie, le chef de file de ces causes attribuées à la maladie mentale était la consommation des drogues. Pour les choix, il s'agissait le plus souvent des croyances, ceux qui avaient fait le choix de la médecine conventionnelle utilisaient les comprimés, les injections et la communication.

Tandis que ceux qui avaient tendance à la médecine traditionnelle utilisaient les décoctions de plantes, eau bénite, lecture et écriture des versets coraniques, potions, offrandes et prières bibliques, incantations et flagellation pour soigner la maladie mentale.

Les agents de santé et les guérisseurs traditionnels (les marabouts, féticheurs, les pasteurs, les commandeurs des esprits...) étaient les recours énoncés dans cette enquête. Beaucoup ont affirmé les soins conventionnels comme le premier recours.

La majorité des participants disait que les acteurs des soins traditionnels sont plus proches de la population que ceux des soins conventionnels, ils étaient plus accessibles.

*Etude des connaissances de la population urbaine de Bamako sur la maladie mentale*

En plus de ces recours, l'accompagnement de la personne malade était également mis en évidence. Cela annonçait le rôle social envers les personnes malades mentales.

Les deux moyens sont cités (conventionnels et traditionnels) selon les convictions, tout de même, il ressortait qu'un retour vers les soins conventionnels était possible tôt ou tard quel que soit le traitement traditionnel utilisé.

Des conseils et suggestions à l'endroit de la population, aux autorités et aux responsables de la prise en charge des malades mentaux du service de psychiatrie CHU Point G.



### **Réflexion :**

Il revenait de constater que dès la prise de parole qu'il y avait une décharge ou un enthousiasme de pouvoir parler de la maladie mentale.

La maladie mentale est évoquée en fonction des signes remarquables, des changements dans les comportements et la façon de compréhension des choses pour ceux des participants ayant défini la maladie.

Ces changements dans les comportements sont caractéristiques de la maladie mentale dans les manuels de classifications.

Au Mali, dans le langage bambara, les maladies mentales sont nommées en fonction de la symptomatologie observée.

La définition de la maladie mentale est consensuelle, les participants les définissaient en fonction de leurs points de vue, leurs convictions et leurs vécus. En plus des définitions conventionnelles de la maladie mentale, elle est aussi définie en fonction des croyances et cultures.

Il est quand même important de signaler qu'en plus des théories médicales et des croyances traditionnelles, une autre préoccupation dominait les tendances actuellement, celle de la consommation des drogues. Au vu de la population, la maladie mentale serait fortement associée à la consommation des drogues.

En plus des convictions culturelles attribuées à la genèse de la maladie mentale, le fait que des participants parlaient de l'hérédité, des traumatismes, des facteurs de détresses sociales témoigne qu'une bonne partie des participants ont des connaissances modernes sur la maladie mentale et sa genèse.

Il est important de signaler l'importance de l'entretien, autrement dit l'accompagnement social. Quelques soient les recours entrepris par les acteurs, le côté social était mentionné comme étant la base de tout traitement. Les choix évoqués dépendaient de l'attente, de la croyance et de l'accessibilité.

Dans l'optique de l'attente des résultats pour les soins traditionnels, un revirement n'était pas à écarter vers un traitement conventionnel si l'attente

n'était pas satisfaisante. L'idéologie de la majorité des participants était que les sujets finissent par revenir aux soins conventionnels.

De par les différences de convictions, des participants trouvaient impératifs les soins médicaux, cela sous-entend d'une part qu'il y a un revirement du côté des croyances traditionnelles vers les soins conventionnels. De ces entrevues, nous pourrions exprimer que la population a une certaine compréhension de la maladie mentale surtout en ce qui concerne les moyens de traitement. Nous pourrions également dire que parmi les interviewés, beaucoup commençait à perdre confiance dans les moyens de prise en charge traditionnelle au profit des soins conventionnels.

Il ressortait au cours de cette enquête la nécessité de collaboration entre tous les acteurs impliqués dans la prise en charge de la maladie mentale pour une meilleure prise en charge des personnes malades mentalement. Vu que les acteurs de soins traditionnels reçoivent et traitent beaucoup de personnes avec des problèmes mentaux, cette collaboration paraît importante voire essentielle surtout dans l'orientation et coordination des soins.

