



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume (3) N 1

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

Reçu, 08 Février 2021

Accepté, 15 Avril 2021

Publié, 29 Avril 2021

<http://revue-rasp.org>

---

Recherche

**Prise en charge des troubles mentaux en milieu rural au Mali: quelle articulation entre les deux systèmes de soins (conventionnel et traditionnel) au Centre Régional de Recherche en Médecine Traditionnelle de Bandiagara?**

**Management of mental disorders in rural Mali: what articulation between the two systems of care (conventional and traditional) at the Regional Research Center in Traditional Medicine of Bandiagara?**

MOUNKORO Pakuy Pierre<sup>1\*</sup>, COULIBALY Souleymane<sup>2</sup> KAMATE Zoua<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup> CHU Point G

\*Auteur correspondant: E-mail: [pmoukoro@yahoo.fr](mailto:pmoukoro@yahoo.fr) Tél (00223) 66 54 17 72/70 26 73 01

### **Résumé**

L'efficience de la prise en charge des troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara, requiert une meilleure collaboration entre les acteurs des deux médecines. L'objectif est de décrire les principales stratégies ayant permis au Centre Régional de Médecine Traditionnelle, de jeter les bases de cette collaboration par la mise en place d'un dispositif d'échanges d'informations entre 20 TPS en santé mentale et les médecins, les visites auprès de ces TPS, les consultations mixtes (médecin et TPS consultant ensemble le même patient) de 2007 à 2012. 89 patients internés et 345 en ambulatoire, ont été pris en charge par les TPS par l'utilisation de plantes associées aux rites. Les conceptions magico-religieuses des troubles mentaux et les difficultés à gérer l'agitation et l'agressivité, ont été mentionnées. Le domaine de compétence de chaque acteur, a été défini et la complémentarité a été la règle. Ainsi, 34 patients ont été référés par les TPS aux médecins et 17 par ceux-ci aux TPS.

La prise en charge des troubles mentaux en milieu rural, nécessite la collaboration entre les acteurs des deux médecines, dont le préalable demeure l'instauration d'un climat de confiance réciproque.

**Mots-clés** : Prise en charge - Troubles mentaux- TPS - Milieu rural- Mali.

**Abstract**

The efficiency of the management of mental disorders in the Dogon Plateau of Bandiagara requires better collaboration between the actors of the two medicines. The objective was to describe the main strategies that have enabled the Regional Center for Traditional Medicine to lay the foundations for this collaboration by setting up an information exchange mechanism between 20 THP in mental health and doctors, visits to these THP, mixed consultations (doctor and THP consulted the same patient together) from 2007 to 2012. 89 interned patients and 345 outpatients were treated by THP through the use of plants associated with rites. The magical or religious conceptions of mental disorders and the difficulties in dealing with agitation and aggression were mentioned. The area of competence of each actor has been defined and complementarity the rule. Thus, 34 patients were referred by the THP to the doctors and 17 by them to the THP. The management of mental disorders in rural areas requires collaboration between the actors of the two medicines, the prerequisite of which remains the establishment of a climate of mutual trust.

**Keywords:** Management - Mental disorders- THP- Rural environment- Mali.

## 1 - Introduction

Pour une meilleure prise en charge des problèmes de santé mentale des populations des colonies, des intervenants dans le domaine, ont mis l'accent sur la nécessité de prendre en compte les réalités socioculturelles. (Cazanove,1933, Mead,1953). Après les indépendances, deux expériences pilotes en Afrique de l'ouest notamment au Nigeria et au Sénégal, se sont appuyées sur ces réalités locales pour améliorer cette prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux (Lambo, 1966, , Mounkoro et Coulibaly, 2013). Ces deux expériences, ont beaucoup influencé la politique malienne en matière de santé mentale, même si cette influence ne serait pas assez déterminante dans les politiques actuelles de ces deux pays (Collignon,1983., N'doye, Devos et Gueye, 2000).

