

Vol. 1, No. 2, juillet 2025



Le Fromager

Revue des Sciences humaines
et sociales, Lettres, Langues
et Civilisations

Fréquence :

TRIMESTRIELLE

ISSN-L : 3079-8388

ISSN-P : 3079-837X

Editeur :

**UFR/Lettres et Langues de l'Université Alassane
Ouattara (Bouaké, Côte d'Ivoire)**

WWW.REVUEFROMAGER.NET

ADMINISTRATION ET RÉDACTION

Directeur de publication

DANHO Yayo Vincent
Maître de Conférences
Université Alassane Ouattara, Bouaké (Côte d'Ivoire)

Secrétaire de la rédaction

KOUAMÉ Arsène

Web Master

KOUAKOU Kouadio Sanguen
Assistant, Ingénieur en informatique, Université Alassane Ouattara, Bouaké (Côte d'Ivoire)

Comité scientifique

ALLOU Kouamé René, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny
ASSI-KAUDJHIS Joseph Pierre, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
BA Idrissa, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop
BAMBA Mamadou, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
BATCHANA Essohanam, Professeur titulaire, Université de Lomé
CAMARA Moritié, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
COULIBALY Amara, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
DEDOMON Claude, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
FAYE Ousseynou, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop
GOMA-THETHET Roal, Maître de conférences, Université Marien N'Gouabi de Brazzaville
GOMGNIMBOU Moustapha, Directeur de recherches, CNRST, Ouagadougou
KAMATE Banhouman André, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny
Klaus van EICKELS, Professeur titulaire, Université Otto-Friedrich de Bamberg (Allemagne)
KOUASSI Kouakou Siméon, Professeur titulaire, Université de San-Pedro
LATTE Egue Jean-Michel, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
N'GUESSAN Mahomed Boubacar, Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny
NGAMOUNTSIKA Edouard, Professeur titulaire, Université Marien N'Gouabi de Brazzaville
NGUE Emmanuel, Maître de conférences, Université de Yaoundé I
N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Université Marien N'Gouabi de Brazzaville
SANGARE Abou, Professeur titulaire, Université Peleforo Gbon Coulibaly

SANGARE Souleymane, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

SARR Nissire Mouhamadou, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop

Comité de rédaction

ALLABA Djama Ignace, Maître de Conférences, Etudes Germaniques, Université Félix Houphouët-Boigny

DJAMALA Kouadio Alexandre Histoire, Assistant, Université Alassane Ouattara

EBA Axel Richard, Maître-Assistant, Lettres Modernes, Université Alassane Ouattara

KONÉ Kpassigué Gilbert, Maître-Assistant, Histoire, Université Alassane Ouattara

KOUAME N’Founoum Parfait Sidoine, Maître-Assistant, Histoire, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d’Ivoire)

KOUAMENAN Djro Bilestone Roméo, Maître-Assistant, Histoire, Université Alassane Ouattara

KOUASSI Koffi Sylvain, Assistant, Lettres Modernes, Université Alassane Ouattara

MAWA -Clémence, Chargée de cours, Université de Bamenda

N’SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Marien N’gouabi de Brazzaville

OULAI Jean-Claude, Professeur titulaire, Communication, Université Alassane Ouattara

OZOUKOU Koudou François, Maître-Assistant, philosophie, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d’Ivoire

Comité de lecture

ALLABA Djama Ignace, Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny

BA Idrissa, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop

BRINDOUMI Atta Kouamé Jacob, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

CAMARA Moritié, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

COULIBALY Amara, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

DEDEJean Charles, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara

DEDOMON Claude, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

DIARRASOUBA Bazoumana, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara

DJAMALA Kouadio Alexandre, Assistant, Université Alassane Ouattara

EBA Axel Richard, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara

FAYE Ousseynou, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop

GOMA-THETHET Roval, Maître de conférences, Université Marien N’Gouabi de Brazzaville

GOMGNIMBOU Moustapha, Directeur de recherches, CNRST, Ouagadougou

KOUAME N’Founoum Parfait Sidoine, Maître-Assistant, Université Peleforo Gon Coulibaly

KOUASSI Koffi Sylvain, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara

MAWA -Clémence, Chargée de cours, Université de Bamenda

N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Marien N'Gouabi de Brazzaville

N'GUESSAN Konan Parfait, Maître-Assistant, Histoire, Université Félix Houphouët-Boigny

NGAMOUNTSIKA Edouard, Professeur titulaire, Université Marien N'Gouabi de Brazzaville

NGUE Emmanuel, Maître de conférences, Université de Yaoundé I

OZOUKOU Koudou François, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara, Bouaké

SANOGO Lamine Mamadou, Directeur de recherches, CNRST, Ouagadougou

SARR Nissire Mouhamadou, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop

POLITIQUE ÉDITORIALE

Le Fromager est une revue internationale qui fournit une plateforme aux scientifiques et aux chercheurs du monde entier pour la diffusion des connaissances en sciences humaines et sociales et domaines connexes. Les articles publiés sont en accès libre et, donc, accessibles à toute personne.

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

Le Fromager n'accepte que des articles inédits et originaux en français ou en anglais. Les articles publiés n'engagent que leurs auteurs.

Le manuscrit est remis à deux rapporteurs au moins, choisis en fonction de leur compétence dans la discipline. Le secrétariat de rédaction communique aux auteurs les observations formulées par le Comité de lecture ainsi qu'une copie du rapport, si cela est nécessaire. Dans le cas où la publication de l'article est acceptée avec révisions, l'auteur dispose alors d'un délai — d'autant plus long que l'article sera parvenu plus tôt au secrétariat pour remettre la version définitive de son texte.

Les auteurs sont invités à respecter les délais qui leur seront communiqués, sous peine de voir la publication de leurs travaux repoussée au numéro suivant.

1. Structure de l'article

Pour un article qui est une contribution théorique et fondamentale : Titre, Prénom et Nom de l'auteur, Fonction, Grade, Institution d'attache, Adresse électronique, Résumé en Français [200 mots maximum], Mots clés [5 mots maximum] ; Titre en Anglais, Abstract, Keywords ; Introduction (justification du thème, problématique, hypothèses/objectifs scientifiques, approche méthodologique), Développement articulé, Conclusion, Bibliographie.

Pour un article qui résulte d'une recherche de terrain : Titre, Prénom et Nom de l'auteur, Fonction, Grade, Institution d'attache, Adresse électronique, Résumé en Français [200 mots au plus], Mots clés [5 mots au plus] ; Titre en Anglais, Abstract, Keywords ; Introduction, Méthodologie, Résultats et Discussion, Conclusion, Bibliographie.

2. Longueur de l'article

Quelle que soit la nature de l'article, sa longueur maximale, incluant aussi bien le texte principal que les résumés, les notes et la documentation, doit être comprise **entre 5000 et 8000 mots**.

3. Formats d'enregistrement et d'envoi

Tous les articles doivent nous parvenir obligatoirement en version numérique.

Texte numérique (Word et PDF)

3.1 Traitement de texte

La saisie de l'article doit être effectuée avec traitement de texte Word, obligatoirement en **police Garamond de taille 12, interligne simple (1)**.

La mise en forme (changement de corps, de caractères, normalisation des titres, etc.) est réalisée par l'équipe éditoriale de la revue. Les césures manuelles, le soulignement, le retrait d'alinéa ou de tabulation pour les paragraphes sont proscrits. Une ligne sera sautée pour différencier les paragraphes.

Pour la ponctuation, les normes sont les suivantes : un espace après (.) et (,) ; un espace avant et après (;), (:), (?), et (!). Les signes mathématiques (+, —, etc.) sont précédés et suivis d'un espace.

L'utilisation des guillemets français (« ») doit être privilégiée. Les guillemets anglais (" ") ne doivent apparaître qu'à l'intérieur de citations déjà entre guillemets.

Les chiffres incorporés dans le texte doivent être écrits en toutes lettres jusqu'au nombre cent. Au-delà, ils le seront sous forme de chiffres arabes (101, 102, 103...)

Les siècles doivent être indiqués en chiffres romains (I, II, III, IV, X, XX).

Les appels de note doivent se situer avant la ponctuation.

3.2. Le texte imprimé

Le texte comporte une marge de 2,5 cm sur les quatre bords. L'auteur peut faire apparaître directement les enrichissements typographiques ou avoir recours aux codes suivants : 1 trait : italiques 2 traits : capitales (majuscules) 1 trait ondulé : caractères gras. Le texte sera paginé.

4. Pagination

Le document est paginé de la page de titre aux références bibliographiques. Cette pagination sera continue sans bis, ter, etc.