#### **IV. COMMENTAIRES**

Cette enquête nous a permis de voir un aperçu sur la maladie mentale en ce qui concerne le point de vue de la population.

##### **1. Profils des participants**

La majorité était commerçant et résidait à Bamako. Ils étaient dans la tranche d'âge comprise entre 25 et 34 a et de sexe masculin. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'enquête a eu lieu à Bamako et les marchés étaient sélectionnés.

##### **2. La consommation de drogues**

Parmi les causes attribuées à la maladie mentale, la consommation de la drogue ressortait fortement. Elle est la cause la plus citée concernant la maladie mentale.

Dans la littérature, les substances psychoactives ont fortement été associées à la maladie mentale[23–25]. L'accroissement de la tendance à la consommation actuellement dans notre contexte pourrait s'expliquer par le fait du brassage culturel et l'accès facile à ces substances dans un contexte de modernisation. Et quant aux jeunes, ils sont le plus souvent plus impliqués dans cette modernisation, à la recherche de nouvelles expériences et tout ce qui y va avec[26].

De ce fait, bien que les substances psychoactives soient associées aux troubles psychiatriques dans la littérature, cela incrimine à tort ces substances dans notre contexte. Au vu de la population, toutes les autres causes ou facteurs favorisant les troubles psychiatriques deviennent insignifiants et la survenue de la maladie mentale est directement associée à la consommation de substances psychoactives.

##### **3. Les sciences mystiques**

Elles étaient alléguées dans la genèse de la maladie mentale.

Cela pourrait s'expliquer dans notre contexte par le fait que malgré l'évolution en matière de santé, une large partie de la population croit à la tradition encore. Bien avant la médecine conventionnelle, dans la société africaine les soins

étaient organisés de manière à attribuer un contexte, une cause et un moyen de traitement selon les croyances[27]. Selon ces croyances culturelles, la maladie mentale aurait d'autres représentations [13,14,23,26,27]qui ne sont pas expliquées par les sciences conventionnelles.

Également la prolifération des centres de soins traditionnels s'explique par cette croyance dans notre contexte. Nous voyons des centres de traitements où des malades sont enchaînés. Surtout en cas de possession, les malades sont flagellés chaque moment. Ce procédé serait une manière de chasser les esprits qui possèdent le corps. Ces sciences mystiques sont le plus souvent des « envoutements, possessions, mauvais yeux, sortilèges et autres, il faudra alors d'autres sciences non conventionnelles pour contrer ces attaques.

#### **4. Les précarités**

Elles ont été évoquées, comme étant les unes des causes de la maladie mentale. Elles restent universelles selon la définition de la santé mentale (OMS 2004). La bonne santé mentale est l'ensemble de plusieurs aspects : sociaux, psychologiques, environnementaux et individuels dont l'un en moins témoignerait un déficit en santé mentale[28]. D'après la définition de l'OMS de la santé mentale, il ressort alors qu'en présence des précarités, cela signifierait qu'il n'y a pas la santé. Notre contexte ne fait pas exception. Ces situations de précarité peuvent être entre autres le manque de travail, de logement, de ration alimentaire équilibrée, d'accès aux soins, de stabilité financière et de stabilité sociale. A ces situations de précarité serait le plus souvent associé un manque d'attention et de rejet dans la société, en milieu professionnel et familial. Cet adage illustre bien ce contexte : le grand frère du chef de famille.

#### **5. Les maladies somatiques**

Parmi les causes, elles étaient citées comme étant à l'origine de la maladie mentale.

Des troubles de comportements ont été observés dans plusieurs études entre autre les VIH ou toxoplasmose[29]. Dans notre pratique quotidienne il ressort

également lors des entretiens psychiatriques, qu'un épisode de paludisme soit cité, inaugurant la maladie mentale. Par ailleurs, des troubles psychiatriques peuvent être associés à des états infectieux, beaucoup d'études ont été effectuées dans ce cadre dans le service de psychiatrie[30]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la maladie somatique plus précisément les états infectieux entraîne un affaiblissement des défenses du corps. Et le coût de la prise en charge, l'état psychologique fragilisé, le stress lié à la maladie et en plus si le soutien social fait défaut pourrait expliquer cette hypothèse.

