



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume (3) N 2
ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023
Reçu, 05 Mars 2021
Accepté, 26 Mai 2021
Publié, 22 Juillet 2021

<http://revue-rasp.org>

Type d'article: Recherche

Fardeau psychosocial, culturel et économique lié à la prise en charge de l'épilepsie par les tradithérapeutes au Mali : cas du plateau dogon de Bandiagara.

Psychosocial, cultural and economic burden linked to the treatment of epilepsy by traditional therapists in Mali: case of the dogon plateau of Bandiagara.

MOUNKORO Pakuy Pierre^{1*}, COULIBALY Souleymane², KAMATE Zoua³

¹Psychiatre, Maître-assistant (FMOS/USTTB), Praticien hospitalier au CHU Point G

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

³Psychiatre, Praticien hospitalier au CHU Point G

*Correspondance : E-mail : pmouunkoro@yahoo.fr , Tél (00223) 66 54 17 72/70 26 73 01

Résumé

Les tradithérapeutes assurent la quasi-totalité de la prise en charge des épileptiques au Plateau Dogon de Bandiagara et constituent encore le premier recours pour les épileptiques et leurs familles. Pour l'opinion populaire, la médecine traditionnelle semble mieux indiquée que la médecine conventionnelle pour la prise en charge des épileptiques, même si cette prise en charge assurée par les tradithérapeutes semble constituer un fardeau psychologique, social, culturel et économique pour les épileptiques et leurs familles. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'importance de ce fardeau psychologique, social, culturel et économique lié à la prise en charge de l'épilepsie par les tradithérapeutes au Plateau Dogon de Bandiagara. Les observations cliniques de six malades épileptiques ayant suivi un traitement auprès d'un tradithérapeute et choisis parmi les patients suivis au centre pour cette étude après le consentement éclairé de ces derniers et de leurs proches. Cette étude nous a permis de préciser la nature et l'importance du fardeau que constitue la prise en charge des épileptiques par les tradithérapeutes notamment le fardeau psychologique, le fardeau social, le fardeau culturel et le fardeau économique qui aurait surtout conduit à la paupérisation des familles des épileptiques. Cependant, ces différents fardeaux pourraient être minimisés voire évités, par une bonne collaboration entre les acteurs de la médecine moderne et les tradithérapeutes.

Mots-clés : Prise en charge- Epilepsie - Tradithérapeutes - fardeau - Mali

Summary

Traditional healers provide almost all the care for epileptics in the Dogon Plateau of Bandiagara and are still the first resort for epileptics and their families. For popular opinion, traditional medicine seems better suited than conventional medicine for the management of epileptics, even if this care provided by traditional therapists seems to constitute a psychological, social, cultural and economic burden for epileptics and their families. The objective of this study was

to assess the importance of this psychological, social, cultural and economic burden linked to the treatment of epilepsy by traditional therapists in the Dogon Plateau of Bandiagara. The clinical observations of six epileptic patients who underwent treatment with a traditional therapist and chosen from among the patients followed at the center for this study after the informed consent of them and their relatives. This study allowed us to specify the nature and importance of the burden of the care of epileptics by traditional therapists, in particular the psychological burden, the social burden, the cultural burden and the economic burden which would have above all lead to the pauperization of families of epilepsy. However, these various burdens could be minimized or even avoided, through good collaboration between the actors of modern medicine and traditional therapists.

Keywords: Treatment - Epilepsy - Traditherapists - burden – Mali.

