

**Ministère de l'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche  
Scientifique**

**République du Mali**  
**Un Peuple – Un But – Une Foi**



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

**Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2013-2014**

**N°**

**TITRE**

**ESSAI DE MONOGRAPHIE DES SOINS INFANTILES  
TRADITIONNELS DANS LA COMMUNE II DU DISTRICT  
DE BAMAKO : CAS DE MEDINA-COURA**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le 23 /Avril/2014

**Par M. Chaka Ousmane Traoré**

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

**JURY**

**Président : Pr. Drissa Diallo**

**Membre : Dr. Kadiatou Bah Sissoko**

**Membre: Dr Yacaria Coulibaly**

**Directeur : Pr. Samba Diop**

## Dédicaces

Je dédie ce travail :

♥♥ A Allah Le Tout Puissant :

Le Tout Miséricordieux, Le Très Miséricordieux. Je me prosterne devant Ta Grandeur pour Te remercier de m'avoir comblé de Ta Grâce et de m'avoir assisté tout au long de ce voyage dans le jardin du savoir.

♥♥ A ma regrettée grande mère Djenebou Diallo :

C'est dommage que tu ne sois plus là. J'aurais fait partager la fin de ce travail avec toi, toi qui fus tout au long de ta vie comme une mère pour moi, ton soutien et ton amour ne m'ont jamais fait défaut, Ce que tu as apporté dans ma vie ne peut être compté ou mesuré. Je te dis merci. Tu me manqueras toujours, Que ton âme repose en paix Diallo Djerry .Amina

♥♥ A ma regrettée grande mère Sanassa Kanté :

Déjà un certain temps que tu nous as quittés, laissant auprès de nous un vide dont personne ne saurait pouvoir combler. Tu es resté gravés dans mon cœur. Tu as enseigné à tes enfants et petits-enfants la bonté la générosité le travail et l'amour du prochain. Que La Paix d'Allah Soit avec toi

♥♥ A tous les défunts : mes tantes Nani et Ami Coulibaly à mes grandes mères Farima Diarra Django Diallo boyon coulibaly Mastan Diakité ainsi qu'à ma regretté cousine Salimata Traore et mon oncle Barou Traore.

♥♥ A mon très cher père Ousmane Zan Traoré :

Enfin ! Dieu Est Grand et seule Son Heure est la meilleure. Permits-moi de couler une larme de bonheur pour te dire merci papa. Ton souci majeur est et demeure le bonheur et la réussite de tes enfants. Tu as compris que l'éducation est le meilleur des héritages qu'on peut donner a son enfants depuis Maréna jusqu'a a maintenant .Merci pour ce que tu as fait et tout ce que tu feras encore pour moi. Que Dieu t'Accorde santé et longévité et qu'Il m'aide à ce que je puisse accomplir pleinement mes devoirs envers toi.

### ♥♥ A ma maman Djénéba Coulibaly

Douce mère, tendre mère, Courageuse mère. Ce travail est le fruit de tes efforts, de ton amour, de tes prières et de tes encouragements. Tu as consacré le meilleur de toi-même à notre éducation et à notre réussite. Puisse Allah me Permettre de te le rendre a tes souhaits

Qu'Allah t'Accorde longue vie et une excellente santé auprès de nous,

Je t'aime.

♥♥ A mes mamans Balolo soucko Oumou Camara Tenin sitan Na traore Traore Awa diamou et mes tantes de la famille Coulibaly si aimable et si solidaire (Malou Setou Soloba) et a mes tantes Marietou et Fatou Tounkara:

Les mots me manquent pour vous faire savoir à quel point vous comptez pour moi.

Que Le Tout Puissant vous Accorde longue vie.

### ♥♥ A Mon oncle Seydou Zan Traore:

Cher oncle Fakoroba, Tes encouragements et conseils ne m'ont jamais fait défaut depuis le lycée Askia Mohamed ! Je me rends compte à combien il est difficile la gestion d'une famille a l'occurrence une grande famille. Tu as su maintenir un climat familial propice au progrès et à l'émancipation de tous les enfants.

Ce travail est tien, puisses-tu trouver l'expression de mon profond respect et de la grande admiration que j'ai pour toi. Qu'Allah t'Accorde une longue vie et une excellente santé.

### ♥♥A mon oncle Abdoulaye Coulibaly

Ce travail est tien, Très tôt, tu as cru en moi, tu m'as toujours encouragé à me surpasser.

Ton soutien tant psychologique, que matériel ne m'a jamais fait défaut, tu as été là dans les moments difficiles.

Trouve ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect

Qu'Allah t accorde une longue vie et une excellente santé

♥♥A mon oncle Broulaye Traore merci pour tes conseils et a tous mes frères de la grande famille Traore 'Fadiola' de Kita

A mon oncle Madou Keita dit Vieux.

♥♥A mon grand-père Seydou Coulibaly et a Toute la famille Coulibaly' Gumbalana' de Kita. A mes oncles maternels Sekouba, Abdou en Guinée, Dr Djoumé, Kramoko

## Remerciements

Je ne pourrai terminer ce travail sans témoigner ma reconnaissance

A ma chère patrie le Mali qui m'a permis d'étudier gratuitement depuis la première année de l'école fondamentale à Maréna Tringa cercle de yelemanie jusqu'au doctorat de médecine.

♥A toutes les mères que J'ai croisé tout au long de ce travail le plus difficile n'est pas la grossesse et l'accouchement mais le suivis de l'enfant jusqu' à ce qu'il soit autonome.

A tous les tradipraticiens plus particulièrement a ceux de l'association :

♥Saboukouloudiou et sa présidente Mata Traoré

♥Ton De PENA et son président Amadou Degoga

♥Jamajigu et son président Abou Traore

♥Kqncya-yiriwaton et son président Salif Traore

♥A Feu Fadiala Traore tradipraticien président de safeco Amina centre de traitement gratuit des enfants de 0 a 7 ans a Doumanzana près du lycée Fily Dabo tu as voulu assister a ma soutenance mais Allah en a décidé autrement Paix à ton âme

♥ Au promoteur Dr Diarra Kamatigu et à tous les personnels de la clinique choala merci pour vos encouragement le cadre de travail m'a permis de mener à bout ce travail

A tous ceux qui m'ont aidé tout au long de ce travail

♥DR Zakaria Keita, tu m'as accompagné tout au long de ce travail comme si c'était le tien. Merci Zakari.

♥A Mr Sacko cellule informatique FMOS /FAPH /USTTB

A Dr Fadiala Kamissoko, Chef division des langues nationales à la Direction Nationale de l'Education Non Formelle et des Langues Nationales

Pour la qualité de la formation en langue Bamanan et votre aide à l'amélioration de la transcription du résumé en Bamanan.

♥A mes sœurs Django et Rokia Traore toutes deux socio-anthropologues et mon frère Oussoubi Traore pour votre aide dans les enquêtes

Tenin et Fatim Sanogo

A Mr Fania Sanogo Ethnobotaniste au DMT

Dr sy Seydou Néphrologue le facilitateur

♥A Tous mes amis Dr Cissé cheick Tidiane Dr Ball Mr Lassine Doumbia Mr Ibrahim assa-  
dou Maitre Diarra Sory , Mr Issa Sy Seydou coulibaly Dr Tiam S ;Bina coulibaly

Mr Amadou cissé

♥ Les grins Alves Garcia le Transit R7 le Cyber Heros Get money

♥ A tout le corps professoral de la F.M.O.S et FAPH

Pour la qualité des cours dispensés. Que Dieu vous en Récompense.

♥ A toute la promotion Anatole Tounkara de la FMOS et mon groupe d exercice Dia thierno  
Kanté Abdoulaye sécurité Marico Bourama Tangara, Daouda Traore, sidibé soul Lassa-  
naDramé

A tous mes amis de Kayes N'di

♥A tous les étudiants de la F.M.O.S FAPH nos cadets

A tous mes voisins de Point G, Dr Coulibaly Jeannette Célestine et mari, Demba Tambou-  
ra,Ladji Maiga, Adama Dao,Touré seydou , a la famille Maiga a Mata Diarra et a ses petits-  
enfants.

A ma famille syndicale le MPU (mouvement patriotique universitaire) devenu,

PAREIN (patriote repère innovateurs).

## **Hommage aux membres du jury**

**A notre Maître et Président du jury**

**Professeur Drissa Diallo**

- **Professeur Titulaire de pharmacognosie ;**
- **Chef de Département de médicament traditionnelle de l'Institut National de Recherche en Santé Publique**
- **Responsable des cours de pharmacognosie et de phytothérapie à la faculté de pharmacie ;**
- **Professeur associé à l'Université d'Oslo (Norvège) ;**
- **Expert de l'O.M.S pour la médecine traditionnelle ;**
- **Prix Galien de la Recherche au Mali ;**
- **Chevalier de l'Ordre National du Burkina Faso.**

**Honorable Maître**

C'est pour nous un grand honneur de vous avoir à la présidence de ce jury malgré vos multiples responsabilités.

Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines votre souci du travail bien font de vous un maître estimé de tous.

En tant que chef du DMT, votre accompagnement n'a m'as jamais fait défaut tout au long de ce travail  
Trouvez ici, cher Maître, le sentiment de toute notre reconnaissance et de notre profond respect

• **A notre Maître et Membre du Jury**

•

**Docteur Yacaria Coulibaly**

- Spécialiste en chirurgie pédiatrique ;
- Maître assistant en Chirurgie Pédiatrique à la FMOS ;
- Membre de la société Africaine de chirurgie pédiatrique

—

**Cher Maître**

Vos qualités pédagogiques, votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre dynamisme font de vous un maître admiré de tous.

La sympathie, la clairvoyance et la grande humilité dont vous faites preuve font de vous une personne remarquable.

Recevez ici l'expression de notre profonde gratitude, de notre grande admiration et de notre attachement à votre égard.



– **A notre Maître et Membre du Jury**

–

**Docteur Kadiatou Bah Sissoko**

- **Spécialiste en pédiatrie**
- **Praticienne au Centre de référence de la commune II**

- **Cher maître**

Nous avons été marqués par vos qualités humaines et scientifiques, votre disponibilité, votre immense gentillesse avec les enfants et tous les personnels du CSREF CII, ont forgé votre appellation de ‘Tanti’

Vous avoir dans ce jury est un privilège pour nous.

Veillez retrouver ici cher maître, l'expression de notre admiration et notre profond respect.

– **A notre maître et Directeur de thèse**

–

**Professeur Samba Diop**

- **Maître de conférences en anthropologie médicale ;**
- **Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique publique**
- **Responsable de la section sciences humaines, sociales et éthiques du SEREFO - Centre VIH-TB FMOS et NAID ;**
- **Membre du comité d'éthique du Mali.**

**Cher Maître**

Nous tenons à vous dire toute notre reconnaissance pour avoir inspiré et accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Formateur émérite, votre générosité, votre modestie, votre rigueur et votre désir permanent de perfectionnement dans tout travail scientifique font de vous un maître exemplaire et reconnu de tous.

La rencontre avec les Tradipraticiens a été la plus belle des rencontres dans ma vie d'étudiant en médecine

Merci professeur! Soyez assuré ici de l'expression de notre sincère reconnaissance.

## Tables des matières

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Introduction .....</b>   | <b>1</b>  |
| 1.1. <i>Énoncé du problème .....</i>   | 3         |
| 1.1.1. <i>Réglementation et manque de normes éthiques: .....</i>                                       | 3         |
| 1.1.2. <i>Innocuité, efficacité et qualité : .....</i>   | 4         |
| 1.1.3. <i>Diversité internationale : .....</i>   | 4         |
| 1.1.4. <i>Connaissance et viabilité : .....</i>  | 4         |
| <b>2. Cadre théorique.....</b>   | <b>5</b>  |
| 2.1. <i>Description et situation sanitaire des enfants de 0 à 3 ans : .....</i>                        | 5         |
| 2.1.1. <i>Description de l'enfance de 0 à 3 ans .....</i>  | 5         |
| 2.2. <i>Situation sanitaire des enfants et aperçu général de certaines affections infantiles .....</i> | 9         |
| 2.3. <i>La politique de santé du Mali.....</i>   | 13        |
| 2.4. <i>Systèmes de santé et Médecine traditionnelle .....</i>   | 15        |
| 2.4.1. <i>Une médecine traditionnelle reconnue et intégrée aux systèmes de santé : .....</i>           | 15        |
| 2.4.2. <i>Une MT reconnue, mais non intégrée aux systèmes de santé .....</i>                           | 15        |
| 2.4.3. <i>Une médecine traditionnelle tolérée: .....</i>   | 16        |
| 2.5. <i>La médecine traditionnelle .....</i>   | 17        |
| 2.5.1. <i>Définition .....</i>   | 17        |
| 2.5.2. <i>Les représentations de la santé et de la maladie chez le subsaharien [17] .....</i>          | 17        |
| 2.5.3. <i>Les origines du savoir médical traditionnel: .....</i>                                       | 19        |
| 2.5.4. <i>Différences entre la médecine traditionnelle et conventionnelle .....</i>                    | 21        |
| 2.5.5. <i>Les acteurs de la médecine traditionnelle africaine: .....</i>                               | 22        |
| 2.5.6. <i>Département de médecine traditionnelle et les associations de tradipraticiens .....</i>      | 25        |
| 2.5.7. <i>Champ d'action de la médecine Traditionnelle:[4].....</i>                                    | 28        |
| 2.5.8. <i>Situation actuelle et perspective de la médecine Traditionnelle .....</i>                    | 30        |
| 2.6. <i>Justification de l'étude:.....</i>   | 31        |
| 2.6.1. <i>Hypothèse .....</i>  | 32        |
| 2.6.2. <i>Objectifs .....</i>  | 32        |
| <b>3. Démarche Méthodologique .....</b>  | <b>33</b> |
| 3.1. <i>Cadre de l'étude:.....</i>   | 33        |
| 3.1.1. <i>Présentation du Mali:[22] .....</i>  | 33        |
| 3.1.2. <i>2-Présentation de Bamako .....</i>   | 35        |
| 3.1.3. <i>Présentation de la Commune II [23] .....</i>   | 35        |
| 3.1.4. <i>Présentation du quartier de Médina-coura [24].....</i>                                       | 42        |
| 3.2. <i>Type et période d'étude:.....</i>  | 46        |
| 3.2.1. <i>Type d'étude : .....</i>   | 46        |
| 3.2.2. <i>Période d'étude : .....</i>  | 46        |
| 3.3. <i>Population d'étude : .....</i>   | 46        |
| 3.4. <i>Échantillonnage : .....</i>  | 46        |
| 3.5. <i>Critères d'inclusion:.....</i>   | 46        |
| 3.6. <i>Les critères de non inclusion: .....</i>   | 46        |
| 3.7. <i>Considérations éthiques : .....</i>  | 47        |

|           |   |            |
|-----------|---|------------|
| 3.8.      | <i>Les stratégies d'étude:</i> .....  | 48         |
| 3.8.1.    | Recueil de données auprès des tradipraticiens :.....  | 48         |
| 3.8.2.    | Recueil de données auprès des mères des enfants :.....  | 48         |
| 3.8.3.    | Collecte, saisie et analyse des données :.....  | 48         |
| <b>4.</b> | <b>Résultats:</b> .....   | <b>49</b>  |
| 4.1.      | <i>Les Caractéristiques socio démocratiques des mères et les Tradipraticiens de enfants</i> .....   | 49         |
| 4.2.      | <i>Mères et enfants face à la médecine traditionnelle :</i> .....   | 50         |
| 4.3.      | <i>Les tradipraticiens :</i> .....  | 60         |
| 4.3.1.    | Formation des tradipraticiens :.....  | 60         |
| 4.3.2.    | Les Compétences des tradipraticiens : .....   | 61         |
| 4.3.3.    | Les méthodes thérapeutiques des tradipraticiens : .....   | 63         |
| 4.4.      | <i>La collaboration entre les deux médecines chez l'enfant</i> .....  | 64         |
| <b>5.</b> | <b>Discussions :</b> .....  | <b>71</b>  |
| <b>6.</b> | <b>Conclusion:</b> .....  | <b>80</b>  |
| <b>7-</b> | <b>Suggestions :</b> .....  | <b>81</b>  |
| <b>7.</b> | <b>Références</b> .....   | <b>83</b>  |
| <b>8.</b> | <b>Annexes</b> .....  | <b>86</b>  |
|           | <b>Annexes 1 : Quelque plantes citées dans nos recettes chez les enfants et cadre de travail des associations des tradipraticiens</b> ..... | <b>86</b>  |
|           | <b>Annexes 2 : Les pathologies infantiles</b> .....   | <b>88</b>  |
|           | <b>Annexes 3 : Questionnaire</b> .....  | <b>95</b>  |
|           | <b>Annexe 4 : Certificats de formation en éthique de la recherche</b> .....   | <b>102</b> |
|           | <b>Annexe 5 : Fiche signalétique</b> .....  | <b>105</b> |
|           | <b>Annexe 6 : Serment D'Hippocrate</b> .....  | <b>111</b> |

## Liste des sigles et abréviations

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>ASACOME:</b>  | Association de santé communautaire de médina-coura                                |
| <b>CHU:</b>      | Centre hospitalier universitaire  |
| <b>CSCOM :</b>   | Centre de santé communautaire   |
| <b>CSLP:</b>     | Cadre stratégique pour la lutte contre la pauvreté                                |
| <b>CSREF:</b>    | Centre de santé de référence  |
| <b>DMT :</b>     | Département médecine traditionnelle   |
| <b>DNSI :</b>    | Direction nationale de la statistique et de l'informatique                        |
| <b>EPH:</b>      | Etablissement public hospitalier  |
| <b>F et M :</b>  | Féminin et masculin   |
| <b>FEMATH :</b>  | Fédération malienne de thérapeutes traditionnels et herboristes                   |
| <b>INPMT:</b>    | Institut national de phytothérapie et médecine traditionnelle.                    |
| <b>INRPTMT:</b>  | Institut national de recherche sur la pharmacopée et la médecine traditionnelles  |
| <b>INRSP :</b>   | Institut national de recherche en santé publique                                  |
| <b>IRA :</b>     | Infections respiratoires aiguës   |
| <b>MS :</b>      | Ministère de la santé   |
| <b>MT :</b>      | Médecine traditionnelle   |
| <b>MTA :</b>     | Médicament traditionnel amélioré  |
| <b>OMD :</b>     | Objectif du millénaire pour le développement                                      |
| <b>OMS :</b>     | Organisation mondiale de la santé   |
| <b>OOAS:</b>     | Organisation ouest africaine de la santé  |
| <b>PCIME:</b>    | Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant                                 |
| <b>PDDSS:</b>    | Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS)                        |
| <b>PMA:</b>      | paquet minimum d'activité   |
| <b>PRODESS :</b> | Programme de développement sanitaire et social " dont la première phase           |
| <b>RCI:</b>      | République de la Côte d'Ivoire  |
| <b>TP:</b>       | Tradipraticien  |
| <b>UA:</b>       | Union africaine   |
| <b>UNICEF:</b>   | United Nations children's Emergency Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) |

## Liste des tableaux

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Tableau I Calendrier vaccinal des enfants de 0 à 11 mois au Mali -----</b>  | <b>6</b>  |
| <b>Tableau II : Principales causes de mortalité chez l'enfant de moins de 5 ans dans le monde [13] -----</b>   | <b>9</b>  |
| <b>Tableau III: Comparaison entre la médecine traditionnelle et conventionnelle [18] -----</b>   | <b>21</b> |
| <b>Tableau IV : Répartition de la population par quartier par sexe et des concessions par ménage -----</b>   | <b>38</b> |
| <b>Tableau V : Les structures de santé de la commune II -----</b>  | <b>39</b> |
| <b>Tableau VI : Quelques indicateurs de santé de la commune II: -----</b>  | <b>39</b> |
| <b>Tableau VII: Estimation du taux de fréquentation, du coût moyen de traitement et du nombre d'adhérents des associations de MT de la commune II -----</b>      | <b>40</b> |
| <b>Tableau VIII : Répartition selon les caractéristiques sociodémographiques -----</b>   | <b>49</b> |
| <b>Tableau IX Répartition selon l'Appartenance religieuse et recours soins traditionnels -----</b>   | <b>50</b> |
| <b>Tableau X:Le recours aux soins traditionnels et le niveau d'instruction -----</b>   | <b>50</b> |
| <b>Tableau XI : le Répartition selon la Profession et le recours aux soins traditionnels -----</b>   | <b>51</b> |
| <b>Tableau XII : Répartition des enfants selon la période des premiers soins traditionnels -</b>   | <b>52</b> |
| <b>Tableau XIII: Répartition selon le niveau d'instruction et la Fréquence d'utilisation des soins traditionnels -----</b>                                       | <b>52</b> |
| <b>Tableau XIV: Répartition des enfants en fonction du motif de recours aux soins traditionnels chez l'enfants :-----</b>  | <b>53</b> |
| <b>Tableau XV : Répartition des enfants en fonction du prescripteur des soins Traditionnels: -----</b>   | <b>53</b> |
| <b>Tableau XVI : Répartition tranche d'âge et la fréquence d'utilisation des soins traditionnels -----</b>   | <b>54</b> |
| <b>Tableau XVII : Répartition des enfants selon la maladie de recours -----</b>  | <b>54</b> |
| <i>Voir la signification probable en médecine moderne et le traitement traditionnel correspondant à ce tableau dans le Tableau XVIII et les annexes 4. -----</i> | <b>54</b> |
| <b>Tableau XIX : Répartition selon l'ordre d'utilisation de la médecine traditionnelle -----</b>   | <b>55</b> |
| <b>Tableau XX : Répartition des enfants selon la référence vers la médecine traditionnelle</b>   | <b>55</b> |
| <b>Tableau XXI : Répartition des enfants selon la référence vers la médecine moderne -----</b>   | <b>55</b> |
| <b>Tableau XXII : Répartition des enfants selon la nature des soins reçus -----</b>  | <b>56</b> |
| <b>Tableau XXIII : Répartition des enfants selon les méthodes de diagnostics préférées des tradipraticiens -----</b>   | <b>56</b> |
| <b>Tableau XXIV : Répartition des enfants selon le cout moyen d'un traitement -----</b>  | <b>57</b> |
| <b>Tableau XXV : Répartition des enfants selon la durée moyen du traitement -----</b>  | <b>57</b> |
| <b>Tableau XXVI: Répartition des mamans selon leurs appréciations sur la qualité des soins traditionnels -----</b>   | <b>58</b> |
| <b>Tableau XXVII: Répartition des enfants selon l'utilisation des amulettes -----</b>  | <b>58</b> |
| <b>Tableau XXVIII : Niveau d'étude et connaissance des MTA -----</b>   | <b>58</b> |
| <b>Tableau XXIX : Répartition des mères selon leurs avis sur l'implantation d'une unité de MT au niveau du CSCOM -----</b>                                       | <b>59</b> |
| <b>Tableau XXX: Comparaison des deux médecines par les mères des enfants -----</b>   | <b>59</b> |
| <b>Tableau XXXI: Répartition des tradipraticiens selon la spécialité -----</b>   | <b>61</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Tableau XXXII: Répartition des tradipraticiens selon l'exercice d'une autre fonction supplémentaire -----</b>                          | <b>61</b> |
| <b>Tableau XXXIII: Répartition des Tradipraticiens selon la référence vers la médecine moderne -----</b>                                  | <b>64</b> |
| <b>Tableau XXXIV: Répartition des tradipraticiens selon la référence des ASM-----</b>   | <b>65</b> |
| <b>Tableau XXXV: Répartition des tradipraticiens sur du DMT ou du programme nationale de la promotion de médecine traditionnelle-----</b> | <b>66</b> |
| <b>Tableau XXXVI: Les recettes recueillies auprès des tradipraticiens-----</b>  | <b>67</b> |
| <b>Tableau XXXVII : Liste des plantes entrant dans la composition des différentes recettes--</b>  | <b>68</b> |
| <b>Tableau XXXVIII: Nom, Adresse contact et consultation journalier des Tradipraticiens de notre étude-----</b>                           | <b>69</b> |

## Liste des figures

|  |    |
|--|----|
| Figure 1 : Carte du Mali -----   | 34 |
| Figure 2 : Carte de la commune II. Du district de Bamako -----   | 41 |
| Figure 3 : Carte de Médine-coura-----  | 45 |
| Figure 4: Répartition des enfants en fonction du sexe. -----   | 51 |
| Figure 5: Répartition des tradipraticiens selon le sexe -----  | 60 |
| Figure 6: Répartition des tradipraticiens selon le coût des traitements -----                                  | 62 |
| Figure 7 : Répartition selon le nombre de consultations journalières des tradipraticiens -                     | 62 |
| Figure 8: Répartition des tradipraticiens selon leurs appartenances a une association de tradipraticiens ----- | 65 |
| Figure 9: Répartition des tradipraticiens selon le recours aux tests sur la plante-----                        | 66 |
| Figure 10 : Images de quelque plantes citées dans nos recettes chez les enfants. -----                         | 86 |
| Figure 11 : Cadre de travail des associations des tradipraticiens.-----  | 87 |



## Glossaire

### Vocabulaire bamanan

| <b>Bambara</b> | <b>Equivalent Français</b> | <b>Comme dans :</b> | <b>Traduction française</b> |
|----------------|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| <b>a</b>       | <b>amitié</b>              | <b>araba</b>        | mercredi                    |
| <b>b</b>       | <b>biscuit</b>             | <b>bana</b>         | maladie                     |
| <b>C</b>       | <b>tchèque</b>             | <b>ciibaa</b>       | envoyé                      |
| <b>d</b>       | <b>don</b>                 | <b>dege</b>         | apprendre                   |
| <b>e</b>       | <b>élève</b>               | <b>kelen</b>        | un                          |
| <b>ε</b>       | <b>mètre</b>               | <b>herε</b>         | bonheur                     |
| <b>f</b>       | <b>feu</b>                 | <b>fa</b>           | folie, père                 |
| <b>g</b>       | <b>langue</b>              | <b>gwa</b>          | foyer                       |
| <b>h</b>       | <b>héros</b>               | <b>hakili</b>       | mémoire                     |
| <b>i</b>       | <b>idée</b>                | <b>miri</b>         | pensée                      |
| <b>j</b>       | <b>dj</b>                  | <b>jama</b>         | foule                       |
| <b>k</b>       | <b>kati</b>                | <b>kan</b>          | cou                         |
| <b>l</b>       | <b>lait</b>                | <b>laban</b>        | fin                         |
| <b>m</b>       | <b>mesure</b>              | <b>muso</b>         | femme                       |
| <b>n</b>       | <b>nez</b>                 | <b>nimisa</b>       | regret                      |
| <b>x</b>       | <b>besogne</b>             | <b>xangili</b>      | sanction                    |
| <b>η</b>       | <b>ng</b>                  | <b>ηana</b>         | rusé                        |
| <b>o</b>       | <b>rose</b>                | <b>bolo</b>         | bras                        |
| <b>Ɔ</b>       | <b>crosse</b>              | <b>tɔro</b>         | ennui                       |
| <b>p</b>       | <b>peu</b>                 | <b>palan</b>        | seau                        |
| <b>r</b>       | <b>ré (roulé)</b>          | <b>arajo</b>        | radio                       |
| <b>s</b>       | <b>soif</b>                | <b>sen</b>          | pied                        |
| <b>t</b>       | <b>têtu</b>                | <b>tarata</b>       | mardi                       |
| <b>u</b>       | <b>douleur</b>             | <b>tukuci</b>       | vaccination                 |
| <b>w</b>       | <b>ouate</b>               | <b>wari</b>         | argent                      |
| <b>y</b>       | <b>yeux</b>                | <b>yerεta</b>       | indépendance                |

### *Sons vocaliques*

#### **Dafalen**

(Voyelles brèves)

**a:** ba

**e:** ce

**ɛ:** kɛ

**i:** si

**o:** ko

**ɔ:** kɔ

**U:** ku

#### **Nunnadafalen**

(Voyelles nasales)

**an :** ban

**en:** sen

**ɛn:** kɛn

**in:** sin

**on:** kon

**ɔn:** dɔn

**un:** kun

#### **Dafalensamanen**

(Voyelles longues)

**aa :** baara

**ee:** seere

**ɛɛ:** fɛɛre

**ii:** miiri

**oo:** boolo

**ɔɔ:** tɔɔro

**uu:** duuru

***Quelque pathologie infantile en Bamanan-et correspondant en français :***

**Sumaya:**hyperthermie-paludisme- fièvre typhoïde.

**Kɔnɔbɔli:** syndromes diarrhéiques-syndromes dysentériques accompagnant ou pas la dentition.

**Kolobɔ:**Troubles liées à la dentition (hyperthermie vomissement diarrhée etc.)

**Leminqnpɔ-Kotikɛ-kononajeli:**Les mycoses (candidose buccogénitale, dermique fessières du nourrisson , candidose du nourrisson etc.)

**Finfini:** indigestion du nouveau-né (-ballonnement du nouveau-né-infection néonatale).

**Sɔgɔ-sɔgɔ:** toux-grippe.

**N'guna:** effondrement de la fontanelle dû à la déshydratation

**Kɔnɔ:**convulsion fébrile

**Mimi-kanabagani:**angines-amygdalites.

**Fasani :** hypotrophie.

**Fasa:**amaigrissement

**Taama:** marche^

**Mugu :** hyperesthésie cutanée, courbature (signe de méningite en général)

**Daboli:** sevrage

**Sumuni:** furonculose

**Kono :** consultations fébrile

**Kasi:** pleurs

## 1. Introduction

L'introduction et la diffusion de la médecine moderne a dans beaucoup de cas, rencontré l'adhésion des populations, du fait de sa relative efficacité, cependant le recours aux pratiques thérapeutiques traditionnelles demeure très fréquent dans la société africaine en particulier chez les enfants. [1] l'OMS estime que 80% de la population africaine a toujours recours à la médecine traditionnelle en matière de soins de santé primaires (OMS, 2001) [2]. Cette proportion est encore plus élevée chez les enfants, une étude sur des enfants hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHU de Cocody Abidjan(RCI) a montré que 100% des enfants ont reçu des soins traditionnels soit avant ou de manière juxtaposée à la médecine moderne aux cours de leur hospitalisation [3]

La médecine traditionnelle africaine est une médecine globale, intégrée dont les traitements sont « cosmophytosocio-psychothérapeutiques » elle explore tous les secteurs de la vie.