## **6. Les traumatismes physiques ou psychiques**

Ils ont été associés à la survenue de la maladie mentale.

Dans la littérature, ces causes ont fortement été décrites[31–35].

Ce volet reste une véritable problématique dans notre contexte. Les événements traumatisants sont de plus en plus nombreux, qu'ils soient un accident de voie publique ou de travail. Le fait que des personnes sont exposées au réel de la mort pourrait constituer un événement traumatisant. Ce psycho-traumatisme pourrait avoir plusieurs effets sur la personne.

Les maltraitances des enfants quel que soit le type ont été signalées comme étant impliquées dans la genèse de la maladie mentale.

Des auteurs ont pu mettre en évidence dans la littérature que les enfants qui subissent des violences seraient plus tard candidats à d'énormes difficultés comme les troubles de personnalité[31]. A ce niveau, cette question de maltraitance des enfants reste une problématique majeure dans notre contexte. Selon les croyances culturelles, l'éducation de l'enfant est de rigueur à tel point qu'il peut être exposé à des situations stressantes. Ces situations peuvent être des sévices, des agressivités verbales et autres...qui malgré plusieurs organes de protection des enfants dans le pays, reste encore un défi.

### **7. Les comportements de femmes enceintes**

Dans notre contexte, les femmes en état de grossesse sont souvent régies par des interdits. Dans les croyances, il semblerait que certains moments sont propices au déplacement des djinns à savoir le crépuscule, l'aube et quand le soleil est au zénith. En ces moments, ces djinns pourraient transférer les maladies d'un congénère aux humains ou s'approprier le corps d'un humain. Et si c'est la femme en état de grossesse, c'est son futur enfant qui serait visé.

### **8. Le choix des agents de santé**

Ce choix était largement répété. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'enquête s'est déroulée dans une zone urbaine et que la majeure partie des habitants ont des orientations en ce qui concerne les notions de maladie et de leurs soins. Néanmoins il est vrai que dans notre contexte, la population a des croyances culturelles qui édicteraient des conduites en ce qui concerne la maladie et les soins. Malgré ces croyances culturelles, le choix des centres et des agents de santé pourrait s'expliquer premièrement par un manque d'amélioration clinique sur le plan traditionnel car les troubles mentaux sont des pathologies chroniques qui demandent un suivi régulier en général, à défaut qui sont émaillés de rechute, soit deuxièmement par le fait d'accès à l'information concernant la prise en charge médicale des troubles mentaux.

Parallèlement, d'autres préféreraient toujours un centre de santé en tout cas de maladie.

### **9. Le choix des guérisseurs traditionnels**

De même, ce choix ressortait fréquemment. Dans notre contexte la majorité de la population est illettrée et leur accès à l'information se passe sur les ondes radios. Les guérisseurs traditionnels passent plus de temps sur ces ondes et les maladies sont expliquées et interprétées en fonction des croyances et cultures. Parallèlement, ils sont aussi nombreux et à proximité de la population donc leur accès serait plus facile.

Et en plus, vue la stigmatisation du malade mental[36,37], la nomination culturelle de la maladie mentale serait plus acceptable que l'appellation maladie mentale sur le plan conventionnel par la population. Du moment qu'il y a une croyance culturelle qui établit des contextes, causes à la maladie mentale et qui ne seraient pas du domaine du conventionnel, les procédés utilisés par les guérisseurs soulageraient plus les malades et accompagnants. Des procédés comme la flagellation pour chasser les esprits du corps de la personne serait plus compréhensible pour le malade et parents de malades contrairement aux prises orales des comprimés ou des injections.

### **10. Les effets secondaires du traitement conventionnel**

Ils ont été signalés dans cette étude et semblaient être une préoccupation des participants.

Ils sont généralement associés à l'utilisation des antipsychotiques dans la littérature[38–40]. Dans notre contexte, ces effets seraient probablement liés à l'utilisation des neuroleptiques classiques quotidiens et retards qui sont plus accessibles. Le coût et la disponibilité de neuroleptiques de dernière génération reste un défi. L'utilisation de ces neuroleptiques reste une préoccupation par la personne malade et les accompagnant si le choix de la prise en charge est conventionnel. La médication doit être adaptée à l'évolution clinique de la personne en lui permettant d'être productive et autonome.