Le Centre Régional de Recherche en Médecine Traditionnelle (CRMT) de Bandiagara, est l'émanation de cette politique malienne.. Il est un centre de recherche chargé du recensement et de l'organisation des ressources de la médecine traditionnelle en vue d'une meilleure articulation des deux systèmes de soins (traditionnel et conventionnel).. La prise en charge ou la proposition d'un modèle de prise en charge des troubles mentaux, impliquant les acteurs de ces deux systèmes de santé, fait partie de ses objectifs spécifiques (Coppo, Giannattasio et Misiti, 1988). Il est le seul service de santé mentale pour les 5<sup>e</sup>, 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> région du Mali. Mais avant la création du CRMT, les TPS, constituaient le seul recours pour les patients (Mounkoro, 2007). La collaboration entre les acteurs des

deux médecines était presque inexistante. Le centre ne disposait comme personnel soignant que d'un seul médecin psychiatre. Il n'y avait pas d'unité d'hospitalisation. Les malades mentaux étaient le plus souvent suivis en ambulatoire. Les hospitalisations se faisaient en général à domicile ou au centre dans la salle d'attente pour les malades agités ou agressifs. Le centre a initié la création des espaces de rencontres et d'échanges d'informations avec les premiers PMT recensés, qui ont été invités à former la première association de TPS du Plateau Dogon en 1991. Des visites régulières auprès des TPS par un psychiatre en vue de s'enquérir des conditions de prise en charge des malades par les TPS, ont été également entreprises. En même temps, des espaces d'échanges d'informations à propos des maladies entre les deux acteurs étaient ouverts chaque mois au CRMT, ce qui a permis d'enregistrer les premiers patients référés par les TPS au centre et du centre aux TPS. Cette expérience du CRMT, pourrait intéresser certaines régions du Mali, voire l'ensemble du pays en tenant compte des spécificités de chaque localité

L'objectif de ce travail est de décrire les principales étapes par les lesquelles, le CRMT a cheminé pour arriver à une meilleure collaboration avec les TPS dans la prise en charge des troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara, avec pour objectifs spécifiques :

- Répertorier les modèles interprétatifs des troubles ;
- Évaluer approximativement la charge de morbidité prise en charge ;
- Énumérer les principales difficultés liées à la prise en charge ;
- Mettre en place un modèle de référence des patients dans les deux sens.

## **2 -Matériels et Méthodes**

### **2.1 - Lieu de l'étude : Plateau Dogon de Bandiagara**

L'histoire du cercle de Bandiagara ou Plateau Dogon est intimement liée à celle de la ville de Bandiagara fondée vers 1770 par un chasseur nommé Nangabanou Yorobougoué Tembely (Cercle de Bandiagara, 1995). La ville tire son nom de deux vocables Dogon : bagna (écuelle) et gara (grand), ce qui signifie grande écuelle. L'explication est que le fondateur chasseur troquait avec les voyageurs le contenu en viande d'une grande écuelle en bois contre quelques cauris . Ainsi le lieu de troc finit par s'appeler Bagna gara qui, au fil des années est devenu par déformation Bandiagara. D'une superficie de 10.520 km<sup>2</sup>, la population est estimée à environ 418.873 habitants en majorité des Dogon

(DNP/RGPH 2009)<sup>1</sup> . Les pathologies les plus fréquentes dans le cercle sont : le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, la tuberculose et la malnutrition.

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

Il a été créé en 1986 grâce à un accord de coopération entre le Mali et l'Italie. Premier centre régional de recherche en médecine traditionnelle au Mali, celui de Bandiagara est un centre périphérique de l'Institut National en Santé Publique (INSP)<sup>2</sup>. Le centre a une spécialité neuropsychiatrique. Les premières activités du CRMT, ont été la prise en charge des malades souffrant de troubles mentaux et d'épilepsie et le recensement des TPS en santé mentale. Le CRMT, a permis la création de la Fédération des Associations de Thérapeutes Traditionnels de Bandiagara (FATTB), constituée par 30 associations regroupant environ 700 membres. Ces tradipraticiens sont soit des devins, des marabouts, des féticheurs, des herboristes, des rebouteux, des accoucheuses traditionnelles, des gardiens des divinités, des interpréteurs de rêves ou de cris des animaux, etc...

## **2.3 - Type, période et population de l'étude**

Il s'agissait d'une étude longitudinale qui s'est déroulée de 2007 à 2012 auprès des Tradipraticiens de santé prenant en charge les troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara.

