

COLLABORATION ENTRE LES SYSTEMES DE SANTE TRADITIONNEL ET MODERNE DANS LE CERCLE DE SEGOU

Amadou DIABATE

Université des Lettres et des Sciences Humaines de Bamako

Département Sociologie Anthropologie

Email : amadoudiabate@gmail.com

Youssouf COULIBALY

Email : ykulubali@gmail.com

RÉSUMÉ

La biomédecine dans les sociétés africaines et dans celles du Mali en particulier a eu l'adhésion des populations, du fait des campagnes médiatiques et politiques. Toutefois, ces actions n'ont pas abouti à l'abandon total des pratiques thérapeutiques endogènes. La reconnaissance de la médecine endogène par l'OMS est une expression de la mise en œuvre de la politique de l'accessibilité des populations à moindre revenus à des soins de santé de qualité. De ce fait, la question d'une gestion efficace des deux registres de santé se pose dans beaucoup de pays Africains. Si les deux registres de médecines ont longtemps évolué parallèlement pendant la période coloniale sans se croiser au niveau des structures de santé conventionnelle, cela n'est plus d'actualité de nos jours. Selon sa participation aux systèmes de santé, la médecine endogène se trouve intégrée, incluse ou tolérée au système de santé conventionnel. Ainsi, dans certains pays, la médecine endogène est reconnue et intégrée au système de santé conventionnel et participe à l'offre des soins. Dans la pratique, de plus en plus avec la libéralisation du secteur de la médecine endogène comme celle moderne, on assiste à des emprunts de matériels de la biomédecine par certains acteurs de la médecine endogène. Les emprunts de la médecine endogène concernent des fois des résultats d'analyses médicales ou de l'imagerie quand il s'agit de la traumatologie. La présente étude a pour objectif général de comprendre les interactions entre la médecine endogène et moderne dans les systèmes de santé au Mali. Il ressort des résultats de l'étude qu'à nos jours, malgré la volonté politique des autorités politiques et sanitaires, la collaboration de ces deux registres de soins reste timide. Ainsi, dans plusieurs pays de la zone Afrique de l'OMS, les autorités sanitaires ont conçu sous les auspices de l'OMS, des plans pour intégrer les tradithérapeutes au système de santé même moderne si cette volonté est parfois suscitée par une réaction aux apports du monde occidental. Aussi, l'on aperçoit que les efforts d'orientations, d'encadrement des tradipraticiens sont concentrés sur la référence des cas suspects de tuberculose, de paludisme grave, ou autres maladies pour lesquelles les tradipraticiens n'auraient pas les équipements nécessaires pour leur prise en charge précoce. L'étude établit un degré de collaboration faible entre les acteurs de ces deux types de médecine ; Si la biomédecine demeure difficile d'accès aux malades, il en va autrement pour la médecine traditionnelle, qui, ainsi que l'étude a permis de l'établir, est, en raison de sa plus grande couverture du terrain, une véritable médecine de proximité.

Mots clés : Collaboration, intégration, biomédecine, moderne, santé, traditionnelle.

ABSTRACT

Biomedicine in African societies and in Mali in particular has had the support of the populations, because of media and political campaigns. However, these actions have not resulted in the total abandonment of endogenous therapeutic practices. The recognition of endogenous medicine by the WHO is an expression of the implementation of the policy of accessibility for populations with lower incomes to quality health care. As a result, the question of efficient management of the two health registers arises in many African countries. If the two registers of medicines evolved in parallel for a long time during the colonial period without intersecting at the level of conventional health structures, this is no longer relevant nowadays. According to its participation in health systems, endogenous medicine is integrated, included or tolerated in the conventional health system. Thus, in some countries, endogenous medicine is recognized and integrated into the conventional health system and participates in the provision of care. In practice, more and more with the liberalization of the endogenous medicine sector like the modern one, we are witnessing the borrowing of biomedicine materials by certain players in endogenous medicine. The borrowings of endogenous medicine sometimes concern the results of medical analyzes or imagery when it comes to trauma. The general objective of this study is to understand the interactions between endogenous and modern medicine in health systems in Segou cercle. The results of the study show that, despite the political will of the political and health authorities, the collaboration of these two care registers remains timid. Thus, in several countries in the WHO Africa zone, the health authorities have designed, under the auspices of the WHO, plans to integrate traditional therapists into the even modern health system if this desire is sometimes prompted by a reaction to the contributions. Also, the research showed that the efforts of orientation, supervision of traditional healers are concentrated on the referral of suspected cases of tuberculosis, severe malaria, or other diseases for which traditional healers would not have the necessary equipment for their treatment. early in charge. The study establishes a low degree of collaboration between the actors of these two types of medicine; if biomedicine remains difficult to access to patients, it is different for traditional medicine, which, as the study has made it possible to establish, is, because of its greater coverage of the field, a real medicine of proximity

Keywords: Collaboration, integration, biomedicine, modern, Health, traditional.

