UNE ETHNOGRAPHIE DES MAUX DES ENFANTS ET DU PLURALISME MEDICAL DANS LA COMMUNE VI DE BAMAKO (MALI)

Oumarou AROU
Université Yambo Ouologuem de Bamako (UYOB)
E-mail: omarouarou1@gmail.com
Moussa FOFANA
Institut des sciences humaines de Bamako (ISH)
moussa2012fofana@yahoo.fr

Résumé

Cet article porte sur l'ethnographie des maux des enfants et du pluralisme médical en milieu urbain. Dans ce contexte, l'étude a révélé les maladies récurrentes chez les enfants. Alors, seules les mères reconnaissent les signes de ces pathologies. C'est cette problématique que cet article a exploré pour expliquer les difficultés que rencontre la médecine conventionnelle dans la prise en charge de certaines maladies infantiles complexes. Ce changement de trajectoire des parents d'enfants malades pose à la fois un problème social et un problème de santé publique. Nos recherches s'appuient sur une enquête ethnographique. Des des entretiens avec des acteurs ont permis de montrer que les mères d'enfants malades redoutent les coûts de la prise en charge biomédicale alors que dans le même temps les malades pratiquent l'automédication à domicile et font recours aux savoirs endogènes de soins. Les résultats obtenus révèlent que les parents regrettent d'avoir perdu du temps avec des maladies socioculturelles qui ne peuvent être guéries dans les hôpitaux. Ces recours pluriels montrent les limites du modèle hospitalier à soigner les maladies aux multiples dimensions.
Mots clés : *quête, soins infantiles, pluralisme médical, Bamako-Mali*

Abstract

This article focuses on the ethnography of children's illnesses and medical pluralism in urban areas. In this context, the study revealed recurring illnesses in children. Thus, only mothers recognize the signs of these pathologies. This article explores this issue to explain the difficulties encountered by conventional medicine in the management of certain complex childhood illnesses. This change in trajectory for parents of sick children poses both a social and a public health problem. Our research is based on an ethnographic survey. Interviews with stakeholders have shown that mothers of sick children fear the costs of biomedical care, while at the same time patients practice self-medication at home and resort to endogenous healthcare knowledge. The results obtained reveal that parents regret having wasted time with sociocultural illnesses that cannot be cured in hospitals. These multiple recourses demonstrate the limitations of the hospital model in treating illnesses with multiple dimensions.
Keywords: *Quest, child care, medical pluralism, Bamako-Mali*

Introduction

Au Mali, des études passées montrent que la mortalité infantile représente 13% (Sounda, 2018 : 45). Selon ces études, les pathologies les plus fréquentes ont été le paludisme avec 32 % des cas sur l'ensemble des pathologies suivies des infections respiratoires aigües (10 %) et 3 % pour des diarrhées présumées infectieuses en dehors du choléra (Keita et al., 2022 : 30). Dans ce contexte, ces pathologies ont causé plus de décès chez les enfants de 0 à 5 ans. De cela, l'État 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 » (Lallemand & Le Moal, 1981). En se référant aux principes fondamentaux des droits des enfants de 1959, on constate que les articles 2, 4, 6 et 9 couvrent leurs besoins nécessaires. En dépit de ces réformes et propositions, il n'en demeure pas moins vrai que ces pathologies infantiles ne cessent. Des recherches anglo-saxonnes (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 à 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 (Jaffré & Olivier de Sardan, 1999 ; 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 (Fainzang, 1989). Pour l'anthropologue Raymond 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 ». De fait, pour rechercher une aide extérieur (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 (Massé, 1995 : 360). Valérie Ridde (2012 : 87) au contraire a montré que l'initiative de Bamako de 1987 a pour objectif de sortir de la gratuité des soins pour aller 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. François Laplantine & Paul-Louis 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 »* (Laplantine & Rabeyron, 1987 : 45). De fait, Olivier 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 a 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 partons des 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 d'enfants à se détourner de l'offre de soins publics au profit des soins endogènes. Ainsi, nous avons choisi de formuler la question de recherche de manière suivante : Quelles sont les maladies infantiles récurrentes à Bamako ? L'objectif de cet article est d'identifier les maladies infantiles locales 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 :

- les parents ont des connaissances expérientielles sur les maladies infantiles ;
- les parents ont des comportements de recours ;
- les parents assument eux-mêmes la prise en charge de leurs enfants.