### **11. La collaboration avec tous les acteurs**

Elle devient essentielle selon les participants.

Les guérisseurs traditionnels et les acteurs des soins conventionnels sont tous concernés quant à la prise en charge de la maladie mentale. Les guérisseurs sont au plus près de la population, mélangés à celle-ci, ils sont les premiers concernés. Ils pourraient gérer le côté culturel et orienté la personne malade vers les centres de soins pour la prise en charge.

Quant aux responsables de santé, ils doivent considérer les croyances des personnes malades et prodiguer les soins.

*Etude des connaissances de la population urbaine de Bamako sur la maladie mentale*

Dans notre contexte, actuellement les soins traditionnels sont devenus un gagne-pain, c'est pourquoi beaucoup édicte à la personne malade de ne pas associer les thérapies traditionnelles aux thérapies conventionnelles.

Vu ce conflit d'intérêt, ces acteurs arriveront-ils à un compromis pour le bien de la personne malade ?



# Conclusion

**Conclusion :**

Au cours de cette enquête, nous nous sommes rendus compte qu'il s'agissait généralement des croyances culturelles en ce qui concerne la maladie mentale.

Ces croyances permettent de définir les moyens de prise en charge qui sont entre autres par la voie traditionnelle avec les guérisseurs traditionnels qui utilisent les potions, décoctions de plantes, eau bénite, prières bibliques, lectures et écritures des versets coraniques, incantations ; d'autres trouvaient que les procédés traditionnels n'étaient plus efficaces et préféraient la voie médicale. Les marabouts, féticheurs, pasteurs et les agents de santé sont les acteurs qui interviennent dans la prise en charge de la maladie mentale.

La consommation de drogues était une préoccupation de la population et de ce fait constituait un facteur de marginalisation des malades mentaux usagers de drogues.

Les personnes malades arrivent en retard aux soins conventionnels car ils passent par les acteurs des soins traditionnels qui sont plus proches et plus accessibles. Une collaboration entre les deux systèmes paraissait nécessaire.

## **Recommandations**

### ➤ **A la population**

- ✓ Entretien de la personne malade car l'abandon et la marginalisation sont des facteurs aggravant la maladie.
- ✓ Mener la personne malade mentalement le plus rapidement en soins médicaux.
- ✓ De ne pas rejeter les malades mentaux à cause de leur usage de drogues

### ➤ **Aux responsables de soins conventionnels**

- ✓ De faire en sorte à minimiser les effets secondaires de médicaments utilisés dans la prise en charge de la maladie mentale.
- ✓ De faire l'éducation sanitaire

### ➤ **Aux autorités**

- ✓ Mettre spécialement un volet social pour les malades mentaux surtout ceux qui sont errants.
- ✓ Avec les acteurs de soins, faire des campagnes régulières de sensibilisation de la population
- ✓ Mettre une politique nationale pour diminuer la disponibilité et l'accès aux substances psychoactives
- ✓ Contribuer à l'amélioration de la santé mentale des populations en rendant le coût de vie facile, des lieux de résidence et l'accès facile aux soins.
- ✓ Rendre l'accès des soins psychiatriques en recrutant plus de médecins psychiatres.