5. Références bibliographiques

S'assurer que toutes les références bibliographiques indiquées dans le texte, et seulement celles-ci s'y trouvent. Elles doivent être présentées selon les normes suivantes :

5.1. Bibliographie

– Pour un ouvrage :

PICLIN Michel, 2017, *La notion de transcendance : son sens, son évolution*, Paris, Armand Colin, 548 p.

– Pour un article de périodique :

IGUE Ogunsola, 2010, « Une nouvelle génération de leaders en Afrique : quels enjeux ? », *Revue internationale de politique de développement*, vol. 1, No. 2, p. 119-138.

– Pour un article dans un ouvrage :

ZARADER Marlène, 1981, « Être et Transcendance Chez Heidegger », in Martin KAPPLER (dir.), *Métaphysique et Morale*, Paris, L'Harmattan, 300 p.

– Pour une thèse :

OLEH Kam, 2008, « Logiques paysannes, logiques des développeurs et stratégies participatives dans les projets de développements ; l'exemple du projet Bad-Ouest en Côte d'Ivoire », Thèse unique de doctorat, Institut d'Ethnologie, Université Cocody, Côte D'Ivoire.

5.2. Sources

– Pour les sources écrites :

Nom de la structure conservant le document (Centre d'archives), fonds, carton ou dossier, titre du document, année (exemple : GGAEF — 4 (1) D39 : Rapport annuel d'ensemble de la colonie du Gabon, en 1939).

– Pour les sources orales :

Nom(s) et prénom(s) de l'informateur, numéro d'ordre, date et lieu de l'entretien, sa qualité et sa profession, son âge et/ou sa date de naissance.

6. Références et notes

6.1. Appel de référence

Dans le texte, l'appel à la référence bibliographique se fait suivant la méthode du premier élément et de la date, entre parenthèses. En d'autres termes, les références des ouvrages et des articles doivent être placées à l'intérieur du texte en indiquant, entre parenthèses, le nom de l'auteur précédé de l'abréviation de son prénom, l'année et/ou la (les) page(s) consulté(es), suivis de deux points. Exemple : (A. Koffi, 2012 : 54-55).

Si plusieurs références existent dans la même année pour un même auteur, faire suivre la date de a, b, etc., tant dans l'appel que dans la bibliographie : (A. Koffi, 2012a).

À partir de trois auteurs, faire suivre le premier auteur de et *al.* : (K. Arnaud et *al.* 2010). Quand il est fait appel à plusieurs références distinctes, on séparera les différentes références par un point-virgule (;) : (E. Kedar, 1978, 1989 ; E. Zadi, 1990).

6.2. Références aux sources

Les références aux sources (orales ou imprimées) doivent être indiquées en note de bas de page selon une numérotation continue.

6.3. Notes de bas de page

Les explications ou autres développements explicitant le texte doivent être placés en notes de bas de page correspondante (sous la forme : 1, 2, 3, etc.). Ces notes infra-paginales doivent être exceptionnelles et aussi brèves que possible.

6.4. Citations

Le texte peut comporter des citations. Celles-ci doivent être mises en évidence à partir de lignes ; retrait gauche et droite en interligne simple, en italique et entre guillemets.

– Les **citations courtes** (1, 2 ou 3 lignes) doivent être entre guillemets français à l'intérieur des paragraphes en police 12, interligne simple.

– Les **citations longues** (4 lignes et plus) doivent être sans guillemets et hors texte, avec un retrait de 1 cm à gauche et interligne simple.

– Les **Crochets** : Mettre entre crochets [] les lettres ou les mots ajoutés ou changés dans une citation, de même que les points de suspension indiquant la coupure d'un passage [...].

7. Les documents non textuels

7.1 Illustrations

L'ensemble des illustrations, y compris les photographies, doit impérativement accompagner la première expédition de l'article. En plus de chaque original, l'auteur fournira une copie aux dimensions souhaitées pour la publication : pleine page, demi-page, sur une colonne, etc. Au dos

seront portés le nom du ou des auteurs, le numéro de la figure, l'indication du haut de l'illustration. La justification maximale est de 120 mm de largeur sur 200 mm de hauteur pour une illustration pleine page. Les textes portés sur les illustrations seront en Garamond.

7.2 Dessins originaux

Ils seront soit tracés à l'encre de Chine, soit issus de traitement informatique imprimé dans de bonnes conditions. Dans ce dernier cas, on évitera les trames dessinées. Pour les objets lithiques, les croquis dits « schémas diacritiques » gagneront à être accompagnés des dessins traités en hachures valorisantes qui, eux, montrent la morphologie technique.

7.3 Documents photographiques

Les documents doivent être parfaitement nets, contrastés et être fournis sous forme de fichier numérique ; enregistrés pour « PC » (Photoshop ©/niveaux de gris 300 ppi ou bitmap 600 ppi/Tiff/taille de publication dans Illustrator © ou tout autre logiciel de dessin vectoriel/EPS/textes vectorisés).

7.4 Tableaux

La revue n'assure pas la composition des tableaux. Ils devront être remis sous forme de fichiers Acrobat © PDF (print/niveau de gris/taille de publication/300dpi) ou Illustrator © (EPS/niveau de gris/taille de publication/300dpi), respectant la justification et la mise en pages de la revue. Privilégier les fontes Garamond.

7.5 Échelles

Aussi souvent que possible, la représentation grandeur nature sera recherchée. Lorsque la réduction s'impose, l'auteur aura soin de prévoir une échelle de réduction constante pour une même catégorie de vestiges. Pour chaque carte ou plan, l'auteur donnera une échelle graphique, ainsi que la direction du Nord. Pour les objets dessinés ou photographiés, une échelle, si possible constante, accompagnera chaque pièce ou ensemble de pièces.

7.6 Titres des illustrations, photos et tableaux

Toutes les illustrations, toutes les photos et tous les tableaux doivent avoir des titres. Ces titres sont obligatoirement placés en dessous des illustrations, des photos ou des tableaux.

7.7 Légendes

L'auteur accordera un soin particulier à la qualité des légendes. Les illustrations, les photos, les tableaux et leurs légendes constituent souvent le premier contact du lecteur avec l'article. Les légendes doivent être placées en dessous des titres.

7.8 Appels des illustrations, photos et tableaux

Dans le texte, l'auteur doit obligatoirement indiquer l'appel aux illustrations, photos ou tableaux.

Cet appel doit être en chiffres arabes : (fig. 1), (tabl. 2), (pl. 3 - fig. 4), etc.

Site internet de LE FROMAGER : <https://revuefromager.net/>
L'équipe éditoriale

SOMMAIRE

Ernest BASSANE, Koudougou Frédéric KONTOGOM

Approche paradigmatique et syntagmatique des personnages seniors dans la littérature africaine écrite : entre civilité et absurdité 9-22

Pascal GRENG

Le rite initiatique « laba » chez les Mousgum de la vallée du Logone : un mode opératoire de l'intégration socioculturelle transfrontalière 23-37

Christ Guy Roland GBAKRÉ

L'approche rousseauiste de la séparation des pouvoirs un idéal d'équilibre social 38-51

Dein Fulgence TIEMOKO

Les violences transfrontalières post-crise électorale à l'ouest de la côte d'ivoire : une des conséquences de la déstabilisation de l'espace frontalier ivoiro-libérien (1989-2013) 52-68

Mamadou TOP

La communication institutionnelle d'Orange face au boycott des usagers durant la crise de 2020 69-80

Gninlnan Hervé COULIBALY; Diane Natacha ADOUKO, épouse KOUADIO; Awa OUATTARA

Les contraintes de la durabilité du karité dans la région du poro (nord ivoirien) 81-91

Moussa FOFANA, Oumarou AROU

Enfant malade et mécanismes de recours aux soins endogènes dans la commune VI du district de Bamako (Mali) 92-108

Sandrine KEULAI

Le parcours du personnage romanesque : de l'ascension à la déchéance sociale 109-125

Ahibalè KAMBOULE

Appropriation des pratiques culturelle et culturelle comme figures d'identité dans le roman burkinabè francophone 126-139

Ernest BASSANE

Forces de défense et de sécurité du Burkina Faso: pour une sociologie de la littérature d'un épiphénomène 140-152

Ibrahima Sadio FOFANA, Mahamar ATTINO

Gestion des pêcheries le long du fleuve Niger dans le cercle de Mopti (Mali) 153-171

Gnéba Tanoh Paulin WATTO, Amoin Marie Laure KOUADIO

L'aliéné : une figure plurielle dans BlackKlansman de Spike Lee ainsi que Foe et Life and Times of Michael K de John Maxwell Coetzee 172-182

