

EPILEPSIE PEDIATRIQUE ET RE COURS AU CHU GABRIEL TOURÉ DE BAMAKO (MALI)

Moussa FOFANA

Maitre-assistant en anthropologie de la santé, Enseignant-chercheur à l'Institut des Sciences Humaines de Bamako (ISH),

E-mail : moussa2012fofana@yahoo.

Résumé

Au Mali, l'épilepsie constitue un problème de santé publique et social. C'est cette double problématique que cet article a exploré pour expliquer les représentations plurielles de la maladie. Nos recherches s'appuient sur une enquête ethnographique. L'objectif de cet article est de cerner les représentations de l'épilepsie pédiatrique et la trajectoire thérapeutique. Alors, les entretiens semi-directifs réalisés avec des parents révèlent de faibles connaissances, voire floues, de la maladie au sein de la population. De fait, il est encore perçu comme une maladie aux multiples dimensions, ce qui justifie les recours pluriels. La certitude que l'on tenait pour vérité absolue se trouve contestée par de nouveaux paradigmes qui au-delà du biomédical mettent à jour les réalités symboliques, métaphysiques et culturelles de la maladie. Ces nouvelles propriétés de la maladie montrent qu'elles ne sont pas possible de dissocier de l'environnement culturel, du contexte d'action des populations mettant à l'évidence une réalité difficilement domesticable par le corps biomédical. Les résultats obtenus révèlent l'absence de plusieurs services dont les salles de consultation solennelle, de pédo-pédiatrie ni de salle de neuro-pédiatrie, ni de documents relatifs à l'épilepsie. Les résultats obtenus révèlent aussi que le centre de prise en charge des enfants épileptiques manque de matériels neurologiques causant des dysfonctionnements organisationnelles des activités hospitalières.

Mots clés : épilepsie, pédiatrie, recours, Bamako (Mali)

Abstract

In Mali, epilepsy constitutes a public health and social problem. This article explores this dual issue to explain the diverse representations of the disease. Our research is based on an ethnographic study. The objective of this article is to identify the representations of pediatric epilepsy and the therapeutic trajectory. Semi-structured interviews conducted with parents reveal limited,

even vague, knowledge of the disease within the population. In fact, it is still perceived as a multidimensional illness, which justifies the various approaches to treatment. The certainty once held as absolute truth is challenged by new paradigms that, beyond the biomedical, reveal the symbolic, metaphysical, and cultural realities of the disease. These new properties of the disease show that it cannot be separated from the cultural environment and the context in which populations operate, highlighting a reality that is difficult for the biomedical system to control. The results reveal the absence of several services, including consultation rooms, pediatric and neurology rooms, and documents related to epilepsy. The results also reveal that the center for the care of children with epilepsy lacks neurological equipment, causing organizational disruptions in hospital activities.

Keywords: epilepsy, pediatrics, appeal, Bamako (Mali)

Introduction

Des recherches en épidémiologie ont été consacrées à l'étude de l'épilepsie. Ces travaux ont montré une prévalence globale de l'épilepsie à 13, 35 % au Mali (Coulibaly, 2012 : 2 ; Arou & Fofana, 2025 : 759). Ces études montrent aussi que l'épilepsie représente environ 67 % des crises convulsives. Dans ce contexte, l'anthropologue Abdoulaye Guindo et al (2020), montrent que les effets de la maladie de l'épilepsie sur l'enfant et ses proches sont considérables. Selon ces auteurs, cette pathologie se traduit chez l'enfant par des difficultés de l'attention, des difficultés d'apprentissage et des troubles psychologiques. Dans ce contexte, 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 » (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. Malgré les réformes et propositions, il n'en demeure pas moins vrai que ces pathologies

infantiles ne cessent. L'épilepsie, cette maladie a fait l'objet d'études qui cherchent à analyser les représentations et à comprendre les comportements des épileptiques liés à elle comme ce fut le cas de nombreux pays africains, notamment au Sénégal (Adotevi & Stephany, 1981), et en Centrafrique (Mbelessso et al., 2009). L'essentiel de ces travaux a montré que l'épilepsie pédiatrique est une pathologie dont les causes sont reliées à des systèmes de pensée plus large, qui dépasse la sphère biomédicale (Arborio, 2009). Les populations ont des perceptions très contrastées et ses modes de recours pluriels. En effet, l'épilepsie est perçue comme une maladie grave, compliquée aux multiples dimensions et demeure une fatalité. Ces représentations circulent de bouche à oreille ou rebondissent d'une culture à une autre. De ce fait, des recherches anglo-saxonnes (Evans-Pritchard, 1972) ont montré que la maladie associée aux représentations était 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). Cependant, très peu d'auteurs se sont intéressés à l'épilepsie pédiatrique. L'essentiel de ces travaux a montré que l'épilepsie est une