1. Introduction

Au Mali, les tradithérapeutes assurent la presque totalité de la prise en charge des troubles mentaux et de l'épilepsie et constituent même souvent le seul recours dans les zones rurales où la médicalisation est encore très faible (Mounkoro, 2010 ; Codjia *et al.*, 2010 ; Coppo *et al.*, 1988). En effet, l'épilepsie est généralement considérée au Mali comme une maladie provoquée par la possession des esprits (Uchoa *et al.*, 1992 ; Mounkoro et Coulibaly, 2013). Aussi, elle est considérée le plus souvent comme une maladie contagieuse par l'intermédiaire de la salive et incurable, surtout si le malade à l'occasion d'une crise à été brûlé par le feu (Beneduce *et al.*, 1990, Arborio et Dozon, 2000). Ainsi beaucoup d'enfants épileptiques ne vont pas à l'école, les adultes malades ne travaillent pas, ne sont pas mariés, ou s'ils le sont, sont divorcés après. L'épileptique, mange seul, boit dans une jarre à part ou avec un gobelet à part (Pillard *et al.*, 1992). Le grand mal fait de crises tonicocloniques généralisées, représente la forme la plus fréquente (Mounkoro et al, 2019). Il constitue la forme la plus grave des épilepsies par l'intensité des crises et surtout la marginalisation sociale du patient qu'il engendre (Mounkoro et Coulibaly, 2013). Au Mali en général et au Plateau Dogon de Bandiagara en particulier, la plupart des agents de la médecine conventionnelle ne sont pas formé en épileptologie et les médicaments antiépileptiques ne sont pas toujours disponibles. Ce qui ne fait que reconforter la conviction populaire selon laquelle, le traitement des épileptiques relèverait du seul ressort de la médecine traditionnelle, alors lors que cette dernière semble ne pas disposer pour le moment de remèdes aussi efficaces que ceux de la médecine conventionnelle (Mounkoro et al, 2021). Aussi la récolte, la préparation et l'administration des médicaments traditionnels utilisés pour le traitement de l'épilepsie semblent très laborieuses et posent souvent de graves problèmes d'hygiène et d'éthique par l'utilisation de vomis de chien, de crottins d'ânes, d'ossements humains, de linceul, etc. (Coulibaly. Mounkoro et Koumaré, 2012). Les différents fardeaux liés à cette prise en charge peuvent être :

le fardeau psychologique

L'épileptique éprouve une souffrance psychologique pouvant aller du stress à la décompensation dépressive en passant par l'irritabilité, la baisse de l'estime de soi ou la modification des traits de caractère. Pour lui, il souffre d'une maladie incurable et en plus contagieuse pour les autres, ce qui le fait souffrir psychologiquement de ne pas être comme les autres personnes.

le fardeau social

Il est à la charge des autres, est différent des autres et ne peut pas travailler, se marier ou aller à l'école. Le malade ainsi que sa famille sont le plus souvent stigmatisés voire marginalisés.

le fardeau culturel

Selon la cosmogonie dogon, toute personne décédée et ayant bénéficié pleinement de funérailles, doit se réincarner. Par contre, les personnes décédées de folie, de lèpre et de l'épilepsie, ne doivent pas être l'être. Ainsi, les rituels funéraires normaux, ne doivent pas être organisés pour cette catégorie de personnes.

le fardeau économique

Pour la plupart des malades suivis au centre, il s'est écoulé en moyenne une dizaine d'années entre l'apparition des premières crises et la première consultation au centre (CRMT Rapports d'activités, 2002). Cela découle du fait que le Tradithérapeute, partage avec les communautés les mêmes conceptions culturelles de la maladie. Ainsi, plusieurs tradithérapeutes sont consultés les uns après les autres et chaque prise en charge semble coûter sur le plan économique. Ce fardeau semble le plus souvent proportionnel au nombre de tradithérapeutes consultés.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'importance des fardeaux psychologique, socioculturel et économique liés à la prise en charge de l'épilepsie par les tradithérapeutes au Plateau Dogon de Bandiagara.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Le Plateau Dogon de Bandiagara

D'une superficie de 10.520 km², la population est estimée à environ 418.873 habitants en majorité des Dogon (DNP/RGPH 2009)¹. Les Dogon constituent l'ethnie majoritaire. Le cercle dispose d'un Centre de santé de Référence (CSREF) et de 22 Centres de Santé Communautaire (CSCOM). Les pathologies les plus fréquentes dans le cercle sont : le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, la tuberculose, le VIH/SIDA et la malnutrition. La Fédération des Associations de Thérapeutes Traditionnels (TT) de Bandiagara (FATTB) est constituée par 30 associations regroupant environ 700 membres.