## Références

1. Bouchard L, Colman I, Batista R. Santé mentale chez les francophones en situation linguistique minoritaire. *Reflets*.2018;24(2):74-96.
2. Diakité KS. Schizophrénie et rechutes : Approche épidémiologique et clinique en milieu hospitalier au CHU Point G. [Thèse]. Bamako : USTTB, FMOS; 2018.
3. Borsboom D. Une théorie des réseaux des troubles mentaux. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. janv 2021;179(1):86-94.
4. Mugisho Nfizi Koya P. Les aspects socioculturels des troubles mentaux chez le peuple Shi d’hier et d’aujourd’hui : quelle prise en charge efficace ? *L’Autre*. 2016;17(1):110-8.
5. Sanogo D. Considérations générales sur les psychoses aiguës de l’adulte au Mali.[Thèse].Bamako: Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie,1975.
6. Lorette A, et Luchhhelli J. Présentation de la nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11). *L’Information psychiatrique*, 2022;98,(6):426-434.
7. Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. févr 2008;166(1):63-70.
8. Moukouta CS, Menick DM, Masson J, Bernoussi A. La clinique à l’épreuve des enjeux migratoires et culturels. *Inf Psychiatr*. 2016;7(92):556-562.
9. Bélanger M. Les rites de la médecine traditionnelle bambara et le traitement de la « folie » jinèbana: L’esprit jinè, acteur de la continuité du sens. *Anthropol Sociétés*. 2002;26(2-3):235-51.
10. Couliadiaty AGV, Savadogo LGB, Busia K, Siranyan S, Fofana S, Kpoda HN, et al. Prise en charge traditionnelle des maladies mentales à Diapaga, Burkina Faso. *Health Sci Dis*. 2019;20 (1):95-101.
11. Boutayeb, A. Equité en santé. *Annales des sciences de la santé*. 2016;1(6):1-4.
12. Sy A, Soedje K M A, Ndiaye M, Tine J A D, Kandj D, Touré K, et al. Les aspects de prise en charge traditionnelle chez les patients suivis en hospitalisation psychiatrique au CHNU FANN avant leur hospitalisation, *RAFMI* 2019 ; 6 (1-2) : 38-44.
13. Ellenberger H. Aspects Culturels De La Maladie Mentale. *Can Psychiatr Assoc J*. janv 1959;4(1):26-37.

14. Ouango JG, Karfo K, Kere M, Ouedraogo M, Kabore G, Ouedraogo A. Concept traditionnel de la folie et difficultés thérapeutiques psychiatriques chez les Moosé du Kadiogo. *Santé Ment Au Qué.* 1998;23(2):197-211.
15. Pierre A, Minn P, Sterlin C, Annoual PC, Jaimes A, Raphaël F, et al. Culture et santé mentale en Haïti : une revue de littérature. *Santé Ment Au Qué.* 2010;35(1):13-47.
16. Coulibaly I, Keita B, Kuepie M. Les déterminants du recours thérapeutique au Mali : entre facteurs socioculturels, économiques et d'accessibilité géographique. *Afrilux* 2008;3(),1-16.
17. Zempléni A, Laplantine F. Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique Noire. *Homme*, 1977;2(17):139-139.
18. Cantrelle P, Locoh T. Facteurs sociaux et culturels de la santé en Afrique de l'Ouest. *Les Dossiers du CEPED.* 1993;10:7-36.
19. Levesque A. Identité, culture et représentations de la santé et des maladies. *Cah Fr-Can Ouest.* 2015;27(1):35-56.
20. Coulibaly SP, Dolo H, Notue CAM, Sangaré M, Mounkoro PP, Aboubacar A, et al. Épidémiologie hospitalière des troubles psychiatriques au Mali. *Pan Afr Med J.* 2022;41(160):1-13.
21. Hassan Abdi Mouhoumed. Itinéraire thérapeutique et recours des patients aux soins de santé conventionnelle du service Psychiatrie du CHU Point G De BAMAKO au Mali. [Mémoire]. Bamako:USTTB, FMOS; 2022.
22. Pereira A, Dubath C, Trabichet A-M. Minds - Promotion de la santé mentale à Genève. Les déterminants de la santé mentale : Synthèse de la littérature scientifique. *minds* 01/2021. Genève : 2021.
23. Kirmayer LJ, Corin E, Corriveau A, Fletcher C. Culture et maladie mentale chez les Inuit du Nunavik. *Santé Ment Au Qué.* 2007;18(1):53-70.
24. Pennel L, Dematteis M. Du médicament à la drogue, une question d'usage. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2018;176(8):796-800.
25. Apostolidis T, Rouan G, Eisenhor S. Construction du rapport aux drogues dans un contexte de précarité. *Psychotropes.* 2003;9(2):65.
26. Morin C, Briand C, Lalonde P. De la symptomatologie à la résolution de problèmes : approche intégrée pour les personnes atteintes de schizophrénie. *Santé Ment Au Qué.* 2006;24(1):101-20.