pathologie dont les causes sont reliées à des systèmes de pensée plus large, qui dépassent la sphère biomédicale (Arborio, 2009). Les populations ont des perceptions très contrastées et des modes de recours pluriels. En effet, l'épilepsie est perçue comme une maladie grave, compliquée aux multiples dimensions et demeure une fatalité. Ces représentations circulent d'une culture à une autre. Pour cela deux théories principales sont mobilisées pour cette étude afin de comprendre comment la maladie est vécue et pensée par les populations : la théorie de l'anthropologie interprétative de la maladie d'Arthur Kleinmann (1980) et de l'ethnométhodologie (Garfinkel, 1984). Selon Kleinmann (1980), les systèmes de soins (*health care systems*) rassemblent le réseau des réponses aux problèmes humains entraînés par la maladie : les croyances étiologiques, le choix des traitements, les statuts et rôles légitimes socialement lors des actions sur la maladie, les relations de pouvoir qui les accompagnent. Dans ce contexte, la maladie constitue à la fois un objet sociale et une expérience vécue ; deux dimensions illustrées par les termes de *sickness* et *illness* (Massé, 1995 : 36), que Arthur Kleinman définit de la manière suivante : « *sickness is define as the understanding of a disorder in its generic sens across a popular in relation to macrosocial (economic, political, institutional) forces* » (Kleinman, 1988 : 6). « *Ilness refers to how sick person and the members of the family or wider social network perceive, live with, and respond to symptoms and disability* » (Kleinman, 1988 : 4). Arthur Kleinmann (1980) montre en outre que la réalité clinique est en partie construite par les systèmes sociaux et culturels. C'est ainsi qu'il divise cette réalité clinique en trois secteurs interreliés (*popular sector, professional sector, folk sector*). Le système social et culturel de Bamako intègre cette division sociale et culturelle en secteur de Kleinmann. Par ailleurs, l'ethnométhodologie presuppose que nous sommes tous des sociologues à l'état pratique (Coulon, 2014). Cette approche montre que les ethno-méthodes

apparaissent comme des faits et des gestes de la part des acteurs sociaux pour résoudre les différents problèmes auxquels ils font face au quotidien. Tous ces constats nous amènent à poser les questions suivantes : quelle est l'actualité des représentations sociales de la maladie de l'épilepsie chez l'enfant à Bamako ? Dans un tel contexte, plusieurs questions se posent : quelles sont les trajectoires thérapeutiques entreprises par les parents d'enfants épileptiques qui permettent de comprendre les dynamiques qui existent entre le recours aux soins endogènes et les soins biomédicaux ? Quelle est la politique de prise en charge menée par les politiques publiques de santé devant l'ampleur de la situation ? Ainsi, nous dégageons à partir de la question de recherche les hypothèses suivantes :

- ✓ les parents ont des représentations de l'épilepsie chez l'enfant ;
- ✓ les parents ont des comportements de recours ;
- ✓ les parents assument eux-mêmes la prise en charge de l'épilepsie ;

Ainsi, l'objectif principal poursuivi dans cet article est de cerner les perceptions des parents d'enfants épileptiques et éventuellement les trajectoires thérapeutiques entreprises. Ainsi, les objectifs spécifiques se dégagent :

- analyser les représentations de la maladie de l'épilepsie chez l'enfant ;
- étudier les itinéraires thérapeutiques de la prise en charge de la maladie ;
- dégager les politiques et les procédures publiques et sociales de prise en charge de l'épilepsie ;