Bertille-Laure DJUISSI GUEUTUE

La stylistique à la rescousse des circonstants propositionnels 183-200

N'Zué Koffi Arsène GNA, Valoua FOFANA, Tiémoko DOUMBIA

La baisse des revenus tirés du cacao et repositionnement socio-économiques des femmes dans les ménages ruraux de la région de San-Pedro 201-218

Maurice Youan BI TIE

La résistance des Sia face à la colonisation française (1901 – 1904) 219-232

Farsia Korme NEMSOU

Enseignement de l'éducation civique et morale dans des collèges de N'Djamena /Tchad : vers une contribution à la citoyenneté 233-245

Sékré Alphonse GBODJE, Hosséwon Rolland Pacôme OULAI, Djolé Jean Claude KOMENAN

Implantation et évolution du pentecotisme en Côte d'Ivoire jusqu'en 1990 246-262

Carelle Prisca Aya KOUAME-KONATE

Contextualisation communicationnelle de la question sécuritaire inclusive et durable à Bouaké 263-277

Zoulcoufouli ZONOU

L'animal comme figure d'autorité dans *Memoires de porc-epic* d'Alain Mabanckou et *En attendant le vote des bêtes sauvages* de Ahmadou Kourouma 278-286

Bambado BALDE

Le phénomène du décrochage scolaire dans la ville de Saint-Louis du Sénégal : cas du lycée Charles De Gaule 287-305

Emmanuel BATIONO, Drissa TAO

Environnement numérique et promotion de la diversité des expressions culturelles à l'aune de la convention 2005 de l'UNESCO dans l'espace UEMOA 306-320

Enfant malade et mécanismes de recours aux soins endogènes dans la commune VI du district de Bamako (Mali)

Moussa FOFANA

Maître-assistant en anthropologie de la santé
Enseignant-chercheur à l'Institut des Sciences Humaines de Bamako (ISH)
moussa2012fofana@yahoo.fr

Oumarou AROU

Maître-assistant en anthropologie de la santé
Enseignant-chercheur à l'Université Yambo Ouologuem de Bamako (UYOB)
omarouarou1@gmail.com

Résumé

Cet article porte sur les maladies de l'enfant et recours aux soins endogènes en milieu urbain. Dans ce contexte, certaines maladies infantiles résistent aux soins biomédicaux. C'est ce qui amène les parents à changer de trajectoire thérapeutique. Ce changement d'itinéraire pose à la fois un problème social et un problème de santé publique. C'est cette problématique que cet article a exploré pour expliquer les difficultés que rencontre la médecine conventionnelle dans la prise en charge des maladies infantiles aux multiples dimensions. Cette étude s'appuie sur une enquête ethnographique ainsi que des entretiens avec des acteurs ont permis de montrer que, les mères d'enfants malades redoutent les coûts de la prise en charge médicaux alors que dans le même temps pratique à domicile les soins en automédication et le recours à la pharmacie réglementaire. Les résultats obtenus montrent que face à la résistance de la maladie, elles font recours aux soins endogènes jugés efficaces dans le traitement des maladies compliquées face auxquelles la biomédecine se montre inefficace.

Mots-clés : Maladies, enfant, recours, soins, endogène, Bamako (Mali)

Abstract

This article focuses on childhood illnesses and the use of endogenous care in urban areas. In this context, some childhood illnesses resist biomedical care. This leads parents to change their therapeutic trajectory. This change of route poses both a social and a public health problem. This is the issue that this article explores to explain the difficulties encountered by conventional medicine in the management of childhood illnesses with multiple dimensions. This study, based on an ethnographic survey and interviews with stakeholders, showed that mothers of sick children fear the costs of medical care while at the same time practicing self-medication at home and using regulated pharmacies. The results obtained show that faced with the resistance of the disease, they resort to endogenous care deemed effective in the treatment of complicated diseases against which biomedicine is ineffective.

Keywords: Diseases, child, recourse, care, endogenous, Bamako (Mali)

Introduction

Au Mali, la mortalité infantile est plus importante 13% (L. Sounda, 2018 : 45). Face à cette situation, l'Etat Malien a pris l'engagement de garantir et protéger la vie des enfants au moyen d'une politique de santé efficace. Cette protection de l'enfant s'inscrit dans le cadre des conventions juridiques responsables de la santé maternelle et celle de la santé infantile préventive. Ces conventions ont pour objectif de rendre harmonieuse la vie de ces « petits sujets de l'anthropologie » (S. Lallemand & Le Moal, 1981). En se référant aux principes fondamentaux de droits des enfants de 1959, les articles 2, 4, 6 et 9 couvrent leurs besoins nécessaires. L'article 2 insiste sur l'attention particulière à porter à leur développement physique, mental et social ; le 4, à leur alimentation, logement et aux soins médicaux qui leur sont prodigués ; le 6, à la compréhension et à l'amour de leurs parents et de la société ; et le 9, à leur protection contre toute forme de cruauté, de négligence et d'exploitation.

En dépit de ces réformes et propositions, il n'en demeure pas moins vrai que le phénomène de maladie ne cesse. Des recherches Anglo-saxonnes (E. Evans-Pritchard, 1972), ont montré que les représentations associées à la maladie étaient en étroite collaboration avec l'organisation sociale et avec le système de pensée de chaque société. De fait, chaque société a ses propres maladies qui n'ont rien à voir avec le cadre biomédical ainsi que ses manières particulières de les interpréter, de les prévenir et de les guérir (Y. Jaffré & J-P. Olivier de Sardan, 1999 ; N. Monteillet, 2005). Sans oublier le fait que le phénomène que la maladie désigne ne peut être confondu avec celui qui est identifié par la biomédecine (S. Fainzang, 1989).

Pour l'anthropologue R. Massé (1995), en Afrique, le recours à un médecin sans être malade (pour la prévention des maladies, des vaccins, des examens de routine, etc.) n'est pas mécanique. En réalité, la prévention d'une maladie dépend « du seuil de tolérance plus élevé à divers symptômes ou dysfonctionnements ». Alors, pour rechercher une aide extérieure (voir un praticien par exemple), il faut au préalable que l'individu ou son entourage reconnaissent la présence de symptômes laissant présager l'imminence d'un désordre physique ou psychologique (R. Massé, 1995 : 360). V. Ridde (2012 : 87), au contraire montre que l'initiative de Bamako de 1987, a pour objectif de sortir de la gratuité des soins allant vers les soins payants. Ce qui a privé de nombreuses familles sans ressource à l'accès aux soins. De là, cette situation a conduit les populations locales à se replier sur elles-mêmes et à se tourner vers les savoirs endogènes de soins en milieu urbain. F. Laplantine & P-L. Rabeyron (1987), montrent que, les guérisseurs traditionnels font partie de cet « espace du guérissage laissé libre par les insuffisances actuelles de la médecine et qui ne relève pas du modèle expérimental sur lequel est fondée cette dernière » (F. Laplantine & P-L. Rabeyron, 1987 : 45). De fait, O. Schmitz (2006), montre que la médecine

endogène est fondée sur un savoir médical qui recourt aux richesses naturelles et à la manipulation des forces spirituelles ou religieuses, esprits, ondes ou énergies. Elle suppose que la maladie à une réalité indépendante de sa définition biomédicale et qu'elle fait l'objet de représentations et de traitements spécifiques à chaque société et culture.

Nous sommes parties de normes universelles et culturelles relatives à la petite enfance et à sa santé afin de dégager la problématique. Alors, on s'interroge sur les logiques locales qui semblent conduire les parents à se détourner de l'offre de soin public au profit de soins endogènes ? Ainsi, nous avons choisi de formuler la question de recherche de manière suivante : À quelles circonstances sociales recourt-on aux soins endogènes à Bamako ? L'objectif de cet article est d'identifier les savoirs et pratiques endogènes de soins en paysage thérapeutique de la commune VI du district de Bamako. Ce questionnement soulève un ensemble de préoccupations jusque-ici peu investigué. Nous dégageons à partir de la question de recherche les hypothèses suivantes : le recours aux soins modernes à un coût. Dans cette socioculture, lorsqu'un enfant est malade, sa famille et l'entourage a recours systématiquement à la médecine traditionnelle.

I. Méthodologie de recherche

Méthodes et outils de collecte de données

La méthodologie utilisée est essentiellement qualitative. L'approche qualitative permet de saisir les savoirs, pratiques, outils et acteurs de la médecine endogène. En effet, l'instrument qui convient pour la collecte de données est le guide d'entretien de type semi-directif. Comme l'ont montré M. Dembélé et ses collaborateurs (2022 : 45), cette étude porte ainsi sur le pan de la culture, et de ce fait l'entretien semi-directif permet de saisir de manière approfondie les enjeux du recours à la médecine traditionnelle avec en toile de fond les représentations de la maladie infantile et le recours aux soins endogènes. Comme le rappelle Y. Jaffré et J-P. Olivier de Sardan (2003) :

« L'entretien reste le mieux privilégié, souvent le plus économique pour produire des données discursives donnant accès aux représentations épiques, autochtones, indigènes, locales. Ce sont des notes d'entretiens qui constitueront la plus grosse part du corps de données de l'anthropologue ».