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 80% des populations rurales vivant dans les pays en développement utilisent la médecine endogène comme premier moyen de recours. Elle est également populaire dans de nombreux pays développés parce qu'elle est fermement intégrée à des systèmes de croyance plus globaux (WHO, 2002 : 2). Il est établi que les tradipraticiens de santé soignent des gens de toutes catégories socioprofessionnelles (Diabaté A. 2015 : 22). Le Mali, en 2012, avait un taux de recours à l'automédication (moderne comme traditionnelle) de 61% selon EDS M-V. Plus tôt, beaucoup d'organisations comme l'Organisation de l'Union Européenne (OEA) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'étaient inscrites dans l'amélioration des conditions de santé des populations, à travers des soins de santé, accessibles et efficaces. Le symposium interafricain de l'Organisation de l'Unité Africaine/ Commission Scientifique et Technique (OEA/CSTR) tenu du 7 au 12 juillet 1975, au Caire-Egypte portait sur la pharmacopée traditionnelle et les plantes médicinales africaines. Cette initiative sera soutenue par les conclusions de la conférence internationale sur les soins de santé primaires, tenue à Alma-Ata (l'ex U.R.S.S.) en 1978.

Dans la même logique, les résolutions, (WHA 31.33) de 1978 ; (WHA 40.33), adoptées en 1987 et (42.43) de 1989 dénotent la volonté manifeste de l'OMS d'agir dans le sens de la valorisation de la médecine endogène et des plantes médicinales. En 1991, dans le rapport de la quarante-quatrième assemblée mondiale de la santé, le directeur général de l'OMS a souligné l'importance des médicaments à base de plantes pour la santé des

individus et des communautés. Ces engagements de l'OMS et de ses partenaires ont abouti, en 2002, à la mise en place de la première stratégie globale, en matière de médecine endogène. Cette volonté se manifesta de manières différentes. Des laboratoires chimiques, pour analyser les propriétés pharmacologiques des plantes utilisées, ont été mis en place favorisant l'ouverture de centres de recherche en médecine endogène, à l'initiative des ministères de la santé (dont le Département de la Médecine endogène au Mali). Des associations de tradipraticiens ou d'herboristes ont été constituées dans la même dynamique. Dans un but de coordination, des recensions de plantes ont été entreprises (A. C. Traoré, 2006 : 45). En plus, le Comité International de Bioéthique (2010), en collaboration avec l'UNESCO, a rappelé dans « l'avant-projet de rapport sur la médecine endogène et ses implications éthiques » en son article 17 qui stipule comme suit : « il convient de prendre dûment en considération l'interaction entre les êtres humains et les autres formes de vie, de même que l'importance d'un accès approprié aux ressources biologiques et génétiques et d'une utilisation appropriée de ces ressources, le respect des savoirs traditionnels, ainsi que le rôle des êtres humains dans la protection de l'environnement, de la biosphère et de la biodiversité. »

Par ailleurs, on peut souligner que ces différents engagements et volonté politique de ces organismes, sont soutenus par l'importance de la biodiversité en Afrique. Malgré des efforts de connaissance, de reconnaissance et du fait qu'elle demeure le premier recours des populations pour des soins divers, son intégration dans le système de santé de l'Etat malien reste timide. Le Département Médecine Traditionnelle est la seule structure actuellement dont les produits sont vendus dans les officines pharmaceutiques au Mali. En plus, la question d'une franche collaboration entre les praticiens des deux médecines se pose 38 ans après Alma-Ata. Certains praticiens de ces deux types de médecines s'excluent encore mutuellement du champ complexe de la santé en réclamant les succès. Cette situation s'explique par le fait que la santé est à la fois un fait économique, politique et culturel. C'est un marché où s'exercent des rapports de forces économiques, politiques et culturels. Alors, comment faire pour aboutir à une intégration de la médecine locale à la biomédecine ou à une certaine médiation pour une prise en charge globale et intégrée des questions de santé au Mali ?

1. LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

L'OBJECTIF GÉNÉRAL

L'objectif général de cette recherche est de comprendre les interactions entre la médecine endogène et moderne dans les systèmes de santé au Mali.

LES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Les objectifs spécifiques suivants ont été formulés :

- décrire le système sanitaire malien dans sa complexité ;
- décrire les différents aspects de la collaboration entre les acteurs de la médecine endogène et ceux de la biomédecine.

2. LES HYPOTHÈSES DE LA RECHERCHE

Pour mener à bien la présente étude nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- Le système sanitaire initialement établi sur la base de la biomédecine a du mal à accepter la cohabitation avec un système médical traditionnel.
- Le manque d'informations ou la méconnaissance des connaissances et pratiques de l'autre nourrit de la méfiance entre les tenants de ces deux types de médecines.

3. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Les implications socioculturelles liées à la formalisation de la médecine endogène sont nombreuses et variées. Pour les saisir, il est donc nécessaire de diversifier les techniques de recherche. Ainsi, nous avons utilisé trois techniques qualitatives complémentaires de collecte des données : l'observation, les entretiens individuels, les récits de vie.