Cette médecine est basée sur la culture négro-africaine. Elle tire très souvent sa force dans la fidélité à la tradition, quoique d'autres facteurs comme la difficulté d'accès aux soins médicaux, le coût élevé des médicaments, le bas niveau socio-économique viennent également favoriser le recours aux soins traditionnels. La démarche thérapeutique traditionnelle ne relève pas de façon exclusive de pratiques ésotériques. Pour un certain nombre de maladies, il existe une véritable pharmacopée basée sur des substances végétales, animales ou minérales et qui administrées de façon totalement « profane » agissent avec une réelle efficacité. [4]

L'OMS estime que 25 % des médicaments modernes sont préparés à base de plantes qui ont au départ été utilisées traditionnellement [2] C'est pourquoi depuis 1978 à Alma-Ata dans « objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 » il a été demandé de faire recours, à l'échelon local, aux personnels de santé ainsi qu'aux praticiens traditionnels s'il y a lieu ; tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité [5]

Depuis le 21 février 2003, l'OMS Afrique a institué, chaque 31 août, la « Journée africaine de la médecine traditionnelle », suite à l'adoption en l'an 2000 de la résolution « Promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : stratégie de la région africaine ». Cette résolution s'inscrit elle-même dans le plan d'action de la décennie de la médecine traditionnelle (2001-2010) qui a été décidé lors du Sommet des chefs d'État africains et de gouvernement de l'Union Africaine tenu en juillet 2001 à Lusaka (Zambie) [6].

En 1920, le premier recueil “soudanais” des recettes médicinales, a été élaboré par Dominique Traoré. Après l’indépendance, les autorités du Mali, animées par la volonté de valoriser la médecine traditionnelle ont créé en 1968 l’Institut national de phytothérapie et médecine traditionnelle (INPMT).

Plus tard, c’est-à-dire en 1973, cette structure devient, l’Institut national de recherche sur la Pharmacopée et la médecine traditionnelle (INRPTMT), Avec comme mission l’étude des plantes médicinales et tout autre produit ou procédé utilisé dans la médecine traditionnelle. Avec la création de l’Office malien de Pharmacie en 1981 l’INRPMT devint Division Médecine Traditionnelle(DMT) au sein de cet ensemble. La division médecine traditionnelle(DMT) est rattachée à l’Institut national de recherche en santé publique(INRSP) en 1986 et actuellement est un département du même Institut.

Le Département médecine traditionnelle (DMT) est un centre collaborateur de l’OMS en matière de médecine traditionnelle depuis 1981. [7].

C’est en 2005 que fut adoptée la politique nationale de la médecine traditionnelle afin de contribuer à l’amélioration de l’état de santé des populations et au développement humain durable par l’utilisation rationnelle des ressources de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle [8]Notre étude se propose de voir en détails les soins traditionnels chez les enfants de 0 à3 ansa Medina-coura dans la commune II du district de Bamako

## 1.1. Énoncé du problème

La médecine traditionnelle est utilisée depuis des millénaires dans certaines communautés. Elle se caractérise le plus souvent par une large variété de pratiques divergentes auxquelles il manque un cadre légal et médical solide qui pourrait prévenir les déviations et abus aux conséquences potentiellement dangereuses pour les patients en particulier pour les petits enfants

Les problèmes inhérents à cette médecine sont entre autres:[9]

### 1.1.1. *Réglementation et manque de normes éthiques:*

La médecine traditionnelle et/ou la médecine complémentaire ou alternative se développent dans grand nombre des pays, prenant plus d'importance non seulement sur le plan sanitaire, mais aussi sur le plan économique. Cette situation ne doit toutefois pas nous faire oublier les difficultés inhérentes à cette pratique qui se caractérise, dans un bon nombre des pays, par un manque de réglementation, d'évaluation, de contrôle, de formation, et en particulier une absence de normes éthiques qui puissent l'encadrer. Les pratiques médicales traditionnelles mettent au défi une façon de combiner la diversité culturelle et le respect des cultures individuelles avec les obligations médicales et les principes éthiques universellement acceptés tels que le consentement, l'égalité et la dignité. Par exemple, lorsqu'une affection est considérée comme un phénomène surnaturel qui doit être diagnostiqué et traité uniquement par des moyens surnaturels, le patient est directement privé de ses chances de recevoir des soins médicaux appropriés : il/elle n'est pas en mesure de rejeter la réponse culturelle à son mal sans violer des tabous ou menacer son identité sociale ou religieuse ou son statut. On touche ici aux principes d'autonomie et de responsabilité individuelle du patient, évoqués dans la déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme. Cette situation implique notamment d'identifier le stade à partir duquel les croyances et les traditions peuvent mettre le patient en danger ou lui nuire, et créer les conditions de sa vulnérabilité.

### 1.1.2. Innocuité, efficacité et qualité :

On dispose de peu de données scientifiques résultant de tests effectués pour évaluer l'innocuité et l'efficacité des produits de la médecine traditionnelle surtout chez les enfants. Il y a une difficulté :

- ✓ à évaluer la toxicité à long terme.
- ✓ -évaluer la formation et le savoir du praticien.
- ✓ - évaluer les effets secondaires, surtout quand il s'agit de dosages non adéquats de plantes médicinales
- ✓ - standardiser les dosages, les principes actifs pouvant varier suivant l'environnement (nature du sol, climat), le moment de la journée, de l'année où se déroulent la cueillette, la partie de la plante utilisée, etc.

S'il semble bien que l'acupuncture, certaines plantes médicinales et certaines thérapies manuelles (massages par exemple) soient efficaces contre certaines affections, les produits et pratiques doivent faire l'objet d'études plus approfondies. Les exigences et les méthodes de recherche et d'évaluation sont complexes. Il peut par exemple s'avérer difficile d'évaluer la qualité de produits finis à base de plantes. Leur innocuité, leur efficacité et leur qualité dépendent de la qualité des matières premières dont ils sont tirés (qui peuvent parfois être composées de centaines de constituants) et de la manière dont les éléments sont manipulés pendant le processus de production.

### 1.1.3. Diversité internationale :

L'adoption des pratiques de la médecine traditionnelle dans différentes cultures et régions s'est faite sans que ne progressent en parallèle les normes et méthodes d'évaluations internationales.

### 1.1.4. Connaissance et viabilité :

Les éléments de plantes servant de base aux produits sont prélevés sur des populations de plantes sauvages vivantes et de plantes médicinales cultivées. Le marché des produits à base de plantes, en pleine expansion, pourrait entraîner une surexploitation des plantes et menacer la biodiversité. Des pratiques de collecte et de culture mal gérées pourraient provoquer l'extinction d'espèces végétales menacées et la destruction de ressources naturelles [9].

## 2. Cadre théorique

### 2.1. Description et situation sanitaire des enfants de 0 à 3 ans :

L'enfance de 0-3 ans est une période importante de développement de l'enfant sur le plan immunitaire, physique, psychosocial. Cette période est marquée par les troubles fonctionnels (digestifs, sphinctériens, respiratoires etc.) qui sont très souvent assimilables des pathologies. La période de la petite enfance très sensible marque le début de l'être vers la socialisation et elle est différemment vécue selon l'appartenance sociale (culturelle économique et éducationnelle)

#### 2.1.1. Description de l'enfance de 0 à 3 ans

##### 2.1.1.1. Description du système immunitaire : [10]

Quand le bébé naît, il possède des anticorps qui lui ont été transmis par sa maman.

Le nouveau-né doit rapidement s'adapter à l'environnement bactérien qui l'entoure. Pas d'inquiétude, le bébé est plus que prêt, d'ailleurs, il possède beaucoup plus de lymphocytes qu'un adulte.

La nature est bien faite, l'organisme comprend vite qu'il va devoir se défendre. Malgré tout, le bébé possède un système immunitaire immature. « C'est comme s'il avait une voiture, mais qu'il ne savait pas conduire ! ». Il lui faudra rencontrer des bactéries pour qu'il sache y répondre correctement. Son système immunitaire peut parfois être trop réceptif à certaines bactéries. C'est pour cette raison qu'un nourrisson a souvent des épisodes de fièvre. Cela veut dire que son système immunitaire marche correctement. Mais un déficit immunitaire peut provoquer des infections sévères.

Allaitement maternel favorise le transfert d'IGA qui permet aux bébés de se protéger des infections digestives et respiratoires.

C'est pourquoi l'OMS recommande allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois

Une bonne alimentation permet de « booster » l'immunité de l'enfant, à l'inverse, quand celle-ci est mauvaise, le système immunitaire n'est pas au top.

La vaccination est un moyen efficace de renforcement de l'immunité elle confère une protection quasi absolue contre de nombreuses infections chez les enfants elle est effective à travers

Le Programme élargi de vaccination (PEV) qui a été lancé par l'Organisation mondiale de la santé en 1974 dans le but de rendre les vaccins accessibles à tous les enfants dans le monde de 0 à 11 mois

Dix ans après la création du PEV, en 1984, l'OMS a établi un calendrier standard de vaccination pour les premiers vaccins du PEV :



- le BCG (bacille de Calmette et Guérin),
- le DTCoq (diphtérie, tétanos, coqueluche),
- le vaccin oral contre la poliomyélite, et le
- vaccin contre la rougeole.

Au Mali les antigènes actuellement administrés dans le cadre de la vaccination de routine comprennent : BCG, Pentavalent (DTCoq-Hep B + Hib), Polio Oral, Anti-rougeoleux, Antiamaril, pour les enfants de 0 à 11 mois et le vaccin antitétanique pour les femmes en âge de procréer ainsi que récemment les vaccins contre les rota virus et le vaccin anti-pneumococcique.

**Tableau I Calendrier vaccinal des enfants de 0 à 11 mois au Mali**

| Vaccins                               | Age            |
|---------------------------------------|----------------|
| BCG et VOP zéro                       | A la naissance |
| Penta1, VPO1, pneumo1 et Rotavirus1   | 6 semaines     |
| Penta2, VPO2, Pneumo2 et Rotavirus2   | 10 semaines    |
| Penta3, Vpo3, Pneumo3 et Rota virus 3 | 14 semaines    |
| VAR-VAA                               | 9 mois         |

### 2.1.1.2. *Développement psychomoteur de l'enfant: [11]*

Le développement psychomoteur de l'enfant est l'ensemble des progrès accomplis par l'enfant sur le plan psychique (intelligence, langage, affectif) et moteur (mouvement du corps et des membres). Ces deux phénomènes évoluent parallèlement.

Le développement psychomoteur est étroitement lié à la *maturation cérébrale*, à la *qualité des échanges affectifs avec l'entourage humain* et à la *stimulation de l'environnement*.

Il se fait par *stades ou étapes* se succédant toujours dans le *même ordre*.

*Exemple*: l'enfant s'assoit, marche à quatre pattes puis se met debout et marche seul

Le développement du contrôle musculaire se fait de la tête au pied et du centre du corps vers la périphérie.

*Exemple* : l'enfant tient sa tête avant de s'asseoir; l'enfant contrôle son bras, puis sa main, puis ses doigts.

Chaque enfant a un rythme de développement qui lui est propre.

#### ***Quelques étapes du développement psychomoteur***

##### ✓ **Nouveau-né 0-28 jours**

Est caractérisé par une hypotonie axiale et une hypertonie des membres. La présence de réflexes archaïques Il dort 21 / 24 heures par jours et communique par des cris

##### ✓ **Trois mois**

Il tient la tête, suit des yeux, sourit, joue avec ses mains (stade du « regard de la main »), sur le ventre « il nage ». Il fait des vocalises. Préhension au contact.

##### ✓ **Six mois**

*A plat ventre* : « **il fait le phoque** » et « **il fait l'avion** ».

*Sur le dos* : enlève la serviette placée sur son visage.

Il peut se tenir assis avec un minimum de soutien de la part de l'adulte.

Il aime être debout « **c'est le stade du sauteur** » et *porter ses pieds à sa bouche*. Il roule sur le dos, se retourne seul. La préhension est volontaire, palmaire et globale.

Il prononce des syllabes non répétées : pa- ba- ma- da... ; reconnaît les visages familiers.

##### ✓ **Neuf mois**

L'enfant « **rampe** » puis va « **à quatre pattes** ». Tient debout avec appui. Préhension fine entre le pouce et l'index. Peut boire de lui-même dans une tasse.

Dit « PAPA- MAMA- TATA. » Il aime jeter les objets ; recherche un objet disparu.

Il s'angoisse quand sa mère sort. Il comprend le mot « non ».

✓ 12 MOIS

C'est le début de la marche. Peut se baisser pour ramasser un jouet, donne un objet qu'on lui demande et dit quelques mots. Joue avec l'adulte, fait des mimiques, du charme, essaie d'imiter certains gestes. Exprime ses émotions.

✓ 18 MOIS

Monte les escaliers seul, mange seul, participe à l'habillage, tourne les pages d'un livre, trace des traits sur papier ; peut nommer l'image qu'on lui montre. A un vocabulaire d'une douzaine de mots. Dit « non ». Joue à la balle ou à la poupée.

✓ 21 MOIS

Fait du tricycle, saute à 2 pieds, monte et descend les escaliers, court sans tomber, dit « je » aime écouter des histoires ou de la musique. Il a une centaine de mots et commence à faire des phrases. Exécute des ordres simples. Porte des habits simples. Peut-être propre le jour.

***QUELQUES REPERES***

- ✓ Sourire relationnel : 2 mois
- ✓ Tenue stable de la tête : 3 mois
- ✓ Préhension : cubito-palmaire : 4-6 mois
- ✓ Préhension Pouce- index : 9 mois
- ✓ Station assise sans appui : 8- 9 mois
- ✓ Station debout : avec appui : 9-10 mois
- ✓ Station debout Sans appui : 1 an
- ✓ Marche sans appui : 12 mois

## 2.2. Situation sanitaire des enfants et aperçu général de certaines affections infantiles

Un rapport annuel du Groupe inter-organisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile (UN-IGME) montre que, en 2011, quelque 6,9 millions d'enfants sont morts avant d'avoir cinq ans, alors qu'ils étaient environ 12 millions dans ce cas en 1990. Les taux de mortalité de l'enfant ont diminué dans toutes les régions du monde au cours des deux dernières décennies. Le taux de mortalité des enfants moins de cinq ans au niveau mondial est passé de 87 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 51 décès pour 1000 naissances vivantes en 2011. Mais le rythme de baisse reste insuffisant pour réduire de deux tiers, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, entre 1990 et 2015, conformément à la cible fixée par les OMD (objectifs du millénaire pour le développement). Au Mali, ce taux de mortalité était de 176 décès pour 1000 chez les enfants de moins de 5 ans en 2011 [12].

La petite enfance reste une période de fragilité immunitaire. Plus des deux tiers de ces décès sont dus à des maladies pouvant être évitées ou traitées au moyen d'interventions simples et peu coûteuses. La pneumonie, les complications des naissances prématurées, la diarrhée, l'asphyxie à la naissance et le paludisme sont les principales causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. En Afrique subsaharienne, la probabilité qu'un enfant meure avant l'âge de 5 ans est 16,5 fois plus grande que dans les pays à revenu élevé.

**Tableau II : Principales causes de mortalité chez l'enfant de moins de 5 ans dans le monde [13]**

| Causes de mortalité                      | Pourcentage |
|--|-------------|
| Pneumonie                                | 18          |
| Complications des naissances prématurées | 14          |
| Diarrhée                                 | 11          |
| Asphyxie à la naissance                  | 9           |
| Paludisme                                | 7           |
| Autres affections                        | 41          |

Les infections respiratoires aiguës: Elles sont actuellement classées comme la première cause de mortalité chez les enfants de moins de 15 ans.

La pneumonie à elle seule représente 13% des décès chez les enfants. Elle est associée aux autres pathologies comme de la grippe, des broncho-pneumopathies

**La pneumonie** : se définit comme une infection respiratoire aiguë affectant les poumons. Ceux-ci sont constitués d'alvéoles qui se remplissent d'air quand une personne en bonne santé respire. En cas de pneumonie, les alvéoles sont remplies de pus ou de liquide, ce qui rend la respiration douloureuse et limite l'absorption d'oxygène.

La pneumonie est la première cause de mortalité chez l'enfant dans le monde. On estime qu'elle tue chaque année 1,1 million d'enfants de moins de 5 ans, soit 18% des décès dans ce groupe d'âge à l'échelle mondiale. Elle affecte les enfants et les familles partout dans le monde, mais sa prévalence est la plus forte en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne.

Elle représente la quatrième cause de mortalité infantile au Mali. Les enfants peuvent être protégés grâce à des interventions simples et soignés par des médicaments et des soins peu coûteux.

La pneumonie est causée par un certain nombre d'agents infectieux, bactéries, virus ou champignons.

Les plus courants sont les suivants:

- *Streptococcus pneumoniae* – l'agent pathogène le plus souvent à l'origine de la pneumonie bactérienne chez l'enfant;
- *Haemophilus influenzae type b* (Hib) – la deuxième bactérie la plus courante à l'origine de pneumonies;
- Le virus respiratoire syncytial est l'agent pathogène le plus fréquent en cas de pneumonie virale.
- *Pneumocystis jirovecii* est une cause majeure de pneumonie chez l'enfant de moins de six mois infecté par le VIH/sida. Il est responsable d'au moins un quart des décès chez les nourrissons séropositifs.

Les vaccins contre le Hib, le pneumocoque, la rougeole et la coqueluche sont le moyen le plus efficace de prévention de la pneumonie.

**Les maladies diarrhéiques :** La diarrhée est définie par au moins trois émissions de selles molles ou liquides dans une journée (ou des selles plus fréquentes que ce qui est habituel pour le sujet atteint). Des émissions fréquentes de selles bien moulées ne sont pas une diarrhée, pas plus que des selles molles, «pâteuses», pour des nourrissons allaités au sein.

La diarrhée est la deuxième cause de mortalité chez l'enfant de moins de cinq ans. Il y a environ 1,7 milliard de cas de diarrhée chaque année dans le monde et elle est à l'origine de 760 000 décès d'enfants par an. Elle peut durer plusieurs jours, déshydratant l'organisme et le privant des sels minéraux nécessaires pour la survie. Dans la plupart des cas de décès, les sujets meurent en fait de déshydratation sévère par pertes hydriques. Ce sont les enfants en état de malnutrition ou d'immunodépression qui sont le plus exposés au risque de diarrhées engageant le pronostic vital.

**Le paludisme:** est une maladie épidémio-endémique grave due à cinq espèces plasmodiales, (faliparum, ovale, vivax, malariae, knowlesi), responsables d'une érythrocytopathie fébrile.

L'OMS estime qu'un enfant meurt du paludisme toutes les 60 secondes, les enfants de moins de cinq ans représentent l'un des groupes les plus vulnérables touchés par le paludisme. Il y a eu environ 660 000 décès imputables au paludisme dans le monde en 2010, et 86% de ce total concernaient des enfants de moins de cinq ans.

Le paludisme constituait la première cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans au Mali en 2012, sa prévalence est passée de 38 % en 2010 à 52 % en 2012-2013 (EDSV) au même moment la prévalence était de 10% à Bamako et 71% dans la région de Mopti probablement due à l'arrivée massive des déplacés de la guerre du nord vers les régions du sud du pays notamment Mopti et aussi à la très longue et inhabituelle saison de fortes pluies en 2012.

**La malnutrition** : désigne un état pathologique causé par la déficience ou l'excès d'un ou plusieurs nutriments. La malnutrition intervient dans plus de la moitié des décès d'enfants, bien qu'elle soit rarement citée comme une cause directe. Pour de nombreux enfants, le manque d'accès à la nourriture n'est pas la seule cause de malnutrition.

Les mauvaises pratiques alimentaires et les infections, voire l'association des deux, participent également au phénomène. Les infections, notamment les diarrhées persistantes ou fréquentes, les pneumonies, la rougeole et le paludisme, compromettent l'état nutritionnel. Les mauvaises habitudes alimentaires, allaitement inadapté, le fait de ne pas donner les bons aliments ou de ne pas veiller à ce que l'enfant en absorbe suffisamment, contribuent aussi à la malnutrition.

En 2012, près de 17 millions d'enfants dans le monde souffraient d'émaciation sévère, 162 millions d'enfants de moins de 5 ans présentaient un retard de croissance et 99 millions une insuffisance pondérale

Au Mali 38% des enfants souffrent de malnutrition chronique dont 19% de malnutrition sévère (EDS V). La plus faible prévalence de la malnutrition chronique est celle du district de Bamako avec 21% contre 47% dans la région de Mopti

Cette malnutrition peut être classée selon Waterlow en malnutrition modérée et sévère.

Une malnutrition modérée se traduit simplement par une croissance médiocre, alors que les formes les plus graves se traduisent par le kwashiorkor (accompagné d'œdèmes) et le marasme nutritionnel (amaigrissement majeur), qui sont souvent mortelles.

### 2.3. La politique de santé du Mali

Le Mali a souscrit à plusieurs politiques universelles de santé. Il s'agit de la Santé pour Tous (1977), la Stratégie des Soins de Santé primaires (Alma-Ata 1978), le Scénario du Développement en 3 phases (Lusaka 1985), l'Initiative de Bamako (Bamako, 1987).

La Santé pour Tous au 21<sup>ème</sup> siècle (Genève 1998)

Les OMD(les objectifs du millénaire pour le développement).

Aussi, les secteurs médical et pharmaceutique ont été libéralisés pour permettre l'exercice privé dans les années 1980.

La politique de santé actuelle du Mali, énoncée dans la déclaration de politique sectorielle de santé en 1990 et de la population en 1991 est basée sur la décentralisation du recours aux soins et la participation communautaire qui sont axées sur les stratégies des soins de santé primaires et les principes de l'initiative de Bamako.

Ses objectifs généraux sont :

- ✓ l'extension de la couverture sanitaire
- ✓ l'accès aux médicaments pour toutes les couches de la population

Cette politique de santé est mise en œuvre à travers un plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) qui fut adopté en 1998 (1998-2007).

La mise en œuvre opérationnelle du PDDSS s'effectue à travers un programme le PRODESS « programme de développement sanitaire et social » dont la première phase (PRODESS I) s'est achevée le 1er janvier 2005. Nous sommes aujourd'hui dans la deuxième phase de ce programme (PRODESSII) prolongé. Cette deuxième phase est fortement inspirée des orientations du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) adopté en 2002 et ce cadre constitue l'unique référence des politiques et stratégies de développement du Mali à moyen terme.



❖ Le système sanitaire malien a trois niveaux de prise en charge:

- ✓ *le niveau central:* avec ses 5 EPH (**Point“G”, Gabriel TOURE, IOTA, CHU-OS, Hôpital du Mali) et l’hôpital mère enfant** qui constituent la 3ème référence ;
- ✓ *le niveau intermédiaire:* constitué de 7 EPH (Kayes, Kati, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao) assurent la 2ème référence ;
- ✓ *le niveau opérationnel avec ses 2 échelons qui sont :*

- *Le premier échelon : comprenait 1.086 CSCOM fonctionnels en 2011, Offre le Paquet Minimum d’Activités (PMA) de même que les structures de santé parapubliques (INPS), confessionnelles, services de santé des armées, dispensaires et autres établissements de santé privés. Les données de certaines ONG sont agrégées avec celles des Cscm. Le PMA comprend: les soins curatifs, préventifs (santé de la reproduction, survie de l’enfant, vaccination) et promotionnels.*

- *Le deuxième échelon ou première référence : est constitué de 60 centres de santé de référence (CSREF). Il assure la prise en charge de la référence venant du premier échelon. [14].*

## 2.4. Systèmes de santé et Médecine traditionnelle

Selon sa participation aux systèmes de santé, la médecine traditionnelle se trouve intégrée, incluse ou tolérée au système [15].

### 2.4.1. Une médecine traditionnelle reconnue et intégrée aux systèmes de santé :

Dans un certain nombre de pays, la médecine traditionnelle et complémentaire est reconnue et intégrée au système de santé et participe à l'offre des soins. Très peu de pays peuvent être considérés comme ayant atteint ce niveau : la Chine, la République populaire démocratique de Corée et le Vietnam.

### 2.4.2. Une MT reconnue, mais non intégrée aux systèmes de santé

Certains pays reconnaissent la médecine traditionnelle et complémentaire, mais elles ne sont pas complètement intégrées au système de santé (offre de soins, éducation, formation, réglementation). Parmi ces pays se trouvent la Guinée Équatoriale, le Nigeria et le Mali, de même que le Canada et le Royaume-Uni. Au Mali il y a des cabinets de soins traditionnels officiellement reconnus, le pays fait figure de pionnier dans la reconnaissance de la médecine traditionnelle, en plus d'un département dédié uniquement à la médecine traditionnelle (DMT) qui a déjà mis sur le marché sept MTA disponibles partout, dans les officines, d'une grande fédération FEMATH (fédération malienne de thérapeutes traditionnels et herboristes) regroupant de nombreuses associations de tradipraticiens, et aussi le pays dispose d'une politique nationale de la médecine traditionnelle adoptée en 2005 par les autorités dont l'objectif est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations et au développement humain durable par l'utilisation rationnelle des ressources de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle.

### 2.4.3. Une médecine traditionnelle tolérée:

Dans un grand nombre de pays où le système de santé est basé sur la médecine conventionnelle, la pratique traditionnelle est tolérée. Malgré cela, elle est tout de même largement ignorée dans certains pays. Il serait nécessaire que les pays reconnaissent l'importance du lien entre l'histoire et la pratique médicale des communautés autochtones, car la médecine traditionnelle, aussi variée soit-elle dans ses manifestations techniques, se base toujours sur les croyances et les expériences autochtones. Afin de pouvoir intégrer la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé, il faudrait d'abord que le savoir et les thérapeutes traditionnels soient reconnus. Cela suppose la mise en place de normes afin de contrôler la commercialisation des produits et pallier le manque de ressources dans le secteur de la recherche et de la formation. La création de centres de et d'étude sur la médecine traditionnelle serait un moyen important d'avancer vers la reconnaissance de cette pratique et leur permettre de cohabiter avec la médecine conventionnelle, dans un système unique de santé. En Afrique par exemple, du fait de son importance, l'Union africaine a institué la Décennie de la Médecine traditionnelle en Afrique (2001–2010) en la reconnaissant comme « le système de soins de santé le plus abordable et le plus accessible pour la majorité des populations rurales africaines » Cette démarche a pour objectif d'associer tous les acteurs afin de « mettre à la disposition de la vaste majorité du peuple africain des pratiques médicales et des plantes médicinales traditionnelles sûres, efficaces, abordables et de grande qualité ».

## 2.5. La médecine traditionnelle

### 2.5.1. Définition

La médecine traditionnelle très ancienne. est la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales. [2].

D'autres considèrent que c'est une « médecine fondée sur les croyances et pratiques culturelles, transmises de génération en génération. Elle comprend des rites mystiques et magiques, la phytothérapie et d'autres traitements qui ne peuvent pas être expliqués par la médecine moderne ».

Dans certains pays ou régions du monde, les appellations médecine parallèle, alternative ou douce sont synonymes de médecine traditionnelle. Elles se rapportent alors à un vaste ensemble de pratiques de soins de santé qui n'appartiennent pas à la tradition du pays et ne sont pas intégrées dans le système de santé dominant. C'est le cas de l'Australie, de l'Europe et de l'Amérique du Nord

Actuellement le nombre de tradipraticiens est impressionnant tant ils sont nombreux. On estime même que le ratio moyen des tradipraticiens, en Afrique, par rapport à la population est de 1/200, tandis que celui des médecins est de 1/25.000[16].

### 2.5.2. Les représentations de la santé et de la maladie chez le subsaharien [17]

L'homme dans le concept africain est un organisme vivant de rapports sociaux, cosmiques et spirituels. Il est composé d'éléments intégrés à chacun de ces trois ordres.

L'homme est un "TOUT" en rapport avec tout ce qui est terrestre, extraterrestre et cosmologique. C'est un être créé par Dieu pour vivre en harmonie avec le monde visible et invisible avec l'obligation quasi sacrée de connaître et de respecter les lois de ce monde et de la société dans laquelle il vit. Il doit par principe respecter cet univers bien structuré et bien hiérarchisé pour son propre bonheur. La santé est définie dans la tradition comme un équilibre proportionnel qualitatif et quantitatif entre les différents éléments de l'Homme et entre l'Homme et toutes les composantes de la communauté dans laquelle il réside ; entre l'Homme et ses relations verticales qui vont depuis l'ancêtre fondateur, jusqu'aux descendance futures.

Le concept africain de la maladie n'est pas original ; on le retrouve dans la nuit des temps, dans les sociétés humaines avant et après l'ère chrétienne. C'est un concept fondé essentiellement sur la sensibilité et la pensée des Anciens intimement imprégnés d'animisme.

En milieu africain, la maladie ne résulte pas d'un simple dérèglement d'organe, d'un ou de plusieurs systèmes du corps humain.

Elle est un déséquilibre qualitatif, quantitatif et proportionnel, entre les différentes composantes de l'Homme.

#### *La maladie en tant que sanction:*

La transgression d'une loi sociale et le dérèglement de l'environnement visible et invisible entraînent automatiquement la rupture de l'équilibre antérieur. La maladie intervient alors comme une sanction à l'encontre de l'auteur de la perturbation. Plus le désordre est grand, plus grande sera la sanction.