Dans ce contexte, l'ethnographe doit « laisser courir son regard sans s'obstiner sur une seule piste, écouter tout de soi sans se contenter d'un seul message, se pénétrer des ambiances et chercher finalement à discerner les dimensions essentielles du problème à étudier » (R. Quivy & L-V. Campenhoud, 1988 : 75). Les enfants que nous avons observés lors de séances de prise en charge chez les guérisseuses sont physiquement affaiblis par la maladie. En fonction de leurs états critiques : pleurs, gémissements, pâleurs et seules les mères sont capables de comprendre et de

transmettre ces messages de douleurs aux guérisseuses. Ce qui montre que nous avons joué le rôle de témoin et d'acteur (J-P. Olivier de Sardan, 1995) ayant interagi avec les personnes observées et enquêtées dans le respect des modalités qui régissent ce type de relation. Comme le rappelle F. Laplantine, notre « description ethnographique » a été en même temps sanitaire, sociale, linguistique, culturelle engage des qualités d'observation, de sensibilité et d'imagination scientifique (F. Laplantine, 2005). Les personnes identifiées ont été rencontrées pour des entretiens après accord. Sur cette base nous avons interrogé 48 personnes dont 28 mères d'enfants, 13 guérisseuses et 7 guérisseurs. Le choix de ces acteurs se justifie par leurs activités liées à la santé des enfants. L'étude de terrain s'est déroulée entre Mars et Juin 2025, a concerné les quartiers de la commune VI du district de Bamako.

II. Résultats

La médecine infantile endogène à ses savoirs, pratiques, objets et surtout ses acteurs autrement dit ceux qui font sa force, participent à son évolution, à son rayonnement, et qui donne sens au quotidien.

2.1. Les acteurs de la médecine infantile endogène

2.1.1. Les « farafina fura bola » ou « grands-mères des enfants »

Les populations les surnomment « mamans des enfants » pour assistance au côté des enfants malades. Elles comparent ce métier de guérisseuses à une mission divine d'apporter de protection et de guérison aux enfants malades. Selon elles, tout le monde ne peut pas avoir le pouvoir de guérir. Car les ancêtres qui sont les intermédiaires entre le monde visible et le monde invisible ne peuvent pas oindre n'importe qui. Dans ce contexte, elles confirment le caractère électif et sacré de cette mission. Les « maman des enfants » sont considérées comme des « mamans incontournables ». Les habitants les appellent aussi des « docteurs ». Une enquêtée nous dit comment elle est devenue guérisseuse. Avant la mort de sa mère, elle lui a indiqué que les ancêtres étaient venus lui conseiller dans ses rêves de lui léguer ces soins. Ainsi, elle précise, être guérisseuse c'est :

« Être une personne qui n'est pas comme toutes les autres. Une guérisseuse, c'est quelqu'un qui connaît beaucoup de choses dans la nature. Vous voyez, quand je ne suis pas ici, chez moi, et qu'il y a un corps étranger qui est entré dans ma maison sans m'avertir, je le ressens tout de suite, car mes mains commencent à me déranger... Juste ce petit pour vous montrer que je ne suis plus vraiment un être humain comme tous les autres ; je le suis peut-être parce que je fais tout ce qu'un être humain fait et qui est naturel et que je suis aussi mortelle, mais, en réalité, je me sens différente... Ce n'est pas tout le monde qui peut être guérisseuse » (OM, 66 ans guérisseuse).

De cet extrait, elle met en évidence la nature sélective de cette profession qui n'est pas donné à tout le monde d'exercer. Elle montre que qu'on ne naît pas forcément guérisseuse, on le devient. L'apprenti guérisseuse est soumis à des multiples initiations liées au métier.

En fait, du point de vue des soins, la socio culture locale se situe à la croisée de la biomédecine et la médecine endogène, il s'avère incontestable que, selon le type de maladies infantiles locales, mêmes quand les mères entament une automédication avec des recours aux décoctions ou tisane à base d'écorce et de plantes médicinales obtenues çà et là, elles conduiront leurs enfants chez une guérisseuse pour s'assurer de l'efficacité des soins entamés dans la famille.

Dans ce contexte, l'anthropologue L. N'diaye (2008), montre que chaque communauté humaine dispose de repères imaginaires et symboliques, mais aussi de pratiques opératoires et opérationnelles qui permettent à ses membres de définir une pathologie, de proposer des remèdes et de nommer ceux qui sont habilité à « donner de la guérison ». Les guérisseuses sont toujours disponibles quelques soit leur l'heure. Selon la guérisseuse O.M, 66 ans : « C'est la nuit que se tiennent les rencontrent des sorciers pendant lequel on fait des réunions pour manger les âmes des nourrissons et des jeunes enfants » (O.M, 66 ans). Dans cette socioculture, la population ne consulte pas seulement les guérisseuses, elle consulte aussi les guérisseurs ou tradipraticiens.

2.1. 2. Les guérisseurs traditionnels ou « sorciers »

Dans la médecine locale, les guérisseurs ou « sorciers » se répartissent par catégorie : tradipraticiens spécialistes de maladies infantiles, des femmes, de blindage ou protection ; de fracture et entorses et aussi des maladies et maux ordinaires (furoncles, la toux, panaris, maux de tête, mal d'oreille, maux de dents, etc.) qui ne nécessitent aucunement une intervention divinatoire. Il suffit une décoction ou tisane pour soulager la douleur. E. De Rosny (1981) a suivi les traces des initiés (mésocosmique) de ce monde de la nuit qu'il appelle les « maîtres de la nuit » afin de mieux comprendre les enjeux et les jeux de rôles qui se déploient. Il existe un monde invisible, en l'occurrence des sociétés secrètes, qui sont l'exclusivité des initiés et qui contribuent à l'amélioration des conditions sanitaires des individus.

Dans ce cas, le tradipraticien établit le diagnostic, soigne, guérit et prévient le plus souvent les malades. Sa place n'est plus à discuter dans les médecines locales. Ils sont non seulement consultés pour des problèmes de santé mais aussi pour des difficultés d'ordre social (chômage à longue durée, infortune, malchance, absence de promotion professionnelle, accident, etc.) ne peuvent être surmontés que par des protections magiques. S. Fainzang (1986), montre en effet, que ces guérisseurs traditionnels font appels au pouvoir des génies et utilisent quelque fois les plantes médicinales. Dans la médecine locale, les guérisseurs ont diverses spécialités dont celle de

protection ou de « blindage » contre des actions maléfiques. Ces derniers peuvent causer du tort si c'est nécessaire sous la sollicitation de ceux qui veulent le mal à autrui.

2.2. Les protecteurs

Tout comme les tradipraticiens, les protecteurs ou « blindeurs » eux aussi font partie de cet espace de la médecine infantile endogène. Le blindage consiste à mettre l'enfant sous protection contre les puissances nuisibles. Cette pratique rend le corps du nourrisson ou du jeune enfant opaque, difficile à attaquer par les forces occultes. L'objectif de blindage est de protéger l'enfant contre ces forces invisibles qui agissent dans l'obscurité. Comme le rappelle E. De Rosny (2006) :

« Dire que la sorcellerie n'existe pas, c'est nier tout simplement avec certaine naïveté l'existence d'une certaine perversité dans ce monde (...). Ce besoin pervers de nuire qui agit au cœur de l'homme n'est ni accessible ni même concevable autrement que dans un système de représentation socioculturelle. Si vous dites que la sorcellerie n'existe pas, c'est que vous vivez les effets du mal selon autre paradigme (...). Car les racines du mal demeurent un système en leur fond et chaque société a du s'en protéger à sa manière et pour ce faire, se donner ou adhérer à une vision de la vie ».

En fait, dans cette médecine endogène, le blindeur fait recours à plusieurs objets : bracelets en peau d'animaux, des amulettes, le port des ficelles, les scarifications par des lames ou griffes d'animaux spécifiques pour contrecarrer les actions maléfiques. O.D, 38 ans blindeur affirme :

« Le corps de l'être est constitué des parties où peuvent passer les maladies et d'autres éléments. Il faut se blinder pour empêcher ces éléments nocifs. Si tu fais le blindage ça te protège on a vu le cas de la pandémie de Covid-19, beaucoup des gens sont venus chez moi chercher le blindage car beaucoup n'aiment pas les bien des autres. Alors si tu fais ça tu ne mourras pas de maladie ou d'un sort si Dieu en a décidé autrement ».