L'observation

Nous avons recouru à deux types d'observations. L'observation directe et l'observation indirecte ou documentaire. Une observation directe de notre milieu d'étude nous a permis de collecter des données pertinentes sur notre question de recherche. L'observation directe a été l'occasion pour nous d'avoir une connaissance plus approfondie du cadre de collaboration entre les acteurs de la médecine endogène et la biomédecine et de saisir les interactions entre les acteurs des deux types de soins. Nous avons aussi réalisé une recherche documentaire qui consistait à consulter des documents généraux et spécifiques sur la médecine endogène pour mieux circonscrire la question de recherche. Les entretiens individuels : ils ont concerné au total vingt (20) personnes. Les questions ont été posées en langue locale, le Bamanankan et des fois en français avec ceux qui le comprennent. L'étude a également concerné cinq (5) agents de santé moderne. Les tradipraticiens contactés avaient tous une expérience moyenne de 10 ans dans la consultation de malades et la prescription de médicaments traditionnels. Elle a été réalisée dans les communes de Ségou, Pélengana et de Sakoïba. Ces zones constituent notre terrain dans le cadre de la réalisation de notre thèse de doctorat qui a porté sur « le recours aux soins traditionnels pédiatriques ». Les entretiens ont porté sur les parcours personnels des différents acteurs des deux types de médecines, l'organisation des tradipraticiens de santé, les questions de collaboration entre la médecine endogène et biomédecine. Lors des enquêtes, nous avons insistés sur les questions de collaboration des deux médecines.

4. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Cette rubrique présente une description des systèmes de santé en question, ainsi que la confrontation des logiques en présence.

4.1. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIQUE AU MALI

Le système de santé du Mali est composé de l'ensemble des structures et organismes publics (Etat et collectivités territoriales), privés, communautaires (associations et mutuelles, fondations) et confessionnels ainsi que les ordres professionnels de la santé. Les activités menées au sein de ces différentes structures concourent à la mise en œuvre de la politique nationale de santé du Mali selon la pyramide sanitaire. Le système de santé malien est institutionnellement structuré en trois niveaux ayant comme unités géographiques le cercle, la région et tout le pays. Le niveau opérationnel correspond à celui du cercle. Il est l'unité opérationnelle chargée de planifier et assurer le développement de la santé à la base. Le deuxième niveau est celui régional qui assure l'appui technique au premier niveau. Le troisième c'est le niveau national. Il définit les orientations stratégiques et détermine les investissements et le fonctionnement des structures de santé au niveau national. Il définit également les critères d'efficacité, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application des normes et standards sanitaires. Il mobilise les ressources privées, celles de l'Etat et celles des bailleurs de fonds pour le financement des soins de santé. Les collectivités territoriales participent à l'administration de la santé dans les conditions définies par la loi n° 95-034 du 04 juin 2002 portant code des collectivités territoriales. Ainsi le conseil communal, le conseil de cercle et l'Assemblée régionale délibèrent, sur la politique de création et de gestion des dispensaires, des maternités, des centres de santé communautaires et des hôpitaux régionaux. Ils délibèrent également sur les mesures d'hygiène publique, d'assainissement et de solidarité en direction des populations rurales. Au niveau des structures de prestations de soins, également, la pyramide sanitaire se décline en trois niveaux.

4.1.1. LE NIVEAU CENTRAL

Il comprend 5 Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) dont 3 à vocation générale (Point G, Gabriel Touré et l'hôpital du Mali) et 2 à vocation spécialisée (Centre National d'Odontologie-Stomatologie, Institut d'Ophthalmologie Tropicale d'Afrique) ; 5 Etablissements Publics Scientifiques et Technologiques (EPST) : l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de la Santé (LNS), le Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM), le Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS), le Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (CRLD). Ces établissements et instituts du sommet de la pyramide, constituent la 3ème référence. C'est à ce niveau que sont orientés tous les cas de maladies graves nécessitant une intervention spécialisée ou des investigations paracliniques poussées (PDDSS-Mali, 2014-2023 : 18).

4.1.2. LE NIVEAU INTERMÉDIAIRE

Celui-ci regroupe sept (7) Établissements Publics Hospitaliers (EPH) assurant la 2ème référence à vocation générale et situés respectivement dans les régions de Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Koulikoro (l'hôpital de Kati). A ceux-ci s'ajoute l'Hôpital « Mère-enfant » le Luxembourg, un établissement sanitaire privé à but non lucratif (Ibid).