La maladie est alors vécue comme un châtement. Il faut souligner que dans certains cas, le malade ne fait qu'expier une faute dont l'auteur est l'un de ses ascendants plus ou moins lointains.

#### *La maladie en tant que résultat d'une agression par autrui:*

Dans ce cas, la victime est la cible d'un être jaloux, envieux, celui qu'on appelle le "sorcier" et qui jette un mauvais sort à celui-là qui jouit d'une réussite familiale ou sociale. En effet les esprits malfaisants de la nature peuvent être disciplinés et utilisés par des hommes à des fins personnelles. Ceci est la spécialité du sorcier, cet homme méchant aux connaissances occultes ; il est le jeteur de sorts. Il rend malade par envoûtement et peut manger l'âme de ses victimes et provoquer la mort.

### *La maladie en tant que message d'élection:*

Les manifestations de l'affection prennent la forme d'un syndrome psychiatrique. Le génie rend fou celui qu'il a choisi comme son porte-parole, son prêtre, et qui refuse de se plier à sa volonté. Il l'habite, la torture et en fait un possédé qui n'aura de vie normale que s'il voue son existence au service de ce dieu devenu désormais son maître.

Ainsi conçue, débordant largement les cadres étiologiques de la médecine moderne (MM), ou s'en différenciant nettement, la maladie n'a pas d'existence en soi dans la mesure où son origine est surnaturelle.

En effet elle est bien souvent la conséquence d'un acte premier, la manifestation d'une volonté initiale. C'est précisément le fait des forces surnaturelles (esprits ou génies) et des sorciers. On peut donc dire qu'il existe dans la conscience de l'Africain la notion de maladie contingente, c'est-à-dire, une maladie d'origine surnaturelle, de cause occulte et la notion de maladie autonome ou maladie naturelle. Souvent la plupart des maladies qui entraînent la mort de façon inexplicée ou bien soudaine sont considérées comme des affections contingentes qui, pour des raisons multiples, n'ont pu être transformées en maladies autonomes. Par contre, le Noir admet l'existence de maladies naturelles ou d'emblée autonomes ; parmi celles-ci il range en particulier les affections graves qui tuent à cause de l'incompétence du guérisseur ou du médecin moderne ou des caractéristiques propres aux affections en question.

#### 2.5.3. Les origines du savoir médical traditionnel:

Les documents de l'antiquité sur les civilisations mésopotamiennes et de l'Égypte pharaonique attestent de l'existence manifeste des fondements d'une véritable médecine scientifique. Les connaissances qui figurent sur les documents écrits découverts par les archéologues auraient été révélées aux hommes par des dieux ou par des personnages légendaires dépêchés par eux, demi-dieux ou prophètes, les transmissions se produisant au travers de rêves ou de trances extatiques. Ainsi donc, l'origine du savoir médical traditionnel et les acteurs de cette médecine impliquent des révélations venant du monde des esprits. Cette perception des choses se confirme parfaitement dans nos sociétés africaines traditionnelles.

Pour les hommes de ces époques antiques, l'Univers est un tout intégré composé d'un monde visible et d'un monde invisible. L'harmonie et l'ordre règnent dans cet univers régi par des lois, des règles de vie possédant un statut d'invulnérabilité. Leur transgression par l'homme appelle ipso facto une sanction qui est la maladie sous toutes ses formes. Il faut donc absolument respecter l'ordre naturel des choses.

Le caractère rigoureux d'une telle discipline qui, à la pratique, s'avère difficile à respecter de façon stricte compte tenu de la faiblesse de la nature humaine a créé le besoin d'un recours à des hommes spéciaux. Ceux-ci sont censés avoir le don d'entrer en communion avec les esprits et les dieux qui régulent le fonctionnement normal de l'Univers.

Ce sont des prêtres-médecins, des voyants, des incantateurs à même de diagnostiquer l'origine surnaturelle d'un trouble pathologique, d'intercéder favorablement auprès du dieu irrité par le comportement de l'humain et de réparer par des procédures appropriées le mal occasionné par le coupable.

Ces prêtres-médecins élus des dieux ou des esprits ont le pouvoir de neutraliser les sorciers ou esprits humains mauvais qui, pour des raisons diverses, attentent à la vie des autres. Ils psalmodient des formules magiques en même temps qu'ils administrent les remèdes. Les plantes étaient au centre de leurs pratiques thérapeutiques dans leur dimension physique. Aussi en usaient-ils après l'opération de réparation du mal ou la neutralisation de l'esprit malfaisant, pour soulager ou guérir le malade.

On constate donc que la pratique de la médecine traditionnelle (MT), vécue de nos jours, remonte aux temps anciens où la médecine associait le surnaturel au naturel. Le surnaturel reposait sur la croyance en un monde de dieux, d'esprits, où les maladies prennent racine et d'où viennent des messages de connaissances et de soins aux malades. Le naturel est constitué par les moyens matériels, c'est-à-dire les plantes qui avec la bienveillance des esprits, étaient identifiées comme une source thérapeutique naturelle des maladies.

Les documents de l'antiquité et les progrès scientifiques des premières ères chrétiennes permettent de comprendre comment la médecine, basée au départ sur des données surnaturelles et des données naturelles a évolué à travers l'histoire pour devenir une médecine où le mysticisme a cédé le pas à la rationalité, la tradition ou l'empirisme à la science [17]

#### 2.5.4. Différences entre la médecine traditionnelle et conventionnelle

**Tableau III: Comparaison entre la médecine traditionnelle et conventionnelle [18]**

|                          | Médecine traditionnelle   | Médecine Moderne ou allopathique   |
|--------------------------|---|--|
| Origine                  | Depuis la nuit du temps, l'homme fait face à la maladie en créant un ensemble de procédures ancrées dans la culture et la société | Elle se développe à partir du XIXe siècle et prend son envol au siècle suivant   |
| Fondement                | Elle est basée sur un faisceau de connaissances populaires accumulées au cours de l'histoire                                      | Elle est basée sur des preuves scientifiques   |
| Méthodes de Traitement   | Très variées : herbes médicinales, manipulations, méthodes spirituelles   | Centrées surtout sur la technologie, le médicament et la chirurgie   |
| Approche                 | Holistique : corps et âme, préventive et intégrée à la culture, à la famille et au groupe social                                  | Fragmentaire : le corps, l'âme, l'homme social et culturel sont dissociés. Le corps est fragmenté en organe                                |
| Rapport praticien-malade | La relation est bonne, car le malade est considéré comme un être qui souffre et qui fait souffrir son corps social                | Impersonnel, car les médecins 'intéresse surtout aux symptômes, aux signes, aux examens biologiques et radiologiques et non à la personne. |
| Soins                    | Souvent continus avec des rites qui suivent les étapes de la vie  | Sporadiques, pendant la crise ou la maladie  |
| Accès                    | Faciles, les tradipraticiens sont répartis sur tout le territoire national  | Difficiles, les médecins sont concentrés dans les villes   |
| Acceptation              | Dans presque toute les couches de la population   | Il existe certaines réticences de la population à adopter certains soins (vaccination, médicaments)  |
| Couverture               | Presque tout le pays  | Limitée  |
| Coût                     | En espèce ou nature, les coûts des consultations et thérapeutiques sont souvent à la portée de tous                               | Souvent prohibitif pour les plus démunis   |
| Distance Culturelle      | Inserée dans la culture des Peuples   | Quelques fois éloignée   |

Les différences entre les deux médecines sont plutôt des atouts qui doivent les amener à une complémentarité, voire une synergie au bénéfice des populations, sans pour autant ignorer les risques que peuvent faire courir certaines pratiques dangereuses ou la méconnaissance des produits employés. Cependant, leurs divers contextes philosophiques et culturels font toujours obstacle à la compréhension et au respect mutuel, ce qui peut expliquer le peu d'empressement pour le lancement d'actions soutenant l'usage de la médecine traditionnelle. Nombreux sont les pays qui négligent le potentiel de la médecine traditionnelle d'améliorer la santé et les services sanitaires, et son rôle possible dans le développement économique et social.



### 2.5.5. Les acteurs de la médecine traditionnelle africaine:

La MT est un domaine pluridisciplinaire et plurisectoriel. On peut classer ses acteurs en trois groupes [17].

#### 2.5.5.1. *Les tradipraticiens de la santé*

Ils peuvent avoir plusieurs compétences, on distingue

##### *Les phytothérapeutes*

Ils utilisent uniquement les vertus préventives et curatives des plantes pour soigner les maladies. Ils sont nombreux en milieu rural et l'on peut même affirmer que dans les familles africaines, les grands-mères ont la connaissance des plantes qui guérissent les maladies de leur progéniture

##### *Les psychothérapeutes*

Leurs techniques sont basées sur le vécu socioculturel du malade et sur la relation entre le TP et le malade. Ils utilisent la puissance du verbe et les incantations. Ils peuvent provoquer des chocs psychologiques libérateurs dans le mental du malade afin de rétablir l'harmonie et la santé du corps et de l'esprit.

##### *Les naturothérapeutes*

Il s'agit d'une catégorie de spécialistes disposant de méthodes basées sur l'hygiène, la nutrition, le régime alimentaire et le choix approprié des aliments en fonction de l'état de santé. En fait ces spécialistes se rencontrent beaucoup plus dans les pays du Nord où la formation est assurée sur des données scientifiques. Leur présence en Afrique est récente.

##### *Les spécialistes des thérapies manuelles*

Ils donnent des soins avec les mains nues ou armées d'instruments spécifiques. Ce sont des spécialistes des massages et des manipulations du corps visant à guérir les parties malades.

### Les spiritualistes

Dans ce groupe on identifie des acteurs spéciaux des troubles humains ; certains ont la faculté de poser le diagnostic métaphysique des affections, ils sont des ritualistes, des devins, des spiritistes, des voyants, des occultistes et des féticheurs. D'autres se distinguent de ce groupe en ce sens qu'ils ont recours uniquement à des prières pour le rétablissement de la santé du malade ; on y trouve les religieux (prêtres, prophètes et marabouts). Enfin les sorciers, cités à tort parmi les TP de santé, sont des êtres humains doués de puissance surnaturelle qui agissent dans le sens de la nuisance de leurs semblables, mus par un instinct de jalousie, de méchanceté et de cruauté.

### Les herboristes

Ils connaissent les usages des substances médicinales d'origine essentiellement végétale et assurent leur vente à ceux qui en ont besoin.

### Les médico-droguistes

Ils connaissent les usages des substances médicinales d'origine végétale, animale et minérale, et en assurent la vente à ceux qui les recherchent. On peut y classer les vendeuses de médicaments traditionnels sur les marchés.

### Les accoucheuses traditionnelles

Elles procèdent aux accouchements, et prodiguent à la mère et au bébé, des soins traditionnels qui sont reconnus et en vigueur dans leur collectivité.

### Les guérisseurs

Ce sont des thérapeutes traditionnels qui traitent par des méthodes extra médicales. Ils sont capables de diagnostiquer les affections et de prescrire les plantes médicinales appropriées.

Ils acquièrent leur pouvoir par initiation et par transmission. Exemple: guérisseurs pédiatrique ne s'occupant généralement que des enfants.

### Les rebouteux

Ils guérissent par des procédés empiriques les luxations, les fractures, les entorses et les douleurs articulaires.

### 2.5.5.2. *Les chercheurs en médecine traditionnelle et pharmacopée africaine*

Ce sont les scientifiques et les chercheurs de différentes facultés, et instituts (Sciences, Médecine, Pharmacie, Institut National de Santé Publique).

Dans les facultés littéraires, juridiques et économiques, certains chercheurs se spécialisent dans le domaine de la MT : des sociologues, des ethnosociologies, des anthropologues, des juristes, des économistes.

Il faut noter aussi que certains TP font des recherches privées, enrichissant ainsi le nombre de leurs recettes thérapeutiques.

Au Mali les chercheurs du département de la médecine traditionnelle de l'INRSP (institut national de la recherche en santé publique) sont très actifs dans la recherche avec des nombreuses publications et la mise sur le marché de sept MTA (médicament traditionnel amélioré)

### 2.5.5.3. *Les partenaires de la médecine traditionnelle*

De nombreuses personnes, tant en Afrique qu'en Europe, s'intéressent à la MT : ce sont des financiers, des spécialistes de médias, des hommes et femmes de culture.

De même des organisations internationales et non gouvernementales apportent leur soutien au développement de la MT.

Au Mali les partenaires de la MT sont entre autres : l'OMS, le Fond Environnemental Mondial, Banque Mondiale (Programme savoirs locaux), Coopération Suisse, Terra Nuova, Coopération Décentralisée (Italie), Antenna technologies (Suisse) ; ONG Aidemet, GTZ Christian-aide, le Group Pivot Santé et Population, université d'Oslo (Norvege), d'Ottawa (Canada), de Toulouse, de Montpellier (France), Cheick anta Diop (Senegal) ; la FEMATH les Associations des Thérapeutes de Kolokani, Bamako, Ségou, Bandiagara, Kadiolo l'INRSP, à travers le DMTetc.[14].

Le premier partenaire de la médecine traditionnelle au Mali est l'INRSP à travers son département de la médecine traditionnelle(DMT).

## 2.5.6. Département de médecine traditionnelle et les associations de tradipraticiens

### 2.5.6.1. Département de médecine traditionnelle [7]

Le Département Médecine Traditionnelle est la structure technique du Ministère de la Santé chargé de la valorisation des ressources de la médecine traditionnelle. Il a essentiellement deux objectifs :

- ✓ Organiser le système de Médecine Traditionnelle pour assurer sa complémentarité avec la médecine conventionnelle ;
- ✓ Fabriquer des médicaments efficaces ayant un coût relativement bas et dont l'innocuité est assurée.

La valorisation des ressources de la médecine traditionnelle a été une préoccupation des autorités du Mali dès l'aube des indépendances. Seule méthode de soins avant la colonisation, la médecine traditionnelle a connu ensuite une période de clandestinité suivie d'une période de promotion. Cette période de promotion a vu la création de multiples instituts de recherches dans les différents pays africains. C'est ainsi qu'au Mali fut créé en 1968 l'Institut de Phytothérapie qui deviendra successivement :

1973 Institut National de Recherche sur la Pharmacopée et la Médecine Traditionnelles (INRPMT) avec pour mission l'étude des plantes médicinales et tout autre produit ou procédé utilisé dans la médecine traditionnelle. L'INRPMT était placé sous l'autorité du Ministre chargé de la Santé Publique.

1981, avec la création de l'Office Malien de Pharmacie l'INRPMT devint Division Médecine Traditionnelle au sein de cet ensemble.

1986 la Division Médecine Traditionnelle est rattachée à l'Institut National de Recherche en Santé Publique et actuellement un Département du même Institut.

Le Département Médecine Traditionnelle (DMT) est un centre collaborateur de l'OMS en matière de médecine traditionnelle depuis 1981.

Le DMT est chargé des activités de recherche médicale et pharmaceutique dans les domaines de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles, de l'élaboration de la pharmacopée et des formulaires thérapeutiques de médecine traditionnelle, de la production des Médicaments Traditionnels Améliorés et de la promotion de la médecine traditionnelle (Décret n° 168/PG-RM du 29/05/1986 et Loi n° 93-014 du 11/02/1993).

En vue de promouvoir la médecine traditionnelle et les MTA le gouvernement du Mali a adopté certains textes réglementaires fixant les conditions d'ouverture et des règles d'organisation et de fonctionnement des cabinets privés de consultation et de soins traditionnels d'herboristeries et d'unités de productions des MTA par le décret N 94-282/P-RM du 15 août 1994 et l'arrêté n 95-1319/MSS-PA du 22 juin 1995

#### 2.5.6.2. *Les associations de tradipraticiens*

A côté de la médecine moderne il existe une médecine traditionnelle très active et visible à travers la FEMATH (fédération malienne de tradithérapeutes et herboristes) et ses associations affiliées, les cabinets et les herboristes présents dans tous les marchés de la commune.

Il existe quatre associations de Tradipraticiens dans la commune II toutes affiliées à la FMATH (sise à médina-coura): Ce sont :

**Keneya-yiriwaton:** est la plus ancienne et la plus organisée des associations de tradipraticiens Elle a un récépissé depuis le 28 Novembre 1993 et elle a acquis son propre siège en 1998 sise à Missira

L'association compte aujourd'hui 225 membres actifs dont 223 tradipraticiens généralistes un rebouteux (tradipraticien traumatologue) et un tradipraticien ophtalmologue.

L'association possède un champ de culture de quatre hectares, clôturé dans la forêt de Tienfala à Sala avec un puits à grand diamètre, une motopompe et un gardien de surveillance pour la culture des plantes qui se raréfient à cause de l'exploitation abusive des hommes

L'association possède aussi un moulin; une machine à faire les sirops (rota à vapeur) une moto Yamaha deux magasins de stockage avec des lits métalliques (les plantes sont séchées à l'ombre)

L'association fournit régulièrement des rapports d'activités au DRS (Direction régionale de la sante) à la FEMATH à la Mairie de la commune II au CSREF de la commune II et à certains partenaires (ONG).

Les membres de l'association ont suivis plusieurs formations dont récemment des formations sur la circoncision le diabète le PFLA (pneumonie franche lobaire aiguë) épilepsie, les maladies de la prostate.

Chaque année elle organise la SIMTA (semaine internationale de la médecine traditionnelle africaine).

Les maladies les plus rencontrées par les tradithérapeutes de l'association Keneya-yiriwaton et ceux des autres associations sont entre autres : *le paludisme, l'ulcère d'estomac, l'hémorroïde, les hépatites (Hbs positif) confirmées les IST, les fractures, la tension, la toux, l'impuissance sexuelle, les prostatites, l'épilepsie, la diarrhée, les maux de ventre, la stérilité, le VIH/SIDA.*

**Saboukouloudiou:** Sise au pied de la colline de point G derrière le nouveau marché de Médine. Avec plus de 212 membres actifs essentiellement des tradipraticiens généralistes a tendance en gynécologique et pédiatrique.

Ils sont moins organisés et ont un site en plein air au pied de la colline de point G exposé au risque l'avalanche de cailloux.

**Ton de Pena:** crée en mars 2003, le premier agrément d'un membre de l'association date du 25 novembre 2005 sous N 0178

Sise à Missira derrière l'école fondamentale elle compte 203 membres actifs et ont aussi un champ de culture de un hectare derrière Kati.

Elle participe à toutes les activités de la FEMATH.

**Jamajigue:** sise au nouveau marché de Médine le siège a été construit avec l'appui de l'ONG TERRA NOVA. Elle compte plus de 200 membres actifs

Les tradipraticiens regroupés en associations avaient comme problèmes :

- analphabétisme des membres,
- manque d'infrastructures (place) et de moyens,
- lieu d'approvisionnement de plus en plus éloigné,
- disparition de certaines espèces de plantes,
- insuffisance / déficit de communication entre les deux médecines.

### 2.5.7. Champ d'action de la médecine Traditionnelle:[4]

La Médecine traditionnelle Africaine comprend : la Médecine préventive et la Médecine curative.

#### 2.5.7.1. *La médecine préventive :*

Elle comprend elle-même trois parties :

L'hygiène, le respect des tabous et la prévention par immunisation.

#### L'hygiène:

Elle ne s'appelle pas ici peur du microbe, mais hygiène naturelle et vitale. Elle utilise les facteurs naturels de la santé (l'air, l'eau, le feu etc.). Les tradipraticiens savent que certaines maladies relèvent de la malpropreté. Une attention particulière était déjà portée aux soins corporels tant chez la femme que chez l'homme.

#### Le respect des Tabous :

Il fait partie à la fois de la médecine traditionnelle et de l'éducation socioreligieuse. Il y a des interdits simples sans conséquences graves et des tabous ayant valeur de lois sociales, mystiques, magico religieuses, dont parfois la transgression peut entraîner des menaces de mort. Il s'agit ici d'interdiction de tuer, ou d'avoir des relations sexuelles avec un consanguin. de boire des eaux stagnantes.

#### L'immunisation:

Il existe une immunisation avec la maladie la plus répandue, immunisation par recherche de contamination. On s'ingénie à contaminer son enfant avant l'adolescence, ce qui lui permettra plus tard de soigner ses propres enfants.

Les nombreuses scarifications ne sont ni plus, ni moins que des vaccinations. Les produits utilisés préviennent parfois plusieurs maladies. Il existe des « Vaccins » contre les morsures des serpents. L'immunisation recouvre beaucoup de domaines.

Ainsi on distingue l'immunisation contre : l'ensorcellement, l'envoûtement, les morsures de serpents, toute mort non naturelle (coup de fusil, d'arme blanche, mort par accident traumatique, par empoisonnement etc.)»

### 2.5.7.2. *La médecine traditionnelle curative.*

Elle peut se subdiviser en trois parties. Le diagnostic nous invite à noter une autre particularité qui est la distinction d'une part en maladie naturelle (c'est-à-dire expression de la volonté de Dieu) et d'autre part en maladie non naturelle (Manifestation de l'agression d'un tiers esprit ou homme) et enfin la maladie par transgression *des tabous*).

#### *La première partie : une maladie naturelle*

Peut-être bénigne mais elle peut aussi amener à la mort.

Elle est l'expression du destin des hommes qui naissent et doivent mourir. Elle peut aussi se compliquer et devenir une affection naturelle par l'action et la nuisance.

Quand elle n'est pas encore celle qui, selon le créateur doit emporter le malade, elle est habituellement le diagnostic facile de mono-symptomatique ou mono-syndromique et de guérison habituelle prévisible et inéluctable. Chez les enfants, les maladies naturelles sont encore plus définies et par conséquent mieux connues. La médecine traditionnelle en prévoit la période, la durée, en rassemble les symptômes pour un diagnostic précis et une thérapeutique souvent à dominance de pharmacologie (phytothérapie).

#### *La deuxième partie : la maladie non naturelle,*

C'est celle qui est causée par la nuisance d'un tiers souvent un sorcier anthropophage ou un initié jeteur de sort. Ce sont des affections compliquées, changeantes sur le plan symptomatique dont le traitement ruineux nécessite parfois de longs voyages à la recherche d'un vrai guérisseur capable d'affronter le sorcier ou le devin initié avec toute la menace et le risque que comporte pour lui cette tentative de guérir le malade.

#### *La troisième partie : les maladies par transgression*

Nous n'y insisterons pas trop. Il existe des tabous dont la transgression entraîne des maladies graves tant pour le sujet que pour la collectivité. Dans ce cas, il pourrait s'agir d'une épidémie, ou d'une calamité naturelle secondaire à un inceste, ou à une divulgation de secret de sociétés secrètes etc. Nous n'insisterons pas non plus sur le traitement et les tabous à observer une fois le diagnostic positif d'une maladie établie. Nous dirons seulement qu'ils dépendent de la nature de la maladie. Seuls les tradipraticiens pourront, ici, pour chaque cas apporter les précisions nécessaires qui ne seront pas alors les vagues affirmations livrées par le savoir social et proclamées par certains intellectuels chercheurs en mal de célébrité ou de recettes traditionnelles.



### 2.5.8. Situation actuelle et perspective de la médecine Traditionnelle

En dépit des avancées scientifiques faites par la médecine moderne, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que 80% de la population africaine a toujours recours à la médecine traditionnelle en matière de soins de santé primaires (OMS, 2001) [6]. Au Ghana, au Mali, au Nigeria et en Zambie, pour 60 % des enfants atteints de forte fièvre due au paludisme le traitement de première intention fait appel aux plantes médicinales administrées à domicile.

Par ailleurs de plus en plus de personnes font recours à la médecine traditionnelle et/ou alternative. En outre les médecines traditionnelles constituent aussi un recours ou un complément dans le cas de maladies chroniques, débilitantes ou incurables.

De nos jours, on estime que plus de 25 % des médicaments modernes sont préparés à base de plantes qui ont au départ été utilisées traditionnellement (OMS, 2003). Plus de deux tiers des espèces de plantes au monde ont une valeur médicinale.

Le marché mondial des plantes médicinales est en rapide expansion et représente actuellement plus de 60 milliards de dollars des États-Unis par an. Cet accroissement de la demande mérite d'être analysé et étudié avec sérieux afin de proposer des mesures adéquates dans l'objectif d'assurer l'efficacité et l'innocuité des pratiques. L'absence de normes ou la mauvaise utilisation des procédures, des pratiques et des médicaments traditionnels peuvent avoir des effets nuisibles ou dangereux pour la santé.

Par exemple, en Belgique, environ 70 personnes ont dû subir une transplantation ou une dialyse rénale pour une fibrose rénale interstitielle après avoir pris une préparation fabriquée à partir d'une espèce de plante erronée, dans l'objectif de perdre du poids [19].

Le développement du marché des plantes pose des problèmes sur le plan de la biodiversité en raison du pillage des matières premières nécessaires à la fabrication des médicaments ou d'autres produits sanitaires naturels.

Un autre problème majeur est le renouveau de l'intérêt des firmes commerciales pour les plantes médicinales est constitué par les tentatives de privatisation et d'exclusivité par le biais de brevets de dérivés de plantes séculairement connues. L'exemple du neem ou margousier illustre parfaitement ce risque de bio-piratage : une plante dont les vertus fongicides étaient connues depuis au moins 2000 ans en Inde, a d'abord fait l'objet d'un dépôt de brevet auprès de l'Office Européen des Brevets, avant qu'une procédure d'une durée de 5 ans n'aboutisse à l'annulation du brevet au motif de l'antériorité des savoirs [9].

## 2.6. Justification de l'étude:

Les soins traditionnels largement utilisés en Afrique souffraient de négligence ; L'OMS estime que 80,% de la population africaine continu à recourir à la médecine traditionnelle. Cette proportion est encore plus élevée chez les enfants. Konan A en 2010[3] a trouvé que 100% des enfants hospitalisé au CHU de Coccody ont bénéficié de soins traditionnels.

Parallèlement à ce contexte le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans au Mali en 1990 était de 257 décès pour 1000 naissances, en 2011 le taux est descendu à 176 décès pour 1000 naissances., Quant au taux de mortalité infantiles il était de 140 décès pour 1000 naissances en 1990 au Mali, ce taux est descendu à 106.49 décès pour 1000naissances en 2013 malgré cette baisse sensible le taux de mortalité infantile au Mali restait l'un des plus élevé en Afrique et dans monde car au même moment le taux de mortalité infantile était «au Botswana et 53.93‰ au Sénégal, de 3.34‰ en France, 9.9%.

Malgré le regain d'intérêt que les pays notamment africains affichent pour la santé néonatale et infantile, les experts font observer que le quatrième objectif du millénaire pour le développement (OMD4), visant à réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5 ans en 2015, ne sera atteint que si les décès néonataux sont réduits de 50%.» [20].

Malgré la baisse des différents indicateurs de mortalité des enfants, au Mali, le pays reste toujours l'un des pays où la mortalité infantiles est la plus élevée au monde. C'est pourquoi les stratégies et les indicateurs retenus dans le PRODESSII tiennent compte des engagements pris par le gouvernement malien dans le cadre des objectifs du millénaire pour le développement (OMD4 et 5), L'objectif principal du PRODESSII est « de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité en particulier la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile. »[

Une telle réduction de la mortalité néonatale et infantile suppose, particulièrement pour le Mali l'adoption de plusieurs stratégies dont l'une est la 'PCIME' «Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant» dont l'un des volets est l'amélioration des pratiques familiales et communautaires en matière de santé c'est pourquoi dans la perspective de la réduction de la mortalité infantile assignée dans le cadre des objectifs du millénaire pour le développement (OMD4), du PRODESS II, et de la PCIME en particulier son volet 'amélioration des pratiques familiales et communautaires en matière de santé infantile, il s'avère indispensable de connaître la situation de la prise en charge traditionnelle des enfants au Mali, d'où l'intérêt de notre étude qui s'intitule «Essai de monographie des soins infantiles traditionnels dans la commune II du district de Bamako : cas de Médina-coura»[21].

### 2.6.1. Hypothèse

Les soins traditionnels sont largement utilisés chez les enfants de 0-3ans, ils sont jugés satisfaisants et peuvent s'expliquer en grande partie par les facteurs socioculturels.

### 2.6.2. Objectifs

#### 2.6.2.1. *Objectif général*

Étudier en détails les soins traditionnels chez les enfants de 0-3ans dans le quartier de Medina-coura en commune II du district de Bamako.

#### 2.6.2.2. *Objectifs spécifiques*

- Établir les principaux motifs de recours aux soins traditionnels.
- Décrire les itinéraires thérapeutiques des ménages du quartier de Médina-coura.
- Décrire la démarche diagnostique des tradipraticiens, leur méthode de traitement et élaborer un répertoire des médicaments (plantes) utilisés.
- Dégager les avantages et inconvénients des soins traditionnels.

### 3. Démarche Méthodologique

#### 3.1. Cadre de l'étude:

Cette étude s'est déroulée dans la commune II du district de Bamako(Mali) plus précisément dans l'aire de santé du quartier de Médina-coura.

##### 3.1.1. Présentation du Mali:[22]

Le Mali est un pays subsaharien en développement situé en Afrique de l'ouest. Il a une superficie de 1.241.245 km<sup>2</sup> avec une population en forte croissance estimée à 15.000.000 d'habitants (RGPH-2009).

Le Mali a été le berceau de trois grands empires : l'empire du Ghana, l'empire du Mali et l'empire songhaï. Il est par la suite une colonie française de 1895 à 1960.

Indépendant le 22 septembre 1960 sous la houlette de Modibo Keita premier président de la république. Quelques années après l'indépendance, il subit son premier coup d'Etat en 1968 et la dictature de Moussa Traoré s'installe de 1968 à 1991. Le deuxième coup d'Etat intervient le 26 mars 1991 et marque le début de l'ère démocratique marqué par les deux mandats du président Alpha Oumar Konaré de 1992 à 2002 et deux mandats du président Amadou Toumani Touré de 2002 à 2007 et de 2007 à 2012.