L'objectif principal poursuivi dans cet article est de cerner les acteurs et les signes de chacune des maladies infantiles et éventuellement les trajectoires thérapeutiques. Ainsi, les objectifs spécifiques se dégagent :

- dégager les acteurs de la reconnaissance des signes des maladies infantiles ;
- étudier les trajectoires thérapeutiques pour la prise en charge ;

- dégager les politiques publiques et sociales de prise en charge des maladies infantiles.

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 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 rappellent Yannick Jaffré & Jean-Pierre Olivier de Sardan :

> « 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 » (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003).

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 »* (Quivy & Campenhoud, 1988 : 75). Les parents d'enfants que nous avons interrogés reconnaissent les signes de chacune des maladies infantiles. Ces signes sont décrits 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. Cela montre que nous avons joué le rôle de témoin et d'acteur (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 François Laplantine, notre « description ethnographique » a été en même temps sanitaire, sociale, linguistique, culturelle et engage des qualités d'observation, de sensibilité et d'imagination scientifique (Laplantine, 2005). Ces patients sont issus de groupes ethniques différents. La majorité était de confession musulmane. En effet, l'instrument qui convient pour la collecte de données est le guide d'entretien de type semi-directif. Les entretiens ont portés sur les perceptions, les représentations de la maladie, l'itinéraire thérapeutique et la prise en charge médicale. Les parents ont été consultés pour leur consentement à l'étude. Les réponses données sont anonymes. Ils avaient, à tout moment, la possibilité d'interrompre les entretiens. Le tout dans le souci de se conformer aux normes communautaires pour diminuer les risques de soupçons malveillants de la part des enquêtés est ce que Jean-Pierre Olivier de Sardan (2008) appelle « *l'encliquage* », qui est un des biais de terrain importants pour le chercheur : le chercheur s'assimile à une clique ou une faction sociale en s'y conformant. Cette situation témoigne des difficultés que nous avons eues lors de la collecte des données. Elle a fait l'objet de plusieurs volumes dont ceux de Jean-Pierre Olivier de Sardan (2008) et de Jean Peneffe (1992). Les personnes identifiées ont été rencontrées pour des entretiens après accord. Sur cette base nous avons interrogé 37 personnes dont 19 mères d'enfants, 11 guérisseuses et 8 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. Elle a concerné les populations des quartiers de la commune VI du district de Bamako.

II. Résultats

2.1. Les maladies infantiles récurrentes

La fièvre et le paludisme

La fièvre ou hyperthermie et le paludisme sont décrits par le corps chaud (*farigan bè*), le corps qui chauffe. Dans ce contexte, la fièvre est le motif de consultation du paludisme grave. Ces pathologies se manifestent par le corps chaud et en même temps par la sensation de fraicheur. Voici le récit de O.D., 29 ans, ménagère : *« Les signes qui me permettent de connaitre le palu (sumaya en bambara) chez un enfant, hein… son corps est chaud, il refuse de temps en temps de manger, un peu, un peu, il [l'enfant]*

dort trop. Si tu vois ça, ce sont des signes du paludisme. » Cet extrait d'entretien montre que les parents ont des connaissances expérientielles sur la maladie. Pour Doris Bonnet (1985), cette notion de « corps chaud », de manque d'appétit et de sommeil permanent sont autant de signes de la présence de la fièvre et donc du paludisme. Dans ce contexte, le paludisme est une priorité de la santé publique bien qu'il y ait des programmes de vaccination contre la fièvre jaune, les diarrhées à rotavirus, la tuberculose, etc. Ce programme de lutte contre le paludisme bénéficie du soutien de l'État et des partenaires internationaux. Ainsi, la question de la prévention du paludisme chez les enfants par les parents s'inscrit également dans la droite ligne des politiques publiques de lutte contre le paludisme au niveau national et international. De fait, les acteurs de la santé insistent beaucoup sur la prévention du paludisme pédiatrique. Les personnes les plus vulnérables sont les enfants dans cette lutte contre le paludisme. De même, les bailleurs de fonds qui participent au financement de lutte comme l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), le Fonds mondial, le Fonds des Nations unies pour les enfants (UNICEF) et la Banque mondial orientent également leurs actions sur la promotion et la distribution des moustiquaires imprégnées de longue durée en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans (Le Marcis et al, 2013), car le sur le plan physique, ce sont des êtres vulnérables à toutes sortes de dangers, y compris la maladie. Comme le rappelle Axelle Brodiez-Dolino, la vulnérabilité des enfants est une nouvelle catégorie de l'action publique (Brodiez-Dolino, 2015) et semble patente dans le cas du paludisme bien que les deux tiers des décès liés au paludisme surviennent chez les enfants de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne. Cependant, le taux de mortalité a baissé de 29 % entre 2010 et 2015 (Aubrey & Gauzère, 2017). Cela ne signifie en aucun cas que la lutte contre la fièvre et le paludisme pédiatrique doivent s'arrêter.