### **2.3 - Échantillonnage**

#### **2.3.1- Critères d'inclusion**

Tout Tradipraticien de santé prenant en charge les troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara et ayant accepté de participer à l'étude après un consentement éclairé.

#### **2.3.2- Critères de non inclusion**

N'étaient pas inclus dans l'étude:

- Tout Tradipraticien de santé ne prenant pas en charge les troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara
- Tout Tradipraticien de santé prenant en charge les troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara et n'ayant pas accepté d'être enquêté après consentement éclairé.

#### **2.3.3 -Taille de l'échantillon**

Il était constitué par les 20 TPS recensés de 1986 à 2007 au Plateau Dogon de Bandiagara.

<sup>1</sup> Direction Nationale de la Population (DNP) sur la base du Recensement Général de la Population et de l'Habitat en 2009 (RGPH 2009).

<sup>2</sup> L'ex Institut National de recherche en Santé Publique (INRSP)

## 2.4- Moyens et méthodes de récolte des données

Ils ont été les échanges d'informations et de patients, les visites auprès des TPS, les consultations mixtes et la mise en place d'un système de référence des patients dans les deux sens.

### 2.4.1- Les échanges d'informations

Les TPS de la première association formée à partir de 1990, ont été invités à prendre part aux échanges d'informations avec les médecins, les anthropologues et les psychologues du centre. Ces rencontres se tenaient soit de façon individuelle au domicile du TPS ou de façon collective au centre. Les entretiens individuels portaient surtout sur l'approche de la psychologie et de la psychopathologie notamment les entités nosologiques dogons (Moukoro et Coulibaly, 2019). Quant aux rencontres collectives, elles se tenaient une fois par mois au centre et le thème a été choisi alternativement par les acteurs de la médecine conventionnelle et ceux de la médecine traditionnelle. Le choix du problème de santé obéissait à une demande d'information concernant ce problème. Ainsi, les thèmes choisis par les tradipraticiens de santé ont été : l'HTA, la dracunculose, la rougeole, les IST et VIH/SIDA, ...etc. Ceux des médecins du centre ont été : *Wobu* (paludisme simple), *sada* (paludisme grave et compliqué), *WεWε* (vent pour désigner toute affection soudaine), *pagala* ou *gamma* (douleurs ostéoarticulaires) renvoyant le plus souvent au rhumatisme articulaire, *gεgε* (affections ictériques), *yapilu* (maladie mentale renvoyant le plus souvent à la psychose puerpérale), *tibusugu* (tomber comme une pierre pour désigner l'épilepsie), *wede* (folie)...etc. Pour chaque thème abordé, les acteurs des deux médecines participaient pleinement et donnaient librement leurs conceptions des maladies, les manifestations et les causes ainsi que les méthodes thérapeutiques utilisées (curatives et préventives) dans une ambiance empreinte de courtoisie, de respect mutuel et de convivialité.

### 2.4.2 -Les visites auprès des TPS.

Une équipe du centre composée d'un médecin psychiatre et d'un interprète rendait visite régulièrement aux TPS en santé mentale, en vue d'une meilleure connaissance des malades pris en charge et surtout des méthodes et techniques thérapeutiques utilisées et des difficultés rencontrées. Lors de ces visites, les malades suivis par le TPS ont été répertoriés et un dossier a été ouvert pour chaque malade interné. Ces visites ont permis le plus souvent à l'équipe, d'assister aux différentes étapes des soins notamment la récolte des plantes, la préparation et l'administration des remèdes et surtout d'établir le répertoire des techniques et méthodes thérapeutiques notamment les plantes, les rituels, la contention physique, la flagellation, la restriction hydrique et/ou alimentaire.

#### 2.4.4 - Les consultations mixtes

TPS et médecin, consultaient le même malade au même lieu, soit au domicile du tradipraticien, soit dans une formation sanitaire (Moukoro et Coulibaly, 2013).

- Au domicile du TPS.