2.2. Le Centre Régional de Recherche en Médecine Traditionnelle (CRMT) de Bandiagara

Le CRMT, est un centre périphérique de l'Institut National en Santé Publique (INSP). Il est spécialisé dans le traitement des malades mentaux et des épileptiques et a pour mission le recensement et l'organisation des ressources de la médecine traditionnelle en vue de leur articulation avec celles du système conventionnel de soins. Sa mise en œuvre en 1986, a fait l'objet d'un accord de coopération entre le Mali et l'Italie. Le centre a entrepris depuis 1988 un programme de prise en charge des épileptiques dans le cercle de Bandiagara en collaboration avec le centre de santé de référence et les associations des tradithérapeutes.

2.3. Considérations éthiques

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

L'anonymat et la confidentialité ont été observés tout au long du processus de recrutement des patients et de sélection des dossiers de patients retenus dans l'étude de même que la récolte et le traitement des données. Un consentement éclairé auprès des épileptiques et leurs familles leur a permis d'adhérer librement à l'étude. Aussi, des noms arbitraires pour désigner les patients retenus dans les observations n'ont fait que renforcer cet anonymat.

2.4. Observations cliniques

Nous avons rapporté 6 situations cliniques concernant 3 femmes et 3 hommes, choisies parmi les 2000 dossiers épileptiques pris en charge par le CRMT de 1986 à 2002, chez lesquels les fardeaux de différents ordres liés à la prise en charge par les tradithérapeutes étaient relevés.

Observation clinique N° 1

Jacques, dogon de 20 ans, souffre d'une épilepsie (*tibusugu*, en dogon), type crises tonico-cloniques généralisées, depuis l'âge de deux ans et qui s'est aggravée (crises fréquentes) à tel point qu'il était surveillé constamment le père ou la mère. La maladie a débuté par *sada* ou oiseau pour désigner les crises convulsives fébriles. Quatre tradithérapeutes, ont successivement été sollicités par le père, qui nous a livré : « j'étais constamment à la quête d'informations sur les tradithérapeutes pouvant traiter mon enfant et j'étais prêt à tout investir pour cela ». Le premier consulté et spécialiste de *sada*, un dogon, a prescrit des sacrifices d'une chèvre, de 3 pagnes neufs et demandé une somme de 60.000 (soixante mille) Francs CFA soit 120\$ US. Le second, un marabout bambara, résidant a diagnostiqué *kirikirimasiën* (tremblements, raideur), pour désigner les crises tonico-cloniques généralisées et prescrit des sacrifices (un mouton blanc, 7 mètres de tissus blanc et 5 grammes d'or et demandé 100.000 Francs CFA soit 200\$US, amenant ainsi le coût total de ce traitement à environ 200.000 FCFA, soit 400 \$US. Le troisième et dogon a diagnostiqué également *tiwee* (tomber comme une pierre en dialecte *tingisoo*), pour désigner la chute de la crise épileptique et le coût du traitement serait environ de 35.000 francs CFA soit 70 \$US. Le quatrième consulté en 2005, un marabout dogon, a nommé la maladie *ginaji* (les djinns en *tingisoo*) et prescrit des sacrifices d'un gros bélier blanc et deux pintades blanches et une somme de 250.000 Francs CFA soit 500 \$US. Le coût total estimé à 356.000 Francs CFA soit 712 \$US, n'était pas à la portée du père qui n'avait plus de ressources tant financières que matérielles. Son état, s'était empiré, car des crises de fugues, s'y étaient greffées. Finalement, c'est en 2007 soit 10 ans environ après l'apparition des premières crises, qu'il a été vu au centre et mis sous phénobarbital². Le coût annuel de ce traitement, est de 24.000 CFA, soit 48\$US. Il s'est beaucoup amélioré depuis, il travaille et continue à payer lui-même son traitement.