De cet extrait, on comprend aisément qu'en plus de cas de problèmes de santé, les populations consultent aussi les blindeurs pour prévenir les dangers qui peuvent en découler nécessairement. Cette pratique émane de la société qui veut que tous les enfants soient protégés car il existe de forces invisibles qui préparent des attaques et agissent négativement sur la vie des humains. Dans ce contexte, on voit aussi d'autres acteurs faire leur apparition sur la scène, il s'agit entre autres les mères d'enfants.

2.1.3. Les mères

Les mères sont les principaux acteurs sociaux qui opèrent dans cette médecine infantile. Elles jouent le rôle de façade entre leurs enfants et les guérisseurs. Comme le montre M. Barbieri : « *les codes de comportements face à la maladie seront déterminés par la reconnaissance et la classification des symptômes* » (M. Barbieri, 1991 : 23). Les mères possèdent un système étiologique populaire et traditionnel fondé sur des critères de reconnaissance, nommer et classer la maladie selon les signes. Elles fournissent des renseignements sur les ressentis de ces derniers, car

l'enfant souffrant et ayant une expression orale encore peu développée, n'est pas encore en mesure de le faire. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant aussi de voir les mères accompagnées de leurs maris chez les guérisseuses.

Comme le rappelle S. Traoré et al. (1992), les mères décident dans la prise en charge des dépenses mais aussi du recours aux soins en cas de maladie de l'enfant. A ce sujet, elles jouent le rôle de l'interprète en milieu de soins. G. Flores (2005), a montré que l'interprète facilite le bon diagnostic et permet aux parties d'atteindre leur objectif de soins. En effet, les mères ne sont pas forcément des interprètes professionnelles. C'est ainsi que Flores affirme que : « Evidence suggests that optimal communication, patient, satisfaction and outcomes (...) occur when patients have access to trained professional interpreters or bilingual providers. » (G. Flores, 2005 : 255).

Ce ressenti rejoint ce que pense l'anthropologue Française L. Kotobi et al (2013), montrent que, ce ne sont pas les croyances et les pratiques culturelles qui constituent la première difficulté à l'établissement d'un contact avec une institution de soin, mais bien la communication (expression corporelle et langagière). Elles sont considérées comme des stratégies préventifs et thérapeutiques lors de la situation de soins. Ces dernières seraient semblables aux « instances sociales et culturelles » que décrivent S. Fainzang (1986) chez les Bissa du Burkina-Faso et J. Janzen (1995) chez les Bakongo du Bas Zaïre. Ainsi, une mère F.T, 33 ans :

« J'ai parcouru des hôpitaux avec mon premier garçon qui était malade, on a fait tous les examens et payer les ordonnances sans jamais trouver de guérison. Alors le second c'est la même chose, pas de changement je ne comprends rien dans ce cas, que faire c'est compliqué. Sur recommandation de l'entourage, je suis allée voir chez une guérisseuse. Une fois arrivée chez la guérisseuse, elle m'a dit après observation de l'enfant que ce n'était pas une maladie de l'hôpital ».

De cet extrait, il ressort que les frais de consultations, des examens de laboratoire, des ordonnances sont élevés et donc inaccessibles aux familles pauvres. Ce sont là des aspects importants dans le changement de trajectoire et de l'échec thérapeutique. C'est le cas de F.T, qui avoue déjà parcourir les hôpitaux sans jamais avoir du succès par rapport au caractère complexe et compliqué de ces maladies aux dimensions multiples. C'est pourquoi sur recommandation de ses prédécesseurs, elle se tourne vers l'automédication et éventuellement vers les guérisseurs traditionnels.

L'interlocutrice F.T, a mentionné le caractère « compliqué » des symptômes des maladies dites surnaturelles. Si un individu de son entourage a émis de doutes quant à la nature « maladie naturelle » ou des symptômes observés et enregistrer, s'il les qualifie de « compliqué » ou « d'inhabituels », il est donc impératif à la famille du patient de ne pas perdre de temps par rapport à cette parole. La famille prend l'enfant malade et se dirige vers les guérisseurs traditionnels pour

chercher de solution à cette problématique ainsi posée. C'est ainsi que, M. Rakotomalala (2002), montre que, la parole de ce dernier est prise au sérieux et des actions spécifiques sont mises en œuvre (M. Rakotomalala, 2002 : 43), pour contrecarrer les actions entreprises par les forces invisibles. Le fait d'évoquer le caractère « compliqué » de symptômes suffit à orienter sa prise en charge. C'est ce qu'avait déjà constaté le Professeur J-P. Olivier de Sardan (1994 : 19) lors d'une recherche réalisée au Niger : « En matière de maladie, toute nomination est non seulement un acte de langage performatif, qui fait exister ce qu'il nomme, c'est aussi un diagnostic (et donc potentiellement un schéma de traitement) ».

On peut noter non seulement les acteurs qui opèrent dans cette médecine endogène, leurs connaissances, savoirs et pratiques sont aussi mobilisées à cet effet pour guérir les maladies complexes.

3. Les savoirs et pratiques endogènes de soin

La médecine infantile locale repose essentiellement sur des savoirs et des pratiques qui la caractérisent et qui lui donne du sens. Ces savoirs et pratiques sont transmis dans l'espace et dans le temps. Ces temps de transmission, d'initiation et d'apprentissage sont nécessaires pour la maîtrise des savoirs et des savoir-faire médicaux. Globalement dans ce contexte, les savoirs sont transmis oralement, alors que les pratiques s'acquièrent par exercices afin de s'assurer que les savoirs sont maîtrisés par l'initiée. C'est pourquoi K.D (48 ans, guérisseuse) pu affirmer :

« Auprès de celle qui m'a initiée, à un moment donné non seulement elle me transmettait les savoirs mais aussi elle me laissait préparer seule les plantes médicinales, faire des massages aux enfants, touché l'enfant, regarder son anus et faire boire la décoction. Tout cela sous son observation et elle me corrigeait en cas de défaillance dans les pratiques ».

Dans cette socio culture, A. Hampaté Ba, montre que les savoirs sont analogues à une lumière dans l'âme du guérisseur qui éclaire le chemin de la guérison (A. Hampaté Ba, 1973), et qui est hérité des découvertes dans le domaine médical et de la santé de leurs ascendants. Il n'est pas surprenant d'entendre dans les propos de O.M, 53 ans nous confient :

« Étant donné que ce sont les maladies de chez nous, ce n'est qu'ici qu'on doit les soigner. Pour te faire comprendre pour qu'un remède soigne l'enfant d'une maladie dont il souffre il faut ajouter le pouvoir de guérison. Il faut qu'on regarde avec nos yeux pour voir ce qui est en l'enfant, le palper et humée l'odeur de cet enfant tout ça c'est pour choisir le remède approprié parce qu'il y a des maladies naturelles et les maladies jetées à l'enfant. Et cela demande qu'on soit plus près pour suivre le traitement ».

De cet extrait, les maladies infantiles locales ainsi que les savoirs et pratiques endogènes de soin ne peuvent avoir la même appréhension. Elles doivent être encadrées par des moyens préventifs, thérapeutiques mystiques et spirituels dont seuls les guérisseurs ont les pouvoirs. Les savoirs endogènes sont détenus par des guérisseuses locales. Ils renvoient à une tradition et répandues

dans la culture locale. Ces savoirs se partagent à l'intérieur de la société par l'initiation à travers le truchement de l'éducation et expérience auprès des parents qui lient en chaque enfant ses passions et désirs. Une mère AH âgée de 66 ans et guérisseuse, originaire de Markala (Région de Segou) me confie comment elle est devenue guérisseuse :

« Tout à commencer quand j'avais l'âge de huit ans, ma mère partait au champ me laissant avec ma grand-mère qui était guérisseuse. Elle guérit les enfants que leurs mères emmenaient trop tôt le matin chez nous. Et comme j'étais toujours assis à ses côtés je voyais comment elle prépare les médicaments et les administrait aux enfants malades. Quand les plantes servant de médicaments sont finies elle me dit de l'accompagner dans la brousse pour cueillir, elle m'enseignait les maladies simples et compliquées (forces maléfiques) et à chaque fois c'est comme ça. Elle me montre le nom de chaque plante. Arriver à la maison elle me montrait aussi comment préparer ces recettes (plantes). A l'âge de 14 ans moi-même je suis passionnée de la pratique de la guérison des enfants. A un moment donné si ma grand-mère est absente (hivernage : culture) les mères d'enfants malades venaient me voir et je donnais de médicaments moyennant une somme de 200 frs. Je suis dans ça depuis de trente ans et plus ».