4.1.3. LE NIVEAU DISTRICT SANITAIRE AVEC 2 ÉCHELONS

Le premier échelon (la base de la pyramide) ou premier niveau de recours aux soins, offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans les centres de santé communautaires (CSCoM) (1086 en 2011). Il existe d'autres structures de santé : parapubliques, confessionnelles, dispensaires, maternités rurales et établissements de santé privés environ 1308 en 2011 qui complètent le premier échelon. Certains aspects de l'offre des soins sont assurés par les ONG, il s'agit surtout de la santé de la reproduction, la survie de l'enfant et la lutte contre les IST, VIH/SIDA. Par ailleurs, il est important de signaler l'existence de lieux de consultations de médecine endogène dont la collaboration avec la biomédecine reste à améliorer. Le deuxième échelon ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) est constitué par les 60 Centres de Santé de Référence (CSRéf) au niveau des districts sanitaires, correspondant aux cercles, communes ou zones sanitaires. Ils assurent la prise en charge des cas référés par le premier échelon. Ces différents échelons se caractérisent par le niveau du plateau technique qui est fourni à certains niveaux que d'autres. La loi d'orientation sur la Santé en date du 22 juillet 2002 indique que l'extension de la couverture sanitaire est un objectif essentiel du PDDSS. A cet effet, elle institue une carte sanitaire, adoptée par décret pris en Conseil de Ministres et révisée tous les cinq ans, qui repose sur le découpage du territoire national en districts sanitaires et en aires de santé, complété par la carte hospitalière. Ce dispositif est complété par le secteur privé, les services de santé de l'Armée et les structures de santé confessionnelles. A côté du système moderne de santé, il existe au Mali une médecine endogène riche et variée, qui est présente dans toutes les villes et villages. Cette couverture géographique du territoire malien par les tradithérapeutes est un facteur non négligeable. Du fait de sa couverture géographique importante, et son faible coût, cette forme de traitement constitue le premier recours aux soins pour la majorité de la population. Elle est également le dernier recours en cas d'insuccès d'autres soins. Au Mali, il a été estimé en 1980 qu'il existait un tradipraticien de santé pour 500 habitants contre 40 000 habitants pour un médecin. Cette disparité entre agents de santé moderne et tradipraticiens de santé a été également décrite par Kroa E. et al au Ghana et au Swaziland où il y a 25 000 et 10 000 patients pour chaque médecin alors qu'il y'en a 200 et 100 respectivement, pour chaque tradipraticien (E. Kroa et al, 2014 : 2).

Cela explique dans plusieurs pays africains, que la couverture géographique des territoires de structures et d'agents de santé reste une difficulté majeure.

4.2. ORGANISATION DES ACTEURS DE LA MÉDECINE ENDOGÈNE

Le cadre institutionnel de la médecine endogène au Mali se fonde sur les services techniques de l'Etat, les chercheurs et les organisations de la société. Au niveau des services techniques de l'Etat, c'est le Département Médecine endogène de l'Institut National de Recherche en Santé Publique qui gère la politique malienne de valorisation des ressources de la médecine endogène. Il est également le répondant de l'Etat vis-à-vis des autres acteurs de la médecine endogène. Il est chargé de suivre et d'évaluer le travail et l'organisation des tradipraticiens de santé. Le DMT est représenté au niveau régional (Mopti), par le Centre Régional de Médecine endogène de Bandiagara (CRMT) (Politique Nationale de Médecine endogène, 2004 : 8). Les principaux acteurs de la société civile de la médecine endogène sont entre autres : la Fédération Malienne des Tradithérapeutes et Herboristes, des ONG partenaires. Les actions des acteurs Société Malienne de Phytothérapie, des universités du Mali, des instituts de recherche comme l'Institut d'Economie Rurale (IER), l'Institut Polytechnique Rurale, Institut de Formation et de Recherche Appliquée (IPR-IFRA) et l'Institut Supérieure de Formation et de Recherche Appliquée (ISFRA) contribuent à la valorisation de la Médecine endogène au Mali (A. Diabaté 2014 : 35).

4.2.1. LES DOMAINES DE COLLABORATION DES MÉDECINES TRADITIONNELLES ET MODERNE

La question de la collaboration des systèmes de santé traditionnelle et moderne se pose à plusieurs niveaux. Le premier type de collaboration se situe au niveau des acteurs de la médecine endogène eux-mêmes ; le second se situe entre ces acteurs et ceux de la médecine conventionnelle.

4.2.1.1. La collaboration entre tradipraticiens

Avec la création en 2002 de la Fédération Malienne des Tradithérapeutes et Herboristes (FéMaTH), un des soucis de l'Etat et de ses partenaires était d'établir et de promouvoir une dynamique d'organisation des acteurs de la médecine endogène. Les objectifs de la FéMaTH sont, entre autres, d'œuvrer à la promotion de la médecine endogène, de coordonner les activités des associations partenaires, de favoriser une meilleure connaissance de l'art ancestral de guérir. La fédération ambitionne aussi d'installer une plate-forme de collaboration entre les deux médecines. Au sein de cette plate-forme seront mises en exergue les questions de la protection de la profession de tradipraticien de santé ; du point de vue institutionnelle tout en œuvrant pour la protection des plantes médicinales face à l'exploitation abusive et à la dégradation de l'environnement. Quatorze ans après la création de la FéMaTH, le tableau est mitigé. L'on assiste de plus en plus à la détérioration du rôle social du tradipraticien de santé mais aussi et surtout et à l'accessibilité économique de la médecine endogène. Il y a ce que nous pourrions bien appeler chez ces acteurs un « jeu d'intérêts » entre eux surtout en milieux urbains. Majoritairement originaires de milieux ruraux, beaucoup se sont sédentarisés au fil du temps en milieux urbains, plus profitables pour eux que leurs milieux d'origine. De ce fait, puisque les sources principales d'apprentissage de la médecine endogène restent l'expérience personnelle et celle des parents à leurs progénitures (Diabaté A., op cit 2014 ; Franckel A., 2004) ; certains s'arrangent à s'investir pour s'approcher des potentiels « clients » accessibles en ville. Alors que dans le temps c'était l'effet contraire. Aussi, dès le début, la Déclaration d'Alma-Ata fit solidement soutenue par la plupart des pays africains. L'OUA proclame dans la Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples de 1981 qu'il est du droit de chaque individu de jouir de meilleur état de santé physique et morale (article 16.1) et que les Etats signataires s'engagent à prendre les mesures qui s'imposent pour protéger la santé de leur peuple et pour s'assurer que chaque individu reçoit l'attention médicale qui lui est due lorsque son état de santé le nécessite (article 16.2). L'Assemblée des chefs d'Etat et de gouvernement de l'OUA a constamment réaffirmé son adhésion à la Déclaration de la santé pour tous en l'an 2000 et l'adoption du slogan comme principe fondateur du développement économique et social. En 1990, le sommet de l'OUA, auquel participaient les représentants officiels de 31 pays, a adopté l'Initiative de Bamako, conçue pour mieux gérer les soins de santé primaires dans l'ensemble de l'Afrique au sud du Sahara. Les éléments d'action retenus comme instruments de la stratégie des soins de santé primaires étaient les suivants : tout