Observation clinique N°2

Il s'agit d'Allaye, un homme dogon de 27 ayant présenté à l'âge d'un an environ une forte fièvre et des convulsions. Il a été hospitalisé et ressorti en bonne santé. Six mois après, les convulsions avaient repris en dehors de tout accès fébrile et ont été interprétées par les tradithérapeutes consultés comme *sada*. Le traitement prescrit était des sacrifices (or, argent, habits et animaux) et des sommes d'argent dont le montant total avoisinerait 6.000.000 FCFA

² Plus de 95% des patients, présentaient des crises type tonico-cloniques généralisées. Le phénobarbital en comprimés donné à tous les patients, améliorait leur état de santé et le coût annuel variait entre 12.000 CFA (24\$US) et 24.000 CFA (48\$US).

soit 12,000 \$US. Il n'a pas été scolarisé, car les crises étaient assez fréquentes et pendant cette période, les enfants épileptiques n'étaient pas acceptés : les enseignants, les élèves et leurs parents, étaient tous convaincus qu'elle était contagieuse. Ce n'est que 7 ans après le début de la maladie, qu'il a été mis sous phenobarbital qui a donné l'amélioration la plus notable selon son père.

Observation clinique N°3

Moussa un homme, dogon, âgé de 30 ans, a présenté des crises convulsives quand il avait deux ans, crises interprétées par plusieurs tradithérapeutes comme *tibu sugu*, une maladie contagieuse. Depuis il mangeait seul, avait sa jarre d'eau à part. Selon le père, les traitements traditionnels « m'ont appauvri : j'ai dépensé tout ce que j'avais comme argent, j'ai vendu tous mes animaux, j'ai donné mes habits et j'ai même vendu une partie de ma maison pour soigner mon fils sans succès. J'ai senti l'amélioration avec la prise des comprimés au centre à partir de 1988 ». Mais malgré la sensibilisation lors des consultations au centre, Moussa et son père ont cru plus aux interprétations culturelles. Ils y ont tellement cru, qu'au fil des ans, ils avaient arrêté le traitement conventionnel (censé calmer) au profit des traitements traditionnels (censés guérir). Moussa se « disait fatigué de vivre avec sa maladie qui ne pouvait être guérie ». Il préférait la mort à cet état. Après l'arrêt du traitement à base de phenobarbital, son état s'est aggravé et c'est au cours d'un état mal, qu'il serait décédé à domicile. La famille semblait être soulagée par la mort de Moussa, car selon le père « mieux vaut mourir que de vivre avec une maladie comme celle de Moussa ». Le père était convaincu, « que l'on ne pouvait plus rien faire pour Moussa. » car selon lui les thérapeutiques traditionnelles « sensées guérir » n'étaient plus accessibles financièrement.

Observation clinique N° 4

Yendi, femme dogon de 46 ans, souffrait de *tibusugu* selon les tradithérapeutes consultés par la famille. La famille du mari ainsi que sa propre famille, se sont beaucoup investies pour la prise en charge, par des sacrifices d'animaux, d'habits, de métal précieux (argent et or) dont la valeur monétaire a été estimée à environ 1.000.000 de Francs CFA soit 2,000 \$US. Devant l'échec notable de ces différents traitements traditionnels et la lassitude des parents, Yendi a été marginalisée. Divorcée par son mari, puis abandonnée par sa propre famille, elle a décidé de quitter son village natal pour venir auprès de sa sœur cadette à Bandiagara. Le mari de sa sœur, aide-soignant l'a mise dehors par crainte qu'elle ne contamine les membres de sa famille. Elle vivait sous un arbre et faisait des travaux ménagers (piler surtout le mil) pour avoir à manger et un peu d'argent. Elle allait chercher les médicaments chaque jour au siège de cette ONG Solidarité avec les Personnes en Difficultés (SOPERDI). C'est sous un arbre qu'elle décéda en 2006. Elle a été enterrée par des prisonniers commis par le Régisseur de la maison d'arrêt et de correction de Bandiagara, la famille, n'ayant pas accepté de l'inhumer.