Contrairement à la théorie, la pratique est un ensemble de savoir et savoir-faire qui s'appuie sur des techniques médicales. Elle renvoie à ce que L. Althusser (2014), qualifie de « poeisis » c'est-à-dire la production concrète de son action. En effet, les savoirs et pratiques endogènes permettent de comprendre les problèmes de santé au niveau local surtout celle des enfants.

3.1. Le regard diagnostic du guérisseur

Le regard diagnostic est considéré comme un élément de la prise en charge. Ce regard signifie s'occuper de l'enfant souffrant et rechercher la cause du problème. Le diagnostic ne porte non seulement sur des aspects concernant le phénotype : couleur des yeux, de la peau, taille, poids...) et porter une attention à l'âge de l'enfant. Il n'existe pas véritablement de démarche systématique à respecter, tout dépend de l'activité du guérisseur et la gravité de l'état santé de l'enfant. Cette procédure a pour mission de préparer le terrain pour le diagnostic qui va en découler. Cet exercice permet de mettre en évidence la dualité des étiologies visibles et invisibles de la maladie, le regard de la guérisseuse peut être flottant ou métaphysique.

Concernant le regard diagnostique de l'enfant malade, la « *farafina fura bola* » signifie guérisseuse en bambara, prend l'enfant dans sa main, ouvre sa bouche, touche le corps pour apprécier la température. Ce diagnostic consiste aussi à déshabiller l'enfant et à regarder d'autres parties du corps : l'anus, donner quelque tape sur le ventre pour voir s'il est ballonné, les yeux pour apprécier la couleur, les plantes de ses pieds, ongles et les oreilles. Ce regard diagnostic est un examen qui permet de voir les mouvements de l'enfant s'il est pale et présente les signes de la fatigue avancée. De là, la guérisseuse peut émettre des hypothèses sur la nature du mal dont souffre l'enfant et la confirmer à partir des éléments relevant de son regard diagnostic que nul œil

ne peut voir. En mettant en action ses compétences reçues lors d'initiation, elle entre en contact avec le monde invisible pour voir la source du mal en vue de mieux la cerner.

Ces savoirs endogènes de soin restent aux initiés car à ce moment de contact avec les esprits qui leur facilitent le travail du diagnostic et les protègent aussi des sorciers, esprits maléfiques qui cherchent à empêcher ces visions et qui semble en quelque sorte une trahison de leurs plans maléfiques contre les enfants. Il n'est pas surprenant d'entendre dans les propos d'une mère :

« Je me rappelle, il y a une femme qui est venue ici avec un enfant qui s'appelle bébé Awa et qui souffrait de boutons remplis d'eau sur le corps, elle pleurait toutes les nuits. On a fait les examens et acheté des médicaments mais rien a changé. On a consulté une guérisseuse qui a dit que c'est une maladie mystique et que nous avons perdu du temps dans les hôpitaux. La guérisseuse nous a dit que toutes les maladies ne sont pas de maladies de l'hôpital certaines sont jetées sur la personne. Dès que le médecin touche à ça cette maladie, elle s'aggrave. Elle dit il faut protéger les enfants. Ces enfants qui pleurent sont touchés... » (37 ans, ménagère).

Ces genres de maladies dont l'origine est difficilement identifiable ne se prête pas facilement au diagnostic de laboratoires et résiste au traitement biomédical. C'est souvent ce constat qui pousse les familles à s'orienter vers la médecine endogène. Globalement, elles ne sont pas systématiquement reconnues par les agents de la santé comme pouvant être associé à l'exercice de leur fonction, mais certaines reconnaissent l'existence qui a pour origine la sorcellerie. Cette reconnaissance n'est pas effective par la plupart des agents de la santé. Cette spécificité de la maladie est abordée par N. Sindzingre (1984 : 107) lorsqu'elle présente quatre caractéristiques des maladies que l'on rencontre dans les catégories causales. De fait, il existe des causes de maladies qui ne peuvent pas être vues de façon systématique mais la population structure des chaînes de pensées pour arriver à les expliquer et ainsi entamer des itinéraires thérapeutiques.

3.2. Le bain

Le bain thérapeutique appelé « *fura djie* » en bambara est la deuxième étape dans la prise en charge de l'enfant après le regard diagnostic. Ce bain est une association d'eau, d'écorces d'arbre et de feuilles des plantes médicinales. Ce bain consiste à protéger les enfants contre les attaques sorcières. Il n'est pas surprenant d'entendre dans les propos de K.O, 38 ans, guérisseuse :

« Il faut protéger les enfants contre les mauvais yeux hein sinon si tu ne fais ça on risque de manger ton enfant sans que tu le saches. A chaque fois, il faut laver les enfants avec des plantes ou des écorces de protection car c'est des êtres vulnérables aux attaques ».

De cet extrait, le bain consiste à purifier l'enfant malade et à renforcer le faible face à la puissance de la maladie. Étant donné que, toutes les maladies infantiles locales ne nécessitent pas de bains. D'autres maladies en ont besoin forcément. Il s'agit de bain à l'eau tiède et mélangé aux plantes ou écorces d'arbres. Selon les guérisseuses, la température de l'eau dépend de la durée de la

guérison de la maladie. Si le traitement et la durée de la maladie est plus longue, il nécessite de l'eau chaude. Selon les acteurs de la guérison de maladies infantiles locales, on ne saurait rétablir les énergies du corps s'il est encore dans un état d'impureté d'où la nécessité de faire de bains ensuite les massages.

3.3. Le massage et les incantations

Dans cette socio culture, tout comme le bain, le massage fait aussi partie du processus qui mène à la guérison. Le massage se fait en position allongée, accompagné des incantations. Il s'agit d'une part de massage à l'eau chaude et d'écorces d'arbre et ou des feuilles des plantes médicinales. La guérisseuse à partir d'une éponge passe et repasse sur le corps de l'enfant souffrant, le but est de donner du tonus au corps fatigué. Et d'autre part, on observe aussi le massage à base de salive et de liquide (huile de beurre de karité, et autres huile végétales). Ce type de massage est employé dans presque toutes les maladies infantiles locales. Des fois, la guérisseuse ordonne à la mère de l'enfant de poursuivre les séances de massage à base d'essence végétale à domicile. Tout comme les savoirs et pratiques sont utiles dans la médecine endogène, les outils sont aussi mobilisés car ils sont utiles à la préparation des recettes et la conservation.

3.4. Les objets

Les objets sont des outils destinés à cette médecine infantile endogène et qui facilite la prise de soin du corps du malade. Chacun d'entre eux détient un ou des rôles bien précis selon les contextes préventifs et thérapeutiques dans lesquels ils sont utilisés. Ils sont bien naturels (emprunté à la nature), culturel (fabriqués par les artisans de la communauté et les guérisseurs) que spirituels (intervention des divinités). Il s'agit du charbon, du feu et de l'eau. Ces trois éléments sont des moyens mobilisés à l'usage de la médecine infantile locale.

Le **charbon** est important pour allumer le feu qui sert à bouillir les plantes médicinales ou chauffer de l'eau simplement.

Le **feu** est utile et est au centre de toutes les techniques de préparation et d'administration de remèdes. L'absence de feu est un souci car il est quasi impossible de travailler. Le feu, sa chaleur, ses flammes, ses étincelles, cendre, etc. ont également un but mystique réservés aux initiés. Le feu est utilisé également pour un retour de flamme ou de chaleur à l'entité maléfique responsable de la peine et de la souffrance d'un enfant lorsque ce dernier à recouvrer sa santé alors le mal se retourne contre celui qui l'a jeté.

L'eau a aussi des bienfaits thérapeutiques au même titre que l'énergie précédente. L'eau est généralement utile pour les bains, décoctions buvables aux enfants et des potions pour faire

purger ce dernier si c'est nécessaire. Elle sert aussi à faire des rites de purification en vue séparer le corps de l'enfant malade de toute souillure. En fait, l'eau est censée emportée cette souillure. Les marmites se servent de moyens de bouillir les plantes médicinales. Elles consistent à conserver des remèdes qui peuvent ensuite être réchauffés et bu selon les prescriptions de la guérisseuse. Elles permettent de chauffer de l'eau destinée aux massages et aux bains. Enfin, leurs rôles permettent aussi de faire cuire les remèdes, composés d'écorces, de feuilles, etc, dédiés aux traitements.

Les **canaris en terre cuite** : à défaut des marmites, les canaris sont utilisés pour préparés les remèdes. Ils sont fabriqués à partir de l'argile puis soumis à l'effet d'une forte chaleur. Cette chaleur change la couleur et solidifie la matière. Ces canaris servent non seulement à conserver de l'eau mais aussi pour bouillir les plantes écorces, etc. Les canaris servent à conserver les aliments préparés dédiés aux entités invisibles avec lesquelles la guérisseuse communique pendant les exercices de consultations. Pour leurs bonnes conservations, ces objets contenant des remèdes sont souvent placés dans des endroits où personne ne circule, soit dans la chambre à coucher de la guérisseuse ou dans un coin de sa maison pour préserver le caractère sacré de cette pratique.