d'abord, une amélioration de l'accès physique et financier aux structures sanitaires pour l'ensemble des populations, qui devait s'accompagner d'un effort important de décentralisation et de (démédicalisation) : on admettait le principe d'une délégation des tâches et des responsabilités en dehors de la profession médicale avec la volonté d'adapter la stratégie au contexte local, les soins de santé de type occidental étant considérés comme complément au système traditionnel plutôt que comme substitut. Traditionnellement, beaucoup de remèdes traditionnels étaient des héritages familiaux ou claniques. De nos jours, l'exode rural combiné aux difficiles conditions socioéconomiques des populations en milieu rural ont contribué à cette « bio piraterie », cette individualisation du savoir traditionnel. Cette liberté de gestion du savoir traditionnel, avec l'éclatement de la grande famille a poussé beaucoup d'individus à détourner des recettes, des patrimoines familiaux pour des fins individuels. Les révélations de cet interlocuteur selon lequel :

« ...mon propre frère [il ajoute], mon frère de lait se fait connaisseur à Bamako, il répond même à des invitations à l'extérieur du Mali. C'est que c'est une recette [c'est une recette qui soigne les maux de ventre des femmes] de toute notre grande famille qu'il utilise à des fins personnelles. Il ne contribue pas en famille... rien du tout » (Extrait d'entretien avec S.B. Sakoïba, mai 2020). De ce passage, la dimension communautaire de la gestion des recettes de la médecine endogène est évoquée. Tout au plus, la gestion du patrimoine thérapeutique familial peut être confiée à un membre de la famille selon sa position patrimoniale dans la famille ou selon ses caractéristiques personnelles/individuelles. C'est dans ce cadre que certains arrivent à détourner des recettes et les exploiter pour des fins strictement personnelles. Dans de telles conditions, ces types de tradipraticiens de santé collaborent moins avec les autres du même domaine : « ... parce qu'ils pensent que s'ils le font, ils auront perdu ce patient... donc, de l'argent ». (Ibid). Le plus souvent quand les références sont faites à l'intérieur des réseaux c'est d'abord sur la base de la confiance que les uns ont dans les autres tout en prenant en considération des tous les aspects moraux, socio-culturels comme le disait cet enquêté que nous avons rencontré à Ségou. « Je soigne les maux de ventre des femmes, je reçois souvent des cas de référence de certains de mes collaborateurs. Les intérêts (s'il y en a)¹ sont présentés à celui qui m'a référé le malade et vice versa » (Extrait d'entretien avec B. K, le 19 mai 2020 à Ségou tradipraticien à Ségou Pélangana). Il ressort de ces propos qu'à un certain niveau il y a une certaine collaboration entre certains tradipraticiens. Le principe de reconnaissance est mis en exergue ici parce que comme il le dira plus loin : « ... quand tu n'honore pas à ce principe, cela ne se répètera plus jamais, la corde de la confiance sera dénouée » (Ibid). Les patients, au cours de leurs itinéraires thérapeutiques, avec l'appui de leurs parents, font eux-mêmes des références à des praticiens sans une autorisation formelle du premier traitant. C'est-à-dire : après avoir suivi le traitement chez un tradipraticien pendant un certain temps (puisqu'au cours d'un traitement on sait si on aura la guérison ou pas), le malade disparaît et se rend chez un autre. Cela peut se répéter plusieurs fois selon les moyens et ou le niveau des relations sociales du malade ou de son capital social (au sens de Pierre Bourdieu).