Le médecin, se rendait au domicile du TPS, observait les malades et s'entretenait avec lui, afin de connaître la diagnose traditionnelle posée par le TPS et de répertorier les moyens diagnostiques utilisés notamment l'interrogatoire, l'inspection, le toucher, les actes et faits des patients et la divination utilisant plusieurs techniques comme le jet de coquillages marins, la géomancie et l'oniromancie. Ces consultations ont permis de déterminer le nombre moyen de patients reçus par jour, le type de pathologies, le sexe, l'âge et la provenance des malades. L'évaluation de la prise en charge traditionnelle par l'évidence ethno-médicale<sup>3</sup> (l'état de santé du patient après traitement) a également été effectuée le plus souvent à l'occasion de ces consultations.

- **Au CRMT**

Elles se déroulaient au centre et le TPS accompagnait les patients pour lesquels, il désirait avoir une expertise du médecin. Le malade était consulté par un médecin qui posait un diagnostic en s'aidant souvent d'exams complémentaires. Ce diagnostic était porté à la connaissance du patient et de sa famille et également du TPS, qui donnait aussi sa conception de la maladie. En général, il s'est toujours dégagé un consensus, qui a facilité la prise en charge concomitante du patient.

#### 2.4.5 - La mise en place d'un système de référence des patients

Les TPS et les médecins, ont mis en place un système de référence des patients dans les deux sens, après deux rencontres entre les différents acteurs en 2008 et 2009. Des fiches de références, remises aux TPS impliqués permettaient à ces derniers de référer les patients aux structures sanitaires en les remplissant et en les remettant ensuite aux patients. Un point focal, désigné et formé par structure sanitaire, était chargé de recevoir les patients référés afin de faciliter leurs parcours de soins. Ces fiches comportaient les nom et prénoms, village, association, sexe, âge, provenance du patient et les motifs

---

<sup>3</sup> Il s'agit de faire des observations cliniques des patients suivis par les TPS selon l'approche biomédicale en retenant des hypothèses diagnostiques sans prescrire des traitements et suivre l'évolution de ces patients.

de la référence. Les médecins réfèrent également les patients aux TPS et un accent particulier a été mis sur la retro -information concernant l'évolution de l'état des malades référés.

## 2.5 - Le traitement et l'analyse des données

Les données ont été saisies sur Word 2010 et traitées manuellement

## 2.6 - Problèmes d'éthique et de déontologie

Après un consentement éclairé du Président de la FATTB, ce dernier a convié les présidents des associations dont les TPS étaient membres afin de les informer et sensibiliser. Un rendez-vous, a été donné à l'avance à chaque TPS. A la fin de chaque interview, dans le souci de respecter la tradition, l'équipe a observé les codes de bonne conduite en offrant des noix de cola, du thé et du sucre en guise de motivation symbolique. Vu la diversité des dialectes dogon, un interprète, parlant la majorité des dialectes, a servi de traducteur. L'anonymat et la confidentialité ont prévalu pendant toutes les étapes de l'étude. Les interviews, avaient lieu aux domiciles des TPS.

## 3 - Résultats

### 3.1 Variables sociodémographiques des TPS

#### 3.1.1 - Répartition des TPS selon la spécialité

**Graphique N°1 : Répartition des TPS selon leur compétence**

Compétence	Nombre de TPS	Proportion (%)
<b>Spécialistes</b>	<b>9</b>	<b>45</b>
Généralistes avec compétence en psychiatrie	8	40
Généraliste	3	15
Total	20	100

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

#### 3.1.2 - Religion, leur ethnie, profession, niveau d'éducation, l'origine du savoir des TPS et Principales sources de revenus

Tous étaient des hommes dont 19 de l'ethnie Dogon. 16 étaient de religion musulmane et 4 de la religion traditionnelle dogon. 15 n'étaient pas alphabétisés et 5 avaient un niveau d'éducation primaire. 14 avaient comme origine du savoir la tradition familiale. **Seuls 3TPS**, tiraient leurs principales sources de revenus de l'exercice de la Médecine traditionnelle.