Observation clinique N° 5

Femme de 29 ans, Yanda est l'aînée d'une fratrie de six (dont 4 garçons et une fille) tous vivants et bien portants, de même que le père et la mère. Plusieurs tradithérapeutes consultés ont confirmé le diagnostic de *tibusugu*, dont la prise en charge aurait « englouti » tous les biens des deux parents en 3 ans sans apporter aucune amélioration selon la mère, et même les crises étaient devenues plus fréquentes et plus intenses. A part piler le mil, elle ne pouvait effectuer

aucune activité ménagère. La mère n'a pas pu évaluer exactement le coût de ces traitements traditionnels. Yanda et sa famille étaient marginalisées par les autres villageois. Elle mangeait seule, buvait seule, à part la mère, personne ne voulait s'approcher d'elle. Les autres villageois fréquentaient peu la famille et personne ne s'hasardait à boire ou à manger dans sa famille. Les deux frères, fiancés dans le village n'ont pu se marier, car les familles des fiancées étaient convaincues que leurs filles seraient contaminées par leurs maris, frères cadets de Yanda. Devant cette marginalisation, les parents ont décidé de la troquer en mariage contre les soins auprès de tout tradithérapeute qui accepterait ce deal. Ainsi, le père décida de l'amener chez un tradithérapeute d'ethnie dogon, près de la frontière avec le Burkina Faso. Mais un mois après, Yanda avait pu rejoindre son village natal à pied, en fuguant. C'est en 2002, qu'elle a été conduite par un prêtre catholique au centre et mise sous phénobarbital. Elle s'est beaucoup améliorée et s'est même mariée en 2016.

Observation clinique N° 6

Yapa Jeune femme dogon de 27 ans et non scolarisée. Depuis plus de dix ans environ, elle souffrait de *tibusugu* et était suivie par les tradithérapeutes sans succès, même si la famille a été « appauvrie » par ces traitements selon le père. Elle était mère de quatre enfants, tous de pères différents, car elle a été divorcée chaque fois que le mari avait su qu'elle était atteinte d'épilepsie. Elle n'exerçait que les petits travaux ménagers comme plier le mil ou laver le linge. Amenée au centre en 2004 et mise phénobarbital, elle s'était beaucoup améliorée.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques

Nos patients étaient tous de l'ethnie Dogon dont 3 femmes et 3 hommes, ayant un âge compris entre 20 et 47 avec un âge moyen de 30 ans.

3.2. Caractéristiques cliniques

Tous nos patients présentaient des crises tonico-cloniques généralisées ou Grand Mal.

3.3. Interprétations culturelles

L'épilepsie, a toujours suscité en milieu traditionnel des interprétations en fonction du niveau d'évolution ou de gravité de la maladie. Chez nos patients, elle a été interprétée par les tradithérapeutes comme *sada* (oiseau) en début de maladie, pour désigner les crises convulsives, *tibusugu* (tomber comme une pierre) pour désigner la chute et la perte de connaissance suivies de crises tonico-cloniques généralisées.

3.4. Fardeaux liés à la prise en charge par les tradithérapeutes

3.4.1. le fardeau psychologique.

Tous nos patients souffraient psychologiquement du fait qu'ils étaient marginalisés voire abandonnés par leurs familles et/ou la société parce qu'ils avaient *tibusugu*, une maladie contagieuse et incurable.

3.4.2. Le fardeau social

Les patientes n'exerçaient que les petits travaux ménagers comme laver le linge et piler le mil et toutes avaient été divorcées dont une à 3 reprises. Aucun patient, n'avait été scolarisé à cause

de la maladie. Les familles étaient également stigmatisées notamment pour les patients N°1,2 et 5.

3.4.3. Le fardeau culturel

La patiente N°4, abandonnée par tous, décédée seule sous un arbre, a été inhumée par les prisonniers, par refus de la famille de le faire.

3.4.4. Le fardeau économique

Le coût matériel et financier des thérapeutiques traditionnelles, était certainement le plus lourd fardeau pour tous nos patients et leurs familles.