4.2.1.2. Tradipraticiens de santé et urbanisation

Les résultats des recherches en médecine continuent à faire des progrès. Cependant, de nos jours, à l'heure des scanners, de la radiothérapie et de la chirurgie assistée par ordinateur, des milliers de malades continuent pourtant à parcourir la planète à la recherche de remèdes, dans l'espoir d'une prise en charge de leurs maladies. Comme l'a souligné Jean Benoist :

« ...l'étude de la pluralité médicale donne accès à de larges pans de la vie sociale. Il apparaît alors que la source des logiques mises en œuvre lors de la quête de soins ou de la recherche d'explication au mal se situe bien au-delà du champ du « médical » : le *primum movens* du choix médical réside hors du médical... » (J. Benoist, 1996 : 22).

¹ Parce que des fois, certains praticiens offrent des soins gratuits à des patients.

Ceci se manifeste au Mali, par l'installation de beaucoup de tradipraticiens dans les villes. Leur nombre est particulièrement important dans les villes² à l'image des prestataires de la biomédecine. Pour attirer plus de patients, certains font des publicités au niveau des radios locales en violation des textes réglementaires en la matière. Ils s'attribuent les titres de « docteur, de professeur » comme en biomédecine. Sur ce fait, nos investigations révèlent que s'est sous l'effet du rejet, de la dénégation, du dénigrement de la médecine endogène par certains acteurs de la biomédecine que des tradipraticiens, pour se faire accepter, pour se faire apprécier par la population se donnent de tels titres.

« Nous avons vu également des tradipraticiens qui, pour plus ressembler aux praticiens de santé moderne portent des blouses blanches, utilisent même des stéthoscopes des fois pour consulter les malades. Toutes ces pratiques sont observées dans les centres urbains » (Extrait d'entretien avec R.S. le 19 mai 2020).

Face à ces constats, il semble objectif de ne plus considérer la médecine endogène comme une réalité statique pour la comprendre. Les pratiques de ces tradithérapeutes nous enseignent que la médecine endogène évolue, se transforme, s'adapte aux nouvelles réalités socio-économiques et culturelles comme le souligne Georges Balandier. Il indique que :

« ...les agencements culturels ne peuvent être appréhendés sous le seul aspect des principes qui les régissent et de leur existence «formelle» ; ils ne prennent leur pleine signification que s'ils sont rapportés aux mouvements et conjonctures historiques qui les façonnent et les affectent » (G. Balandier, 1982 : 9).

En plus certains thérapeutes traditionnels sont nés en ville et ont, soit hérité leur connaissance, soit appris aux côtés d'un maître. De ce fait, si l'on s'accorde que la médecine endogène est un patrimoine culturel, il va de soi qu'elle subisse des mutations autant que beaucoup d'autres aspects culturels. La médecine endogène épouse aujourd'hui les progrès de la science et de la technique. Les produits sont, au besoin, réduits en poudre au moulin contre le mortier utilisé auparavant. Les médicaments peuvent être transformés en sirop comme en biomédecine. Aujourd'hui, les maîtres géomanciens utilisent le stylo et du papier pour tracer les figures géomantiques. Certains rebouteux par exemple exigent les clichés radiologiques et d'autres demandent, les résultats d'analyses biologiques qui les aident à avoir des succès dans ce domaine. Les tradipraticiens utilisent beaucoup le téléphone et les radios de proximités pour entrer en contact avec les malades. Le processus d'élaboration et d'adoption d'un code d'éthique et de déontologie en cours depuis 2013 (A. Diabaté op cit. 2014 : 39) n'a pas à présent été adopté. Il pourra certainement répondre à certaines préoccupations des différents acteurs du domaine. Il ressort de l'analyse des données plusieurs facteurs d'influence de la collaboration entre thérapeutes, il s'agit entre autres de l'urbanisation (milieu de résidence), la confiance, des liens de parenté, l'efficacité du traitement, la spécialisation dans un secteur spécifique.

4.2.2. COLLABORATION ENTRE TRADIPRATICIENS DE SANTÉ ET PRESTATAIRES DE LA BIOMÉDECINE

Les acteurs de la médecine endogène se présentent à la base de la pyramide sanitaire globale. Ils sont les premiers à entrer en contact avec les malades vu leur représentativité statistique et leur accessibilité (en termes de confiance, de relation dans le temps, de coûts, de la nature de la maladie, entre autres). Il y a aussi un fait qu'il est important de mettre en exergue ; c'est que la médecine endogène est profondément ancrée dans la culture de nombreux pays comme le Mali grâce à une pratique constante depuis des temps immémoriaux. De ce fait, elle s'inscrit indubitablement dans un ensemble de croyances et de pratiques magico-religieuses très prégnantes dans le pays (habitus). Ce recours important peut souvent les exposer en fin de compte en cas de maladies à caractère épidémique. Nonobstant cette insuffisance les tradipraticiens contribuent au rehaussement du taux de fréquentation des centres de santé compte tenu de leur position

² Selon la Fédération Malienne des Tradithérapeutes et Herboristes, il y avait 925 Tradipraticiens de santé à Bamako et 85 à Ségou en 2019. Ces données ne sont pas encore actualisées et ne concernent que ceux qui adhèrent à une association membre de la FéMaTH.