Les **cordelettes** : ces ficelles appelées aussi « gris-gris » ou « *bakan* » en bambara par la majorité de la population. Dans cette socio culture, on observe sur les enfants des cordelettes. Elles sont souvent attachées au niveau de la hanche, soit portés comme bracelet, aux pieds et au cou des enfants. Ces cordelettes sont utiles pour accélérer le traitement soit pour éviter que la maladie ne se récidive. Elles sont confectionnées par le guérisseur et jouent les rôles préventifs et thérapeutiques. Ces cordelettes dont on a insufflé de pouvoirs de prévention, de guérison et de protection contre les esprits maléfiques (sorciers). Globalement, les parties du corps où elles sont attachées sont considérées comme des orifices où peuvent entrer tout agents pathogènes et autres entités.

III. Discussion des résultats

Les résultats obtenus ont révélé que les mères redoutent les coûts de la prise en charge médicales face aux maladies de leurs enfants. Face à cela, ces dernières pratiquent l'automédication, le recours à la pharmacie de la rue et éventuellement le recours aux soins endogènes. Les résultats obtenus ont mis évidence non seulement les acteurs qui opèrent dans cette médecine endogène mais aussi leurs savoirs et pratiques autour de la prise en charge des maladies infantiles.

3.1. Le manque de ressources financières comme barrière à l'accès aux soins

Les difficultés économiques privent de nombreuses familles à l'accès à l'offre de soin. Face à de telle situation, les populations voient leurs espoirs s'effondrer et jugent nécessaire de s'orienter vers les soins endogènes. Ainsi, la stratégie politique de santé a provoqué de nombreux dysfonctionnements notamment les inégalités entre les classes sociales. Les patients démunis sont livrés à eux-mêmes et n'ont aucune solution. Alors, ces derniers se tournent vers les guérisseurs traditionnels ou à l'achat de médicaments de pharmacie réglementaire ou à la pharmacie de la rue.

Les résultats d'une étude réalisée par D. Carricaburu & M. Ménoret (2004 : 17), confirment ces difficultés économiques. Ils ont montré que l'hôpital en plus de sa vocation de guérir, facilite le contrôle social. Ce constat fait ressortir de nouveau la question des difficultés d'accès aux soins pour tous dans les pays en voie de développement. Cette constatation s'accorde avec celle de Y. Jaffré et J-P. Olivier de Sardan (2003), qui montrent que ces difficultés ont laissée de nombreuses familles sans ressources empêchant toutes possibilités à l'offre de soins. Nous rejoignons tout de même L. Kotobi (1996), dans une étude similaire menée à ailleurs, notamment en Iran. Cette étude a montré l'insuffisance de moyens financiers des mères d'enfants malades les empêchait d'accéder à l'offre de soin public.

En effet, les mères iraniennes pensaient que les maladies des blancs (varicelle, rougeole, rubéole, coqueluche, etc.) leurs conduisaient à l'hôpital, et qu'elles n'avaient pas d'argent pour y aller. Ce qui nous amène à penser que ces maladies font l'objet de consultation mais les moyens financiers posent problèmes. A ce titre, J-P. Dozon & D. Fassin (2001), sont parvenus à la même conclusion. Ils montrent que, la santé publique s'est imposée dans les sociétés contemporaines comme un lieu central de l'espace social et politique. Cependant, à partir du cas des maladies infantiles biomédicales et des maladies locales, cette théorie est peut-être dépassée et a montré ses limites. Les exemples de la rougeole et de la varicelle sont des cas patents. Notre résultat corrobore celui de l'anthropologue de la santé D. Fassin (1986), qui avait déjà révélé cet aspect des difficultés financières des parents dans une étude similaire auprès des femmes haalpulaaren en contexte Sénégalais. Dans ce contexte, plusieurs mères regrettent avoir perdu du temps et de l'argent avec leurs enfants dans les hôpitaux pour une maladie socioculturelle dont l'identité a été révélée par de guérisseuses. Cette vision n'est pas totalement partagée par la sociologue L. Sounda (2018), qui montre que, certaines maladies relèveraient du surnaturelles.

En prenant appui sur la connaissance du surnaturel que les guérisseurs arrivent à guérir (L. Sounda, 2018 : 286), cette maîtrise du surnaturel est possible grâce à l'initiation. Dans une étude similaire faite ailleurs notamment en Italie, nous comprendrons les travaux de (S. Fucci,

2020 ; A. Clark ,2011), qui montrent que, les mères, quel que soit l'âge de leurs enfants, oscillent entre une position de reconnaissance de leur capacité à interagir avec le pédiatre et une position de protection de leurs enfants qui, selon elles, ne disposent pas de compétences linguistiques et relationnelles suffisantes pour communiquer efficacement sur les symptômes et les événements. Les mères d'enfant jouent les rôles d'interface. Cette constatation s'accorde avec celle de S. Fucci (2020), qui attribue aux mères, le rôle d'« advocacy », « de soutien » et d'« accompagnement » de l'enfant.

Alors, les résultats précédents et ceux de K. Aronsson & B. Rundstrom (1988), convergent. Ils montrent que, dans une relation préventive et thérapeutique, les mères jouent le rôle d'« intermédiaires culturelles ». Retenons, avec B. Gaudilliere (2008), dans ce cas, quel que soit le rôle qui leur est attribué, sans elles, la relation préventive et thérapeutique ne pourrait produire de résultat positif, car la réussite d'un diagnostic et d'espoir de guérison dépendent de la manière dont sont exprimées les douleurs et les souffrances. Globalement, le coût des prestations et des ordonnances qui découlent de la consultation dans une structure de santé (public ou privé) ne sont pas toujours à la portée des démunis.

3.2. L'automédication et le recours aux soins endogènes

En Afrique et au Mali, il est rare de voir une famille consulter un praticien sans être malade. Dans ce contexte, en cas de perturbation physique, la famille et l'entourage pratiquent d'abord l'automédication et les pharmacies de rue. Lorsque cette tentative de soins n'a pas fonctionné ou la maladie résiste à la thérapie alors, la famille décide de s'orienter vers les soins endogènes. Ces recours sont d'ailleurs systématiques dans la plupart des cas dans les ménages à Bamako.

Comme le rappelle l'anthropologue R. Massé (1995), en Afrique, le recours à un médecin sans être malade n'est pas mécanique. En réalité, la prévention d'une maladie dépend « du seuil de tolérance plus élevé à divers symptômes ou dysfonctionnements » (R. Massé, 1995 : 360). Ainsi, pour rechercher une aide extérieure (voir un praticien par exemple), il faut au préalable que l'individu ou son entourage reconnaissent la présence de symptômes laissant présager l'imminence d'un désordre physique ou psychologique. La résistance d'une maladie n'écartera pas de songer à l'action d'un sorcier. Le sorcier rend l'enfant malade pour occasionner des dépenses en vue de ruiner ou retarder les projets des parents de ce dernier comme en témoigne une mère ci-haut.

Une étude similaire réalisée au Sénégal par le sociologue T. Ndoye (2009) corrobore ce résultat. Il montre qu'avant de consulter le personnel biomédical, le malade peut pratiquer

l'attentisme avant d'explorer toutes les voies à sa portée. T. Ndoye (2009) souligne que : « L'ensemble de ces recours envisagés ou effectivement choisis doit être compris comme la construction sociale d'une réponse thérapeutique adaptée face à l'interprétation de la maladie » (T. Ndoye, 2009 : 127). Le choix des itinéraires thérapeutiques apparaît comme la propre réponse aux problèmes de santé des ménages à Bamako. Dans cette socio-culture, la maladie se fonde sur deux aspects : maladies naturelles et les maladies dites socio-culturelles « jetées » par des forces maléfiques à distance ou lorsque la personne a transgressé un interdit : cas des maladies liées à la sexualité des parents dont la diarrhée.

En effet, la médecine locale propose des soins culturels. Alors, les résultats précédents et ceux de Y. Jaffré et J-P. Olivier de Sardan (1999) convergent et nous confortent dans cette analyse. Ces auteurs indiquent en montrant qu'elle s'attache en la soigner car la nosologie et la nosographie sont « construites socialement » (Y. Jaffré & J-P. Sardan, 1999). Au sujet de maladies socioculturelles, il n'existe pas de discours homogène, même s'il existe de représentations culturelles dans cette société. Le choix de la médecine moderne ou traditionnelle lors d'épisodes morbides est lié aux représentations culturelles locales de la maladie. C'est ce qui est déterminant dans la trajectoire thérapeutique des parents d'enfants en quête de guérison. Nous rejoignons tout de même F. Laplantine (1992), qui montrent que les rapports étiologico-thérapeutico-préventifs, « c'est le plus souvent la représentation qui domine la représentation thérapeutique » (F. Laplantine, 1992 : 230).