Les maladies liées à la poussée dentaire : cas de la diarrhée

Ces maladies ne concernent non seulement la poussée dentaire mais aussi l'hygiène buccale. Parmi ces celles-ci, les infections dentaires, les abcès des gencives, les mauvaises haleines. Les enfants de quatre à dix mois souffrent de ces maladies. Dès les premières dentitions, les signes

sont la diarrhée persistante et une augmentation de la température (38°) accompagnées de fièvres. F.T., 38 ans, affirme :

> « Pour la diarrhée, je donne les feuilles de *nérè*, *somofara*. Moi quand même, je les donne pour une durée de 7 jour, mais il y a des patients qui guérissent avant même les 7 jours et d'autres aussi dépassent les 7 jours de traitement que je leur donne. Donc, ça dépend des personnes, la guérison » (F.T, 38 ans, mère de six enfants).

Cet extrait d'entretien montre que la diarrhée se soigne par l'automédication à domicile. Globalement, les populations locales considèrent cette maladie comme bénigne alors qu'elle constitue l'une des causes de la mortalité infantile en Afrique subsaharienne.

Les maladies de la peau : cas de la varicelle et de la rougeole

Dans cette socio-culture, la peau protège contre le contacte de l'extérieur. C'est par elle que les microbes entrent. Les maladies qui affectent la peau des enfants ici sont notamment la varicelle et la rougeole. La prise en charge endogène de la maladie se fait par des bains à base des plantes médicinales. Lors des bains, le corps de l'enfant est frotté pour empêcher l'évolution des boutons et cela cicatrise les plaies. Globalement, ces bains se font le matin et au coucher du soleil. Localement, la maladie est perçue comme récidivante en dépit des vaccins.

2.2. Les acteurs de la reconnaissance de signes de la maladie chez l'enfant

1. Les mères d'enfants

Les mères sont les principales actrices de tous les acteurs sociaux qui reconnaissent les premiers signes de la maladie chez un enfant. Elles jouent le rôle de façade entre leurs enfants et les guérisseurs. En effet, *« les codes de comportements face à la maladie seront déterminés par la reconnaissance et la classification des symptômes »* (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 des enfants, 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 Souleymane Traoré et al. (1992), les mères décident dans la prise en charge des dépenses alimentaires mais aussi du recours aux soins en cas de maladie de l'enfant. À ce sujet, elles jouent le rôle de l'interprète en milieu de soins. Glen 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 : *« Evidence suggests that optimal communication, patient, satisfaction and outcomes (…) occur when patients have acces to trained professionnal interpreters or bilingual providers. »* (Flores, 2005 : 255). Ce ressenti rejoint ce que pensent l'anthropologue française Laurence Kotobi et al (2013). Leurs recherches 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 soins, mais bien la communication (expression corporelle et langagière). Les mères sont considérées comme des stratèges préventifs et thérapeutiques lors de la situation de soins. Ces dernières seraient semblables aux « instances sociales et culturelles » que décrivent Sylvie Fainzang (1986) chez les Bissas du Burkina-Faso et John Janzen (1995) chez les Bakongos du Bas Zaïre.

La responsabilité qu'ont les femmes âgées dans le cadre de la santé des enfants expose la perception des questions de genre dans cette socio-culture. Elle traduit socialement et culturellement les répartitions des taches par sexe, par âge et par compétences. Severin Abega Cécile & Odile Christiane (2008) montrent que, dans ce contexte, la transmission du savoir médical infantile des femmes âgées va plus loin :

> « Il existe (…) une filière de transmission de connaissances féminines qui va des femmes à leurs brus, à leurs nièce, à leurs filles. Elle est quasi étanche dans la mesure où les hommes sont très rarement initiés à ces savoirs. Les soins aux enfants, qui sont une spécialité féminine, s'enseignent à

travers ces filières. C'est pourquoi c'est toujours une guérisseuse qu'il s'agit, presque jam ais d'un homme » (Abega & Ossanga, 2008 : 130).