stratégique dans la pyramide sanitaire. Car, il leur arrive de référer beaucoup de malades aux centres de santé. En plus, les nouvelles orientations des autorités sanitaires (reconnaissance de la médecine endogène) en faveur de la médecine endogène constituent de nouveaux espoirs dans le cadre de la collaboration entre les deux catégories de médecine. Dans le district sanitaire de Ségou, une autorité sanitaire reconnaît leur place dans la prise en charge précoce des majeurs cas graves de paludisme. Selon lui : « ...nous travaillons en étroite collaboration avec les tradipraticiens de santé présents dans les différentes aires de santé du district sanitaire de Ségou » (Extrait d'entretien du 21 mai 2020 avec une autorité du District Sanitaire de Ségou. Il ressort que dans le cadre de leur collaboration, des échanges entre techniciens de santé conventionnelle et traditionnelle ont permis de renforcer les capacités des tradipraticiens de santé dans la reconnaissance des signes cliniques des maladies comme le paludisme grave, la paralysie flasque aigue, la tuberculose ou encore sur les cas compliqués d'accouchement. Cependant, ces cadres d'échanges restent timides et même s'ils se tiennent, les tradipraticiens y sont infiniment représentés. Les références semblent, d'une première analyse, partir uniquement des praticiens traditionnels vers ceux des soins modernes comme le soutient ce malade que nous avons rencontré dans un centre de santé de Ségou :

« J'ai commencé les soins chez K.K. (un tradipraticien de santé) dans mon village, après deux semaines de soins, je n'étais pas guéri, je continuais à avoir la fièvre. C'est ainsi que K.K ; lui-même a décidé que je vienne au centre de santé et c'est lui-même qui a payé mon ticket d'entrée » (Extrait d'entretien du 19 mai 2020 avec A.B.H dans un centre de santé communautaire de Ségou.).

A travers ce discours, l'on aperçoit qu'effectivement les efforts d'orientations, d'encadrement des tradipraticiens sont concentrés de facto, sur la référence des cas suspects de tuberculose, de paludisme grave, ou autres maladies pour lesquelles les tradipraticiens n'auraient pas les équipements nécessaires pour leur prise en charge précoce.

Cependant, en poussant la réflexion, l'on se rend compte que les acteurs des soins traditionnels « réfèrent » indirectement le plus souvent aux tradipraticiens, des malades qu'ils n'arrivent pas à soigner. Ainsi, le schéma de référence peut se présenter comme suit :

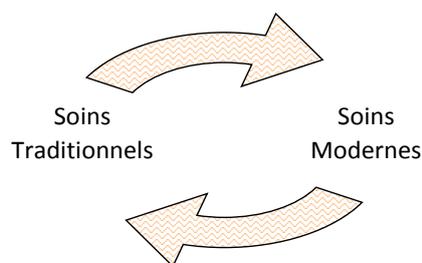


Schéma : Cycle de référence des malades des deux types de soins au Mali

Puisque les soins traditionnels restent le premier recours des malades au Mali, les malades commencent le plus souvent leur parcours thérapeutique par les soins traditionnels ou l'automédication moderne. S'il est établi que les praticiens des soins traditionnels réfèrent des malades à ceux des soins modernes, il est à noter que le contraire se produit des fois. Dans ces cas de figures, les malades eux-mêmes, ou par personnes interposées prennent leurs responsabilités ou sur conseils d'agent de santé et rompent avec le traitement des soins modernes pour se référer aux soins traditionnels. Donc il convient de signaler que le recours aux traitements traditionnels peut être observé pendant tout le parcours thérapeutique d'un malade. En milieu rural et encore plus en milieu urbain, les citoyens assimilent également santé et médecine ; l'automédication de type moderne est favorisée par un marché du médicament qui laisse une place importante aux non professionnels (les pharmacies par terre). Par ailleurs, il faut noter que ces deux registres sont souvent alternatifs ou concomitants.

4.2.1. LA CONFRONTATION DES LOGIQUES EN PRÉSENCE

Elle se présente en termes de consensus et d'achoppement.

Par rapport au consensus, il y a entre autres l'automédication, de reconnaissance de l'autre et ses capacités ou spécificités, la nécessité de collaboration. Ainsi, pour ce qui concerne ces éléments, on a :

4.2.1.1 L'automédication

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2000) « l'automédication responsable consiste pour les individus à soigner leurs maladies grâce à des médicaments autorisés, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficace dans les conditions d'utilisation indiquées ». De ce fait elle peut être moderne ou traditionnelle selon que ce soit avec les produits pharmaceutiques modernes ou des produits de la médecine locale.

4.2.1.2 Méthodes de diagnostic de la maladie

L'observation, le questionnement ou l'auscultation sont entre autres des méthodes utilisées par les deux types de médecines.