### 3.2 - Variables cliniques

- les conceptions d'origine magico-religieuse des troubles mentaux notamment l'agression par les esprits, le mauvais sort et la sorcellerie-anthropophagie.
- **89 patients internés et 345 en ambulatoire selon le récit des TPS** (en absence d'enregistrement des patients).
- **34 patients référés par les TPS aux médecins**
- **17 par les médecins aux TPS.**
- la méconnaissance par les TPS des comorbidités organiques notamment les pathologies infectieuses courantes

### 3.3 - Variables thérapeutiques

- L'agitation, l'instabilité et l'agressivité gérées par la contention physique, la flagellation ou la restriction alimentaire et/ou hydrique (dans le but d'affaiblir physiquement le patient).
- Les plantes associées aux rites comme ressources thérapeutiques à travers les enquêtes ethnobotaniques en 2008 et en 2012. .

## 4 - Discussion

La pratique a prouvé aujourd'hui qu'aucune médecine, qu'elle soit traditionnelle ou conventionnelle ne peut disparaître au profit de l'une ou de l'autre. Pour ce faire, les acteurs de ces deux systèmes de soins, doivent collaborer dans une perspective de complémentarité et de non concurrence voire de confrontation (Collomb, 1973 ; Tourame, 1987). La collaboration entreprise dans ce sens par le CRMT au Plateau Dogon de Bandiagara, s'est articulée autour d'un certain nombre de prérequis dont les principaux ont été le recensement des TPS et leur regroupement en associations autour des TPS en santé mentale, la création d'espaces d'échanges entre les acteurs des deux systèmes et surtout la reconnaissance des limites des acteurs de chacune des médecines et la nécessité de la complémentarité (Mounkoro, 2010 ; Mounkoro et Coulibaly, 2011 ; Coppo, Kodio et Nantoumé, 2014).

### 4.1- Variables sociodémographiques

#### 4.1.1- Âge, sexe et ethnie

Tous les TPS, étaient des hommes et 19 TPS de l'ethnie Dogon. Cela témoigne du fait que les dogon ont toujours tendance à garder leurs traditions. L'absence de TPS de sexe masculin, pourrait s'expliquer par le fait que le savoir est le plus souvent transmis au garçon qu'à la fille. Concernant la prise en charge des troubles mentaux, qui demande plus d'énergie physique et de temps, elle serait plus réservée aux hommes. Nos résultats sont conformes à ceux de Mounkoro et Coulibaly au Plateau

Dogon (Mounkoro et Coulibaly, 2019). L'âge des TPS était compris entre 42 et 81 ans, ce qui dénote d'une certaine maturité.

#### **4.1.2 - Spécialité des TPS**

Neuf étaient spécialisés, huit avaient une compétence en santé mentale et 3 généralistes qui ont l'habitude de prendre en charge des pathologies à forte connotation psychique. Ces TPS, prennent en charge en plus plusieurs affections somatiques.

#### **4.1.3 - Religion, profession, niveau d'éducation et l'origine du savoir des TPS**

16 étaient de religion musulmane, mais en réalité, 13 d'entre eux mélangeaient les pratiques des deux religions (musulmane et traditionnelle dogon). Ce syncrétisme vivant se voit encore dans les villages où, mosquée, lieu de culte chrétien et autels se côtoient. Seuls six TPS avaient comme pour principale profession la Médecine Traditionnelle, les autres étaient en plus des cultivateurs et des marabouts. Seulement 5 TPS, avaient été scolarisés et n'avaient pas dépassé le niveau primaire, mais les 5 marabouts savaient lire et écrire. Quant à l'origine du savoir, elle était surtout de la tradition familiale ou apprentissage de père en fils dans la grande majorité des cas.

#### **4.2 - Les rencontres entre les acteurs des deux systèmes de soins**

Les rencontres régulières entre les acteurs des deux médecines d'abord individuelles et ensuite collectives avec les TPS, ont dissipé progressivement les risques de complexes de supériorité pour les médecins et d'infériorité pour les TPS, en créant un climat empreint de confiance et de respect mutuels (Mounkoro, Coulibaly et Kamaté, 2020). La formation des associations a aussi influencé positivement la nature des relations entre les acteurs des deux médecines, relations qui n'étaient plus personnalisées mais formalisées. Ainsi, les TPS, ont commencé à défendre leurs intérêts concernant l'exercice de leur profession et surtout la promotion de la médecine traditionnelle. En effet avant la mise en place des associations, les TPS sollicitaient le centre le plus souvent pour leurs problèmes existentiels (manque de nourriture, les difficultés à se faire payer par les patients). Les difficultés liées à l'exercice de la profession étaient reléguées au second plan, voire occultées. La collaboration entre TPS, leur a permis de se connaître et d'échanger des informations, des malades et même souvent des remèdes.