Pour ce qui est des soins accordés à la petite enfance, les deux chercheurs montrent en plus que « son art se situe dans le prolongement du rôle de la mère, mais c'est une mère plus informée, plus expérimentée, plus savante que les autres (Abega & Ossanga, 2008 : 129). De fait, les femmes ont été durant des millénaires, les détentrices des savoirs liés à l'alimentation, à l'hygiène, à l'accouchement, aux soins à l'enfant et les actrices privilégiées des pratiques rituelles entourant le corps à des moments clés de l'existence (Bonnet & Pourchez, 2007 ; Saillant, 1999). Ces femmes acquièrent leur savoir par initiation et aussi de façon naturelle, en tant que mère qui donne la vie. Cette tache de spécialistes des maladies infantiles s'explique globalement par leurs expériences et connaissances des enfants, des maladies dont ils peuvent être victimes, du fonctionnement de leur corps et des rapports parent-enfant. Dans ce contexte, certaines maladies infantiles locales identifiées dans cette étude sont causées par des rapports sexuels entre parents : par exemple le cas de la diarrhée.

III. Discussion des résultats

Les résultats obtenus ont permis de révéler les maladies infantiles locales récurrentes ainsi que les acteurs (mères, femmes âgées, etc.) de la reconnaissance des signes de présence des maladies. Dans le même temps, elles redoutent les coûts de la prise en charge biomédicales face aux maladies de leurs enfants. En revanche, ces dernières pratiquent l'automédication à domicile et recourent éventuellement aux savoirs endogènes de soins.

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

La stratégie politique de santé a provoqué de nombreux dysfonctionnements, notamment les inégalités entre les classes sociales. Les parents démunis sont livrés à eux-mêmes et n'ont aucune solution. En cas de problème de santé de leurs enfants par la reconnaissance des signes, alors, ces derniers se tournent vers l'automédication à domicile et vers les guérisseurs traditionnels. Les résultats d'une étude réalisée

par Danièle Carricaburi & Marie 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 Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan (2003), qui montrent que ces difficultés ont laissé de nombreuses familles sans ressources, empêchant toutes possibilités d'offre de soins. Nous rejoignons tout de même Laurence Kotobi (1996), dans une étude similaire menée à ailleurs, notamment en Iran. Cette étude a montré que l'insuffisance de moyens financiers des mères d'enfants malades les empêchait d'accéder à l'offre de soins publics. En effet, les mères iraniennes pensaient que les maladies des Blancs (varicelle, rougeole, rubéole, coqueluche, etc.) les 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. Jean-Pierre Dozon & Didier 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, Didier Fassin (1986), qui avait déjà révélé cet aspect des difficultés financières des parents dans une étude similaire auprès des femmes haalpulaaeren en contexte sénégalais. Dans ce contexte, plusieurs mères regrettent d'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 des guérisseuses. Cette vision n'est pas totalement partagée par la sociologue Laeticia Sounda (2018), qui montre que certaines maladies relèveraient du surnaturel. En prenant appui sur la connaissance du surnaturel que les guérisseurs arrivent à guérir (Sounda, 2018 : 286), cette maitrise du surnaturel est possible grâce à l'initiation. Dans une étude similaire faite ailleurs notamment en Italie, nous comprendrons les travaux de (Fucci, 2020 ; 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 évènements. Les mères d'enfant jouent les rôles d'interface. Cette constatation s'accorde avec celle de Stefani Fucci (2020), qui attribue aux mères le rôle d'« avocacy », « de soutien » et d' « accompagnement » de l'enfant. Alors, les résultats précédents et ceux de Karin Aronsson & Bengt Rundstrom (1988) convergent. Ils montrent que, dans une relation préventive et thérapeutique, les mères jouent le rôle d' « intermédiaires culturelles ». Retenons, avec Bénédicte Gaudillière (2008), dans ce cas, que 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 l'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. La tarification des soins