4. Discussion

4.1. Variables sociodémographiques

Le choix raisonné de notre échantillon a donné 3 femmes et 3 hommes tous d'ethnie dogon et surtout jeunes avec un âge moyen de 30 ans environ. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les dogons constituent l'ethnie majoritaire et que les crises épileptiques surviennent le plus souvent à l'enfance ou à l'adolescence. Nos résultats, concordent avec ceux de Uchoa et al (Uchoa et al, 1993) et Mounkoro et al (Mounkoro et al, 2019) de leurs travaux respectivement chez trois groupes ethniques du Mali et au Plateau Dogon de Bandiagara.

4.2. Variables cliniques et interprétations culturelles

Dans la plupart des cas, les crises épileptiques sont consécutives aux crises convulsives fébriles, interprétées comme « une possession de l'enfant par un oiseau », ayant survolé la mère enceinte couchée en plein air et en plein croissant lunaire. C'est pourquoi, le tradithérapeute est plus souvent le premier recours, ce qui grèverait les complications neurologiques liées aux encéphalopathies fébriles qui sont dominées nettement par le paludisme grave et compliqué (Dumbo *et al.*, 1989 ; Ngugi *et al.*, 2013). Les crises épileptiques sont interprétées par les tradithérapeutes et les communautés par les différentes phases du grand mal : *tibusugu* (tomber comme une pierre) ou *tive* (pierre) pour désigner la chute chez les dogon ; *Kirikirimasiën* (en bambara) ou *kirikiri* (en peulh) ou tremblements pour désigner la phase clonique. Ces entités nosologiques traditionnelles pour désigner l'épilepsie, en font une maladie due à la possession par des esprits malveillants, capables de posséder toute personne en contact avec les humeurs du patient en l'occurrence la bave, la salive ou en enjambant le lieu de la chute, non encore « purifié » en y versant de l'eau. Les tradithérapeutes, constituent les dépositaires de ces croyances qu'ils partagent largement avec les communautés (Coulibaly,2012).

4.3. Fardeau socioculturel et psychologique

Il témoigne surtout du fait que les tradithérapeutes considèrent que l'épilepsie est une maladie contagieuse, répugnante et honteuse, comme en témoignent les études en milieu bambara au Mali de Arborio et Dozon (Arborio et Dozon, 2000), en milieu ouolof au Sénégal de Adotevy et Stephany (Adotevy et Stephany, 1986), en Côte d'Ivoire de François et al (François et al, 2014) et en milieu dogon de Mounkoro et al (Mounkoro et al, 2019). Elle fait partie des trois mauvaises maladies ou *lulopade*. Ces patients étaient des jeunes et aucun d'entre eux, n'était marié à cause de l'épilepsie. Les deux femmes mariées, ont été divorcées dont une à quatre reprises (observation N°6), ce qui fait, qu'elle a aujourd'hui 4 enfants issus des quatre mariages et continue à vivre avec ses parents et ses 4 enfants dont les pères, n'ont pas voulu les garder. La patiente (observation N°4), après plusieurs traitements traditionnels jugés « trop » onéreux par la famille, a été divorcée et ensuite abandonnée par la famille et la communauté. Quant à la patiente (observation N°5), même proposée par les parents en mariage à un tradithérapeute en

contrepartie des soins, n'a pas trouvé « preneur ». Selon Bordonne et collaborateurs (Bordonne et al, 2010), dans une étude menée en France et Uchoa et al (Uchoa et al, 1993) dans une étude menée auprès de trois groupes ethniques au Mali, le handicap social a été perçu par le retentissement social de l'épilepsie sur la vie du patient notamment les interdits, les précautions de vie, la scolarité et la vie de tous les jours (; Najam-us Sahar, 2012). Si le handicap physique peut être passager, le handicap social quant à lui est permanent soit qu'il dépend des contraintes imposées par la crainte d'un accident, soit qu'il relève de l'intolérance sociale. Le malade est alors écarté d'une existence sociale « normale », comme témoigne l'oncle d'un épileptique : « les gens ont le dégoût de la maladie, ils ont peur de la maladie, ils ont pitié du malade et ils le regardent comme un fou ». L'épilepsie constitue un fardeau social, par la mobilisation familiale et la stigmatisation sociale du malade (tous les cas étudiés) et même souvent de sa famille (observation N° 5) : c'est une famille morte socialement, car elle ne peut plus prétendre échanger quoique ce soit avec les autres familles surtout le mariage. Elle serait souillée par la maladie. Ce fardeau aurait même amené le plus souvent les familles à se débarrasser physiquement des épileptiques, en les abandonnant dans la brousse ou en leur offrant en mariage à un tradithérapeute en contrepartie des soins (observation N°5). Cette pratique est très répandue pour les femmes malades mentales ou épileptiques dont les parents sont « lassés » par le traitement.