5. DISCUSSION

La collaboration entre la médecine endogène et la biomédecine ne semble pas être au point à présent. Les discours des acteurs que nous avons rencontrés expliquent cela. La présente étude révèle que c'est seulement le président de la Fédération Régionale des Thérapeutes et Herboristes de la Région de Ségou qui est le plus souvent représenté lors de certaines rencontres organisées par le District sanitaire de Ségou ou la Direction Régionale de Santé. La même situation a été décrite par Kroa E., et al lors de leur étude « Analyse de la collaboration entre médecines traditionnelle et moderne dans la région du Sud Bandama (Côte d'Ivoire) en 2014. Dans leur article ils décrivent que la collaboration entre médecine endogène et moderne n'était présente que chez seulement 25% environ des praticiens tant modernes que traditionnels qu'ils ont pu interroger lors de leur étude. La présente étude permet d'avoir un aperçu sur la même question au Mali dont les résultats corroborent ceux de l'étude de Kroa, E. et al menée en 2014 en Côte d'Ivoire. Il ressort que par rapport à la reconnaissance de l'autre et de ses capacités ou spécificités, plusieurs cas de figures se présentent :

Il arrive que les malades eux-mêmes ou leur accompagnant ou famille décident de rompre avec le traitement au centre de santé pour se référer aux soins traditionnels ou vice versa. Cela peut se faire de leur propre chef ou sur conseil d'un agent de santé ou du thérapeute.

Souvent certains agents de santé reconnaissent l'efficacité du traitement de thérapeute concernant telle ou telle maladie et décident de référer tel patient pour des soins traditionnels.

Aussi, il arrive qu'un thérapeute reconnaisse l'efficacité du traitement médical de telle ou telle maladie et décide de référer son patient au centre de santé.

Donc il convient de signaler que le recours aux traitements traditionnels et au centre de santé peut être observé pendant tout le traitement d'un malade.

En termes d'achoppement, la confrontation de logiques porte sur les méthodes de diagnostic de la maladie, l'interprétation de la maladie, d'efficacité de traitement de certaines maladies.

5.1. MÉTHODES DE DIAGNOSTIC DE LA MALADIE

La biomédecine utilise les analyses de sang, des sécrétions corporelles, de l'urine, etc. pour identifier les maladies. Les thérapeutes utilisent d'autres modes de divination tels que les cauris, la géomancie, la nécromancie, le chapelet, etc.

5.2. INTERPRÉTATION DE LA MALADIE

La maladie est généralement interprétée de façon physico- biologique par la biomédecine, tandis que la médecine endogène l'interprète de façon bio-mystique.

5.3. EFFICACITÉ DE TRAITEMENT DE CERTAINES MALADIES

Certaines maladies sont considérées comme relevant de la compétence d'une médecine et non pas de l'autre. Cela est présent dans la mentalité des médecins et des thérapeutes.

CONCLUSION

Compte tenu des services proposés par les systèmes de santé formels, la médecine endogène présente l'avantage considérable en termes d'accessibilité et ou de coût. Elle est la médecine de proximité : si chaque village n'a pas un prestataire de santé moderne, la plupart ont au moins un tradipraticien. Elle est basée sur l'interconnaissance : le tradipraticien connaît généralement la personne et l'a vu grandir, en plus il connaît sa famille, sa situation socio-économique. Le tradipraticien est souvent plus disponible qu'un agent de santé moderne : une consultation peut durer plusieurs heures incluant les analyses. Il faut souligner que même si la consultation d'un tradipraticien de santé n'est pas toujours gratuite, il existe une plus grande souplesse dans les modes de paiement pour les patients, ce qui rend la médecine endogène plus accessible que la biomédecine aux personnes à faibles revenus.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BALANDIER, Georges. (1982). «*Sociologie actuelle de l'Afrique noire*», Quadrige / PUF (3^e édition), France.

BENOIST Jean. (dir) (1996). Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical. Paris, Karthala, coll. Médecines du Monde.

DIABATE Amadou (2014) : *La pédiatrie traditionnelle en question au Mali : l'exemple des thérapeutes de nourrissons dans les marchés de Bamako*. Mémoire de DEA en Anthropologie. Bamako, Institut Supérieur de Formation et de Recherche Appliquée.

FRANCKEL Aurélien., (2004). *Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal : le cas des enfants fébriles à Niakhar*. Thèse de Doctorat Démographie, Université Paris X-Nanterre. Ecole Doctorale Economie, Organisation et Société. Centre de Recherche Populations et Sociétés – CERPOS.

KROA, E., et al, (2014). « Analyse de la collaboration entre médecines traditionnelle et moderne dans la région du Sud Bandama (Côte d'Ivoire) », in Revue CAMES – Série Pharm. Méd. Trad. Afr., 2014 ; 17(1) : 21-27.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE DU MALI (2014), Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social 2014-2023

Organisation Mondiale de la Santé, (2002), Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002–2005. Genève : OMS.

OUA-CSTR. (1979). Rapport et recommandations du deuxième symposium interafricain OUA/CSTR sur la pharmacopée traditionnelle et les plantes médicinales africaines (le Caire-Egypte, du 7 au 12 Juillet 1975).

TRAORÉ, Amara Chérif, (2006) « Y a-t-il des substances traditionnelles utilisées dans les affections oculaires qui sont actives contre le trachome ? Quel est l'impact des pratiques traditionnelles sur l'évolution du trachome ? », in : IRD (éd). *Lutte contre le trachome en Afrique subsaharienne*, 42-50.