La politique des États visant à se réapproprier la déclaration d'Alma-Ata rencontre de nombreux problèmes, notamment celui du respect d'engagement. Face à ces difficultés, les organismes onusiens, notamment l'Unicef et l'OMS, ont apporté des changements dans la politique de soins de santé primaires. Valérie Ridde (2012 : 87) montre que l'initiative de Bamako de 1987 a pour objectif de sortir de la gratuité des soins pour aller vers les soins payants. De fait, l'initiative de Bamako a pour objectif l'obligation pour les malades de payer pour leurs propres soins, d'une part, et de décentraliser la gestion des systèmes de santé d'autre part. Notre résultat rejoint ceux de Laeticia Sounda (2018 : 264) et de Moussa Fofana & Oumarou Arou (2025 : 105) qui sont parvenus à la même conclusion. Ils montrent que l'accès aux soins dépend de la classe sociale. Ainsi, Sounda (2018) qualifie ce comportement de « médecine de classe », une pratique discriminatoire. Lorsque que l'on est de classe sociale aisée, cela favorise l'accès aux soins dans le système de santé alors que les plus démunis vivent des conditions difficiles et qui les exposent aux maladies et à la mort précipitée. Globalement, cela confirme les politiques de santé publique. Didier Fassin (1996), dans une anthropologie politique de la santé, montre que la santé est un espace politique à l'intérieur duquel

naviguent des enjeux ; parmi lesquels, les inégalités sociales. Elles ont fortement influencé la qualité des soins car il existait de nombreuses difficultés à honorer les ordonnances. Ces inégalités sont produites par la société et se manifestent dans l'état des rapports sociaux entre les individus. Elles sont un ordre social qui s'impose aux sociétés. Par conséquent, l'auteur propose de dépasser les habitudes des approches comportementales et culturelles qui consistent à relier catégories sociales et morbides. Au Cameroun, les résultats d'une étude similaire réalisée par Catherine Halpern (2010) confirment ces attitudes. L'auteure montre que les malades se confrontent à de nombreux problèmes d'ordre financier, psychologique dans l'accès aux soins de santé. Le manque de ressources financières a divisé la société en classes et a défavorisé les plus démunis dans l'accès aux soins. Cette constatation s'accorde avec celle de Mariam Sissoko (2025 : 67), à Bamako, et celles de Maud Gelly & Laure Pitti (2016), en France, ce qui d'ailleurs n'est pas nouveau : que les états de santé soient différenciés selon les classes sociales fait l'objet d'un large consensus, en épidémiologie comme en sciences sociales, et ce depuis les travaux de Louis-René Villermé, au XIXe siècle, voire ceux de Bernardino Ramazzini, un siècle plus tôt ». Ce ressenti rejoint ce que pense Antoinette Chauvenet (1973) lorsqu'elle s'interroge sur la « médecine de classe » et sur la capacité qu'a l'institution sanitaire à corriger les inégalités sociales de santé. Son analyse porte sur la question si l'ordre médical contribue à produire et à reproduire une société de classe. Cette attitude se rapproche de ce que Joseph Tonda (2015) appelle la notion des éblouissements qui est révélatrice d'une cause de ce malaise, une société divisée en deux groupes : l'une riche et l'autre pauvre.

3. 3. L'automédication et le recours aux savoirs endogènes de soins

Au Mali, il est rare de voir une famille qui consulte un praticien sans être malade. Dans ce contexte, en cas de perturbation physique, la famille et l'entourage pratiquent d'abord l'automédication à domicile. Cette pratique n'est pas nouvelle dans les pays africains et au Mali. Cette constatation s'accorde avec celle de Sylvie Fainzang (2012). Alors, les résultats précédents et ceux de Moussa Fofana & Oumarou Arou (2025) convergent. Ils montrent que, lorsque la tentative de soins à domicile ne fonctionne pas ou que la maladie résiste à la thérapie, alors,