Ces rencontres, ont également permis d'appréhender l'approche traditionnelle des troubles mentaux fondée sur le modèle magico-religieux, dominé par l'agression par les esprits, le mauvais sort, la sorcellerie-anthropophagie, l'épilepsie, la prise de toxiques (alcool et drogue). La référence à l'abus de toxique (drogue et alcool) évoquée par un TPS, témoigne de l'influence de l'acculturation occasionnée par la psychopathologie de l'émigration. Cette étiologie incrimine le malade qui est responsable de ses troubles qui disqualifient les TPS et marginalisent ce dernier. Aussi, il a été prouvé par les différents rapports de consultations, que, les TPS sont sollicités tout au long de l'évolution des troubles, et plus de 90% des malades ayant consulté au centre ont suivi, suivent ou suivront des traitements traditionnels. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le praticien de la médecine

traditionnelle, a l'avantage de fonctionner dans un système de représentations dans lequel se reconnaît le patient et sa famille et de même la communauté, car ces représentations sont culturellement partagées. Ce qui n'est pas le cas pour le psychiatre de formation occidentale dont le diagnostic et les thérapeutiques sont en général inaccessibles au patient et à sa famille (Martino, 1968 ; Laplantine, 1976). Ceci pourrait être l'une des raisons pour lesquelles, les praticiens de la médecine conventionnelle ont un certain regain d'intérêt pour les représentations traditionnelles des troubles mentaux, qui permettent non seulement de mieux appréhender le fonctionnement des patients et leurs familles et surtout de prendre en compte leurs demandes aussi bien rationnelles et qu'irrationnelles (Nathan, T., Stengers, I. 1995 ; Collignon, 2000). Le psychiatre se met alors à l'écoute du praticien de la médecine traditionnelle (Martino, 1966 ; Coppo et ., Mounkoro, . ;1993).

#### **4.3- Les visites auprès des TPS et les consultations mixtes**

Elles ont scellé l'implication des TPS dans la prise en charge des troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara, dont la quasi-totalité, était assurée par les TPS, qui étaient une vingtaine pour un seul psychiatre en 2012 et sont aujourd'hui encore redevenus les seuls acteurs<sup>4</sup>. La presque totalité des pathologies prises en charge, est constituée par les psychoses. Les principales difficultés recensées, ont été la gestion de l'agitation, de l'instabilité et de l'agressivité gérées par la contention physique en utilisant plusieurs moyens dont la corde, la cotonnade traditionnelle, les chaînes, etc... Les mains peuvent être liées et/ou les pieds et même en plus le malade peut être isolé dans de mauvaises conditions d'hygiène (traité comme un animal : abandonné sans plus aucun soin en attendant souvent inexorablement sa mort). Nous avons vu également un TPS faire travailler (travaux champêtres) ses malades enchaînés.

#### **4.4 - La référence des malades dans les deux sens**

À partir de 1994, le centre et les TPS ont commencé à échanger des malades. Un TPS de la ville de Bandiagara amenait des malades mentaux au centre pour « voir si le malade n'a pas une maladie dans le sang, le faire dormir, le calmer ». Le centre a également commencé à orienter les malades et leurs familles, qui s'y adressaient pour avoir les services d'un « bon » dans le TPS. (Collomb, 1977). Aussi, à partir de 1999, un autre TPS, a commencé à recevoir des malades suivis par le centre à la demande de leurs parents. . À partir de ce moment et jusqu'en 2009, près d'une vingtaine de patients ont été reçus par ce TPS et tous ont été pris en charge avec succès et la mise en place d'un cadre institutionnel la même année n'a fait que renforcer cette dynamique. Il s'agissait pour la plupart, de malades

<sup>4</sup> Le seul psychiatre, est depuis 2016 enseignant -chercheur à la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie à Bamako