Le deuxième mandat du président Amadou Toumani Touré fut interrompu par un troisième coup d'Etat motivé par la rébellion touareg au nord et qui favorisa la prise du 2/3 tiers du pays par une coalition de mouvements rebelles, djihadistes et terroristes.

Sous l'impulsion de la communauté internationale le pays retrouva sa souveraineté en attendant un accord de paix définitif et organisa une élection qui porta le président Ibrahim Boubacar Keita au pouvoir en 2013.

Le Mali est limitée au Nord par l'Algérie, au Sud par la Côte d'Ivoire la Guinée et le Burkina Faso, à l'Ouest par le Sénégal et la Mauritanie, à l'Est le Mali est frontalier avec le Niger. C'est un vaste pays divisé en huit (8) régions plus le district de Bamako ; 6.8% du PIB est consacrées aux dépenses de santé. Le revenu national brut par habitant 1.040 \$ (520.000Fcf).

L'espérance de vie à la naissance pour les hommes est de 50 ans et 53 ans pour les femmes en 2011. Le quotient de mortalité infanto-juvénile était de 128 pour 1000 naissances vivantes.

Les dépenses totales consacrées à la sante par habitant est 73\$ (37.000Fcf) 2011.

## Situation démographique

Près de 40 % des habitants du pays appartiennent à l'ethnie mandingue ; ce sont majoritairement des Bambara vivant principalement dans le district de Bamako, et dans les régions de Koulikoro et Ségou, et les Malinké (6,6 %).

Après viennent les Peul (13,9 %), les Sénoufo (9%), les Soninké (8,8 %), les Dogon (8 %), les Songhaï (7,2 %), les Dioula (2,9 %), les Bwaba (2,4 %), les Touaregs (1,7 %), les Maures ou Berbères (1,2 %).

L'islam est la religion de 90 % des Maliens, Quelques 9 % d'entre eux ont conservé des croyances animistes. Le christianisme touche 1 % de la population.



Figure 1 : Carte du Mali<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Institut Géographique du Mali

### 3.1.2. 2-Présentation de Bamako

Capitale du soudan français d'abord puis de la république du Mali à l'indépendance elle couvre une superficie de 267Km<sup>2</sup> pour une population estimée à 2 018 994 habitants dont 274485 enfants de moins de cinq ans. La densité de la population est 7 562 hts/Km<sup>2</sup>. La ville est actuellement divisée administrativement en six(6) communes urbaines dont la commune II [21].

#### ✓ Historique

Les origines de Bamako remontent à 1640. La ville doit son nom à **Bamba Sanogo** un chasseur qui occupait le site en y implantant son campement de chasse.

Le développement de Bamako s'explique par sa position géographique du petit village de quatre quartiers (Bagadadji, Niarela, Bozola et Dravela) située au carrefour des routes du Nord et du sud donc de civilisations différentes.

En effet après les premières œuvres d'organisations de la ville entreprises par l'armée française entre 1883 et 1907 l'aspect néo-soudanais sera l'œuvre du gouverneur Terrancon de Fougere dans l'après-guerre (1914-1918). Avec l'installation des colons à Bamako la ville sera dotée d'une organisation administrative. Le 17 octobre 1899 Bamako devient le chef-lieu du Haut Sénégal-Niger.

Le 20 décembre 1920 elle devient officiellement la capitale du soudan français. C'est après la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale que le gouverneur **Louveau** fera de Bamako une ville développée et intellectuelle du soudan .Le district de Bamako compte aujourd'hui 66 quartiers et six commune (commune I-II-III-IV-V-VI) chacune dirigée par un Maire élu assisté d'un conseil municipal.

### 3.1.3. Présentation de la Commune II [23]

Avec l'arrivée de la démocratie en 1992 et l'installation de la 3<sup>ème</sup> République basée sur l'édification d'une démocratie pluraliste. Elle fait obligation à l'État de mettre en œuvre les stratégies et politiques de la décentralisation. A travers lesquels l'Etat s'engage à transférer progressivement des compétences aux collectivités et à partager avec elles par la déconcentration de ses services, les responsabilités du développement local et régional.

C'est ainsi que 684 nouvelles communes de plein exercice ont été créées en plus des 19 anciennes dont la Commune II du District de Bamako. La commune II compte 11 quartiers dont celui de Médina-coura.

### 3.1.3.1. *Historique du peuplement de la commune II*

Trois (3) grandes périodes marquent l'histoire de la commune II qui ne saura se dissocier de l'histoire du District de Bamako. La ville de Bamako a été créée au 16<sup>ème</sup> siècle par les NIAKATE, actuel NIARE originaires de Kaarta dans le cercle de Nioro du Sahel. Elle s'est développée sur la rive gauche du Niger entre le marigot Woyowayanko et le marigot Banconi.

#### ✓ *Période Précoloniale et Coloniale*

Le premier quartier créé par les Niaré, autour duquel s'est développé le village de Bamako, fut Sikoro (l'actuel Sikoroni).

A la colonisation, les nouveaux maîtres occupent le centre commercial de Bamako, comprenant le grand marché et le Dibida. Bamako s'agrandit et les limites initiales de Bamako étaient la route de Koulouba passant par le grand hôtel, le 1<sup>er</sup> Arrondissement, la cathédrale jusqu'à l'actuel pont des martyrs. Les premiers quartiers lotis de l'époque étaient Niarela, Bagadadji, Bozola. Le quartier de Médina -Coura fut loti en 1919, Socoura l'actuel Missira en 1953. La section I de l'actuel Hippodrome appelé originellement « Daté-Koumana » fut loti en 1970.

#### ✓ *De l'indépendance à nos jours*

En relation avec ses fonctions de capitale du Mali et de centre commerciale, la ville de Bamako s'est très vite développée. L'Etat a réalisé le lotissement de nouveaux quartiers Quinzambougou, en 1960, TSF et Zone Industrielle, Bakaribougou en 2002 et Bougouba en 2003.

En 1978, la commune II comme toutes les communes du district de Bamako a été créée par l'ordonnance N° 78- 34 CMLN du 18 Août 1978. Avec l'avènement du pluralisme politique suite aux événements de Mars 1991, la loi N°96 025 du 18 février 1996 fixe le statut spécial du district de Bamako avec ses 6 communes.

La commune II issue de ce découpage administratif pour une meilleure participation des populations au développement local, compte aujourd'hui 12 quartiers : Niarela, Bozola, Bagadadji, **Médina Coura**, Missira, Hippodrome, Quinzambougou, Bakaribougou, TSF, Zone Industrielle, Bougouba et N' Gomi.

### 3.1.3.2. *Caractéristique sociodémographique de la commune II :*

#### ✓ *Données géographiques:*

La commune II couvre une superficie de 36,47km<sup>2</sup>. Elle est située sur la rive gauche du fleuve Niger ; elle est limitée :

- Au Nord par le pied de la colline du point G ;
- A l'Est par le cours du marigot Korofina ;
- A l'Ouest par la limite de la route goudronnée Boulevard du peuple passant devant l'IOTA, traversant le grand marché jusqu'au pont des martyrs ;
- Au Sud par le fleuve Niger.

#### ✓ *Données démographiques:*

La Commune II du District de Bamako est composée d'une population cosmopolite elle regroupe les différentes ethnies du Mali.

Les ethnies sont essentiellement composées de Sarakolé, Malinké, Bambara, Dogons, Peuls, Bozos et Maures.

Il existe un brassage de cultures avec la cohabitation de ces différentes ethnies. Elle a une population de 166 449 habits soit une densité est de 4564 habits/km<sup>2</sup>. Elle occupe les 7 % de la surface du district de Bamako estimée à 267 km<sup>2</sup> et représente 08.42% de la population du district.

La tranche d'âge 0-4 ans (les moins de 5 ans) sont les plus nombreux 274485 enfants. Il y a 9436 concessions 26420 ménages soit 2.8 ménages par concessions et 6.3 personnes par ménages.

### 3.1.3.3. *Organisation des populations*

Les populations restent fermement rattachées à leur tradition. L'organisation sociale demeure donc **de type traditionnel** et la vie est surtout communautaire; d'où la prépondérance de chefs des quartiers et des personnes âgées dans la gestion des organisations de la société civile et de la mobilisation sociale. Mais les rites traditionnels sont presque abandonnés par les communautés avec l'urbanisation accélérée de la ville de Bamako et les facteurs religieux. De nos jours, seul le village (quartier) de N'Gomi continue à perpétuer ces traditions à travers une fête annuelle où sont présentés tous les objets ancestraux. Un comité de développement de quartier existe dans chaque quartier, de même une coordination au niveau communal. Une association des personnes âgées existe également dans chaque quartier. D'autres associations ou organisations existent et œuvrent pour le bien-être des populations. Mais les CDP (Comités de Développement Participatif) et les associations des personnes âgées restent les structures communautaires les plus importantes.



**Tableau IV : Répartition de la population par quartier par sexe et des concessions par ménage**

| Quartier          | Population résidente |              |               | Nombre concession | Nombre ménage |
|-------------------|----------------------|--------------|---------------|-------------------|---------------|
|                   | <i>Homme</i>         | <i>Femme</i> | <i>Total</i>  |                   |               |
| Bagadadji         | 7057                 | 7557         | 14613         | 828               | 2320          |
| Bakaribougou      | 3180                 | 2985         | 6165          | 349               | 978           |
| Bougouba          | 2229                 | 2237         | 4466          | 709               | 253           |
| Bozola            | 7174                 | 7292         | 14467         | 820               | 2296          |
| Hippodrome        | 16379                | 16716        | 33095         | 1876              | 5253          |
| Médina-Coura      | <b>11883</b>         | <b>12324</b> | <b>24207</b>  | <b>1372</b>       | <b>3842</b>   |
| Missira           | 9774                 | 10301        | 20075         | 1138              | 3186          |
| Niaréla           | 9432                 | 9638         | 19071         | 1081              | 3027          |
| Quinzambougou     | 6126                 | 6395         | 12521         | 710               | 1987          |
| T.S.F (Sans fil)  | 4893                 | 4752         | 9645          | 547               | 1531          |
| Zone Industrielle | 4067                 | 4065         | 8132          | 461               | 1291          |
| Commune II        | <b>82190</b>         | <b>84259</b> | <b>166449</b> | <b>9436</b>       | <b>26420</b>  |

**3.1.3.4. L'état civil de la commune II :**

La commune II a enregistré en 2011 ,8235 naissances, 1568 mariages dont 170 monogamies et 552 décès. Les filles représentaient les 48% des naissances et les personnes de sexe féminin représentaient 38%des décès.

La commune II se situe dans la moyenne des communes de Bamako .La polygamie est le statut matrimonial préféré de la population de la commune II avec 91% des mariages polygames.

### 3.1.3.5. La santé dans la commune II : médecine moderne et MT

#### ❖ La médecine moderne

**Tableau V : Les structures de santé de la commune II**

| Quartiers   | ASACO    | CSCOM                    | Nombre structures. Etatiques                      | Nombre structures privées | Nombre structures. confesionnelles | Nombre pharmacies privées |
|---|----------|--------------------------|---|---------------------------|------------------------------------|---------------------------|
| Hippodrome  | 01       | ASACOH                   | 1 (INRSP)   | 9                         | 1 (dispensaire évangélique)        | 5                         |
| Niaréla   | 01       | BONIABA                  | 1 (PMI Niaréla)                                   | 7                         | -                                  | 3                         |
| Missira   | 01       | Non créé                 | 1 CSRéf   | 2                         | -                                  | 5                         |
| Bakaribougou<br>Zone Industrielle<br>TSF Bougouba | 01       | BENKADY<br>(4 quartiers) | 2 (INPS, CMIE, Zone, dispensaire, Voirie)<br>UMPP | 2                         | -                                  | 3                         |
| Bozola  | 01       | ABOSAC                   |   |                           | -                                  | 1                         |
| Bagadadji   | 01       | Non créé                 |   | 1                         | -                                  | 2                         |
| Quinzambougou                                     | 01       | Non créé                 | 1 (Banque de sang)                                | 3                         | -                                  | 2                         |
| Medina Coura                                      | 01       | ASACOME                  | -   | 4                         | -                                  | 5                         |
| <b>Total</b>                                      | <b>8</b> | <b>5</b>                 | <b>6</b>  | <b>27</b>                 | <b>1</b>                           | <b>26</b>                 |

**Tableau VI : Quelques indicateurs de santé de la commune II:**

| Indicateur   | Année 2011           |                    |
|--|----------------------|--------------------|
|  | Commune II           | District de Bamako |
| Nombre d'habitants par Médecin                                     | 1 Médecin /3768 hbts |                    |
| Taux d'accouchement assisté  | 82                   | 86                 |
| % des enfants vaccinés contre la polio a la naissance (polio 0)    | 151                  | 107                |
| % d'enfants de 0 à 11 mois vaccinés contre la rougeole             | 121                  | 84                 |
| % d'enfants de 0 à 11 mois vaccins & contre la DTCoq 1             | 168                  | 123                |
| % d'enfants de 0 à 11 mois vaccins & contre la DTCoq3 <sup>2</sup> | 151                  | 107                |
| % d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre la DTCoq 1             | -                    | 87,6               |
| % d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre la DTCoq 3             | -                    | 75,9               |
| % d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre la polio3              | -                    | 71,0               |
| % d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre le BCG                 | 157                  | 126                |
| % d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre la rougeole            | -                    | 78,1               |

### ❖ *Médecine traditionnelle*

A côté de la médecine moderne il existe une médecine traditionnelle très utilisée visible à travers les associations de tradipraticiens : la FEMATH (fédération malienne de tradithérapeutes et herboristes) et ses associations affiliées, les cabinets et les herboristes présents dans tous les marchés de la commune.

**Tableau VII: Estimation du taux de fréquentation, du coût moyen de traitement et du nombre d'adhérents des associations de MT de la commune II<sup>2</sup>**

| Nom des associations | Nombre d'adhérents | Coûts moyens de traitement               | Taux de fréquentation |
|----------------------|--------------------|--|-----------------------|
| KeneyaYiriwaton      | 225                | 1000 à 4000F (selon le nombre de sachet) | 300 personnes/mois    |
| Ton de Pena (dogon)  | 203                | -  | 240 personnes/mois    |
| Association JamaJigi | 200                | -  | Plus de 100/jours     |
| Saboukouloudiou      | 212                |  | Plus 100/jours        |
| Hors Association     | >130               |  |                       |

**L'économie** : est essentiellement basée sur trois secteurs à savoir :

- Le secteur primaire : agriculture, pêche et élevage ;
- Le secteur secondaire : industrie ;
- Le secteur tertiaire : tourisme, commerce, institution financière .

**Les religions** : L'Islam est la religion prédominante dans la Commune II avec 42 mosquées dont la plus grande mosquée du Mali

On compte aussi quelques rares communautés chrétiennes (trois églises). La Commune II abrite plusieurs établissements d'enseignements fondamental, secondaire, général, technique et professionnel. Le taux de scolarisation est cependant faible. L'analphabétisme, la délinquance, et le chômage demeurent encore des préoccupations sociales importantes [17].

<sup>2</sup>PDSEC Mairie Commune II de 2013

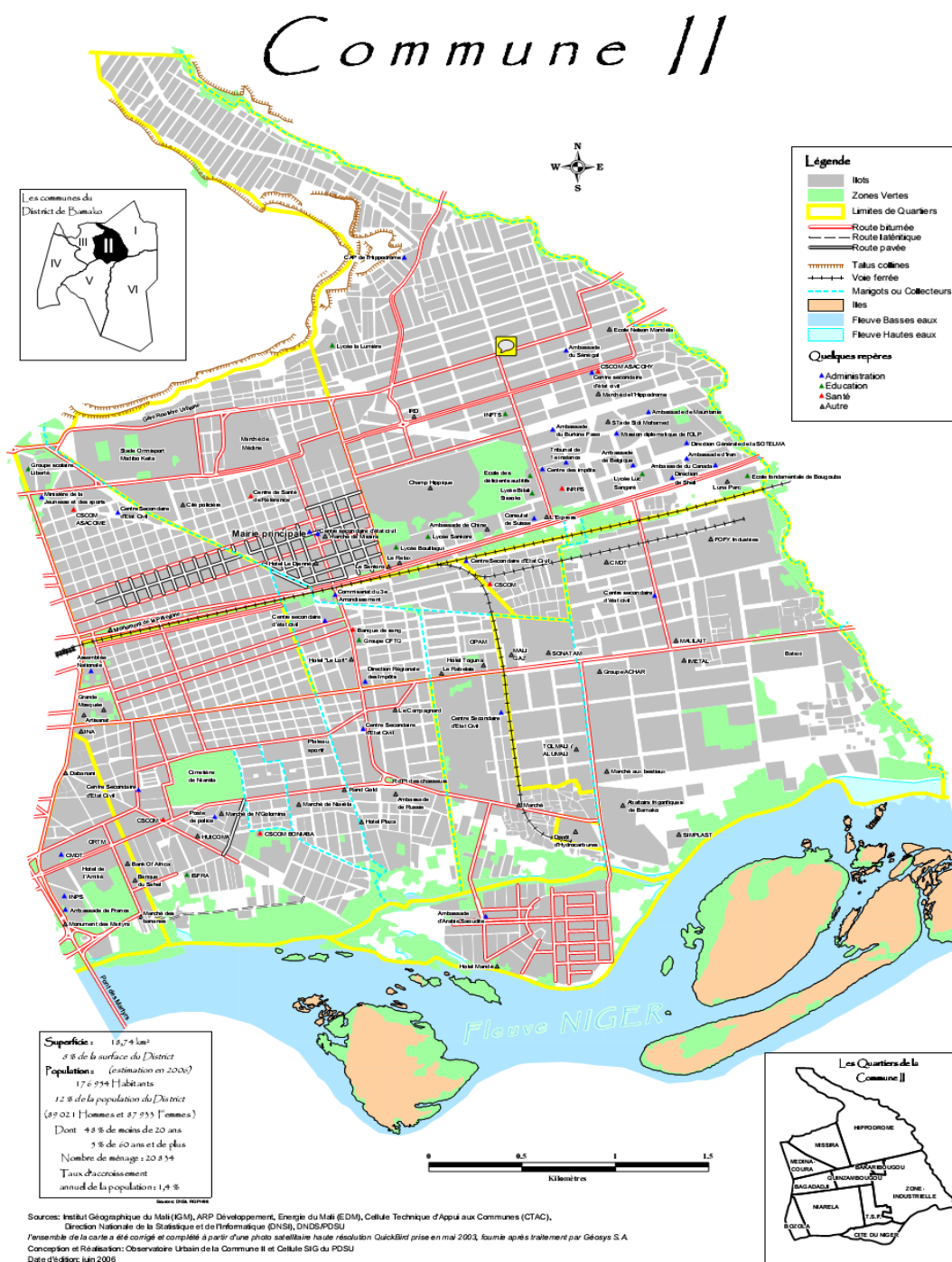


Figure 2 : Carte de la commune II. Du district de Bamako<sup>3</sup>

<sup>3</sup>Institut géographique du Mali

### 3.1.4. Présentation du quartier de Médina-coura [24]

Le quartier de Médina-coura est situé dans la partie Nord-ouest de la commune II. Il est limité

- A l'ouest par le quartier de Dar-Salam.
- Au sud par Bagadadji et Quizambougou.
- À l'est par Missira.
- Et au nord par la colline du Point G.

#### 3.1.4.1. Historique de Médina-coura

Après les premiers quartiers des fondateurs de Bamako, le quartier fut loti en 1919 et habité entre 1921 et 1922.

**Sofakin** était le premier nom du quartier en référence aux anciens combattants du résistant à la colonisation **Samory Touré**(les sofas) qui campaient au niveau l'actuel emplacement du parc national de Bamako. Après le quartier fut successivement appelé **campement puis Madina** en référence à la ville sainte de la Mecque, et après Madina fut changé Madina-coura (la nouvelle Médine) pour faire la différence avec la Mecque.

.L'actuel nom du quartier est **Medina-coura** qui émane juste d'une volonté de franciser Madina-coura.

Le quartier comprenait deux secteurs:

- ✓ *Le secteur Ouest appelé Kasonkakin:* était essentiellement habité par les populations venues de la région de Kayes en générale des kasonké ; soninké et des Malinké
- ✓ *Le secteur Est appelé koroborokin :* essentiellement habité par les populations venues des régions du nord et se regroupaient généralement autour de la famille Touré de l'actuelle chef du quartier

Quatre chefs quartiers se sont succédés: Diawara et Simpara suivis de feu Kissima Touré et de **Bamoussa Touré** (l'actuel) qui succéda à son père.

### 3.1.4.2. Démographie

La population de Médina coura est estimée à 24207 habitants. Les principales ethnies qu'on y rencontre sont : Bambaras, Dogons, Sarakolés, Peuhls, Maures, cette population vit dans 1372 concessions abritant 3842 ménages. La couche juvénile est très importante. En effet, elle représente une bonne partie de la population.

En 2011 il y a eu 607 naissances 67 décès 222 mariages dont 26 monogamie et 196 polygamie à Médina-coura.

L'islam est la principale religion du quartier. A ce titre, le quartier abrite beaucoup de mosquées parmi lesquelles quelques mosquées de Vendredi. Le christianisme est peu pratiqué dans le quartier.

#### ✓ **La dynamique sociale:**

A Médina-coura il existe une organisation sociale de deux types : d'une part les organisations traditionnelles et d'autre part les organisations modernes constituées d'associations de développement dont la plupart ont vu le jour avec l'avènement du pluralisme politique dans notre pays.

- ✓ La chefferie se transmet de façon consensuelle dans le quartier. Actuellement la coordination des chefs de quartiers de la commune II est détenue par celui de Médina-coura. Le chef de quartier détient une véritable autorité dans son quartier. A ce titre, il participe réellement à toutes les parties (associations, autorités municipales, etc.)
- ✓ La dynamique sociale se manifeste à travers l'existence de plusieurs associations et coopératives. En effet, à travers leur présence, le quartier bénéficie de plusieurs actions concourant à son développement socio-économique, culturel et sportif.
- ✓ A travers les associations modernes, les problèmes d'insalubrité, de santé, d'éducation et d'hygiène furent améliorés. Pour une meilleure intervention, les différentes associations ou groupements se sont regroupés au sein des coordinations. Les actions de ces organisations sont soutenues par des partenaires techniques et financiers.

#### ✓ **L'analyse de la cohésion sociale:**

La cohésion sociale est une réalité à Médina coura. Elle se manifeste autour des grands projets comme le pavage des rues, la réhabilitation des places publiques, etc. La réalisation de ces infrastructures ont fait l'objet d'une grande mobilisation et de solidarité face aux difficultés rencontrées. En plus, le quartier regorge un véritable brassage de culture avec la cohabitation de plusieurs ethnies. Dans le domaine de lutte contre la pauvreté, il existe des systèmes d'entraide sociale entre les communautés (paris, tontines).

### 3.1.4.3. Les activités économiques

- ✓ **Le secteur primaire:** l'agriculture, l'élevage sont très peu pratiqués à cause du manque d'espace.
- ✓ **Le secteur secondaire:**

*Le commerce:* il est basé sur le secteur de l'économie populaire qui est très développé dans le quartier. Aussi, les habitants de Médina-coura exercent les activités de commerce tout au long de la route de Koulikoro dans des boutiques construites à cet effet. En plus les habitants du quartier fréquente le marché de Médine.

*L'industrie :* le quartier dispose des industries légères notamment des boulangeries et des pâtisseries.

*L'artisanat:* est aussi développé dans le quartier et est généralement basé sur la bijouterie, la couture, la teinture, la maroquinerie, etc.

- ✓ **Le secteur tertiaire:**

Si les banques ou succursales de banques sont inexistantes dans le quartier de Médina-coura, il faut noter la présence des caisses d'épargne et de crédit qui appuient les organisations et les personnes physiques dans l'exercice de leurs activités génératrices de revenus. Ce sont entre autres Nyèssigisso, Missélini, Piyeli, Kondo Jigima, Jemeni, etc.

### 3.1.4.4. Statistiques de la santé

Le quartier de Médina-coura dispose d'un centre de santé communautaire dénommé ASA-COME (Association de Santé Communautaire de Médina-coura). Il est composé d'un dispensaire, d'une maternité et d'une pharmacie qui assure le PMA.

En outre, le quartier dispose de plusieurs pharmacies qui facilitent l'accès de la population aux médicaments. Quatre cabinets médicaux et des très nombreux tradithérapeutes installés au niveau du marché et du nouveau marché de Médine.

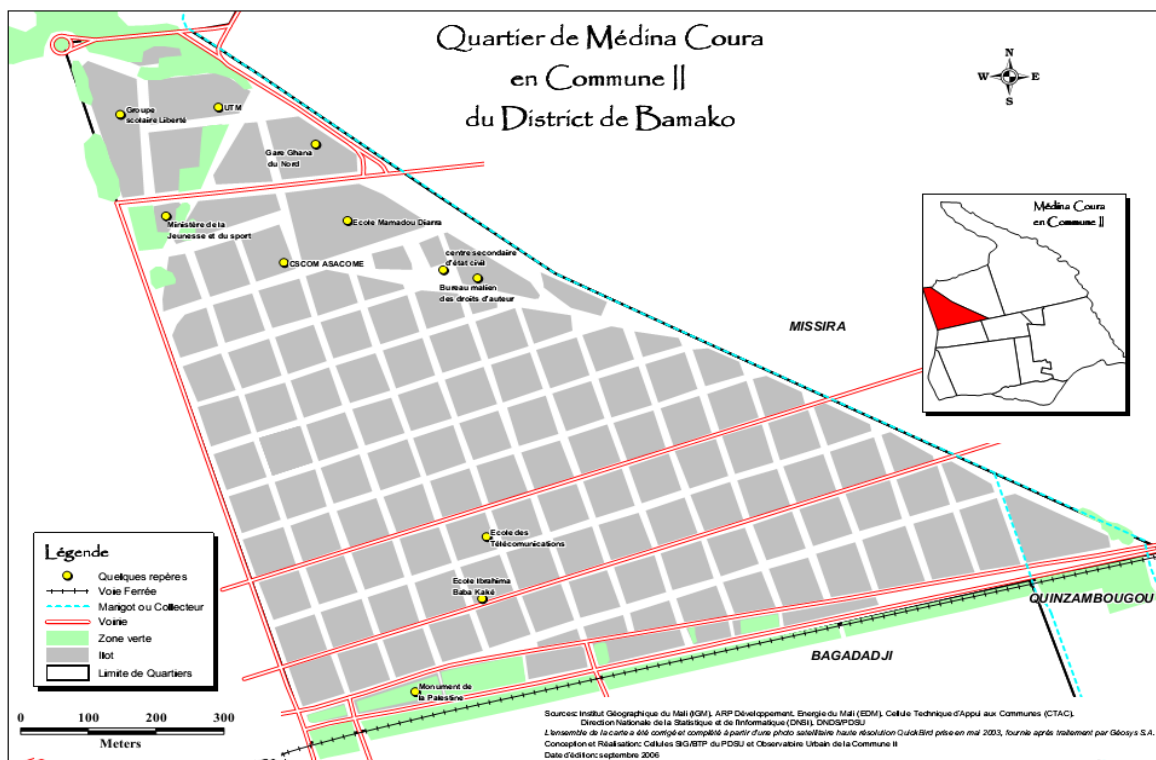


Figure 3 : Carte de Médine-coura<sup>4</sup>

<sup>4</sup>Institut Géographique du Mali



### 3.2. Type et période d'étude:

#### 3.2.1. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive

#### 3.2.2. Période d'étude :

Notre enquête s'est étalée sur la période allant du 05 janvier 2013 au 05 décembre 2013.

### 3.3. Population d'étude :

La population d'étude était constituée:

- ✓ des enfants de 0 à 3 ans dont les mères résidaient à Médina-coura et ayant accepté librement de répondre à nos questions.
- ✓ des tradipraticiens des enfants et ceux recommandés par les quatre associations de tradipraticiens de la commune II qui étaient consentants et disponible à répondre à nos questions

### 3.4. Échantillonnage :

Nous avons recruté mères de 240 enfants âgés de 0-3 ans et 20 tradipraticiens.

### 3.5. Critères d'inclusion:

- Les enfants de moins de 3 ans dont les mères, résidaient à Médina-Coura, et qui étaient consentantes et disponibles à répondre à nos questions.
- Les tradipraticiens consultés par les mères des enfants et qui étaient consentants.
- Les tradipraticiens à tendance pédiatrique recommandés par les 4 associations de tradipraticiens de la commune II (Sabukuluju, Ton de Pena, Jamaajigi et de Keneyayiriwaton)

### 3.6. Les critères de non inclusion:

Ont été exclus de l'étude :

- les personnes non consentantes ;
- les personnes dans l'incapacité physique ou mentale de répondre au questionnaire
- Les enfants de plus de 3 ans.
- Les enfants dont les mères ne résidaient pas dans l'aire de santé de médina-coura.
- Les tradipraticiens non cités par les mamans et ne faisant pas partie de ceux recommandés par les associations.

### 3.7. Considérations éthiques :

Le respect de l'éthique et la déontologie faisait partie intégrante de la présente étude.

Avant les enquêtes nous avons effectué une formation sur l'éthique de la recherche et une autre formation d'un mois sur l'initiation la lecture, à la transcription ; et à la méthodologie d'enseignement de la langue nationale bamanan. Les deux formations ont été sanctionnées par des attestations ([voir annexe 4](#)).