4.4. Fardeau économique

Les suppositions selon lesquelles, les coûts des traitements traditionnels seraient moins onéreux que ceux des traitements modernes, ne semblent pas être vérifiées ici. Tous les malades, ont consulté en premier ressort les tradithérapeutes, même si des études ont prouvé que, ces derniers, ne disposent pas de traitements aussi efficaces que ceux de la médecine conventionnelle (Beneduce et al, 1990 ; Mounkoro et Coulibaly, 2013). Les coûts de ces traitements seraient le plus souvent très élevés par rapport aux revenus des familles au Plateau dogon. Le coût minimal annuel dans cette étude aurait été évalué à environ 100.000 Francs CFA soit 200\$US pour la médecine traditionnelle contre 12.000 Francs CFA soit 24\$US pour la médecine conventionnelle et le coût maximal à 1.000.000 Francs CFA soit 2000\$US contre 24.000 Francs CFA soit 48\$US respectivement. Compte tenu de l'état de pauvreté des populations rurales, la majorité des ressources dont disposent les familles des épileptiques seraient entièrement « englouties » par les traitements traditionnels généralement au bout de 5 à 10 ans. Ainsi, les épileptiques quand ils sont amenés au centre, les familles se seraient tellement appauvries, qu'elles n'arrivent plus à faire face au traitement conventionnel pourtant dix fois voire plus moins cher. Par exemple, le sacrifice inaugural du traitement traditionnel constitué par une chèvre qui coûte environ 15.000 Francs CFA soit 30\$US, peut assurer le traitement efficace d'un épileptique pendant 1an, s'il est mis sous phénobarbital en raison de 100 mg par jour (Farnarier et al, 2002). Nous pouvons noter que la marginalisation de l'épileptique serait largement tributaire de la cherté du traitement traditionnel et surtout de son inefficacité, en cette période de désintégration progressive de la société traditionnelle par l'affaiblissement progressif des réseaux de solidarité, l'exclusion de celui qui n'est pas productif, etc. Ce fardeau serait tellement lourd économiquement que les familles des épileptiques dépenseraient tout ce qu'elles possédaient comme biens pour assurer la prise en charge par les tradithérapeutes (Leonard and Ustun, 2002).

5. Conclusion

Les tradithérapeutes, constituent encore le premier recours pour les épileptiques compte tenu de leur accessibilité géographique et surtout culturelle. Mais leur accessibilité économique étant très onéreuse, constitue avec leurs perceptions de l'épilepsie, un fardeau socioculturel, psychologique et surtout économique. Ce qui fait que même les traitements modernes efficaces et moins chers, ne sont pas toujours à la portée de toutes les familles. Pour une meilleure prise en charge des épileptiques au Plateau Dogon, il serait important de renforcer la collaboration avec les tradithérapeutes par la référence précoce des patients vers les structures sanitaires. Pour ce faire, le personnel médical et paramédical doit être formé, les médicaments rendus disponibles et les communautés sensibilisées.

Remerciements

Nous remercions l'ensemble du personnel du CRMT impliqué dans la prise en charge des épileptiques, de même que le personnel du service social de Bandiagara qui a favorisé la prise en charge gratuite des patients indigents. Les remerciements vont également aux patients et leurs familles qui ont bien voulu fournir ces informations au personnel soignant.