Dogons, venant de Bamako et pris en charge pour les premiers soins au service de psychiatrie. Leurs familles secondairement désiraient leur faire suivre un traitement traditionnel concomitamment. Référés le plus souvent au CRMT par le service de psychiatrie pour un « suivi correct », le recours au traitement traditionnel a permis en général de réduire les posologies et le nombre des psychotropes prescrits et une monothérapie a été préconisée. Pour les affections comme la schizophrénie, un neuroleptique à action prolongée et le traitement traditionnel ont permis en général d'améliorer l'état du patient au point de réussir une réinsertion socioprofessionnelle (Koumare, B., Coudray, JP., Miquel-Garcia, E, 1992). Pour des affections moins graves, le traitement traditionnel à lui seul a permis une amélioration notoire. Car les TPS sont généralement considérés comme de bons psychothérapeutes et la confiance des patients en eux semble s'expliquer par leur capacité à soulager l'anxiété. En effet, le TPS, semble disposer de plus de temps pour leurs patients contrairement aux praticiens de la médecine occidentale (Mounkoro, Coulibaly, 2019). Ces échanges ont permis de comprendre, que la plupart des malades sont amenés au centre pour des motifs précis notamment l'insomnie, l'agitation, le refus du traitement traditionnel...etc. Cela pourrait expliquer pourquoi beaucoup de malades ayant fréquenté le centre n'y retournent plus généralement après une première consultation. Une approche des méthodes et techniques thérapeutiques utilisées notamment les plantes, a pu être faite à travers enquêtes ethnobotaniques concernant les troubles mentaux en général (Mounkoro et al, 2018) et les troubles du spectre schizophrénique (Mounkoro et al, 2020).

## **5 - Conclusion**

Pour une meilleure prise en charge des troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara, il est indispensable de renforcer la collaboration entre les acteurs des deux médecines. Pour ce faire, il est impérieux au préalable d'identifier les ressources dont dispose chacune des deux médecines et ensuite utiliser ces ressources dans une perspective de complémentarité. Pour ce faire, chacun de ces deux systèmes de soins, a besoin d'être développé à hauteur de souhait.

**Conflits d'intérêt** : les auteurs déclarent avoir aucun conflit d'intérêts

## **Contribution des auteurs**

L'auteur correspondant a participé à toutes les étapes de ce travail, quant aux autres auteurs à la rédaction de l'article.

## **Remerciements**

Les auteurs remercient le personnel du CRMT et les TPS pour leur contribution à la réalisation de cette étude