Les entretiens se déroulaient dans le strict respect surtout chez les tradipraticiens ou les gestes malveillants pouvaient être considérés comme un sacrilège. Le respect de la diversité culturelle et du pluralisme était ainsi considéré.

Nous avons:

- Informé les participants du but de notre étude et des procédures de notre enquête.
- Expliqué le caractère volontaire de leur participation ainsi que le principe de confidentialité s'ils souhaitaient afin d'obtenir leur consentement éclairé.
- Répondu à toutes les questions qui nous ont été adressées en vue de leur expliquer les objectifs de l'étude.

### **3.8. Les stratégies d'étude:**

#### **3.8.1. Recueil de données auprès des tradipraticiens :**

L'implication du Chef du DMT le Pr Diallo Drissa et du président de la FEMATH Monsieur Fall nous a facilité l'approche avec les tradipraticiens regroupés en association ; deux lettres de recommandation ont été établies pour donner un caractère officiel et faciliter le contact avec les associations des tradithérapeutes.

Une fois sur le terrain, après les salutations d'usage on montrait les lettres de recommandations aux tradipraticiens déjà avisés de notre passage. Aux autres on expliquait d'abord les raisons de notre visite, après leur accord nous débutions l'entretien avec le plus grand respect.

#### **3.8.2. Recueil de données auprès des mères des enfants :**

La note de service émise par la faculté de médecine et le Pr Diop Samba nous a garanti la totale collaboration des autorités sanitaires, la mairie et la chefferie traditionnelle.

Nous avons recruté au niveau du CSCOM de Medina-coura surtout lors des journées de vaccination et aussi dans les ménages. Le fait d'être un natif de Médina-coura nous a beaucoup facilité l'approche avec les mères des enfants.

Pour limiter les biais d'information et de recrutement, nous avons opté pour un entretien individuel, avec un guide d'entretien et un questionnaire.

#### **3.8.3. Collecte, saisie et analyse des données :**

La collecte des données a été faite grâce à un questionnaire adressé aux mères des enfants et aux tradipraticiens inclus dans l'étude ([Annexes 3](#)) Le document de thèse a été saisi sur le logiciel Microsoft Office Word 2007.

La saisie et l'analyse des données ont été faites avec le logiciel EPI-INFO version 3.5.3.et EXEL

## 4. Résultats:

### 4.1. Les Caractéristiques socio démocratiques des mères et les Tradipraticiens de enfants

**Tableau VIII : Répartition selon les caractéristiques sociodémographiques**

|                               | Mères des enfants | Tradipraticiens |
|-------------------------------|-------------------|-----------------|
| <b>Nationalité</b>            |                   |                 |
| Maliennne                     | 94.16%(226)       | 100%            |
| Autres                        | 5.84%(16)         | 0%              |
| <b>Niveau d'étude</b>         |                   |                 |
| Sans instruction              | 27.08%(65)        | 80%(16)         |
| Fondamental                   | 25.42%(61)        | 10%(2)          |
| Secondaire                    | 33.75%(85)        | 0%              |
| Supérieur                     | 10.42%(25)        | 5%(1)           |
| Ecole coranique               | 3.33%(8)          | 5%(1)           |
| <b>Religion</b>               |                   |                 |
| Musulmans                     | 92.91%(223)       | 95%(19)         |
| Chrétienne                    | 07.09(17)         | 5%(1)           |
| Autres                        |                   |                 |
| <b>Age</b>                    |                   |                 |
| Age moyen                     | 25+/-5ans         | 63+/-3ans       |
| <b>Sexe</b>                   |                   |                 |
| Masculin                      | 0%                | 15%(3)          |
| Féminin                       | 100%              | 85%(17)         |
| <b>Adresse</b>                |                   |                 |
| Medina-coura                  | 100%              | 50%(10)         |
| CII hors Médine               | 0%                | 30%(6)          |
| Hors CII                      |                   | 20%(4)          |
| <b>Ethnie</b>                 |                   |                 |
| Bambara                       | 32.20%(76)        | 80%(16)         |
| Peuls                         | 12.70%(30)        | 5%(1)           |
| dogon                         | 12.30%(29)        | 5%(1)           |
| Soninké                       | 11.90%(28)        |                 |
| Sonrai                        | 08.10%(19)        |                 |
| Senoufo                       | 05.90%(14)        | 5%(1)           |
| Malinké                       | 4.58%(11)         |                 |
| Autres                        | 12.32%(33)        | 5%(1)           |
| <b>Situation Matrimoniale</b> |                   |                 |
| Marie                         | 64.6%(155)        | 70%(14)         |
| Célibataire                   | 13.3%(32)         |                 |
| Fiancé                        | 17.1%(41)         |                 |
| divorce                       | 5%(12)            |                 |
| Veuve                         | 0%                | 30%(6)          |

Les données sont des effectifs (avec pourcentages).

*La majorité des mères et Tradipraticiens étaient de nationalités maliennes et musulmanes Plus de 72% des mères étaient instruites alors que 80% de tradipraticiens étaient sans instruction et appartenant à l'ethnie bambara.*

**4.2. Mères et enfants face à la médecine traditionnelle :**

La grande majorité des mères de notre étude soit 96.7% étaient des utilisatrices des soins traditionnels chez les enfants, Quatre-vingt-dix pourcent (90%) d'entre elles avaient déjà recouru aux soins traditionnels pour leurs enfants tandis que 6.7% généralement des mères des nouveaux nés en attente de la date ou de l'indication. des premiers soins traditionnels.

Seulement 3.3% des mères étaient contre le recours aux soins traditionnels chez leurs enfants et excluaient tous recours à un tradipraticien

**Tableau IX Répartition selon l'Appartenance religieuse et recours soins traditionnels**

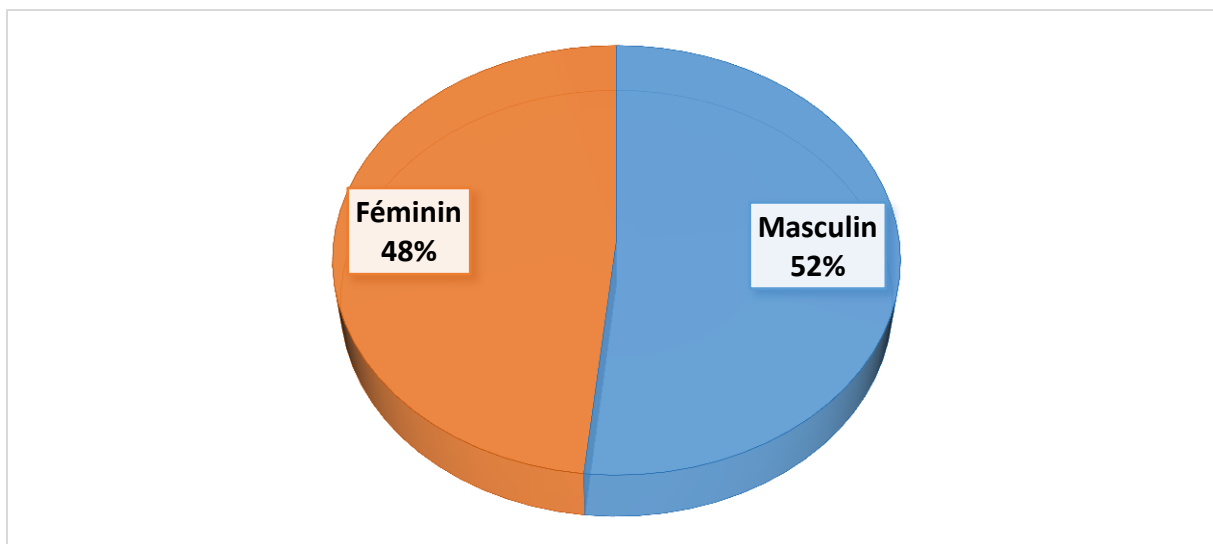
| Religion   | Recours    | Contre      | Attente  | Total       | X <sup>2</sup> (ddl) | P      |
|------------|------------|-------------|----------|-------------|----------------------|--------|
|            | N (%)      | N (%)       | N (%)    | N (%)       |                      |        |
| Musulmane  | 202 (90,6) | 6 (2,7)     | 15 (6,7) | 223 (100,0) | 4,03 (2)             | 0,1328 |
| Chrétienne | 14 (82,4)  | 2 (11,8, 3) | 1 (5,9)  | 17 (100,0)  |                      |        |
| Total      | 216 (90,0) | 8 (3,3)     | 16 (6,7) | 240 (100,0) |                      |        |

Pas de lien statistique entre l'appartenance religieuse ou ethnique et le recours aux soins traditionnels seuls quelques intégristes religieuses (wahhabites) trouvaient que les soins traditionnels relevaient de l'idolâtrie donc s'opposaient soit totalement ou soit uniquement aux formes mystiques (amulettes, incantations, exorcisme etc.) des soins traditionnels chez les enfants.

**Tableau X:Le recours aux soins traditionnels et le niveau d'instruction**

| Niveau d'étude     | Recours    | Contre  | Attente  | Total       | X <sup>2</sup> (ddl) | p      |
|--------------------|------------|---------|----------|-------------|----------------------|--------|
|                    | N (%)      | N (%)   | N (%)    | N (%)       |                      |        |
| <b>Analphabète</b> | 57 (87,7)  | 1 (1,5) | 7 (10,8) | 65 (100,0)  | 10,84 (8)            | 0,2078 |
| <b>Primaire</b>    | 53 (88,3)  | 4 (6,7) | 3 (5,0)  | 60 (100,0)  |                      |        |
| <b>Secondaire</b>  | 78 (95,1)  | 1 (1,2) | 3 (3,7)  | 82 (100,0)  |                      |        |
| <b>Supérieur</b>   | 20 (80,0)  | 2 (8,0) | 3 (12,0) | 25 (100,0)  |                      |        |
| <b>Medersa</b>     | 8 (100,0)  | 0 (0,0) | 0 (0,0)  | 8 (100,0)   |                      |        |
| <b>Total</b>       | 216 (90,0) | 8 (3,3) | 16 (6,7) | 240 (100,0) |                      |        |

*Le niveau d'instructions n'influençait pas le recours aux soins traditionnels*



**Figure 4: Répartition des enfants en fonction du sexe.**

Il n’y avait pas de différence significative entre les deux sexes seulement que les soins de protections étaient un peu plus intenses chez les garçons que chez les filles compte tenu du rôle qu’accorde la société aux garçons qui faisaient l’objet de convoitise et de rivalité.

**Tableau XI : le Répartition selon la Profession et le recours aux soins traditionnels**

| Profession      | Recours    | Contre   | Attente  | Total       | X <sup>2</sup> (ddl) | p      |
|-----------------|------------|----------|----------|-------------|----------------------|--------|
|                 | N (%)      | N (%)    | N (%)    | N (%)       |                      |        |
| Ménagère        | 66 (90,4)  | 3 (4,1)  | 4 (5,5)  | 73 (100,0)  | 22,57 (8)            | 0,0039 |
| Fonctionnaire   | 20 (87,0)  | 3 (13,0) | 0 (0,0)  | 23 (100,0)  |                      |        |
| Elève/étudiante | 47 (88,7)  | 0 (0,0)  | 6 (11,3) | 53 (100,0)  |                      |        |
| Commerçante     | 55 (98,2)  | 1 (1,8)  | 0 (0,0)  | 56 (100,0)  |                      |        |
| Autres          | 28 (80,0)  | 1 (2,9)  | 6 (17,1) | 35 (100,0)  |                      |        |
| <b>Total</b>    | 216 (90,0) | 8 (3,3)  | 16 (6,7) | 240 (100,0) |                      |        |

*Les femmes fonctionnaires avec un niveau de vie élevé étaient plus nombreuses parmi celles qui étaient contre les soins traditionnels chez les enfants.*

**Tableau XII : Répartition des enfants selon la période des premiers soins traditionnels**

| Le Premier recours aux soins chez l'enfant | Fréquence | Pourcentage |
|--|-----------|-------------|
| Avant le baptême                           | 37        | 15,9%       |
| Après le baptême                           | 84        | 36,1%       |
| Après la guérison du cordon                | 13        | 5,6%        |
| A partir de 40 jours                       | 76        | 32,6%       |
| Autres*                                    | 22        | 9,9%        |
| Total                                      | 232       | 100,0%      |

\*Préfèrent attendre l'indication qui variait en fonction des mères et des événements.

Les premiers soins intervenaient généralement après le baptême quasi systématiquement pour finfini (les troubles digestifs et/ou colique du nourrisson), dont le traitement est bien codifié.

Il y avait une prudence à administrer les décoctés avant le baptême.

Il n'y avait pas de lien statistique entre la période des premiers soins et l'appartenance ethnique religieuse ou le niveau d'instructions des mamans.

**Tableau XIII: Répartition selon le niveau d'instruction et la Fréquence d'utilisation des soins traditionnels**

| Niveau d'étude     | Moins de trois fois | Entre trois et 10 | Plus de 10 fois* | Total       | X <sup>2</sup> (ddl) | P      |
|--------------------|---------------------|-------------------|------------------|-------------|----------------------|--------|
|                    | N (%)               | N (%)             | N (%)            | N (%)       |                      |        |
| <b>Analphabète</b> | 6 (10,5)            | 9 (15,8)          | 42 (73,7)        | 57 (100,0)  | 16,99 (8)            | 0,0301 |
| <b>Primaire</b>    | 14 (26,4)           | 12 (22,6)         | 27 (50,9)        | 53 (100,0)  |                      |        |
| <b>Secondaire</b>  | 11 (14,1)           | 20 (25,6)         | 47 (60,3)        | 78 (100,0)  |                      |        |
| <b>Supérieur</b>   | 2 (9,1)             | 6 (27,3)          | 14 (63,6)        | 22 (100,0)  |                      |        |
| <b>Medersa</b>     | 0 (0,0)             | 5 (62,5)          | 3 (37,5)         | 8 (100,0)   |                      |        |
| <b>Total</b>       | 33 (15,1)           | 52 (23,9)         | 133 (61,0)       | 218 (100,0) |                      |        |

\*La grande majorité des mères ont affirmé avoir recouru à plusieurs fois presque quotidiennement pour certaines aux soins traditionnels et ne se souviennent du nombre de fois (plus de 10fois).

Les mères sans instruction utilisaient plus fréquemment les soins traditionnels.

Les soins étaient plus intenses en période de dentition et étaient proportionnels à l'état de santé de l'enfant.

**Tableau XIV: Répartition des enfants en fonction du motif de recours aux soins traditionnels chez l'enfants :**

| <b>Le choix de la médecine traditionnelle</b>     | <b>Fréquence</b> | <b>Pourcentage</b> |
|---|------------------|--------------------|
| Raisons d'ordre culturelles ou coutumières*       | 142              | 61,2%              |
| Coût abordable et accès facile                    | 50               | 21,6%              |
| En complément thérapeutique a la médecine moderne | 25               | 10,8%              |
| Après échec thérapeutique                         | 13               | 5,6%               |
| Autres précisés                                   | 2                | 0,9%               |
| <b>Total</b>                                      | <b>232</b>       | <b>100,0%</b>      |

\*Elles évoquaient le poids de la tradition et non un manque de moyens financiers comme motif de recours aux soins traditionnels.

Certes le coût des soins traditionnels était très abordable mais ne justifiait pas majoritairement leur penchant pour les soins traditionnels.

**Tableau XV : Répartition des enfants en fonction du prescripteur des soins Traditionnels:**

| <b>Les prescripteurs</b> | <b>Fréquence</b> | <b>Pourcentage</b> |
|--------------------------|------------------|--------------------|
| Automédication           | 5                | 2,15%              |
| Grand parents*           | 36               | 15,51%             |
| Tradipraticiens          | 191              | 82.34%             |
| <b>Total</b>             | <b>232</b>       | <b>100,0%</b>      |

\* c'était en général des grand-mères ou femmes expérimentées de la famille ou du voisinage qui faisaient office de tradipraticiennes mais les mères finassaient toujours par se rendre chez le tradipraticiens soit pour acheter les plantes soit pour un complément thérapeutique



**Tableau XVI : Répartition tranche d'âge et la fréquence d'utilisation des soins traditionnels**

| Tranche d'âge | Moins de trois fois | Entre trois et 10 | Plus de 10 fois | Total       | X <sup>2</sup> (ddl) | P      |
|---------------|---------------------|-------------------|-----------------|-------------|----------------------|--------|
|               | N (%)               | N (%)             | N (%)           | N (%)       |                      |        |
| 15 à 22 ans   | 18 (24,0)           | 22 (29,3)         | 35 (46,7)       | 75 (100,0)  | 15,78 (4)            | 0,0033 |
| 23 à 32 ans   | 10 (9,4)            | 27 (25,5)         | 69 (65,1)       | 106 (100,0) |                      |        |
| 33 à 40 ans   | 5 (13,5)            | 3 (8,1)           | 29 (78,4)       | 37 (100,0)  |                      |        |
| <b>Total</b>  | 33 (15,1)           | 52 (23,9)         | 133 (61,0)      | 218 (100,0) |                      |        |

*La fréquence des soins traditionnels était proportionnelle à l'âge des mamans*

*Les mères les plus âgées maîtrisaient et utilisaient plus soins traditionnels contrairement aux jeunes mamans qui étaient en phase d'expérimentation.*

**Tableau XVII : Répartition des enfants selon la maladie de recours**

| Motif de consultation | Fréquence  | Pourcentage   |
|-----------------------|------------|---------------|
| Kolobɔ-Kɔnɔbɔli       | 61         | 28,24         |
| Finfini               | 34         | 15,74         |
| Sumaya                | 33         | 15,27         |
| Mogojugu fura*        | 14         | 6,48          |
| Leminqnpɔ             | 13         | 6,01          |
| Sɔgɔ-sɔgɔ             | 11         | 5,09          |
| Fasani                | 10         | 4,62          |
| Autre+                | 11         | 5,09          |
| Mimi                  | 9          | 4,16          |
| N'guna                | 7          | 3,30          |
| Tama                  | 5          | 2,31          |
| Mugu                  | 5          | 2,31          |
| Disidimi              | 3          | 1,38          |
| <b>Total</b>          | <b>216</b> | <b>100,00</b> |

*\*Tous les enfants recevaient directement ou indirectement des soins de protection ou de traitement contre les sortilèges d'où la spécificité des soins traditionnels holistes.*

*+Konɔ ; Kolokeneya ; Sumuni. Kasi.*

*Voir la signification probable en médecine moderne et le traitement traditionnel correspondant à ce tableau dans le Tableau XVIII et les annexes 4.*

**Tableau XIX : Répartition selon l'ordre d'utilisation de la médecine traditionnelle**

| Ordre d'utilisation de la médecine traditionnelle | Fréquence | Pourcentage |
|---|-----------|-------------|
| En première intension                             | 75        | 32,32       |
| En deuxième intension                             | 75        | 32,32       |
| Les deux simultanément                            | 82        | 35,36       |
| Total   | 232       | 100,0       |

Quelque soit l'ordre d'utilisations les deux médecines étaient jugées complémentaires, d ou leur utilisation simultanée.

**Tableau XX : Répartition des enfants selon la référence vers la médecine traditionnelle**

| Recours à la médecine traditionnelle par référence | Fréquence | Pourcentage |
|--|-----------|-------------|
| Référés*   | 11        | 5,05        |
| Non référés  | 205       | 94,95       |
| Total  | 216       | 100,0       |

Ils agissaient de personnels de santé modernes qui conseillaient des collègues ou des patientes à recourir aux soins traditionnels pour leurs enfants.

Il y avait une référence systématique des cas d'antigène Hbs positif entre le CSRéf vers l'association keneya-yiriwaton.

**Tableau XXI : Répartition des enfants selon la référence vers la médecine moderne**

| Les enfants référés par les Tradipraticiens | Fréquence | Pourcentage |
|---|-----------|-------------|
| Référés*                                    | 48        | 27,59       |
| Non référés                                 | 168       | 72,41       |
| Total                                       | 216       | 100,0       |

\*Ils agissaient des mères qui ont été conseillé par les Tradipraticiens à recourir à la médecine moderne pour une meilleure prise en charge ou pour confirmer un diagnostic.

**Tableau XXII : Répartition des enfants selon la nature des soins reçus**

| La nature des soins reçus     | Fréquence  | Pourcentage  |
|-------------------------------|------------|--------------|
| Décoction                     | 180        | 83.30        |
| Les incantations              | 9          | 4.16,        |
| Massage avec beurre de karité | 10         | 4,72         |
| Amulettes                     | 11         | 5.10         |
| Autres*                       | 5          | 2,39         |
| <b>Total</b>                  | <b>216</b> | <b>100,0</b> |

\*Rites et scarifications

Les décoctés représentaient la base des soins traditionnels tous les autres soins ou pratiques étaient des compléments.

**Tableau XXIII : Répartition des enfants selon les méthodes de diagnostics préférées des tradipraticiens**

| Les méthodes de diagnostic des tradithérapeutes | Fréquence | Pourcentage |
|---|-----------|-------------|
| Examen métaphysique                             | 7         | 3,71        |
| Examen physique *                               | 177       | 81,48       |
| Interrogatoire                                  | 32        | 14.81       |
| Total   | 216       | 100,0       |

\*L'examen physique était systématique il consistait à prendre l'enfant dans les bras en position de femme allaitante et de l'examiner de la tête au pied.

L'interrogatoire était très familier et courtois, l'enfant était appelé 'mon mari' si c'est un garçon et ma 'coépouse' si c'est une fille cela rendait les tradipraticiens socialement plus proche des patients.

L'examen métaphysique était rare car la plus part des tradipraticiens diagnostiquaient les maladies métaphysiques (sortilèges et autres) sans recourir à l'examen métaphysique (géo-mancie cauris etc.).

Ces trois méthodes étaient associées généralement en fonction du motif de consultation.

**Tableau XXIV : Répartition des enfants selon le coût moyen d'un traitement**

| Le coût moyen d'un recours (FCFA) | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------------|-----------|-------------|
| <200                              | 75        | 34,5        |
| 205 -500                          | 93        | 42,3        |
| 505- 1000                         | 21        | 9,5         |
| >1000                             | 6         | 2,7         |
| Selon les moyens du malade*       | 23        | 10,9        |
| Total                             | 216       | 100,0       |

\*Les tradipraticiens avaient du mal à fixer un tarif de consultation ou de traitement souvent une somme forfaitaire symbolique était proposée. Mais ils laissaient très souvent le choix aux mamans de payer selon leurs moyens ou de leur degré de satisfaction. Le paiement était fait souvent en nature (pagne, poulet, pintade mil etc.).

Le prix unitaire d'un lot de plante était de 50Fcfa l'unité pour un traitement plusieurs plantes étaient employées.

**Tableau XXV : Répartition des enfants selon la durée moyenne du traitement**

| La durée moyenne de traitement (jours) | Fréquence | Pourcentage |
|--|-----------|-------------|
| 1                                      | 10        | 4,58        |
| 2                                      | 2         | 0,91        |
| 3                                      | 63        | 28,95       |
| 4                                      | 76        | 35,78       |
| 5                                      | 1         | 0,45        |
| 6                                      | 64        | 29,33       |
| Total                                  | 216       | 100,0       |

La durée du traitement variait très souvent en fonctions du sexe de l'enfant (trois jours pour les garçons et quatre jours pour les filles) Le traitement était renouvelé si besoin et était administré une à deux fois par jour jusqu'à ce que l'enfant soit rassasié.

**Tableau XXVI: Répartition des mamans selon leurs appréciations sur la qualité des soins traditionnels**

| La qualité des soins traditionnels | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------------------|-----------|-------------|
| Difficile à évaluer *              | 42        | 19,26       |
| Satisfaisant                       | 163       | 74,77       |
| Non efficace                       | 13        | 5,96        |
| Total                              | 216       | 100,0       |

Majoritairement les mères des enfants étaient satisfaites de la qualité des soins traditionnels.

\*Dans les cas d'association simultanée des soins traditionnels et modernes, les mères des enfants ne pouvaient pas apprécier réellement l'efficacité de l'un ou de l'autre des traitements.

**Tableau XXVII: Répartition des enfants selon l'utilisation des amulettes**

| Présence d amulette | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------|-----------|-------------|
| Oui                 | 197       | 82,08       |
| Non*                | 43        | 17,92       |
| Total               | 240       | 100         |

\* Certaines mères pour des conceptions religieuses ou sous pression de leur mari n'utilisaient pas les amulettes chez leur enfant.

**Tableau XXVIII : Niveau d'étude et connaissance des MTA**

| Niveau d'étude   | OUI        | NON        | TOTAL       | X <sup>2</sup> (ddl) | p      |
|------------------|------------|------------|-------------|----------------------|--------|
| Sans instruction | 19 (30,2)  | 44 (69,8)  | 63 (100,0)  |                      |        |
| Fondamentale     | 32 (54,2)  | 27 (45,8)  | 59 (100,0)  |                      |        |
| Secondaire       | 49 (60,5)  | 32 (39,5)  | 81 (100,0)  | 17,62 (4)            | 0,0015 |
| Supérieur        | 16 (64,0)  | 9 (36,0)   | 25 (100,0)  |                      |        |
| Medersa          | 6 (75,0)   | 2 (25,0)   | 8 (100,0)   |                      |        |
| TOTAL            | 122 (51,7) | 114 (48,3) | 236 (100,0) |                      |        |

Le Balembo sirop était le plus connu des MTA. Beaucoup d'entre elles connaissaient le sirop balembo sans savoir que c'est un MTA. Les autres MTA cités étaient l'hépatisane et le laxa-cassia

**Tableau XXIX : Répartition des mères selon leurs avis sur l'implantation d'une unité de MT au niveau du CSCOM**

| L'implantation d'unité MT au CSCOM | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------------------|-----------|-------------|
| Non                                | 70        | 29,17       |
| Oui                                | 112       | 46,66       |
| Indécises*                         | 58        | 24,17       |
| Total                              | 240       | 100,0       |

\*Elles étaient plutôt favorables, mais se posaient la question de la compatibilité entre les deux médecines dans le même local ?

Ceux qui s'opposaient à l'implantation évoquaient la diversité des tradipraticiens et des problèmes de salubrités.

**Tableau XXX: Comparaison des deux médecines par les mères des enfants**

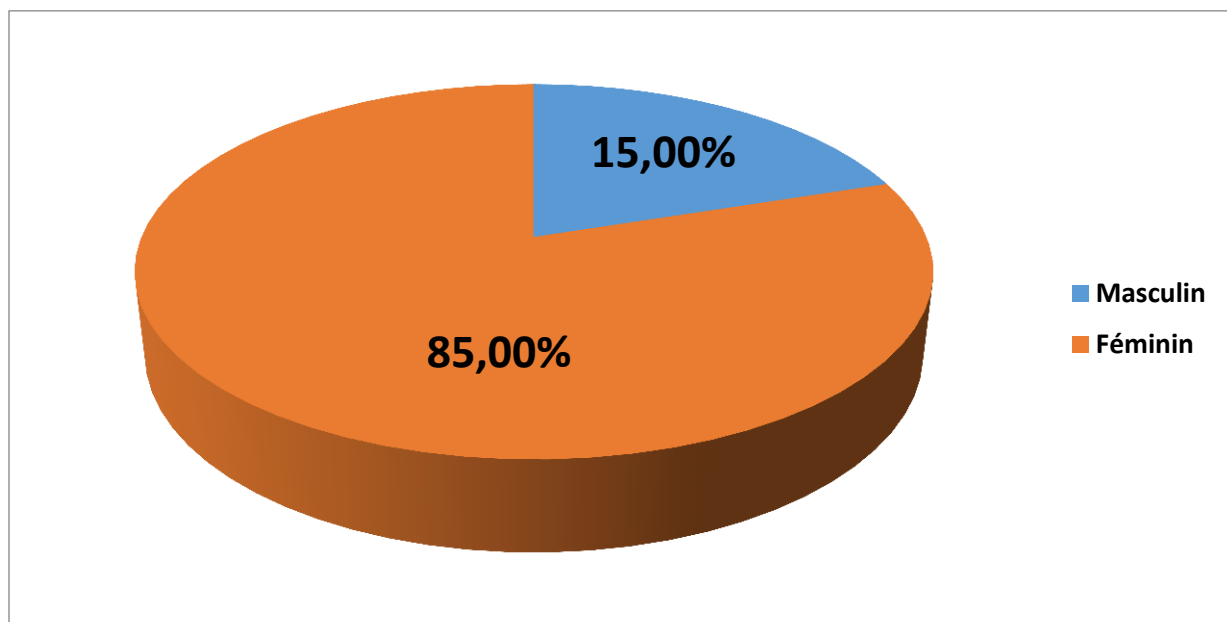
| Comparaison des deux médecines               | Fréquence | Pourcentage |
|--|-----------|-------------|
| Ils sont complémentaires                     | 186       | 77,5        |
| La médecine moderne est plus efficace        | 39        | 16,25       |
| La médecine traditionnelle est plus efficace | 15        | 6,25        |
| Total  | 240       | 100,0       |

Elles refusaient en général de comparer les deux médecines mais les trouvaient plutôt complémentaires chez l'enfant.

### 4.3. Les tradipraticiens :

Ils étaient tous de nationalité Malienne., leur âge moyen était de 63 ans, 85% étaient des femmes.

Ils avaient en moyenne 25 ans de pratique médicale (7 à 63 ans)



**Figure 5: Répartition des tradipraticiens selon le sexe**

Les soins traditionnels infantiles sont culturellement réservés aux femmes les acteurs (tradipraticiens) sont des femmes a 85% et au cours de notre étude on notait que très peu d'homme accompagnaient leurs femmes ou l'enfant chez le tradipraticien.

#### 4.3.1. Formation des tradipraticiens :

Les tradipraticiens dans 90% ont déclaré avoir acquis leurs savoirs par initiation d'un maître ou dans la famille.