Conflit d'Intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Références Bibliographiques

- Adotevy, F., Stephany, F. (1986). Représentation culturelle de l'épilepsie au Sénégal, région du cap Vert et du fleuve. *Méd trop*, pp : 283- 288.
- Arborio, S., Dozon, JP. (2000). La dimension socioculturelle de l'épilepsie (kirikirimasien) en milieu rural bambara (Mali). *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique* ; 93 (4), 241-246.
- Beneduce, R., Salamanta, O., Fiore, B. (1990). L'épilepsie en pays Dogon. Une perspective anthropologique et médicale In *Médecine Traditionnelle, acteurs et itinéraires thérapeutiques* (sous la direction de Coppo P. et Kéita A.) éd Trieste, pp :193-245.
- Bordonne, C. O., Delalande. F. H., (2010). Handicap et épilepsie. *Journal de Radiologie*, (91) : 1398- 1405.
- Codjia, L., Jabot, F., Dubois, H., & World Health Organization. (2010). Evaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali Bibliothèque OMS. Genève (Suisse).
- Coulibaly, A. (2012) - Epilepsie et médecine traditionnelle au Mali : Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques des tradipraticiens du district de Bamako. FMOS/Bamako, 2012, thèse Méd, 112 pages.
- Coulibaly, S., Mounkoro, P.P., Koumare, B. (2012). Le handicap mental : perception et vécu dans le contexte malien. *RASP* N°4, pp : 61-66.
- 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.
- CRMT. (1988 -2005). Prise en charge des épileptiques dans le cercle de Bandiagara. Rapports des activités de consultations, 1988 -2005, Archives du CRMT Bandiagara

- Doumbo, O., Sangaré O., Touré, Y. (1989). Malaria in the Sahel, the example of Mali. *Scientific news Aupelf*, 3, pp: 11-32
- Farnarier, G., Nimaga, K., Desplats, D., Doumbo, O. K., (2002). Traitement des épileptiques en milieu rural au Mali. *Rev Neurol* (Paris), 158: 8-9, pp: 815-818
- François, A.A., Elisée, B.K., Christian, T.A., Armel, K.H., Any, G. (2014). Tradipraticiens et épilepsies en Côte d'Ivoire. *Revue Neurologique*, Volume 170, n° 8- 9, pp : 508- 511.
- Leonard, M., and Ustun, T. B. (2002). The global burden of epilepsy. *Epilepsia* : 6(43), :21-25.
- Moukoro PP., Coulibaly S. (2013). Représentations culturelles de l'épilepsie et stigmatisation des épileptiques au Plateau Dogon de Bandiagara (Mali). *RASP N°6*, juillet -Décembre, pp : 96-107.
- Moukoro P. P., Coulibaly S, Kamaté, Z., Koumare B. (2019). Poids des représentations socioculturelles de l'épilepsie dans la marginalisation des épileptiques au Plateau dogon de Bandiagara, MALI. *Annale de l'Université Joseph KI-ZERBO Série D*, vol. 023, Décembre 2019 ISSN : 2424-7553.
- Moukoro, P.P., Coulibaly, S., Kamaté, Z. (2021). Représentations des troubles du spectre schizophrénique et autres psychoses par les tradipraticiens de santé du Plateau Dogon de Bandiagara, Mali. *RASP*, Volume (3) N1. pp : 43-51
- Najam-us Sahar . (2012). Assessment of Psychological Distress in Epilepsy : Perspective from Pakistan. *Epilepsy Research and Treatment* ; Volume 2012, 7 pages.
- Ngugi, A. K., Bottom Ley, C., Klein Schmidt, I., Wagner, R. G., Kakooza-Mwesige, A. (2013). Prevalence of active convulsive epilepsy in sub-Saharan Africa and associated risk factors : cross-sectional and case control studies. *The Lancet Neurology* : 3(12), :253 – 263.
- Pillard M., Brosset, C., Junod, A. (1992). Les représentations sociales et culturelles de l'épilepsie. *Médecine d'Afrique Noire* ; 39 (10).
- Uchoa E., Corin E., Bibeau G., Koumaré B. (1993). Représentations culturelles et disqualification sociale : l'épilepsie dans trois groupes ethniques du Mali. *Psychopathologie Africaine*, XXV, 1 : 33-57.

© 2021 Moukoro, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License
(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)