27. Guarnaccia PJ. Le rôle de la culture en épidémiologie psychiatrique : examen de la recherche sur la santé mentale des Latino-Américains. *Santé Ment Au Qué.* 2007;16(1):27-43.
28. Doré I, Caron J. Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé Ment Au Qué.* 2017;42(1):125-45.
29. El Fane M, Sodqi M, Chakib A, Ajaoui N, Lahsen AO, Marih Latifa, et al. La santé mentale des patients vivant avec le VIH dans le service des maladies infectieuses du CHU Casablanca, Maroc. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2019;177(1):50-4.
30. Coulibaly SP. Prévalence des Troubles Psychiatriques chez les Femmes Séropositives au VIH au Centre Hospitalier et Universitaire du Point G (Bamako). *Health Sci. Dis.* 2019;20 (4):54-56.
31. de Becker E, Leurquin F. L'impact des maltraitances physiques infantiles. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2010;168(10):746-51.
32. Baubet T, Moro MR. Cultures et soins du trauma psychique en situation humanitaire. in: Baubet T, Roch Le, Bitar D, Moro MR. *Soigner malgré tout[MSF]. éd: la pensée sauvage, 2003;(1):69-93.*
33. d'Halluin E, Latté S, Fassin D, Rechtman R. La deuxième vie du traumatisme psychique: Cellules médico-psychologiques et interventions psychiatriques humanitaires. *Rev Fr Aff Soc.* 2004;(1):57-75.
34. Jolly A. Etat de stress post-traumatique : une revue de la littérature épidémiologique. *Annales Médico-Psychologiques.* 2000;158(5):370-378.
35. Chidiac N, Crocq L. Le Psychotrauma (III) – Névrose traumatique et état de stress posttraumatique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* juin 2011;169(5):327-31.
36. Papadopoulos AC. Expériences de stigmatisation dans le système de santé mentale : perspective des membres de famille des personnes souffrant de schizophrénie. [Thèse]. Nancy: Université de Lorraine, Faculté de Médecine de Nancy; 2018.
37. Massé JC, T.-Brault MM. Maladie mentale et stigmatisation ou Comment on devient un malade mental pour la vie. *Santé Ment Au Qué.* 2006;4(1):73-83.
38. Cohen D. Les effets des neuroleptiques et la recherche sociale en psychopharmacologie. *Santé Ment Au Qué.* 2006;14(2):69-81.

39. Dollfus S. Les antipsychotiques lors d'un premier épisode psychotique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2009;167(1):86-92.
40. Feki I, Medhaffar K, Sallemi R, Baati I, Trigui D, Masmoudi J. Observance et effets indésirables des neuroleptiques dans une population de patients âgés atteints de schizophrénie. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* avr 2018;18(104):102-8.

# ANNEXES



## **Fiche signalétique**

**Nom :** DIAKITE

**Prénom :** Kassim S.

**Titre du mémoire :** Etude des connaissances de la population urbaine de Bamako sur la maladie mentale

**Année :** 2021-2022

**Pays d'origine :** Mali.

**Ville de soutenance :** Bamako

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine d'odontostomatologie (Bamako-Mali).

**Secteur d'intérêt :** Psychiatrie et sociologie

### **Résumé :**

**Introduction :** La maladie mentale est l'ensemble des changements observés chez l'homme au niveau de ses comportements, ses émotions. Ces changements peuvent être secondaires à un trouble biologique, psychologique, sociale ou développemental des fonctions mentales. Elle constitue des moments difficiles quant à la gestion et répercussion sur les patients et son entourage. Au Mali, la maladie mentale ressort sous les appellations de la langue bambara en des termes vernaculaires de « fâ », « kirikirimassin », « hakilitien », kounkolobana ».

**Objectif :** notre objectif était de comprendre la conception de la population urbaine de Bamako sur la maladie mentale. **Méthodologie :** il s'agissait d'une étude qualitative avec approche méthodologique de cas de février à décembre 2022 ayant concerné la population urbaine de Bamako, l'échantillonnage a été exhaustif, un guide d'entretien a été établi pour l'enquête. **Résultats :** 68 participants ont été interviewés, ils étaient dans la tranche d'âge de 25-34 ans, de sexe masculin en majorité et résidaient à Bamako. Beaucoup de participants définissaient la maladie mentale selon les signes observés. Plusieurs causes ont été alléguées à la survenue de la maladie mentale à savoir la consommation de drogue, les sciences mystiques, la possession, l'hérédité, le destin, le