Les autres 10% ont acquis leurs connaissances soit par expérience personnelle, choix mystique, auto apprentissage, ou lecture de livres de médecine traditionnelle

A travers les associations de tradipraticiens 40% ont déjà participé au moins à une formation portant sur différents thème(le système de référence, le VIH, le paludisme le diabète l'hygiène. etc.). Ces formations étaient organisées par les partenaires de la médecine traditionnelle (les ONG le Ministère de la santé /INRSP LE CSREF C II/ la FEMATH etc.). Certains en plus des formations avaient un niveau d'instructions initial.

#### 4.3.2. Les Compétences des tradipraticiens :

Les tradipraticiens de notre étude se disaient généraliste à tendance pédiatrique dans 60% des cas exclusivement pédiatre dans 25% des cas: et le reste 15% était des herboristes.

Tous les tradipraticiens de notre étude avaient deux ou plusieurs compétences dans le domaine la médecine traditionnelle ; spiritualiste, médico-droguiste thérapeutes manuelles (massages et des manipulations du corps visant à guérir les parties malades). Soixante-dix pourcent (70%) des tradipraticiens déclaraient ne faire aucune autre fonction en plus de MT. Tandis que trente pourcent (30%) exerçaient deux ou plusieurs fonctions.

**Tableau XXXI: Répartition des tradipraticiens selon la spécialité**

| Spécialité de tradithérapeutes | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------------|-----------|-------------|
| Herboriste                     | 3         | 15,0%       |
| Tradipraticiens pédiatriques   | 5         | 25,0%       |
| Tradipraticiens généralistes*  | 12        | 60.%        |
| <b>Total</b>                   | <b>20</b> | <b>100%</b> |

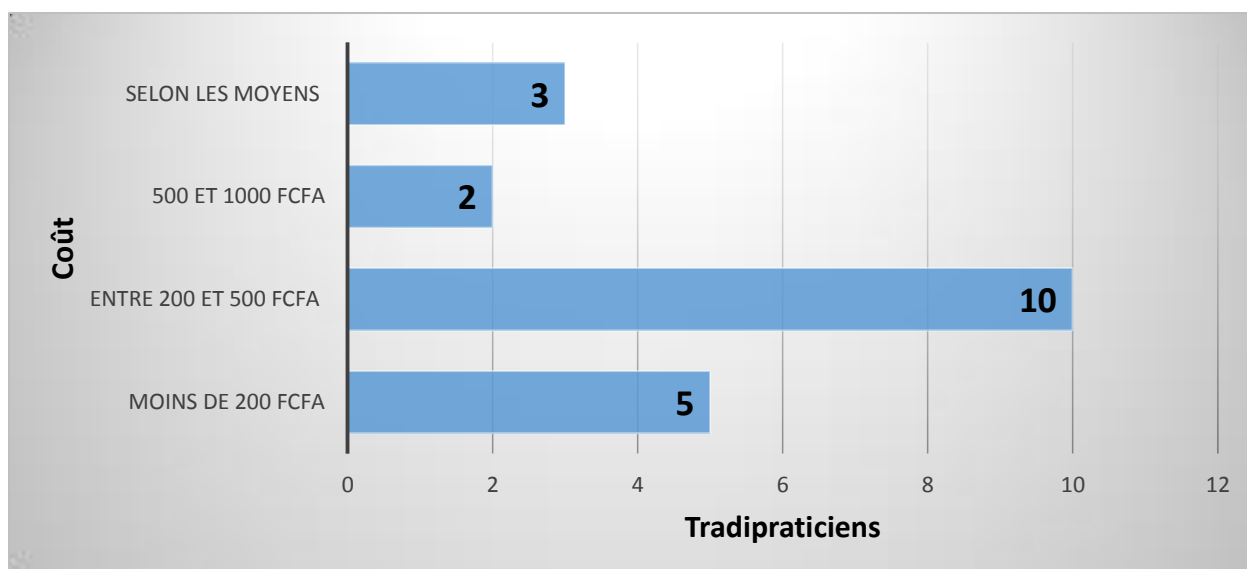
\*Les tradipraticiens généralistes avaient une forte tendance pédiatrique (trattaient en général les enfants et les femmes surtout pour les infections génitales et les suites de couches).

**Tableau XXXII: Répartition des tradipraticiens selon l'exercice d'une autre fonction supplémentaire**

| Exercice d'une autre fonction | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------------------|-----------|-------------|
| Oui*                          | 6         | 30,0%       |
| Non                           | 14        | 70,0%       |
| Total                         | 20        | 100,0%      |

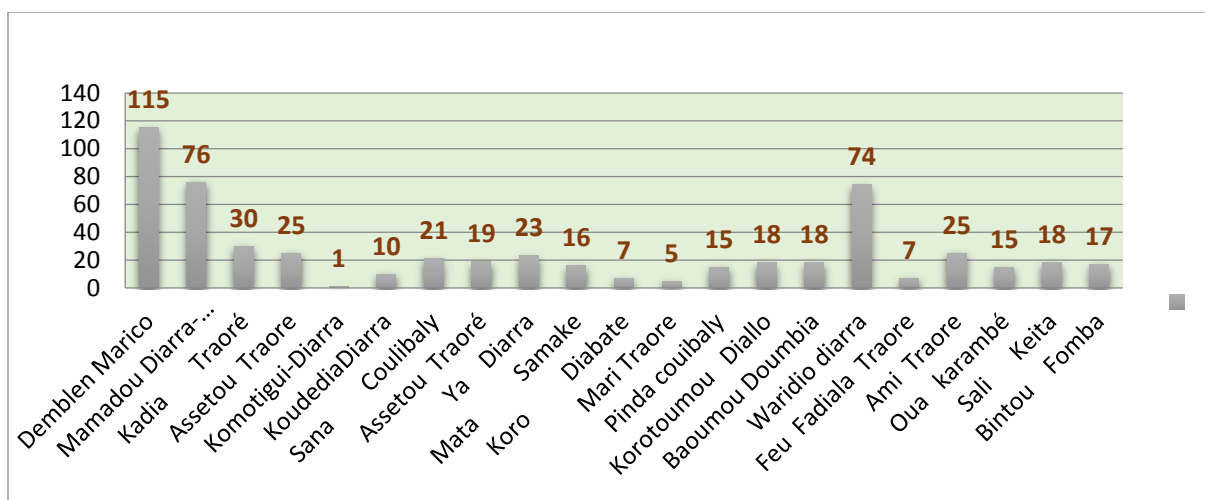
\*Certains tradipraticiens n'avaient pas assez de consultations pour vivre de leur métier et étaient obligés de faire d'autres activités génératrices de revenu à côté.





**Figure 6: Répartition des tradipraticiens selon le coût des traitements**

La consultation était gratuite en général souvent une somme forfaitaire (lada) de 25 à 50 FCFA était versée seul le traitement (les plantes) était payant 50 CFA l'unité. /souvent les prestations étaient payées en nature (pagens pintade poules etc.) après la guérison de l'enfant les mères retournaient pour remercier les tradipraticiens avec des cadeaux.



**Figure 7 : Répartition selon le nombre de consultations journalières des tradipraticiens**

\*le nombre de consultations d'une journée recueillis sur une fiche lors de notre passage variait en fonction des jours et des tradipraticiens. Demblen Marico était la plus sollicitée avec plus de 100 consultations par jours.

#### 4.3.3. Les méthodes thérapeutiques des tradipraticiens :

La thérapeutique traditionnelle dans notre étude était mixte et reposait essentiellement sur :

Les thérapies médicamenteuses faites de plantes: toutes les parties de la plante étaient utilisées surtout les feuilles à l'état frais ou sec et l'écorce mais aussi souvent les fleurs, fruits, graines, tronc, bois, tige et les, racines.

Les préparations étaient faites par macération, décoction ou infusion.

Les décoctés obtenus étaient administrés par voie orale, lavage cutané et fumigation. Les plantes médicinales sont exploitées habituellement à partir des peuplements sauvages.

Elles ne sont cultivées que lorsqu'elles deviennent rares.

Exemple: Le jardin du DMT dans la cour du département on n'y trouve un nombre impressionnant de plantes, les associations keneya-yiriwaton et Ton de Pena avaient aussi leurs champs de cultures.

Les thérapies non médicamenteuses: fondées généralement sur la superstition elles comportaient surtout les massages corporels avec du beurre de karité ; des incantations, l'utilisation de scarifications et des amulettes (94% des enfants étaient porteurs d'amulettes).

Les amulettes de plusieurs types étaient portées à différentes parties du corps de l'enfant selon l'âge le sexe l'étape de développement de l'enfant et son état de santé :

- ✓ Au poignet : Après le baptême les enfants portaient généralement une amulette faite de cauris appelée **Dajugulakari** censé protéger l'enfant contre les mauvaises langues et esprits, on observait aussi souvent des bracelets en fer, en aluminium en argent
- ✓ Au cou : au moment de la dentition les enfants portaient un collier appelé kolobokono (collier de la dentition) censé faciliter la dentition.
- ✓ Hanche : pour des raisons esthétiques ou superstitieuses selon le sexe et l'état de santé de l'enfant on distinguait :

Le **bofin kɔnɔ** en vert porté dès les premiers jours de la naissance il est censé colorer les selles du nourrisson normalement(en jaune).

Le **babo kɔnɔ** porté uniquement par les garçons il est censé les protéger contre les sortilèges.

Les plantes constituent le lot le plus important de l'arsenal thérapeutique traditionnel.

- ❖ *La durée du traitement*: Les décoctés obtenus étaient administrés par voie orale, lavage cutané et fumigation, deux trois fois par jours. La durée du traitement variait en fonction du sexe. Trois (3) jours si c'est un garçon et quatre (4) jours si c'est une fille. Le traitement était renouvelé en absence de guérison complète ;

Quelques fois une plante suffisait, pour guérir en cas d'échec il faut une association de deux (2) ou plusieurs plantes médicinales ; parfois, une plante pouvait être remplacée par une autre selon l'évolution de la maladie ;

#### 4.4. *La collaboration entre les deux médecines chez l'enfant*

En dehors des collaborations officielles (séminaires formations et collaborations entre professionnels au niveau du DMT, FEMATH et autres). La collaboration sur le terrain était surtout marquée par la référence entre les deux médecins.

En cas de complications ou de suspicion de certaines maladies les tradipraticiens dans 90% des cas réfèrent les enfants vers les centres de santé. 40% ont déclaré avoir reçu des malades envoyés par les agents de santé de la médecine moderne.

**Tableau XXXIII: Répartition des Tradipraticiens selon la référence vers la médecine moderne**

| Référence des malades à la médecine moderne | Fréquence | Pourcentage |
|---|-----------|-------------|
| Oui   | 18        | 90%         |
| Non   | 2         | 10%         |
| Total                                       | 20        | 100,0%      |

Généralement les Tps referaient toujours les cas compliqués vers la médecine moderne

**Tableau XXXIV: Répartition des tradipraticiens selon la référence des ASM**

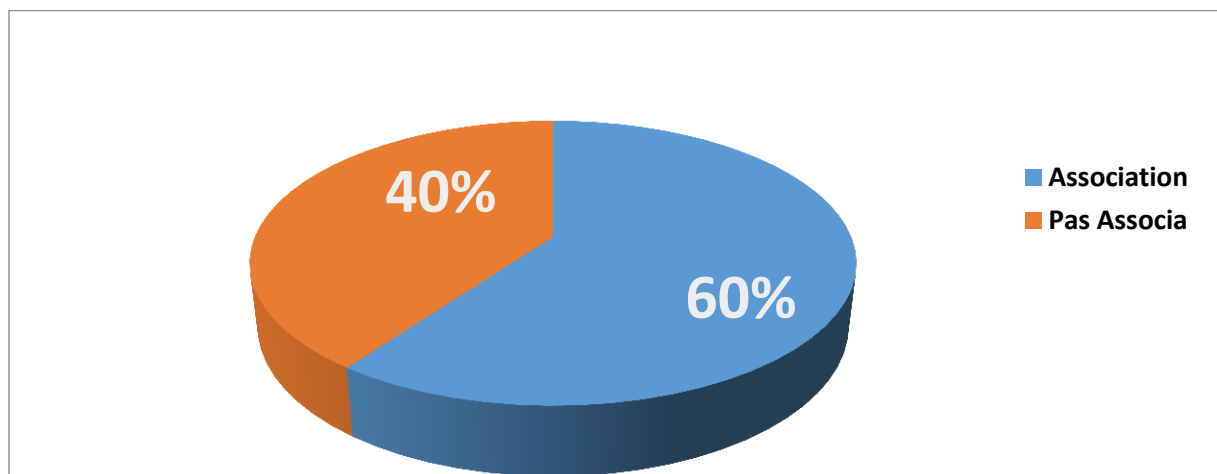
| Recevez-vous des enfants des ASM | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------------------|-----------|-------------|
| Oui *                            | 8         | 40,0%       |
| Non                              | 5         | 25,0%       |
| inconnu                          | 7         | 35,0%       |
| Total                            | 20        | 100,0%      |

\*les enfants venus chez le Tp sur conseil d'un ASM.

Les cas d'antigènes Hbs positif (hépatite virale b) diagnostiqués au CSREF étaient référés vers l'association keneya-yiriwaton.

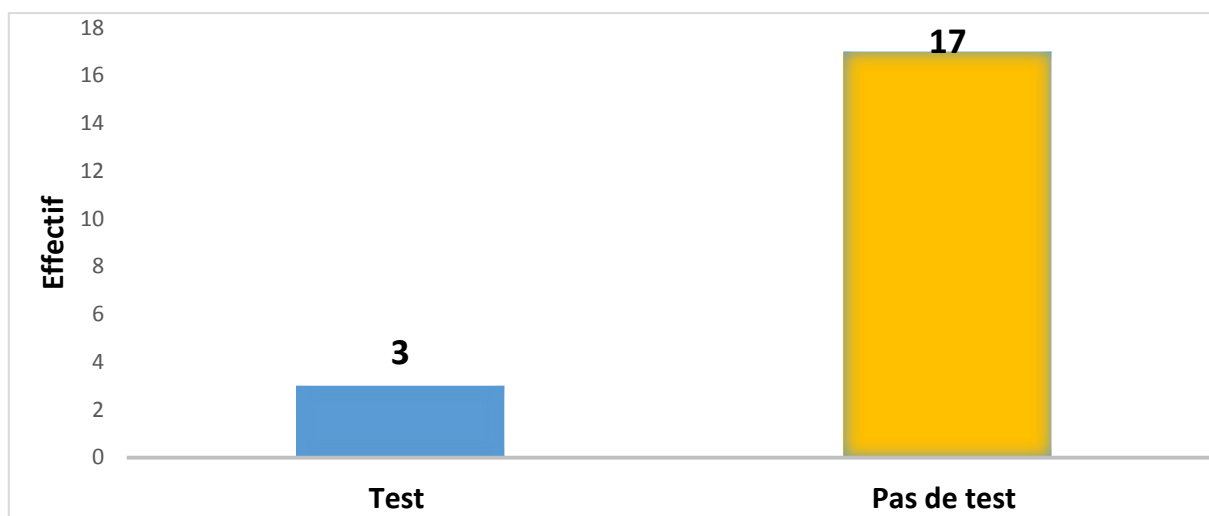
NB: Soixante pourcent (60%) des tradipraticiens de notre étude appartenaient à une association de tradipraticien contre (40%).Soixante-quinze pourcent (75%) des tradipraticiens jugeaient important de réglementer l'exercice de la médecine traditionnel.

Quatre-vingt pourcent (80%) des tradipraticiens étaient prêts mettre à la disposition de la science leurs recettes avec ou sans conditions.



**Figure 8: Répartition des tradipraticiens selon leurs appartenances a une association de tradipraticiens**

Certaines tradipraticiennes ne s'intéressaient pas aux associations de tradipraticiens ou n'avaient la connaissance de leurs existences



**Figure 9: Répartition des tradipraticiens selon le recours aux tests sur la plante**

Seulement trois tradipraticiens avaient fait un test sur une plante au DMT ou avaient une preuve scientifique de l'innocuité ou de l'efficacité d'une plante. Les soins étaient plutôt empiriques.

**Tableau XXXV: Répartition des tradipraticiens sur du DMT ou du programme nationale de la promotion de médecine traditionnelle**

| Connaissance du DMT/du programme nationale la médecine traditionnelles | Fréquence | Pourcentage |
|--|-----------|-------------|
| Oui  | 14        | 70,0%       |
| Non *  | 8         | 30,0%       |
| Total  | 20        | 100,0%      |

\*surtout les tradipraticiens non affiliés à une association.

*Tous les tradipraticiens affiliés à une association connaissaient le DMT et ou l'existence du programme nationale de la promotion de médecine traditionnelle*

**Tableau XXXVI: Les recettes recueillies auprès des tradipraticiens**

| <b>Appellation Bambara</b>                            | <b>Signification probable en Médecine Moderne</b>     | <b>Plantes partie de plante</b>  |
|---|---|--|
| <b>Sumaya</b>   | Paludisme   | Jun xama; faliwanca, buluku(feuille et ecorce)<br>Kalakarijqma n'golobε surukuxqxq sulafinzan<br>N'galama et nsoxq (en cas de vomissement) |
| <b>Lemininpo<br/>Kononajeli<br/>(Plaie de ventre)</b> | Mycoses (Candidose bucco-génitales/congénitales)      | Musofin ; nqrqfara ; tqrqnifu (ecorce)<br>Jatigifayiri(feuille)-patugu(ecorse) nbawana<br>Dugura ecorce (très efficace contre muguets)     |
| <b>Kolobo-Kɔnɔbɔli-</b>                               | Dentition associée au syndrome diarrhéique            | Dabada,Farakanci, Kalakaribilen,Gnikelen ntonké (Gueguen) ,Bojarafing<br>Mandé sunsun, julasonkoloni (eviter la tete)<br>Surukuxqxq, nsoxq |
| <b>Daboli</b>   | Sevrage de l'enfant                                   | nsaban (feuille)   |
| <b>Fasani</b>   | hypotrophie   | xamakala ; farakolotievaxaka Alajon<br>jira(tronc de baobab) nerefara samasenbba   |
| <b>Sɔgɔ-sɔgɔ</b>                                      | Toux  | Balembo ; warasakama ;<br>tqrqnifu(les grands enfants et adultes fumeurs)  |
| <b>Disidimi</b>                                       | Douleur thoracique                                    | Sinjabalembo   |
| <b>Finfini</b>  | Ballonnement/trouble digestif du nouveau-né           | Tomi ou lenburu-bulu(feuilles de citron)<br>Xama-dacibali(jeunes feuille non ouvertes)souvent associées à; kunjq ;jun sunikuxqxq           |
| <b>Finfini et les premiers soins</b>                  | Premiers soins des nouveaux nés<br>Quasi systématique | xamanidacibali+Timitimini(misqni )+ntomi<br>à boire a volonté permet de laver le ventre du nouveau-né et lui permet de bien dormir         |
| <b>Fasani</b>   | hypotrophie/amaigrissement                            | Samasenba (boire et lavage avec le décocté sans toucher à la tête)<br>Bulubu   |
| <b>Mogojugu</b>                                       | Protection mystique /anti sorcier                     | Jala( ecorce) lavage du corps sans boire)<br>Alajon N'gaba-bilen   |
| <b>Taama</b>  | Marche  | Barakawili/kamaleba/vantigue   |

**Tableau XXXVII : Liste des plantes entrant dans la composition des différentes recettes**

| <b>Noms Scientifiques</b>                     | <b>Nom local (Bamanan)</b> |
|---|----------------------------|
| 1. <i>Acacia athaxacanta</i>                  | Patugu                     |
| 2. <i>Adansonia digitata</i>                  | Jira                       |
| 3. <i>Annona senegalensis</i>                 | Mande susun                |
| 4. <i>Anogeissus leiocarpus Guill et Perr</i> | N'galama                   |
| 5. <i>Butyrospermum parkii</i>                | Chii                       |
| 6. <i>Cassia sieberiqna</i>                   | Sinja                      |
| 7. <i>Cassyta filliformis</i>                 | Alajon                     |
| 8. <i>Combretum micranthum</i>                | N'golobe                   |
| 9. <i>Combretum molle</i>                     | Ngaxaka                    |
| 10. <i>Cordyla pinnata</i>                    | Dugura ngomo               |
| 11. <i>Costus spectabilis</i>                 | Samasenba                  |
| 12. <i>Crossopteryx febrifuga</i>             | Balembo                    |
| 13. <i>Dicoma tomentosa</i>                   | Barakawili                 |
| 14. <i>Echinocloa stagnina</i>                | Bulubu                     |
| 15. <i>Eclipta prostrata.L</i>                | Musofin                    |
| 16. <i>Euphorbia hirta.L</i>                  | Dabadabilenni              |
| 17. <i>Euphorbia sudanica</i>                 | N'bwana                    |
| 18. <i>Ficus iteophylla</i>                   | Jatifayiri                 |
| 19. <i>Gardenia sokotensis</i>                | Farakoloci                 |
| 20. <i>Gardenia sokotensis Huch</i>           | Farakanti                  |
| 21. <i>Heeria insignis (Del) O. Ktze</i>      | Kalakarije                 |
| 22. <i>Hymenocardia acida Tul</i>             | Kalakari-bilen             |
| 23. <i>Khaya senegalensis</i>                 | Jala                       |
| 24. <i>Lannea acida A. Rich</i>               | Nbeguba gnegne             |
| 25. <i>Lepidogathis anobya</i>                | vantigue                   |
| 26. <i>Leptadenia lancifolia</i>              | nsoxq                      |
| 27. <i>Maytenus senegalensis Exell</i>        | Gnikelen                   |
| 28. <i>Mitragyna inermis</i>                  | Jun                        |
| 29. <i>Necrosea chevalieri</i>                | Warassa kama               |
| 30. <i>Parkia biglobosa</i>                   | Néré                       |
| 31. <i>Paullinia pinnata</i>                  | Faliwanca                  |
| 32. <i>Piliostigma reticulatum</i>            | Niamadatibali              |
| 33. <i>Psorospermum guineense</i>             | Karijakuma                 |
| 34. <i>Pteleopsis suberosa</i>                | Tereni                     |
| 35. <i>Saba senegalensis</i>                  | nsaban                     |
| 36. <i>Scoparia dulcis</i>                    | Timitimi                   |
| 37. <i>Securinega virosa</i>                  | Surukuxqxq                 |
| 38. <i>Sida rhombifolia Linn</i>              | Boojarafin                 |
| 39. <i>Smilax kraussiana Meisn</i>            | Sitomola Kala              |
| 40. <i>Tamarindus indica L</i>                | Tomi                       |
| 41. <i>Trichilia emetica Vahl</i>             | Sulafinzan                 |
| 42. <i>Walteria americana</i>                 | Dabada                     |
| 43. <i>Ximenia americana</i>                  | N'tonge                    |

**Tableau XXXVIII: Nom, Adresse contact et consultation journalier des Tradipraticiens de notre étude**

| Prénom        | Nom                  | Age | Adresse   | Consultation journalier        |
|---------------|----------------------|-----|---|--------------------------------|
| Demblen       | Marico               | 70  | Niarela Rue 478 porte 93  | 115                            |
| Mamadou       | Diarra- dit Diarraké | 91  | Bagadadji près de la mairie   | 70                             |
| Kadia         | Traoré               | 69  | Présidente de l'association saboukouloudiou. Près de la Coline Marché-Medine<br>Tel : 79-43-63-48   | 30                             |
| Assetou       | Traore               | 65  | Jamaadjigue /Nouveau marché de Médine-<br>Tel : 73485818  | 16                             |
| Komotigui-    | Diarra               | 56  | Ecole de Medina-coura près du CSCOM<br>Tel:76-45-03-41  | 1                              |
| Koumedia      | Diarra               | 65  | Jamaajigue/ Nouveau marché-Médine/<br>S/C fille de Feu Ba Mariam<br>Tel : 79-16-07-473              | 21                             |
| Sana          | Coulibaly            | 60  | Missira/ ton de pena<br>Tel : 66-24-28-56   | 15                             |
| Assetou       | Traoré               | 52  | Marche medine près du pont Medine-Missira<br>Tel : 73-48-58-18                                      | 19                             |
| Ya            | Diarra               | 52  | présidente des femmes de l'association jamaad-jigue<br>Nouveau marché de Medine<br>Tel: 75-18-46-59 | 25                             |
| Mata          | Samake               | 48  | Saboukouloudiouprès de la colline marché de Médine<br>Tel: 72690045                                 | 15                             |
| Koro          | Diabate              | 58  | Komioumani djanguinebougonTon de pena<br>Tel :66-24-08-56   | 8                              |
| Mari          | Traore               | 46  | Médine-marché   | 7                              |
| Pindacouibaly |                      | 70  | Médine-marché près du pont Medine-Missira<br><b><u>Tel:76-06-38-68</u></b>                          | 21                             |
| Korotoumou    | Diallo               | 58  | Missira et konioumani/sc Ton de Pena<br>Tel: 66-24-08-56  | 15                             |
| Baoumou       | Doumbia              | 56  | Médine Marché près du Pont de médine  | 15                             |
| Waridiodiarra |                      | 63  | Marché- Nafadji<br>Tel: 75-53-59-47   | 70                             |
| Feu Fadiala   | Traore               | 69  | Safeco-AMINA centre de traitement gratuit des enfants Doumanzana près du lycée Fily Dabo            | Décédé au cours de l'enquête 7 |
| Ami           | Traore               | 37  | Bakaribougou près du CSCOM<br>Tel: 794-368-71   | 15                             |
| Oua           | karambé              | 46  | Missira s/c Ton de pena   | 15                             |
| Sali          | Keita                | 55  | Medine marché /saboukouloudjou<br>Tel : 789-433-97_   | 6                              |



|              |    |   |    |
|--------------|----|---|----|
| Bintou Fomba | 34 | Herboriste ambulante (sillonne chaque jours le quartier de Medina-coura ) s/c diarra-ke | 25 |
|--------------|----|---|----|

## 5. Discussions :

### ❖ *L'approche :*

Pour mener à bien notre étude nous avons effectué une formation de deux mois sur l'initiation, à la lecture à la transcription et à la méthodologie d'enseignement de la langue Bamanan et une autre formation sur l'éthique de la recherche ([voir Attestions annexe 3](#)).

Malgré tous l'approche était difficile surtout avec les tradipraticiens du fait de la nature sacrée de la médecine traditionnelle. Notre étude était vue par certains tradipraticiens comme une tentative de désacraliser leurs pratiques ou de voler leurs recettes.

Nous étions souvent accueillis avec beaucoup de méfiance et certains espéraient une compensation financière à la fin du questionnaire.

Quant aux mères des enfants l'approche était plutôt facile, étant natif du quartier la majorité d'entre elles me connaissaient déjà au CSCOM et dans le quartier même si souvent les entretiens étaient entrecoupés à cause des travaux ménagers dans les foyers et au CSCOM par les consultations ou la vaccination.

### ❖ **Effectif:**

✓ *Les enfants et leurs mamans*

Au cours de notre étude nous avons recruté 240 enfants au CSCOM et dans les ménages de Medina-coura.

✓ *Les Tradipraticiens:*

Nous nous sommes limités à 20 tradipraticiens à cause des difficultés d'approche.

### ❖ *Le biais de recrutement :*

-Certaines mères des enfants voyaient en notre étude une tentative de supprimer les soins traditionnels chez les enfants du coup elles se mettaient à vanter les mérites de la MT.

-par contre d'autres avaient peur du jugement des agents de santé moderne notamment au niveau du CSCOM à cause des préjugés qu'ont les agents de santé moderne sur la médecine traditionnelle, et de certaines recommandations officielles comme '*l'allaitement maternel exclusif jusqu' à six mois*'

La méfiance de certains Tradipraticiens vis à vis de notre étude nous a laissé sur notre faim surtout par rapport aux recettes

Ces différentes situations ont dû moduler certaines réponses

❖ *Les forces de notre étude:*

Notre étude vient confirmer la très forte utilisation des soins traditionnels chez les enfants malgré la disponibilité et l'accessibilité de la médecine moderne. En effet 96.7% des mères des enfants de notre étude ont eu recours aux soins traditionnels chez les enfants

Cette situation reste invariable quel que soit le niveau d'étude, l'appartenance socioculturelle ou religieuse des parents.

Ce résultat vient corroborer celui auquel est parvenu Konan A [3] qui trouva que 100% des enfants hospitalisés au CHU de Coccody (Abidjan) ont eu recours aux soins traditionnels soit avant ou de manière juxtaposé cours de leur hospitalisation [3]

❖ *Le motif de recours:*

La fidélité aux coutumes et aux traditions étaient le principal motif de recours aux soins traditionnels. Ce résultat est contraire à celui trouvé par Konan A [3] sur « place de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires » à Abidjan RCI qui trouve l'accessibilité financière comme motif principal de recours aux soins traditionnels [3].

Dans notre étude les mères des enfants jugeaient relativement abordable la prise en charge de l'enfant au niveau de leur centre de santé communautaire avec des nombreux bonus comme la vaccination, les compléments nutritifs, les moustiquaires imprégnés et la gratuité des antipaludéens chez les enfants de moins de 5ans ; donc le coût de la médecine moderne n'est pas la cause première de leur penchant pour soins traditionnels c'est plutôt d'autre culturelle

❖ *Le coût des soins traditionnels:*

Le coût moyen d'un traitement traditionnel se situe entre 200 Fcfa et 500Fcfa (0.30€ et 0.75 €) ; Ce résultat est conforme à celui trouvé par Ouologuem T qui trouva 300 FCFA (0.45€) comme coût moyen de traitement [25]

Les mères satisfaites de la prestation de leurs tradipraticiens retournaient et offraient très souvent des cadeaux en nature (des pagens, riz, poules etc.) ou en espèce (prix de cola).