Conclusion

En définitive, cet article a permis de comprendre que les systèmes médicaux actuels sont pluriels du fait des maladies à multi-dimensions. Ainsi, des effets contre-productifs de la biomédecine pour protéger la santé des enfants ont laissé de nombreux enfants malades sans espoir de vivre, dans le même temps, les familles redoutent les coûts de consultations et des ordonnances. Ces difficultés économiques montrent visiblement l'existence d'une médecine de classe et l'inégalité dans l'accès aux soins pour tous sont des éléments à prendre en compte si l'on veut comprendre les écarts existants entre la volonté politique engagée et les pratiques d'accès aux soins. Face à cela, les populations locales se replient sur elles-mêmes, s'orientent vers les savoirs et pratiques ancestrales de soins. L'étude montre que cette médecine prend appui sur le savoir médical qui recourt aux richesses naturelles (plantes médicinales) et fait appel à des esprits.

Cet article révèle que ces savoirs et pratiques endogènes sont mises en œuvre pour la protection de la santé des enfants. Ce système de protection des enfants fait recourt aux expériences individuelles et collectives face à ces maladies locales. Les résultats de cette étude a

mis en évidence la question du genre car la plupart des acteurs de cette médecine infantile endogène est de sexe féminin âgées, celles-ci détiennent un savoir médical approfondi pour apaiser les douleurs et souffrances corporelles de ces « petits sujets ». Elles utilisent des éléments à partir desquels des mécanismes de prise en charge se font allant de diagnostic, aux stratégies thérapeutiques. Alors, ces savoirs ne peuvent être compris en dehors des actes de prise en charge locale, du regard diagnostic en passant par la palpation, de massage, de bains aux blindages. En ce qui concerne les sources du pouvoir des acteurs, elles revêtent deux visages : l'un visible et l'autre invisible. La plupart des acteurs de cette médecine endogène sont initiés à la connaissance et au fonctionnement de deux mondes ainsi qu'à l'élaboration de stratégies de protection et de guérison des maladies infantiles.

Références bibliographiques

- ALTHUSSER Louis, 2014, *Initiation à la philosophie pour les non-philosophes*. Paris cedex 14: PUF.
- ARONSSON Karin & RUNDSTROM Bengt, 1988, « Child discourse and parental control in pediatric consultation ». *Text-an interdisciplinary journal of the study of discourse*, vol 8, 159-189. Sociology, Medecine.
- BARBIERI Magali, 1991, *Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers-monde*. Paris : Ceped n°18, 40p.
- CARRICABURI Daniele & MENORET Marie, 2004, *Sociologie de la santé: les institutions, professions et maladies*. Paris, Armand Colin, p. 235.
- CLARK Alison, 2011, « Breaking Methodological Boundaries? Exploring visual, participatory methods with adults and young children ». *European Early Childhood Education Research. Journal* : vol 19, (3), 321-330.
- DEMBELE Moriké et al., 2022, *Rites et traditions du mariage au Mali : Permanences, ruptures et impasses*. L'Harmattan, Mali.
- DE ROSNY Eric, 1981, *Les yeux de ma chèvre. Sur les pas des maîtres de la nuit en pays douala (Cameroun)*. Paris : Plon.
- DE ROSNY Eric, 2006, « Justice et sorcellerie ». In *Colloque international de Yaoundé 17-19 mars*. Paris Karthala, pp.28-29.
- DOZON Jean-Pierre & FASSIN Didier, 2001, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris : Editions Balland.
- EMMANUEL Ebang Ondo, 2012, « Perception de l'hôpital public et offre de soins de santé au Gabon : analyse des enjeux des interactions entre personnels et usagers au centre Hospitalier de Libreville (CHL) » *Bulletin Amades*.
- EVANS-PRITCHARD Edward, 1972, *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azandé*. Paris Gallimard.
- FAINZANG Sylvie, 1986, « L'intérieur des choses ». *Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bissa du Burkina-Faso*. Paris : L'Harmattan.
- FAINZANG Sylvie, 1989, *Pour une anthropologie de la maladie en France, un regard africaniste*. Paris : EHESS.
- FASSIN Didier, 1996, *L'espace politique de la santé*. Editions Presses Universitaires de France, Paris, p.123.
- FASSIN Didier, 1986, « La bonne mère : Pratiques rurales et urbaines de la rougeole chez les femmes haalpulaaren du Sénégal ». *Social Science & Médecine*, vol 23, 11, 1121-1129.
- FLORES Glen, 2005, « The impact of Medical Interpreter services on the quality of Health care : a Systematic Review ». *Medical Care Research and Review*, vol.62, n° 3, 255-299.

- FAINZANG Sylvie, 2012, *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Paris : PUF, 192 p.
- FAINZANG Sylvie, 1985, La « maison du blanc » : la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina-Faso. *Sciences sociales et santé*, 3, p. 105-128.
- FUCCI Stefania, 2020, « L'écoute des enfants dans les contextes de soins. Une question de participation ». *Revue des Sciences sociales* : vol. 63, pp. 88-95.
- GAUDILLIERE Bénédicte, 2008, « Se comprendre et accéder aux soins » In Maux d'Exile l'interprétariat, pour en finir avec les malentendus (pp. 3-4). *La Lettre du Comede*, n°24.
- GRUENAIIS Marc-Eric, 1990, « Le malade et sa famille. Une étude de cas à Brazzaville » In Fassin D. et Jaffré Y, *Santé et développement, société*, Paris, Ellipse, pp. 227-42.
- HAMPATE BA Amadou, 1973, *Aspects de la civilisation africaine, personne, culture, religion*. Outre-Mer. Revue d'histoire.
- JAFFRE Yannick et OLIVIER De SARDAN Jean-Pierre, 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest*. Paris, APAD, Karthala.
- KOTOBI Laurence-Donia, 1996, « Approche socio-anthropologique de la vaccination : l'exemple Iranien » In : Moulin A-M. *L'aventure de la vaccination*. Paris : Fayard, coll. Divers histoires pp. 390-408.
- KOTOBI Laurence-Donia et al., 2013, « Enjeux et logiques du recours à l'interprétariat en milieu hospitalier, une recherche-action autour de l'annonce d'une maladie grave ». *Migrations Santé*, n°146-147, pp. 53-80.
- LALLEMAND Suzanne & Le Moal Guy, 1981, Un petit sujet. *Journal des africanistes*, vol. 51 (1-2), pp. 5-21.
- LAPLANTE François & RABEYRON Paul-Louis, 1987, *Les médecines parallèles*. Paris : PUF.
- MONTEILLET Nicolas, 2005, *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun. Crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*. Paris : Karthala.
- NDIAYE Lamine, 2008, *La place du sacré dans le rituel thérapeutique négro-africain*, Ethiopiques, n°18, Littérature, philosophie et Art. <http://ethiopiques.refer.sn/spip>.
- NDOYE Tidiane, 2009, *La société sénégalaise face au paludisme : politiques, savoirs et acteurs*, Paris, Karthala, 312 p.
- QUIVY Raymond & CAMPENHOUDT Luc Van, 1988, *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- RAKOTOMALALA Malanjaona, 2002, Transformation du politique et pluralité thérapeutique » *Journal des anthropologues*.
- RIDDE Valérie, 2012, *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : Au-delà des idéologies et des idées reçues*. Editions. Les presses de l'université de Montréal. Québec, p.87.
- SCHMITZLER Marie, 2014, « Le rôle de l'entourage au sein de l'hôpital africain : une thématique négligée ? », *Sciences sociales et santé*, vol 32, pp. 39-64.
- SCHMITZ Olivier, 2006, *Soigner par l'invisible. Enquête sur les guérisseurs aujourd'hui*. Paris : IMAGO, 250 p. : 21.
- SINDZINGRE Nicole, 1984, « La nécessité du sens : l'explication de l'infortune chez les Senufo » In Le sens du mal : *Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris : Editions des Archives Contemporaines, p. 93-122.
- SOUNDA Laetitia, 2018, *L'accès aux soins au Gabon : écart entre la stratégie politique et les pratiques de santé*. Thèse de doctorat en sociologie, Université de Lorraine.
- TRAORE Sidy et al., 1992, Comportement et coûts liés au paludisme chez les femmes des campagnes de pêcheurs dans la zone de Selingué au Mali, Rapport, Bamako, Mali.