la famille décide de s'orienter vers les soins modernes. Là encore, s'il n'y a pas d'amélioration, les familles se dirigent vers les savoirs endogènes de soins. Dans cette socio-culture, ces recours sont d'ailleurs systématiques dans la plus part des cas dans les ménages à Bamako. Dans ce contexte, les systèmes de santé sont pluriels, associant savoirs et pratiques biomédicaux et endogènes. Cela fait comprendre qu'un cadre sanitaire ne peut être réservé à un modèle de soins unique du fait de la nature mystique de la causalité de certaines maladies. Nous rejoignons l'anthropologue Sylvain Faye (2009 :104) qui parle de syncrétisme dans les représentations étiologiques de la maladie. La biomédecine ignore ces causes mystiques. Comme le montre l'anthropologue Raymond Massé (1995), 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 » (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'écarte 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 dans le cas de la malnutrition. C'est au regard de cet espace incertain que se justifie le bien-fondé des traitements endogènes dans le cadre de la santé infantile. Pierre Meinrad Hebga (1991) confirme l'aspect incertain ou mystique des socio-cultures africaines. Ce problème permet de poursuivre la réflexion de la mise en œuvre des politiques de santé venues d'ailleurs qui ne cadrent pas toujours avec le contexte des soins encore moins ne tiennent compte des réalités médicales locales, c'est-à-dire que certaines maladies ne peuvent pas se soigner dans les hôpitaux du fait de leur étiologie mystique. Une étude similaire réalisée en contexte sénégalais par le sociologue Tidiane Ndoye (2009) corrobore ce résultat. Il montre qu'avant de consulter le personnel biomédical, les parents des enfants malades peuvent pratiquer l'attentisme avant d'explorer toutes les voies à leur portée. Tidiane 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 » (Ndoye, 2009 : 127). Le choix des

itinéraires thérapeutique 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 (cas de la malnutrition). En effet, la médecine locale propose des soins culturels. Alors, les résultats précédents et ceux de Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan (1999) convergent et nous confortent dans cette analyse. Ces auteurs indiquent en montrant qu'elle s'attache en la soignant car la nosologie et la nosographie sont « construites socialement » (Jaffré & Sardan, 1999). Au sujet de maladies socioculturelles, il n'existe pas de discours homogène, même s'il existe des représentations culturelles dans cette société. Le choix de la médecine moderne ou traditionnel 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 François Laplantine (1992) qui montrent que les rapports étiologico-thérapeutico-préventifs, *« c'est le plus souvent la représentation qui domine la représentation thérapeutique »* (Laplantine, 1992 : 230).

Conclusion

En définitive, cet article a permis de comprendre que la fièvre, la diarrhée et le paludisme demeure des maladies préoccupantes au Mali. Ainsi, l'étude fait ressortir les signes de chacune de maladies récurrentes chez les enfants de 0 à 5 ans et les acteurs de la prise en charge. Face à ces maladies, les parents d'enfants malades pratiquent l'automédication à domicile. Ainsi, si ces thérapies ne fonctionnent pas bien, ces derniers recourent à la médecine conventionnelle. Pour les soins biomédicaux, les familles redoutent les coûts des consultations et des ordonnances. Ces difficultés économiques montrent visiblement que 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 existant entre la volonté politique engagée et les pratiques d'accès aux soins. L'application du paradigme médical dominant a longtemps servi de prétexte pour justifier la centralité de l'institution médicale dans la prise en charge des maladies complexes, notamment la fièvre, la diarrhée et le paludisme. Cette certitude que l'on tenait pour vérité

absolue se trouve contestée par de nouveaux constats qui, au-delà du biomédical, mettent à jour les réalités culturelles, symboliques, métaphysiques de la maladie en Afrique. Ces nouvelles propriétés de la maladie, qu'il n'est pas possible de dissocier de l'environnement culturel, du contexte d'action des populations, ont mis à l'évidence une réalité difficilement domesticable par le corps médical. En plus, la maladie est représentée comme un objet sur lequel travaille le médecin. Dans ce contexte, ces maladies constituent une porte d'entrée dans l'univers de croyances et de représentations étiologiques de ces maladies autour desquels se construit une diversité de pratiques thérapeutiques parallèles. C'est ce dernier versant de la question qui nourrit solidement l'intérêt anthropologique de ce travail dont la prétention ultime est d'explorer les formes alternatives de recours thérapeutiques, des savoir-faire locaux endogènes que mobilisent les accompagnants du malade sans renoncer à faire de l'hôpital un acteur légitime de production de soins médicaux. L'article invite à redéfinir le rôle et la place des autres institutions dans la construction sociale des réponses thérapeutiques face aux maladies infantiles.