❖ **Les affections rencontrées:**

Les pathologies les plus rencontrées dans notre étude étaient:

Kolobo-Konoboli : troubles de la dentition associés ou pas à la diarrhée (27.98%,) suivie de Finfini : ballonnement et/ou colique du nourrisson (15.60%), de Sumaya (présomption de paludisme fièvre typhoïde)(15.14%), de Sogɔ-sogɔ et Disidimi(les infections respiratoires) et 7.33% de leminqnpɔ (les mycoses bucco-génitales).

Les mêmes affections ont été retrouvées dans l'étude de 'Ouloguem [25] avec une prédominance du Sumaya (paludisme) [23] alors que dans la nôtre les syndromes diarrhéiques et les troubles de la dentition (Konoboli-kolobo) prédominaient.

Cette différence d'ordre s'explique par le fait que la grande majorité des enfants de notre étude étaient des nouveau-nés et des nourrissons plus sensible aux maladies diarrhéiques et moins exposés aux moustiques (anophèles du paludisme) car leurs mères avaient toutes des moustiquaires imprégnés d'insecticides offerts par le CSCOM.

❖ **Les méthodes thérapeutiques:**

- La décoction des plantes: représentait la base du traitement elle était utilisée dans 82.56% des cas.

Le décocté était bu, utilisé pour lavage et souvent inhalé par fumigation.

- Le massage corporel: indiqué surtout dans les cas de mugu (hyperesthésie cutanée courbature)

Ce massage était fait avec du beurre de karité très souvent associé des incantations.

La même pratique a été constatée dans plusieurs études au Togo et au Burkina-Faso [24].

- Les amulettes: ont été portées par 90.4% des enfants de notre étude ce qui montre aussi le caractère culturel, coutumier ou superstitieux du recours aux soins traditionnels. généralement portées:

Au poignet (dajugulakari).

Au cou (kolobo-kono: collier de la dentition) ou

À la hanche (gris-gris talisman).

Ces amulettes étaient portées en fonction de l'âge de l'enfant, du sexe et de l'indication.

Ceux qui s'opposaient au port des amulettes évoquaient surtout les interdits religieux qui prenaient souvent le déçu sur la tradition.

La plus part des plantes utilisées de manières empiriques par les tradipraticiens avaient un fondement scientifique ainsi les recettes des tradipraticiens concordaient majoritairement avec les données pharmacologiques :

### ***Euphorbia hirta (dabadbilen)***

- **Usage du tradipraticien :** diarrhées dysentériques

**Activités biologiques :** L'effet anti amibien de la plante a été démontré *in vitro*, et aussi avec des essais cliniques contrôlés (Pousset, 2004) du DMT un médicament traditionnel amélioré est fabriqué avec la partie aérienne d'*Euphorbia hirta* et est commercialisé sous le nom de **Dysenteral**. [7]

### ***Crossopteryx febrifuga (balembo)***

- **Usage du tradipraticien :** traitement des toux.

**Activités pharmacologique:** l'effet sédatif sur la toux de l'extrait aqueux des fruits de *C febrifuga* est comparable à celui de la codéine. Le même extrait protège le bronchospasme causé par les allergènes (Kodak, 1986, Sanogo, 1999), l'extrait alcoolique de fruit est utilisé sous forme de sirop antitussif sous le nom de *Balembo* [25]

### ***Trichilia emetica Vahl* : Sula finzan (Meliacée)**

Usage du tradipraticien: antipalustre soins ombilicaux

**Activités pharmacologique :** les extraits des feuilles de *T. emetica* ont montré *in vitro* une activité antispasmodique, une activité anti-inflammatoire (Mc Gaw et al 1997). Une inhibition de 89% de la synthèse de prostaglandine par l'extrait d'éthanol (Sanogo et al, 2001).

L'effet de déclenchement de complément a été étudié par Diallo et Al., qui ont trouvé que l'extrait de l'eau de feuille peut avoir un effet sur le système de complément avec un IC 50 de 45µg/ml qui peuvent être liés à curatif des blessures et des brûlures. [29]

Sanogo et al. Ont démontré l'activité antipyrétique qui a confirmé l'utilisation traditionnelle de cette plante comme agent antipyrétique [30]

#### **❖ *Début et durée du traitement:***

Les premiers soins intervenaient généralement juste après le baptême dans 36.1% des cas ou après la chute du cordon, d'autres préféraient attendre la date symbolique du quarantième jour soit 32.6% des cas.

Il y avait une méfiance non seulement des mamans mais aussi des tradipraticiens à administrer les décoctés avant le baptême ou avant la chute du cordon, le risque de toxicité était évoqué.

Même si l'enfant n'avait rien il recevait des soins traditionnels dans un but préventif ou de renforcement de la santé (kolo-keneya) ; en cas de maladies les mamans n'hésitaient pas à utiliser concomitamment les deux médecines dans 35.62% des cas.

C'est pourquoi 77.5 % des mamans jugeaient les deux médecines complémentaires.

La durée du traitement variait de un (1) à sept (7) jours renouvelable avec en général

- ✓ trois(3) jours pour les garçons et
- ✓ quatre (4) jours pour les filles.

Ce résultat est conforme avec celui trouvé par Ouologuem dans <<observance du traitement traditionnel chez les enfants en commune VI du district de Bamako>>[25].

#### ❖ *Itinéraire Thérapeutique*

Les soins traditionnels débutaient généralement dans la famille avec les interventions de grand-mères et autres femmes expérimentées de la famille ou du voisinage et se terminaient toujours chez le tradithérapeutes dans 80% des cas.

Les Tradipraticiens étaient géographiquement et socio culturellement plus proche des enfants. Dans 92% des cas les mamans ont sollicité un tradipraticiens de la commune II dont 65% étaient à médina-coura.

Les mamans dans 35.62% n'hésitaient pas à associer les deux médecines simultanément dans les soins de leurs enfants. Tandis que 1/3 (un tiers) d'entre elles faisaient recours aux soins traditionnels en première intention. Ce résultat est conforme à celui trouvé par Konan au service de pédiatrie du CHU de Cocody [3] où 32% des enfants hospitalisés avaient reçu des soins traditionnels en première intention

Dans 77.5% des cas les mamans trouvent que les deux médecines sont complémentaires chez les enfants et 46.66% d'entre elles souhaitaient l'implantation d'une unité de médecine traditionnelle au niveau du CSC OM.

### ❖ Les tradipraticiens:

Les ambitions de notre étude n'ont pas été entièrement comblées compte tenu du manque d'une franche collaboration des tradipraticiens. Ils nous accueillaient souvent avec beaucoup de méfiance et étaient peu bavards sur les recettes et les méthodes thérapeutiques. Ce même phénomène de manque de franche collaboration a été aussi observé par Ouloguem[25]. Cette situation est peut être due à la nature sacrée de la médecine traditionnelle et certains tradipraticiens avaient l'impression que les agents de la médecine moderne étaient opposés aux soins traditionnels surtout chez les enfants et incriminaient surtout la politique de 'l'allaitement maternel exclusif jusqu' à six(6) mois ' qui selon eux est inopportune et qu'aucune maman ne respectera cette recommandation.

Les notes de service émises par le chef du DMT et du président de la FEMATH nous ont facilité le travail avec les associations des tradithérapeutes de la commune II (quatre associations).

**Les associations de tradithérapeutes de la commune II:** Elles sont quatre à avoir leurs Récépissés, agréments et sont toutes affiliées à la FEMATH.

- ✓ **Saboukouloudiou:** au pied de la colline de Point G derrière le nouveau marché de Médine avec plus de 212 membres surtout spécialisés en gynécologie et en pédiatrie .Cependant ils ont un site en plein air au pied de la colline de Point G exposé au risque l'avalanche de cailloux

**Ton de Pena:** sise à Missira derrière l'école fondamentale l'association fut créée en mars 2003, ils ont eu leur premier agrément le 25 novembre 2005 sous N 0178. Elle participe activement à tous les activités de la FMATH.

L'association compte aujourd'hui 203 membres et ont un champ de culture de un hectare derrière Kati.

- ✓ **Jamajigue:** sise au nouveau marché de Médine dont le siège a été construit avec l'aide l'ONG TERRA NOVA.

- ✓ **Keneya-yiriwaton:** est la plus ancienne et la plus organisée des associations  
Ils ont leurs propres sièges, un champ de culture de quatre hectares, une machine de pilage de plantes pour le conditionnement et plus de 300 adhérents.

**Nb:** beaucoup de tradipraticiens dont huit de notre étude étaient hors de toutes associations

### ❖ Les données sociodémographiques sur les tradipraticiens.

Une vingtaine (20) de tradipraticiens œuvrant dans le domaine des soins infantiles traditionnels ont accepté de collaborer à notre étude.

Ils étaient musulmans à 95% ; Ce résultat est contraire à celui trouvé au Togo où 100% étaient des chrétiens [24]. Cela s'explique par le fait que le Mali est un pays musulmans à plus de 95%

Les soins traditionnels infantiles sont surtout réservés aux femmes thérapeutes au Mali plus de 85% des tradipraticiens s'occupant des enfants étaient des femmes. Ce résultat est contraire à celui trouvé au Togo par Koffi [26] où 100% des thérapeutes s'occupant des enfants étaient des hommes. Cette prédominance masculine a été aussi observée au Cameroun où 90% des tradipraticiens des enfants étaient des hommes [26].

Cette différence peut résider dans la différence culturelle et religieuse entre ces pays côtiers majorité chrétienne et le Mali sahélien et à majorité musulmane.

Les tradipraticiens se disaient tradipraticiens généralistes à tendance pédiatrique dans 60% des cas tradipraticiens exclusivement pédiatrique, dans 25 % des cas et herboriste, dans 15%.

Le terme guérisseur est plus spécifique car ces tradipraticiens étaient capables de diagnostiquer les affections et de prescrire les plantes médicinales appropriées, dont eux même assuraient la vente mais aussi ils utilisaient des méthodes extra-médicales.

Dans 90% des cas les tradipraticiens ont affirmé avoir acquis leur savoir par initiation où transmission d'un maître la même acquisition de savoir a été observée au Togo par Koffi dans 76% des cas [24] et en côte d'ivoire par Konan dans 70% des cas [3].

Quatre-vingt pourcent (80%) des tradipraticiens de notre étude étaient sans instruction tandis qu'ils n'étaient que 16% sans instruction en RCI dans l'étude de Konan [3]. Cette différence peut résider dans la différence des taux d'alphabétisations entre les deux pays



### **La collaboration entre les deux médecines.**

La collaboration se résumait par la référence et la formation des tradipraticiens sur les pathologies (Diabète, épilepsie, adénome de la prostate, pneumonie franche lobaire aiguë et le sida etc.) les notions de santé publique la référence et les notions de propriété intellectuelle.

Ces formations étaient organisées par le DNS DRS CSREF C II le DMT la FEMATH et les ONG.

La référence était peu effective et unidirectionnelle sur le terrain. Seul 22.02% des mamans ont été conseillées par les tradipraticiens à recourir à la médecine moderne.

Tandis qu'elles n'étaient que 5.05% à recevoir des conseils de la part des agents de santé moderne notamment des sages-femmes et infirmières à recourir aux soins traditionnels.

Mais 94.7% des tradipraticiens de notre étude ont déclaré référer des cas difficiles à la médecine moderne, certains avaient des fiches de référence. L'association Keneya-yiriwaton recevait des cas d'hépatites virales B (Hbs positif) diagnostiquées au CSRéf CII. La faiblesse de la collaboration résidait dans le climat de méfiance entre les acteurs des deux médecines notamment des agents de santé moderne sur la médecine traditionnelle.

Toutes les mamans agents de la santé moderne (sages femme infirmières) inclus dans notre étude ont reconnus avoir recouru aux soins traditionnels pour leurs enfants, cette situation confirme surtout le caractère culturel et complémentaire du recours aux soins traditionnels.

### **Avis sur la médecine traditionnelle :**

Les mères avaient une bonne opinion des soins traditionnels, dans 74.4 % des cas étaient satisfaites des soins prodigués à leurs enfants contre 5% qui trouvaient les soins traditionnels inefficaces, par contre pour 19,6 % des mères l'évaluation de l'efficacité des soins traditionnels était difficile il s'agissait surtout les mères qui ont utilisé en juxtaposition les deux médecines.

Dans 82 % des cas les mères trouvaient que les deux médecines étaient complémentaires et 46.6% d'entre elles souhaitaient l'implantation d'une unité de médecine traditionnelle au niveau de leur CSCOM contre 20% qui s'opposaient et évoquaient les problèmes de salubrité ou d'incompatibilités.

Dans 82 % des cas les tradipraticiens jugeaient important de règlementer l'exercice de la médecine traditionnelle.

### ***Avantage des soins traditionnels chez les enfants :***

La MT est holiste et fait partie intégrante de notre culture.

Elle a un coût abordable, à la portée de tous.

Elle traite les maladies mystiques non accessibles à la médecine moderne (mauvais sort, sorcellerie).

Les soins traditionnels sont plus efficaces sur certaines maladies (dentition ; les troubles digestifs du nourrisson ballonnement ; plaie de ventre, maladie de la fontanelle les troubles anxieuses et pleurs du nourrisson)[28] souvent considérées comme des troubles fonctionnels par la médecine moderne.

Une médecine naturelle avec moins d'effets secondaires que la médecine moderne.

L'acquisition facile des produits disponibles sur les marchés et ne nécessitant pas d'ordonnance.

La MT complète ou pallie aux insuffisances de la médecine moderne

### **Inconvénients de la médecine traditionnelle**

Les doses et les posologies sont approximatives, avec un risque de toxicité chez le nourrisson.

Les règles d'hygiène ne sont pas respectées dans le conditionnement et la conservation des produits.

Le côté mystique de la MT (sorcellerie, jeter des sorts)

Beaucoup de faux TP, de charlatans, de faux médicaments etc.

### **Nécessité d'une modernisation des soins traditionnels**

Seulement 15% des tradipraticiens ont eu au moins une de leurs plante faire l'objet d'un test de toxicité contre 85% en Côte d'Ivoire [3].

Aucun cas de vente ou de prescription des MTA par les tradipraticiens de notre étude.

On notait l'absence des MTA dans la pharmacie du CSCOM.

Les mamans dans 48.75% affirmaient ne pas connaître les MTA.

## **6. Conclusion:**

Notre étude vient confirmer la place majeure des soins traditionnels dans la prise en charge de l'enfant dans la commune II du district de Bamako. Cette situation reste invariable quel que soit le niveau d'étude; l'appartenance socio-économique ou religieuse des parents.

La fidélité aux coutumes et traditions était le principal argument de leur penchant pour soins traditionnels car la médecine traditionnelle holiste prend en charge l'enfant dans sa globalité toujours en conformité avec son milieu social.

Les troubles de la dentition (kolobo), le ballonnement du nouveau-né (finfini) et le paludisme (sumaya) étaient les principaux motifs de recours aux soins traditionnels.

Cette médecine traditionnelle chez l'enfant reste un domaine réservé surtout aux femmes thérapeutes et aux grand-mères.

Vu la largesse du recours aux soins traditionnels chez les enfants malgré la disponibilité de la médecine moderne une franche collaboration entre les deux médecines s'avère indispensable et permettra de tirer le meilleur profit des atouts de la médecine traditionnelle et aussi de réduire le taux de mortalité infantile particulièrement élevé au Mali.

## **7-Suggestions :**

### **✓ Réglementation et l'élaboration d'un code d'éthique et de déontologie de la médecine traditionnelle :**

La médecine traditionnelle se caractérise dans un bon nombre des pays, par un manque de réglementation, d'évaluation, de contrôle de formation, et de normes éthiques qui puissent l'encadrer contre les diverses dérives le charlatanisme et autres, comme on le voit à Bamako avec l'installation anarchique de nombreux tradipraticien et la diffusion de toutes sorte de publicités dans les radios de la place.

Dans notre étude la fidélité à la tradition culturelle restait le mobile principal de recours.

Dans ce contexte le principe du respect de la vulnérabilité humaine et l'intégrité personnelle (art. 8 bioéthique), est en jeu. la médecine traditionnelle doit déceler à partir de quelle situation les croyances et les traditions mettent en danger et/ou nuisent aux individus concernés et créent des conditions de vulnérabilité.

Quelles sont les responsabilités des médecins conventionnels quand ils sont face aux cas diagnostiqués ou traités inefficacement par le tradipraticien et où le patient et sa famille, en raison de leurs croyances, refusent de recourir à la médecine conventionnelle ?

En outre, la recherche en médecine traditionnelle doit avoir la même rigueur et le même respect des règles que celle en médecine conventionnelle, car le risque d'intégrer dans ces études des personnes en abusant de leurs croyances n'est pas négligeable.

### ✓ **Développer l'approche scientifique des remèdes traditionnels**

La médecine traditionnelle à besoin de la démarche scientifique pour relever les défis fixés par l'OMS (innocuité, efficacité, qualité, usage rationnel) cela permettra de renforcer, d'encourager les pratiques positives et d'abandonner les pratiques néfastes.

#### **L'approche scientifique passe par :**

Faire des études pharmacologiques sur les différentes recettes citées et envisager la formulation de nombreux Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA).

Envisager des essais cliniques dans les affections pour lesquelles ces recettes sont utilisées ; cela permettra de confirmer nos résultats enfin de les introduire dans le traitement de la médecine conventionnelle

### ✓ **Intégration de la médecine traditionnelle dans le système de sante**

La création d'une réelle passerelle entre la médecine traditionnelle et conventionnelle :

Création d'unité de médecine traditionnelle dans les centres de santé communautaire.

Renforcement de la politique nationale de la médecine traditionnelle.

Développer l'enseignement de l'anthropologie médicale en impliquant les notions de médecine traditionnelle dans les facultés et écoles de santé.

Investir des études dans le sens d'une bonne maîtrise des concepts traditionnels ; ceci permettra une meilleure connaissance des plaintes du malade par le soignant, condition préalable à un bon diagnostic.

Introduire un module de formation en MT dans les écoles de sciences de la santé conformément à la recommandation de l'OOAS.

## **7. Références**

### **1. Coulibaly I, Keita B, Kuepie M.**

Les déterminants du recours thérapeutique au Mali : entre facteurs socioculturels, économiques et d'accessibilité Géographique [. Consulté sur internet <http://google.fr>] 18 pdf

### **2. Organisation mondiale de la santé (OMS)**

Qu'est-ce-que la médecine traditionnelle. <http://www.santetropical.com> [consulté le 02/11/2012] 8p

### **3. Konan A**

Place de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires Abidjan (Côte d'Ivoire) thèse med université Toulouse iii – paul sabatier 2012 tou3 1011 [consulte sur internet 12 juin 2012] <http://www.google.fr> 73pdf

### **4. Koumare-M**

Médecine et pharmacopée traditionnelles : aspects actuels en Afrique les activités de médecine traditionnelle au Mali bilan et perspectives d'avenir  
Internet/ [www.google.fr](http://www.google.fr) 86pdf

### **5. Organisation mondiale de la Santé Genève (1978) Alma-Ata 1978.**

Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978. 88p.

### **6. Union Africaine.**

Plan d'action de la décennie de la médecine traditionnelle (2001-2010). Mise en œuvre de la décision AHG/DEC.164 (XXXVII) de la conférence des chefs d'état et de gouvernement tenue à Lusaka. [Internet]. [Consulté le 31/01/2012]. Consultable à l'URL [http://www.antimalariaomd.org/doc/documents/PA\\_Decennie-Médecine-Traditionnelle\\_2001-2010](http://www.antimalariaomd.org/doc/documents/PA_Decennie-Médecine-Traditionnelle_2001-2010). 42 pdf

### **7. Département de la médecine traditionnelle**

Présentation de la DMT [consulte internet 12 décembre 2013] <http://www.santegov.ml>

### **8. Ministère de la sante du Mali**

Plan national de la médecine traditionnelle [Consulté le 12/06/2013]. <http://www.sante.gouv.ml>

### **9. Unesco comité internationale de bioéthique**

La médecine traditionnelle et ses implications éthiques [internet] consulté 11 novembre 2012  
à l'URL : [http:// www.unesco.com](http://www.unesco.com) 12p

### **10. Système immunitaire de bébé**

<http://www.infobebes.com/Bebe/Sante/Les-maladies-de-bebe/Le-systeme-immunitaire/Le-systeme-immunitaire-de-Bebe> [visité le 03/04/2014] 3p

### **11. Développement psychomoteur Brouillon pédiatrique**

[www.soins-infirmiers.com/developpement\\_psychomoteur\\_psychoaffecti/](http://www.soins-infirmiers.com/developpement_psychomoteur_psychoaffecti/) [visité le 08/03/2013]

### **12. Unicef Statistiques mondiales**

Mortalité infantile [visité le 25 avril 2013] internet [http// www.statistiques-mondiales.com/mortalite\\_infantile.htm](http://www.statistiques-mondiales.com/mortalite_infantile.htm) 3 p

### **13. Réduire de la mortalité**

OMS/ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/fr/> [consulté le 12/04/2013]

### **14. Annuaire 2011 système local d'information sanitaire SLIS**

Le système de santé du Mali 17-18p

### **15. Organisation mondiale de la Santé Genève (2002).**

Perspectives politiques de l'OMS sur les médicaments. Médecine Traditionnelle: Besoins croissants et potentiel. [Internet Consulté le 31/01/2012]. Consultable à l'URL : <http://archives.who.int/tbs/trm/s2294f.pdf>

### **16. Ministère de la santé Congo**

Politique nationale de la médecine traditionnelle du Congo 2006 consulté sur internet [http//www.google.fr](http://www.google.fr) [visite le 12/09/2012] 102pdf

### **17. Yangni-Angaté A.**

La revalorisation de la médecine traditionnelle africaine en Côte-D'ivoire. Abidjan : CEDA ; 2004. 182p

### **18. . D. Williams, N. Baumslag, D. B. Jelliffe,**

Mother and Child Health: Delivering the Services Publisher: Oxford University Press, USA, 1994

### **19. La médecine traditionnelle**

<http://www.futura-sciences.com/magazines/sante/infos/dico/d/medecine-medecine-traditionnelle-4216/> consulté le 03/06/2013 3p

**20. Law J, Kerber K**

Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et Infantile, 2006.- Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique : données pratiques, soutien programmatique et de politiques pour les soins du nouveau-né en Afrique. Cape Town :, 248 p.

**21. DNS**

Annuaire statistique 2012 p8-16

**22. Wikipedia Histoire du Mali**

Internet [http/ www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com) (consulté le 12/12/2013) 5 p

**23. Mairie commune II**

**Monographie de la commune II**

**24. Bamoussa Touré**

Monographie de Medina-coura 16 p

**25. Ouologuem T**

Observance du traitement traditionnel chez les enfants en commune VI du district de Bamako 103 p **Thèse Médecine Fmpos 2007**

**26. KOFFI K.S.1, AZOUMAH E.2, TSOLENYANU E.1, SEIDOU A.1, AGBERE A.D**

Participation des hommes aux soins aux enfants avant la mise en œuvre de la composante familiale et communautaire de la stratégie «prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (pcime) dans cinq districts d'appui de "plan togo". Thèse médecine Univ. Lomé (Togo), 2012, Série D, 14(2) : 9-20 consulté le 12/05/2013 sur [Http/www.google.fr](http://www.google.fr) p12

**27. La fontanelle du bébé**

[www.babyfrance.com/...bebe/...bebe/.../la-fontanelle/1451-la-fontanelle](http://www.babyfrance.com/...bebe/...bebe/.../la-fontanelle/1451-la-fontanelle)

Consulté le 01/04/2014

**28. Noedl H, Se Y, Schaecher K et al.**

Evidence of artemisinin-resistant malaria in western Cambodia. *N Engl J Med.* 2008;**359**(24):2619-20 consulte sur [www.google.com](http://www.google.com) le 12/02/2014

**29. B Diallo D. Paulsen Bs, Liljeback THA and Michaelsen TE**

The Malian medicinal plant *Trichilia emetica*; studies on polysaccharides with complement fixing ability. *Journal of Ethnopharmacology* 2003; 84: 279-287.

**30. IE Sanogo R, Germano MP, D'Angelo V, Forestieri AM, Raguoa S and Rapisarda A**

*Trichilia roka chiov.* (Meliaceae): pharmacognostic researches.

*Formaco*, 2001;56:357



## 8. Annexes

### Annexes 1 : Quelques plantes citées dans nos recettes chez les enfants et cadre de travail des associations des tradipraticiens



Figure 10 : Images de quelques plantes citées dans nos recettes chez les enfants<sup>5</sup>.

1. *Butyrospermum parkii* Kotsch : Chii (Sapotacées).
2. *Combretum micranthum* G. Don : N'Golobe (Combrétacées).
3. *Anogeissus leiocarpus* Gill et Per : N galalama.
4. *Eclipta prostrata*. L : Musofing (Asteracées).
5. *Sida rhombifolia* L: Bojarafing (Malvacées).
6. *Piliostigma reticulatum* : Timitimini.
7. *Saba senegalensis* : Zaban.

<sup>5</sup> Photos prise dans le jardin du DMT



Saboukouloudiou la présidente Kadia Traore



Saboukouloudiou deux tradipraticiennes à l'œuvre



Une maman avec son enfant chez une tradipraticienne



Ecores feuilles tiges sèches ou frais (Jasama jigüe)



Kiosque offerte par l'association Keneyayiriwaton aux tradipraticiens



Figure 11 : Cadre de travail des associations des tradipraticiens.

## Annexes 2 : Les pathologies infantiles

### Etiologies signes et soins selon les tradipraticiens

96.7% des enfants de notre étude ont reçu des soins traditionnelles malgré la disponibilité de la médecine moderne à cause de l'attachement des parents aux coutumes en matière de soins infantiles et aussi une grande partie des troubles de l'enfant et des inquiétudes des mamans ne sont pas prisent bien en charge par la médecine moderne. La médecine traditionnelle holiste serait donc indispensable dans la prise en charge de l'enfant.

**Nguna (La maladie de la fontanelle) :** serait due selon certains tradipraticiens à une mauvaise conduite de la mère (promenade crépusculaire avec l'enfant port de fagot au cours de la grossesse). Souvent de cause inconnue peut entraîner la mort de l'enfant ; la fontanelle descendue entraine des diarrhées ; vomissements ; fatigues ; manque d'appétit ; enfoncement ou le bombement de la fontanelle ; Polypnée ; Parfois présence d'un abcès pharyngé ; Parfois des douleurs dans la gorge).

Des décoctes administrées à l'enfant ainsi qu'une pâte à base de plantes écrasées et de substances appliquée sur la lchette entraine une guérison.

D'autres tradipraticiens plus rationalistes se rangeaient derrière la médecine moderne, qui trouve la présence des fontanelles naturelles normale car permettent la poursuite du développement du crâne et de l'encéphale fontanelle antérieure ou bregmatique plus grande est facilement repérable et se ferme entre 18 et 36 mois et la fontanelle postérieure ou la petite fontanelle lambdatique se ferme vers deux mois cependant une modification de la fontanelle n'est qu'un symptôme qui traduit soit une déshydratation soit un syndrome d'hypertension intracrânienne.

**Taama:** Pour faciliter la marche les mères faisaient porter des amulettes au niveau de la hanche de l'enfant ou proposaient souvent des décoctés à base de feuilles (barakawili kamalenba et gwantigue).