### Références bibliographiques

- Cazanove, G. (1933). Les conceptions religieuses des indigènes de l’Afrique Occidentale Française. Leur importance en médecine mentale et sociale, *L’Hygiène Sociale*, 5<sup>ème</sup> année, 103 : 2083- 2087.
- CERCLE DE BANDIAGARA. (1995). Rapports d’activités. Service des Archives et Documentation
- Collignon, R. (1983) - A propos de psychiatrie communautaire en Afrique. Les dispositifs villageois d’assistance. Eléments pour un dossier. *Psychopath. Afric.* 3 : 287- 328.
- Collignon, R. (2000). Santé mentale entre Psychiatrie contemporaine et Pratique traditionnelle (le cas du Sénégal). *Psychopath. Afric*, XXX, 3, pp. 283-298
- Collomb, H. (1973). Rencontre de deux systèmes de soins. A propos de thérapeutiques des maladies mentales en Afrique. *Social Science and Medicine*, VII, pp 623- 633.
- Collomb, H. (1977). Les modèles de la psychiatrie africaine. Trascult psychiat sympo, Havane. 20-26 fév 1977 :1-2
- Coppo, P., Giannattasio, F., Misiti. R. (1988). Médecine traditionnelle et psychiatrie en Afrique. In Médecine Traditionnelle, Psychiatrie et Psychologie en Afrique (sous la direction de COPPO.P) *Il Pensiero Scientifico Editore*, : 5-80.
- Coppo, P., Mounkoro, P.P. (1993). Médecine Traditionnelle et psychiatrie. In Essai de psychopathologie Dogon (sous-direction de P. Coppo). Editions CRMT/PSMTM, pp : 143- 149
- Coppo, P., Kodio, O., Nantoumé, A. (2014). Santé intégrée dans le cercle de Bandiagara, Mali. *UNIVRESTAS FORUM: International journal of human development and international cooperation*, vol 4, N°1, pp: 1 -9.
- Koumare, B., Coudray, JP., Miquel-Garcia, E. (1992). L’assistance psychiatrique au Mali : A propos du placement des patients psychiatriques chroniques auprès de tradipraticiens. *Psychopath. Afric*, XXIV, n°2,
- Lambo, T.A. (1966) The village of Aro. In M. King (Ed) *Medical care in developing countries*. London : Oxford, University Press : chap 20 (20 : 1- 27 :7).
- Laplantine, F. (1976). Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique noire. *Encyclop. Univers, Ed. Univers*, Paris, : 37-90
- Mead, M. (1953). Société, tradition et technologie : comptes rendus d’enquête sur la maladie mentale/Margaret MEAD. *Intr de J.R. Rees*, Paris, UNESCO, 407 p.
- Martino, P. (1966). Les représentations culturelles des maladies mentales, l’étape nécessaire de leur reconnaissance, leur intégration aux techniques occidentales de diagnostic et d’assistance. *Et. Méd.*, : 10-17 (psychiatrie au Sénégal.
- Mounkoro, P. P. (2007). Approche du désordre mental au Plateau Dogon de Bandiagara au Mali. *Mémoire passage en 3<sup>ème</sup> de CES de psychiatrie*, N° 294, Bibliothèque Clinique Moussa DIOP, CNHU Fann Dakar, 43 pages.
- Mounkoro, P.P. (2010). Pour une meilleure articulation entre Médecine conventionnelle et Médecine traditionnelle dans le domaine de la santé mentale au Plateau Dogon de Bandiagara au Mali. Mémoire de CES/DES de psychiatrie, N°299, 79 pages, FMOS, UCAD, Dakar
- Mounkoro, P.P., Coulibaly, S. (2011). Expérience de collaboration du Centre Régional de Médecine Traditionnelle avec les thérapeutes traditionnels spécialistes en santé mentale dans le cercle de Bandiagara au Mali. *RASP N°2 Janvier-juin*, pp : 14-30

- 
- Mounkoro, P. P., Coulibaly, S. (2013). Du recensement du Tradipraticien de santé à la collaboration entre les acteurs des deux systèmes de soins (conventionnel et traditionnel) dans le domaine de la santé mentale au Plateau Dogon de Bandiagara, Mali. *RASP*, N°7, juillet-Décembre, pp : 3-10.
  - Mounkoro, P.P., Kodio, O., Coulibaly, S.P., Traoré. J., Koné, M., Traoré, K, ...B, Koumaré, B. (2018). Étude ethnobotanique des plantes utilisées par les tradipraticiens de santé pour le traitement des troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara. *Psy Cause*, 77, pp : 7 -14
  - Mounkoro, P.P., Coulibaly, S. (2019). Approche psychopathologique des troubles mentaux au Plateau Dogon de Bandiagara. *RASP*, Vol.18(1), Janvier-juin, pp : 12- 24.
  - Mounkoro, P.P., Togola, A., De Jong, Diallo, D., Paulsen, B.S, Van 't Klooster, C. (2020). Ethnobotanical survey of plants used by traditional health practitioners for treatment of schizophrenia Spectrum Disorders in Bandiagara, Mali, West Africa. *Journal of Herbal Medicine*.
  - Mounkoro, P.P., Coulibaly., Kamaté. Z .(2020). Perceptions des troubles mentaux par les tradipraticiens de santé dans le district de Bamako, Mali. *RASP Volume (2) N 2* pp : 102-111
  - Nathan, T., Stengers, I. (1995). Médecins et sorciers : manifeste pour une psychopathologie scientifique. Collection Les Empêcheurs de penser en rond
  - N'doye, O. Devos, A., Gueye, M. (2000). L'ethnopsychiatrie à Fann aujourd'hui. *Psychopath. Afric*, 2000, XXX, 3, pp : 265-282.
  - Tourame, G. (1987). Pratique psychiatrique en milieu africain : guérisseurs et psychiatres. *Pop et Sant Trop*, N°30, 1987Déc, pp : 1 -3

© 2021 Mounkoro, License BINSTITUTE Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)