Références bibliographiques

ABEGA Severin Cécile & OSSANGA Odile Christiane, 2008, « La perception des accès palustres de l'enfant dans la Ville de Kribi (Sud-Cameroun) ». *In* Vernazza-Licht, N ; Gruénais, M-E ; Bley, D. (dir), *Rapport de recherche fièvre, prévention et perception de l'environnement au Cameroun* (pp.121-132). Montpellier : Editions IRD, Projet n° 3, vol. 2.

AUBRY Pierre & GAUZERE Bernard-Alex, 2017, *Paludisme, Actualités 2017*. Centre René La busquiere, Institut de Médecine tropicale, Université de Bordeaux, 33076 Bordeaux (France).

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.

BONNET Doris & POURCHEZ Laurence, 2007, *Du soin au rite dans l'enfance*. Erès et IRD.

BRODIEZ-DOLINO Axelle, 2015, *La vulnérabilité, une nouvelle catégorie de l'action publique, Informations sociales,* vol. 2, n°188, pp.10-18.
CHAUVENET Antoinette, 1973, « Profession hospitalières et division du travail », Sociologie du travail, vol 14, n°2, pp.145-163.
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 yound 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.
DOZON Jean-Pierre & FASSIN Didier, 2001, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris : Editions Balland.
EVANS-PRITCHARD E E, 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, 2012, *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Paris : PUF, 192.
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, 105-128.
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 & Médicine*, vol 23, 11, 1121-1129.
FAYE Sylvain, 2009, Du sumaan ndiig au paludisme infantile: la dynamique des représentations en milieu rural sereer sinig (Sénégal). In *Sciences sociales et santé*. Volume 27, n°4, pp. 91-112.
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.

FOFANA Moussa & AROU Oumarou, 2025, « Maladies infantiles et recours aux savoirs endogènes dans la Commune VI du district de Bamako (Mali) ». Revue des Sciences humaines et sociales, Lettres, Langues et Civilisations (Côte d'Ivoire). *Revue Le Fromager,* Vol. 1, N° 2, juillet.

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.

GELLY Maud & PITTI Laure, 2016, « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratique de soins », Agora, vol 1, n°58, pp.7-18.

HEBGA Pierre Meinrad, 1991, « La guérison en Afrique ». *Revue Concilium*, n°234, pp.82-96.

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.

JAFFRE Yannick et OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1999, *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris : PUF, 1ere édition.

JANZEN John, 1995, *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris : Karthala.

KEITA Mamadou, 2022, *Paludisme grave l'enfant dans le district de Bamako : Aspects clinicobiologiques et therapeutiques*. Health Sciences & Disease. The Journal of Medecine and Biomedical Sciences. Vol 23, April pp. 30-33.

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.

LE MARCIS Fréderic et al, 2013, « Les points aveugles de la lutte contre le paludisme en Casamance », in Face à face, 12.

MASSE Raymond, 1995, *Culture et santé publique,* Montréal, Gaetan Morin, p. 499.
MONTEILLET Nicolas, 2005, *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun. Crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*. Paris : Karthala.
NDOYE Tidiane, 2009, *La société sénégalaise face au paludisme : politiques, savoirs et acteurs,* Paris, Karthala, 312p.
OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2008, *La rigueur du qualitatif : Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique,* Louvain-la Neuve, Editions et Librairie-Academia Bruyland, 372 p.
PENEFF Jean, 1992, *L'hôpital en urgence. Etude par observation participante*, Paris, Métaillé.
QUIVY Raymond & CAMPENHOUDT Luc-Van, 1988, *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
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.
SAILLANT Francine, 1999, « Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique ». Anthropologie et sociétés, vol. 23 (2), pp.15-39.
SCHMITZ Olivier, 2006, *Soigner par l'invisible. Enquête sur les guérisseurs aujourd'hui*. Paris : IMAGO, 250p : 21.
SISSOKO Mariam, 2025, *Etude des complications aigues liées au Diabète : ceto-acide et hyperosmolarité au centre de santé de référence de la commune VI et au centre de lutte contre le diabète*. Thèse de médecine, Université de Bamako.
SOUNDA Laeticia, 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.
TONDA Joseph, 2015, *L'impérialisme postcolonial. Critique de la société des éblouissements*. Editions Karthala.
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.
ZEMPLENI Andras, 1985, *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture,* ed. Paris : Société d'ethnographie de Paris, 217.