*Etude des connaissances de la population urbaine de Bamako sur la maladie mentale*

traumatisme physique et psychique, les chocs émotionnels, les précarités, les comportements des femmes enceintes, les maladies somatiques et la maltraitance des enfants. Les acteurs étaient entre autres les guérisseurs traditionnels : marabout, féticheur, pasteur, etc... et les agents de santé. Les moyens de traitement dépendaient des croyances des participants. L'accompagnement social était essentiel quel que soit la voix choisie. Les souhaits des participants étaient des conseils et suggestions aux autorités : de canaliser l'accès aux drogues, prioriser la santé, l'alimentation et de faciliter le coût de la vie. Une collaboration entre les deux systèmes paraît essentielle.

**Mots clés :** Etude, connaissance, population urbaine, Bamako, maladie mentale

## Guide d'entretien

<b>Date</b>	
<b>Présentation de la recherche</b>	<p>« Salutation », je suis le Docteur Kassim S DIAKITE en fin de spécialisation en psychiatrie.          Je voudrais m'entretenir avec vous sur le sujet de mon mémoire dont le thème est « <b>Etude des connaissances de la population urbaine de Bamako sur la maladie mentale</b> ». Avec cette étude, nous voudrions comprendre la conception de la population de la maladie mentale.          Je demande votre permission d'enregistrer l'entretien, que j'écouterai et transcrirai plus tard. Pour respect de votre anonymat, vos noms n'apparaîtront nulle part dans cette étude. Les enregistrements seront détruits après la transcription          Le recueil de votre expérience ainsi que d'autres, nous permettra d'apporter des réponses aux thèmes abordés. Le temps de l'interview est estimé à 10 minutes environ.          Etes-vous d'accord ?</p>
<b>Intervenant(e)</b>	Âge, sexe, résidence, profession
<b>Thème</b>	<b>Questions</b>
<b>Définition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Selon vous qu'est-ce que la maladie mentale ?</li> </ul>
<b>Expériences</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Selon vous quelles sont les causes de la maladie mentale ?</li> <li>✓ Selon vous, comment soigne-t-on la maladie mentale ?</li> <li>✓ Si quelqu'un de votre communauté souffre de maladie mentale, vous serez amenés à recourir au service de qui pour demander un traitement en 1<sup>er</sup> lieu ?             Comment justifier les raisons qui vous motiveraient à recourir à cette ressource en 1<sup>er</sup> lieu ?</li> <li>✓ Quels sont les autres moyens de soigner la maladie mentale que vous connaissez ?</li> <li>✓ Souhaiterez-vous parler d'autres choses concernant la maladie mentale ?</li> </ul> <p><b>Je vous remercie !</b></p>

## Glossaire

**Fâ** : cela fait référence à la maladie mentale

**Fâ gagnagagna** : il s'agit de la bouffée délirante aigüe

**Kounafin** : les esprits qui ont la capacité de posséder les hommes

**Grin** : un groupe de causerie

**Agent de santé** : il s'agissait des personnels de santé, tous confondus

**Attacher** : procédé magique qui fait que la victime devient inactive sur tous les plans comme s'elle était attachée

**Kortè** : un matériel mystique, qui une fois lancé contre une personne peut le détruire. La victime présenterait des maladies, des plaies, une déficience d'une partie du corps ou déformation de son corps et peut mourir par la suite

**Hadite**: ce sont des recueils d'explication du prophète Muhammad sur des pratiques en islam

**Komo** : une société secrète qui tourne autour d'un fétiche appelé komo

**Komotigui** : le propriétaire de Komo

**Wo-cou-lon** : être invisible qui posséderait des pouvoirs surnaturels

**Danga** : la malédiction

**Dio** : fétiche

**Nia** : fétiche

**Nana** : fétiche

**Niègnini** : le fait prendre quelqu'un pour cible avec les attaques mystiques sans mettre fin à sa vie

**Djinè=djinn** : le diable (être invisible doté de pouvoirs surnaturels)

**Sahii** : terme qui signifierait la phase sévère du paludisme. Il s'agirait du neuropaludisme