**Les sortilèges :** très souvent même si l'enfant ne souffre d'aucune pathologie les mères faisaient des lavages corporels de protections à base de décoctés préparées dans des canaris en vue de protéger et de lutter contre les sortilèges : mogojugu (Jala écorce lavage Aladjon N'gabablen) ou souvent se servaient d amulettes

**Le sevrage:** la manière et la date dépendaient de chaque femme et sa famille les tradipraticiens donnaient des conseils et très souvent proposaient le décocté à base de feuille de zaban(Saba senegalensis).



| Appellation Baman des maladies étudiées | Etiologie et signes selon le Tradipraticiens   | Modalités thérapeutiques traditionnelles  | Signification probable en Médecine Conventionnelle                                 |
|---|--|---|--|
| <b>FINFINI</b>                          | <p><b>Etiologie</b> : immaturité du système digestif et infections maternelles</p> <p><b>Clinique</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Survient le plus souvent dans la première quinzaine de jours de vie</li> <li>-Ballonnement-Présence de circulation collatérale sur l'abdomen avec aspect très noir des veines</li> <li>-Manque d'appétit-Fièvre parfois</li> </ul> | <p>Usage en lavage et boisson du décocté</p> <p>Pour guérir ou prévenir le finfini</p> <p>Quasi systématique chez tous les nouveau-né on associait les feuille de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tomi (<i>Tamarindus indica</i>)</li> <li>▪ Niamani datiebali (</li> <li>▪ Timitimini(</li> </ul> <p>1 à 2 fois par jour pendant 3 à 4 jours</p> <p><b>NB</b> : Ces soins étaient systématiques en plus de la guérison ou la prévention du finfini ils augmentaient l'appétit et rendaient le nouveau-né plus vigoureux</p> <p>-Traitement renouvelable en absence de guérison complète</p> | <p><b>-INDIGESTION DU NOUVEAU-NÉ</b></p> <p><b>-BALLONNEMENT DU NOUVEAU-NÉ</b></p> |

| Appellation Baman des maladies étudiées | Etiologie et signes selon le Tradipraticiens  | Modalités thérapeutiques traditionnelles  | Signification probable en Médecine Conventionnelle   |
|---|---|---|--|
| <b>SUMAYA</b>                           | <p><b><u>Etiologie :</u></b><br/>                     -Moustique<br/>                     -Aliments huileux<br/>                     -Saletés</p> <p><b><u>Clinique :</u></b><br/>                     -Fièvre, Frissons<br/>                     -Vomissement<br/>                     -Maux de tête<br/>                     -Constipation<br/>                     -Courbature<br/>                     -Vertige<br/>                     -Sueurs<br/>                     - parfois pâleur palmoplantaire</p> | <p>-Usage en lavage et boisson du décocté de feuille de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jun (<i>Mytragina inermis</i>)</li> <li>▪ Galama (<i>Anogeissus leiocarpus</i>)</li> <li>▪ Sulafinzan (<i>Trichilia emetica</i>)</li> <li>▪ Ngolobè (<i>Combretum micranthum</i>)</li> <li>▪ Tomi (<i>Tamarindus indica</i>)</li> </ul> <p>1 fois par jour pendant 3 à 4 jours</p> <p><b>NB :</b><br/>                     -une plante ou association de 2 ou 3 plantes<br/>                     Il y avait d'autres plantes chez l'adulte mais toxique chez l'enfant<br/>                     -Renouvelable en absence de guérison complète</p> | <p>- <b>FIEVRE</b></p> <p>Suspicion de:<br/>                     -<b>PALUDISME</b></p> <p>- <b>FIEVRE TYPHOÏDE</b></p> |

| Appellation Baman des maladies étudiées  | Etiologie et signes selon le Tradipraticiens  | Modalités thérapeutiques traditionnelles   | Signification probable en Médecine Conventionnelle   |
|--|---|--|--|
| <p style="text-align: center;"><b>LIMINANPO</b><br/>ou<br/><b>KÔNÔNAJÔLI</b></p> | <p><b><u>Etiologie :</u></b></p> <p>✓L'enfant dont la mère fait des pertes blanches peut être atteint</p> <p><b><u>Clinique :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fièvre, Fatigue</li> <li>▪ Vomissement</li> <li>▪ Diarrhée</li> <li>▪ Erosion de la muqueuse œsophagienne et buccale avec muquet</li> <li>▪ Erosion périorificielle anale et parfois tout le sillon inter fessier</li> <li>▪ Douleur abdominale</li> <li>▪ Amaigrissement parfois</li> </ul> | <p>Usage : en bain de bouche, bain de siège, boisson et lavage de décocté d'un mélange de feuilles de :</p> <p>jatifayiri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N'beguba gnegne (<i>Lannea acida</i>)</li> <li>▪ Musofin (<i>Eclipta prostate</i>)</li> </ul> <p>N'bwana <i>Euphorbia sudanica</i></p> <p>Et d'écorces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patuku (<i>Acacia athaxacanta</i>)</li> <li>▪ N'tereni (<i>Pteleopsis suberosa</i>)</li> </ul> <p>Dugura (<i>Cordyla pinnata</i>) tres efficace contre les muguet et plaque blanchâtre sur la langue<br/>1 à plusieurs fois par jours pendant 3 à 4 jours</p> <p><b>NB:</b> Association de 2 ou 3 plantes-<br/>Renouvelable en absence de guérison complète</p> <p>Il avait une forte consultation des mamans et autres jeunes femmes pour les pertes blanches leucorrhées (infections génitales)</p> | <p>Les mycoses en générales :</p> <p><b>-CANDIDOSE BUCCO-GENITALE</b></p> <p><b>-DERMITES FESSIERES DU NOURRISSON</b></p> <p><b>-CANDIDOSE CONGENITALE DU NOURRISSON</b></p> |

| Appellation Bamanan des maladies étudiées | Etiologie et signes selon les Tradipraticiens  | Modalités thérapeutiques traditionnelles  | Signification probable en Médecine Conventionnelle |
|---|--|---|--|
| <b>SÔGÔ-SÔGÔ</b>                          | <p><b><u>Etiologie :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Vent (saison fraîche)</li> <li>-Si l'enfant s'amuse avec de l'eau</li> </ul> <p><b><u>Clinique :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Toux sèche ou grasse</li> <li>-Fièvre</li> <li>-Rhume</li> <li>-Parfois douleur thoracique</li> <li>-Parfois vomissement à l'effort de toux</li> </ul> | <p>-Usage en boisson du décocté de feuilles de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Warasa Kama (<i>Necrosea chevalieri</i>)</li> </ul> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Balembo (<i>Crossopteryx febrifuga</i>)</li> </ul> <p>Avec un peu de sel</p> <p>A boire petit à petit jusqu'à guérison</p> <p><b>NB :</b> en cas d'association d'une douleur thoracique : on associe sinja ou ecorce de N'tereni (<i>Pteleopsis suberosa</i>) pour les grand enfants ou adulte fumeur et aussi massage thoracique avec le beurre de karité (<i>Butyrospermum parkii</i>)</p> | <p><b>-TOUX</b></p> <p><b>-GRIPPE</b></p>          |



| Appellation Baman des maladies étudiées | Etiologie et signes selon le Tradipraticiens  | Modalités thérapeutiques traditionnelles  | Signification probable en Médecine Conventionnelle                           |
|---|---|---|--|
| <p><b>Fasani et fasa</b></p>            | <p><b><u>Etiologie :</u></b><br/> <b>Infections maternelles et néonatale</b></p> <p><b><u>Clinique :</u></b><br/> <b>petit poids de naissances</b><br/> <b>anorexie</b><br/> <b>amaigrissements</b></p> | <p>-Usage en lavage et boisson du décocté de feuille de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Samasenba(costus spectabilis)</li> <li>▪ Nganiaka(Combretum molle)</li> <li>▪ Farakoloci</li> <li>▪ Bulubu(Echinocloa stagnina)</li> <li>▪ Alajon(Cassyta filliformis)</li> <li>▪ Ecorse</li> <li>▪ Nere</li> </ul> <p>1 fois par jour pendant 3 à 4 jours</p> <p><b>NB :</b> éviter de laver la tete de l'enfant avec Samasenba car fait grossir aussi la tete</p> <p>Pour le sevrage on utilise les feuilles de Zaban(Saba senegalensis)</p> | <p><b>Hypotrophie</b></p> <p><b>Prématuré</b></p> <p><b>malnutrition</b></p> |

## Annexes 3 : Questionnaire

### Questionnaire aux tradipraticiens

#### Caractéristiques sociodémographiques

Nom:                      prénom:                      Sexe:                      Nationalité:                      Age:  
 Adresse :.....  
 Religion:/...../a.chrétienneb.musulmane c. animiste c. autres (préciser).....  
 Niveau d'études:/...../a. Primaire b. secondaire (collège lycée) c supérieur (bac+)/  
 d Medersa e. autres

#### Activité

1--Quelle est votre spécialité ?/...../  
 a. herboriste b.guerisseur pédiatrique c.guerisseur généraliste d. psychothérapeute  
 e. accoucheuse traditionnelle f. naturothérapeute g.rebouteur (traite les foulures et fractures)  
 h. spiritualiste (devin, occultiste, exorciste)  
 autre (préciser).....

2--Comment avez-vous été formé à la médecine traditionnelle?/...../  
 Par transmission d'un maître b. école de médecine traditionnelle  
 Choix mystique (initiation par les génies ou les esprits) d. après un rêve (révélation)  
 e. autre (préciser).....

3--Quelle est votre ancienneté ? (années).....

4--Existe-t-il des livres, des recueils de médecine traditionnelle que vous avez étudiés Les-  
 quels ?.....

5-Quelles sont les maladies que vous traitez le plus fréquemment ?  
 .....  
 .....

6. Quelles sont vos méthodes diagnostiques ?/...../

Interrogatoire

examen physique :/...../1 inspection 2palpation 3percussion 4auscultation (avec quel maté-  
 riel)

Examen métaphysique:/.../1incantation 2 rituels 3 manipulation des cauris/ intervention des  
 génies ou des esprits/ autres (préciser) :.....

demande d'examens complémentaires :

biologie (préciser, ex : numération, urée, créatinine...)

.....

Imagerie (préciser, ex : radio de poumon, échographie...)

.....

autres : .....

e. autres méthodes diagnostiques.....

7. Exercez-vous une autre profession ? /...../ a oui b non

Si oui Laquelle ?

8. Quelles sont vos méthodes thérapeutiques ? /...../

a Solution buvable b Incantation c Solution pour le lavage

d. Décoctions e. Massage f. Autres préparations\_\_\_\_\_

9. Quels sont les médicaments (plantes) que vous utilisez dans les soins des enfants ?

(Indication, efficacité, durée de traitement/posologie mode d'administration origine des produits/ mode de préparation .mode de conservation).....

.....

10. Ont-elles été testées, évaluées?/...../ a oui ou b non

11. Combien de patients recevez-vous par jour en moyenne ?

a.  $\leq 5$  b. 6 à 10 c. 11 à 15 d. 16 à 20 e.  $\geq 21$  d précisez

12. Combien coûte une consultation ?

13. Quels sont vos critères de guérison ?

a. arrêt des plaintes b. après des examens de contrôles

14. Accepteriez-vous de mettre vos médicaments et recettes à la disposition de la science?/...../

a OUI b NON

Si NON, pour quelles raisons ?

15. Savez-vous qu'il existe un programme national de promotion de la médecine traditionnelle ?/...../

a OUI b NON

16. Que suggéreriez-vous pour une meilleure collaboration avec les agents de santé modernes? Ou une meilleure intégration dans le système de sante.....

## Questionnaire aux mères

Fiche n° \_\_\_\_/

Date de l'enquête : \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013

Caractéristiques sociodémographiques :

Mère :

Q1 Âge (années) : \_\_\_\_/ 1 moins de 18ans 2./18-23ans- 3/23-28ans/4-/29-33ans 5./34-38ans 6./plus de 38

Q2 Ethnie:/...../ 1 bambara 2.peuls 3.soniké. 4. senoufo 5.dogon 6. Sorai

88 autres préciser

Q3 Nationalité : \_\_\_\_/

Q4 Situation matrimoniale : \_\_\_\_/

1.Mariée 2.Fiancée 3.Célibataire 4.Divorcée 5.Veuve

6. Régime: Monogame  Polygame

Q5 Profession : \_\_\_\_/

1.Ménagère 2.Fonctionnaire .élèves/étudiant 4.Commerçante

88. Autres à préciser \_\_\_\_\_

Q6 Niveau d'étude : \_\_\_\_/

1. Analphabète 2.Primaire 3.Secondaire 4.Supérieur 5.Ecole coranique

6.Medersa 88.Autres à préciser \_\_\_\_\_

Q7 Religion:/...../ 1 Musulmane  2 Chrétienne  88Autre

Q8 Nombre d'enfants : \_\_\_\_/

Q9 Nombre d'enfants de 0-3 ans : \_\_\_\_/

Enfant de 0 à 3 ans :

Q10 Combientième de la fratrie \_\_\_\_/

Q11 Prénom(s) et nom : \_\_\_\_\_/

Q12 Ethnie : \_\_\_\_\_/

Q13 Sexe : Masculin  Féminin

Q14 Âge : \_\_\_\_/

Questions sur la médecine traditionnelle :

Q15 A quel moment avez-vous commencez à prodiguer des soins traditionnels à

l'enfant? \_\_\_\_\_/

1. Dès la naissance
2. Première semaine
3. Premier mois
4. Premier trimestre
5. A partir d'1 an
6. A partir de 2 ans
7. A partir de 3 ans
88. Autres préciser \_\_\_\_\_

Q16 Quels sont les motifs de recours aux soins traditionnels/...../

- 1 Fièvre ( farigan )
- 2 dentition( Kolobo )
- 3 Diarrhée ( konoboli )
- 4 constipation ballonnement ( kono ton)
- 5 Maladies de la fontanelle ( Ngounan )
- 6 Maladies éruptives de la peau
- 7 Renforcer la guérison ou complément thérapeutique(keneya)
- 8 La croissance de l enfant (bogna)
- 9 Les mauvaises yeux et les mauvais sorts (Niajugu mogojugusoubagadabali)
- 10 la marche
- 88 Autres préciser.....

Q17 Les soins traditionnels ont été dictés ou prescrits par qui? \_\_\_\_\_/

1. Automédication
- 2 Par une vieille/un vieux de la famille
3. Un tradithérapeutes
4. Autres préciser

Si c est un tradithérapeutes préciser

Q18 Son âge environ : \_\_\_\_\_/

Q19 sexe : Masculin  Féminin

Q20 Nom : ..... Prénom :.....

Q21 Adresse/contact :

.....  
.....

Q22 Quelles spécialités de tradithérapeutes avez-vous l'habitude de consulter pour les soins de votre enfant/...../

1 Simple herboriste  2 Guérisseur pédiatrique  3. Guérisseur généraliste

88. Autres préciser \_\_\_\_\_

Q23 Pourquoi avez-vous recouru aux soins traditionnels pour votre enfant malgré la disponibilité de la médecine moderne et les centres de santé/\_\_\_\_/.

1. Raisons d'ordre culturelles ou coutumiers car utilisés dans notre société depuis des siècles moi aussi j'amène mon enfant

2. Coût abordable ou accès facile

3. Après un échec thérapeutique de la médecine moderne ou en complément thérapeutique de cette médecine

4. Efficacité prouvée

88 Autres préciser

.....

Q24 Y-a-t-il une différence entre les maladies relevant de la médecine moderne et de la médecine traditionnelle/...../

1  Pas de grande différence

2  une différence significative

3  Préciser les différences :

Q25. A quel moment recourez-vous en général aux soins traditionnels ? \_\_\_\_/

1. En première intention 2. En deuxième intention 3. Parallèlement avec la médecine Conventionnelle.

Q26. Un agent de la médecine conventionnelle vous a-t-il déjà adressé à un

tradithérapeute ?/...../1Oui  2  Non

Q27 Si oui dans quel cadre ?/\_\_\_\_\_/

1. Complément thérapeutique 2.Volet mystique

88 Autres à préciser \_\_\_\_\_

Q28 Un tradithérapeute vous a-t-il déjà adressé à un agent de santé moderne ?

Oui  Non

Q29 Si oui, dans quel cadre ?/\_\_\_\_\_/

1. Diagnostic 2.Complément thérapeutique 3.Echec thérapeutique

88. Autres à préciser \_\_\_\_\_

Q30 Quels genres de thérapies traditionnelles recevez-vous généralement lors de vos

Consultations chez le tradithérapeute ?/\_\_\_\_\_/

1. Solution buvable 2. Incantation 3. Solution pour le lavage

4. Décoctions 5. Massage 8. Autres préparations \_\_\_\_\_

Q31 Pouvez-vous décrire les soins traditionnels que l'enfant a reçu de sa naissance à l'heure actuelle (les noms, posologies et durées) Oui  Non

Dès la naissance

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Durant le premier trimestre

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

A partir de la première année à maintenant \_\_\_\_\_

Q32 Quelles sont les méthodes de diagnostic des tradithérapeutes que vous consultez ?/\_\_\_\_\_/

1. Interrogatoire 2. Examen physique 3 Examen métaphysique

4. Autres à préciser \_\_\_\_\_

Q33 Quel est environ le coût moyen d'un traitement pour les soins traditionnels ?/\_\_\_\_\_/

1. Moins de 250fcfa ; 2. De 250 à 500fcfa ; 3. De 500 à 1000fcfa ; 4. Plus de 1000fcfa

5. Selon les moyens du malade ; 6. En fonction des résultats du traitement ; 7. Gratuit

88. Autres à préciser \_\_\_\_\_

Q34 Quelle est selon vous la durée moyenne du traitement d'un enfant par un tradithérapeute? \_\_\_\_\_/

1. Moins d'1 semaine ; 2. De 1-2 semaines ; 3. De 3-4 semaines ; 4. Plus d'1 mois  
5. Autres à préciser \_\_\_\_\_

Q35 Quelle appréciation faites-vous concernant l'efficacité les soins traditionnels? \_\_\_\_/

1. Difficiles à évaluer                      2. Ils sont satisfaisants  
3. Ils sont complémentaires à la médecine moderne    4. Ils ne servent à rien  
5. Autres à préciser \_\_\_\_\_

Q36 L'enfant avait-il des amulettes ?

Oui                       Non

Q37 si oui quel est la nature et le rôle de ses amulettes ?.....  
.....

Q38 Connaissez-vous l'existence des MTA ?    Oui                       Non                       Aucune idée

Q39 Souhaitez-vous qu'on implante une unité de soins traditionnels dans les CSCOM ?  
Oui                       Non

Quels sont vos arguments à ce propos ?  
\_\_\_\_\_

Q40\_Quels sont selon vous les avantages de la médecine traditionnelle  
\_\_\_\_\_

Q41 Quels sont selon vous les inconvénients de la médecine traditionnelle :  
\_\_\_\_\_

\_\_MERCİ POUR VOTRE COLLABORATION !!!



## Annexe 4 : Certificats de formation en éthique de la recherche



**Zertifikat  
Certificat**

**Certificado  
Certificate**

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale  
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants

### **Certificat de formation - Training Certificate**

Ce document atteste que - this document certifies that

**chaka Traore**

a complété avec succès - has successfully completed

**Module 1**

du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche  
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

février 18, 2014

CID : 0Nc8065T

Professeur Dominique Sprumont  
Coordinateur TRREE Coordinator



Continuing Education Programs  
Programmes de formation continue

Ce programme est soutenu par - This program is supported by :

European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) ([www.edctp.org](http://www.edctp.org)) - Swiss National Science Foundation ([www.snf.ch](http://www.snf.ch)) - Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-isc.gc.ca/2891.htm>) - Swiss Academy of Medical Science (SAMS/ASS/MSAM/W) ([www.samw.ch](http://www.samw.ch)) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries ([www.kfpc.ch](http://www.kfpc.ch))

[REV : 20120817]



# Zertifikat Certificat

# Certificado Certificate

Promouvoir les plus hauts standards éthiques dans la protection des participants à la recherche biomédicale  
Promoting the highest ethical standards in the protection of biomedical research participants

## Certificat de formation - Training Certificate

Ce document atteste que - this document certifies that

**chaka Traore**

a complété avec succès - has successfully completed

**Module 2**

du programme de formation TRREE en évaluation éthique de la recherche  
of the TRREE training programme in research ethics evaluation

février 19, 2014  
CM : Anouilh Capry

Professeur Dominique Sprumont  
Coordinateur TRREE Coordinator



Ce programme est soutenu par - This program is supported by :

European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) ([www.edctp.org](http://www.edctp.org)) - Swiss National Science Foundation ([www.snf.ch](http://www.snf.ch)) - Canadian Institutes of Health Research (<http://www.cihr-esc.gc.ca/w/2001.html>) -  
Swiss Academy of Medical Science (SAMS/ASSM/SAMW) ([www.sams.ch](http://www.sams.ch)) - Commission for Research Partnerships with Developing Countries ([www.crp.ch](http://www.crp.ch))

(REV : 20120617)

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION  
DE L'ALPHABÉTISATION ET DES  
LANGUES NATIONALES

Direction Nationale de l'Éducation  
Non Formelle et des Langues Nationales



ATTESTATION N° 11929 /MEALN

Je soussigné, Directeur National de l'Éducation non Formelle atteste que

M: Chaka Ousmane Traoré

Né: le 25 juin 1985 à Bamako

a régulièrement suivi la formation d'initiation à la lecture, à la transcription et  
à la méthodologie d'enseignement de la langue Nationale: Bamanan

Du 16 avril au 17 mai à Bamako

En foi de quoi, je lui délivre la présente attestation pour servir et valoir ce que de  
droit

Bamako, le 23 mai 2012

Signature du titulaire



Le Directeur

Moussa DIABY

RÉPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple - Un But - Une Foi

Kalan, Siginikalan ni  
Fasokanw Minisiriso  
Siginikalan Ni Fasokanw  
ɲɛmɔgɔyaso



SEEREYASEBEN N° 11923 /KSFM

Ne, Siginikalan ni Fasokanw baarada, ɲɛmɔgɔ, b'a sɛmɛntiya ko:

Siyaka Usumani Tarawele

Min bangeri Bamakɔ zuwenkalo tile 25 san 1985

ye kalanɲɛ, Sebɛnni ani karamogokalan ke Bamanankan na

Ka bo awɛlikalo tile 16 la

Ka taa se mɛkalo tile 17 ma

O kama, n be nin seereyasben in d'a ma

Bamako mɛkalo tile 23 san 2012

Seereyasben tigi bolono

Baarada ɲɛmɔgɔ

Musa Jaabi



## Annexe 5 : Fiche signalétique

**Nom** : Traore ; **Prénoms** : Chaka Ousmane

**E-mail** : [chakous2003@yahoo.fr](mailto:chakous2003@yahoo.fr) ;

**Année de soutenance** : 2014

**Ville de soutenance** : Bamako (République du MALI).

**Lieu de dépôt**: Bibliothèque de la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie.

**Secteur d'intérêt** : Santé Publique, Médecine Traditionnelle Pédiatrique.

**Directeur de thèse** : Pr Samba Diop

**Titre de la thèse**: Monographie des soins infantiles Traditionnels dans la commune II du district de Bamako: Cas du quartier de Médina coura.

### Résumé :

**But** : Etudier en détails les soins traditionnels chez les enfants de 0 à 3ans.

**Méthode** : Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive qui s'est déroulée du 15 janvier au 15 décembre 2013 en commune II du district de Bamako sur un échantillon de 240 enfants et 20 tradipraticiens.

**Résultats** : 90% des enfants avaient déjà reçu des soins traditionnels ; généralement faits de décoctions de plantes, de massages corporels avec du beurre de karité d'amulettes.

Les mères dans 96.7% des cas se disaient utilisatrices de soins traditionnels et évoquaient majoritairement la dimension culturelle ou spirituelle et non le coût facile comme motifs de recours car la médecine traditionnelle holiste prend en compte l'aspect curatif mais protège aussi les enfants contre les mauvais esprits, sorts et renforcent l'immunité. 47% des mères souhaitaient l'implantation d'une unité de soins traditionnels dans leur centre de santé communautaire. Les soins traditionnels infantiles est le domaine des femmes thérapeutes et des grand-mères de famille 85% des tradipraticiens étaient des femmes ayant acquis leur savoir principalement par transmission et elles ont cité 43 plantes couramment utilisées dans les recettes chez les enfants. Les maladies diarrhéiques associées ou non aux troubles de la dentition (-Kɔnɔbɔli- Kolobɔsoit 27.98%). les troubles digestifs du nouveau-né (Finfini 15.64%) le paludisme (sumaya 15.14%) étaient les principales pathologies rencontrées. 90% des tradipraticiens ont affirmé référer des enfants vers la médecine moderne et 40% recevaient souvent des enfants référer par des agents de santé. Seul 15% des tradipraticiens avaient fait un test de toxicité ou avaient une preuve scientifique du degré de toxicité d'une de leurs plantes.

**Conclusion :** Les tradipraticiens sont largement sollicités du fait de la dimension culturelle ou spirituelle de leur pratique et prennent en charge surtout les troubles de la dentition (kolobo), le ballonnement du nouveau-né (finfini) et le paludisme (sumaya) et sollicitent le plus souvent la médecine moderne au besoin.

**Mots-clés :** Tradipraticiens soins traditionnels ; Médecine moderne ; enfants ; Département de la médecine traditionnelle ; Collaboration ;

## Signalitique Fisher

**Name:** Traore

**First Name:** Chaka Ousmane

**E-mail:** [chakous2003@yahoo.fr](mailto:chakous2003@yahoo.fr)

**Year of defense:** 2014

**City of defense:** Bamako (MALI Republic of)

**Place of deposit:** Library of the Faculty of Medicine and Dentistry

**Focus Area:** Public Health, Traditional Medicine Pediatric.

**Supervisor:** Prof. Samba Diop

**Title of the thesis: Monograph Traditional childcare in the municipality of the district of Bamako II: Case of Medina -coura**

### Summary:

**Purpose:** The purpose of this work was to study in detail the traditional care for children from 0 to 3 years old.

**Method:** This is a cross-sectional descriptive study referred held from 15 January to 15 December 2013 joint II the district of Bamako on a sample of 240 children and 20 traditional healers.

**Results:** 90% of children had received traditional treatments usually made of herbal decoctions, body massage with she a butter amulets. 96.7 % of mothers said they were users of traditional treatments and evoked mainly cultural or spiritual dimension and not easy cost as grounds for appeal because it takes into account the healing aspect but also protects children against evil spirits, spells, and reinforce the immunity.

47% of mothers wanted the establishment of a unit of traditional care in their community health center. Traditional child care is the domain of women therapists and grand- mothers 85% of traditional healers were women who acquired their knowledge mainly by transmission and cited 43 plants commonly used in recipes for children.

Diarrheal diseases associated or not teething troubles (Kɔnɔbɔli - Kolobɔ 27.98 %) digestive disorders of the newborn (Finfini 15.64 %) Malaria (sumaya 15.14 %) was the main pathologies.

90% of traditional healers stated refer children to modern medicine and often received 40% of children referred by health workers. Only 15% of traditional healers had a toxicity test or had scientific evidence of the degree of toxicity of one of their plants.

**Conclusion:** Given the largesse of using traditional care for children despite the availability of modern medicine frank collaboration between the two medicines is essential and will make the best use of assets and also reduce the particularly high rate of infant mortality Mali.

**Keywords:** Traditional healers' traditional care; Modern medicine; children; Department of Traditional Medicine; collaboration.

## Lakodɔnniseben

**Tɔgɔ ni Jamu:** Siyaka Usumani Tarawele

**E -mail:** [chakous2003@yahoo.fr](mailto:chakous2003@yahoo.fr)

**Kuncɛlikalan baara kɛlen jiransan:** 2014 san

**Kuncɛlikalan kɔɔsili karamɔgɔ :** Porofesɛri Sanba DIYɔPU

**Kuncɛlikalan bɛ min kan:** Farafinurakɛli suguyaw k'a ɲɛsin denmisɛnninw ma Bamako komi-ni 2 filanan kɔnɔ kɛrɛnkɛrɛnnyala Medinakura, olu ɲɛfɔlisɛben.

**Bakurabafo:**

**Baara:** Baara in kuntilenne tun ye ka ɲɛfɔli walan walannen kɛ farafinurakɛliw kan, ka ɲɛsin denmisɛnniwma minu si hakɛ b'a ta u bangewaati la k'a se san saba (3) ma.

**Baara kɛfɛɛrɛ:** Nin kɛra baara ye, min ɲɛsinna denmisɛnninbana suguya caman ma,

Baara in daminɛna zanwuyekalo tile 15,san 2013 ka taa a kuncɛ desanburukalo tile 15 san, 2013 san kelen o la.Baara in bɛɛ waleyara komini filanan (2) na, Medinakura kin kɔnɔ, denmisɛnin 240 ani farafinurakɛla 20 kan.

**Jaabi:** Baara in waleyara denmisɛnin minnu kan sigi kɛmɛsaradala , bi kɔnɔntɔn (90)ɲɔgɔn furakɛra ni farafinuraw ye.

Furakɛli ninu kɛra nin cogow de la: ka furaw tobi, ka denmisɛnninw saalo ni situlu ye, ani ka baganw don u la.

Denba minnu bɛ farafinurakɛlaw sɛgɛrɛ n'u denw ye sigi-sigilen kɛmɛsaradala 97 ɲɔgɔn ka k'u bɛ taa farafinurakɛlaw fɛ k'o sababu kɛ laadaw ani hakilina kɔrɔw ye, nka wariko tɛ wa dɛsɛ fana tɛ. Farafinurakɛli ɲɛci ye fila ye:

- ✓ **Fɔɔ:** A bɛ den kɛnɛya a farikolo la
- ✓ **Filanan:** A be den kisi subagaw ma.



N'i ye denbaw sigi sigi kɛmɛ o kɛmɛ 47 sago ye farafin furakɛli yɔɔ dɔ ka dayɛɛ sigida dɔgɔɔɔsow la.

Ni den furakɛlaw sigi-sigira kɛmɛ o kɛmɛ ye, 85 ye musow ye kɛrɛnkɛrɛnnen ya la mɔmusow. Musofurakɛlikɛla ninnu y'u ka dɔnniyaw sɔɔ u ɲɛmɔgɔw fɛ in'a fɔ, musow wɛrɛ bɛna na sɔɔ olu fana fɛ cogoya min na. Farafin furakɛla ninnu ye ɲiri suguya 43 kofɔ minnu bɛ kɛ ka den misɛnniwn furakɛ. Furakɛli ɲɛsinnen don ban minnu ma ka caya ye kɛmɛ-kɛmɛ saradala: kolobɔ: 28; finfinni: 16; sumaya: 15.

Ni farafin furakɛlaw sigi-sigira kɛmɛ-kɛmɛ 90 ko k'a fɔ olu bɛ denisɛnw banabatɔw bila ka taa dɔgɔɔɔsow la n'o sigira kɛmɛkɛmɛsarada, 40 ko k'a fɔ dɔgɔɔɔ yɛrɛ bɛ den banabaatɔw bila ka taa u fɛ yen. Ni ye farafin furakɛla ninnu sigira kɛmɛ o kɛmɛ 15 dɔɔɔn de y'a ka fura sɛgɛsɛgɛ fɔɔ n'a bɛ se ka di den ma, walima n'a tɛ se ka d'a ma.

**Kuncɛli:**

I n'a fɔ taa bɛ kɛ sisan ka caya ni denbanabatɔw ye farafin furakɛlaw fɛ, karo sɔɔ dɔgɔɔɔw fana b'u sɔɔn a ka ɲi; baarakɛɲɔgɔnya ka sabati farafin furakɛlaw ani dɔgɔɔɔw ni ɲɔgɔɔn cɛ. O na kɛ sababu ye ka farafin furakɛli nafa bɔ,a ni ka den saya dɔgɔya Mali kɔɔɔ

**Dajɛkolomaw:** Farafin furakɛla; Dɔgɔɔɔya; Den misɛn; Baarakɛɲɔgɔnya

D.M.T: ladalafura kɛli bolofara

## **Annexe 6 : Serment D'Hippocrate**

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

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

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

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

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

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

**Je le jure.**