I. Méthodologie de recherche

Méthodes et outils de collecte de données

La méthodologie qui est utilisée ici repose essentiellement sur la démarche qualitative par entretien approfondi, descriptif et

analytique. L'approche qualitative a permis d'analyser les perceptions, les savoirs et pratiques locales autour de la maladie de l'épilepsie. L'étude a concerné un total de 38 parents venus en consultation. L'échantillon est constitué d'hommes et de femmes. Ces personnes rencontrées ont des enfants qui souffrent de l'épilepsie et elles n'avaient pas d'informations appropriées à propos de cette maladie. Par conséquent, sur les recommandations de leurs prédecesseurs, elles ont trouvé de solutions. Ainsi, les entretiens ont été réalisés avec les parents des enfants issus de groupes ethniques différents. La majorité était de confession musulmane. En effet, l'instrument qui a été utilisé pour la collecte de données est le guide d'entretien de type semi-directif. Les entretiens ont porté sur les perceptions de l'épilepsie chez les enfants et la trajectoire thérapeutique. Les parents ont été consultés pour leur consentement à l'étude après avoir soumis un protocole de recherche au sein de la structure de prise en charge. De ce fait, les réponses données sont anonymes. Les enquêtés pouvaient à tout moment, s'ils le voulaient, interrompre les entretiens. Nous leur avons accordé tout cela dans le souci de nous conformer aux normes communautaires pour diminuer les risques de soupçons malveillant de la part des enquêtés. C'est ce que Jean-Pierre Olivier de Sardan (2008) appelle « *l'encliquage* », qui est un des biais de terrain importants pour le chercheur. Ce « *encliquage* » consiste à s'assimiler à une clique ou une faction sociale en s'y conformant. Cette situation, qui témoigne des difficultés que nous avons eues lors de la collecte des données, a fait l'objet de plusieurs volumes dont ceux de Jean-Pierre Olivier de Sardan (2008) et ceux de Jean Peneffe (1992). En tout cas, enquêté dans son propre milieu ou dans sa culture, cela ne va pas de soi : ça soulève un problème de « subjectivité » dans la démarche ethnographique et nous demande de faire la part des choses entre « la subjectivation objective de la subjectivité » et « l'objectivation subjective de l'objectivité » (François-Marie,

2017). Comme le souligne Florence Weber (2009), il est question d'appréhender le terrain dans une double dimension de rapprochement et de distanciation scientifique pour ne tomber dans le piège de l'appartenance culturelle. L'étude de terrain s'est déroulée au second semestre de l'année 2025. Comme l'ont montré Alain Blanchet et Anne Gotman (1992), le déroulement de l'enquête a pris trois paramètres : le temps, le lieu et le rapport enquêté (e)/enquêteur :

« La programmation temporelle, la scène et la distribution des acteurs. La programmation temporelle définit la tranche horaire de l'entretien et notamment la façon dont il s'inscrit dans la séquence des actions quotidiennes des interviewés. L'influence de ce moment d'insertion temporelle de l'entretien dans la quotidienneté s'exerce à travers la contamination du discours par les représentations et actions précédentes » (Blanchet & Gotman, 1992).

Les acteurs ont été identifiés et rencontrés pour des entretiens après consentement et dans le lieu de leur choix. Ce choix permet à l'enquêté (e) de se sentir à l'aise et de s'exprimer librement.

II. Résultats

2.1. Les représentations de l'épilepsie « kirikirimasiен »

1. Le non-respect des interdits par la femme enceinte

Les représentations des épilepsies infantiles sont qualifiées de « naturelles » lorsqu'elles sont considérées par les parents comme des maladies d'origine organique ou physiopathologique. Globalement, cette caractérisation recouvre différentes interprétations. Dans ce contexte, les mères d'enfants

épileptiques sont responsables et coupables de la maladie de leurs enfants. Ces accusations viennent de cette supposée impureté de la lignée maternelle, du non-respect de certains interdits : ne pas se laver la nuit, ne pas être en contact avec le cadavre de certains animaux et lieux susceptibles de provoquer l'épilepsie : le chat, le chien et le cimetière.

2. L'oiseau « tibu sugu (appellation dogon), debi, dabi ou dibi » comme responsable de la maladie de l'épilepsie chez l'enfant

Le nom de cet oiseau s'appelle « tibu sugu », dabi dibi ou debi. Il s'agit de l'engoulevent à balancier, différent de hibou qui, a les gros yeux. Les populations locales parlent de l'engoulevent responsable et coupable de la maladie de l'épilepsie de leurs enfants. Cet oiseau nocturne est considéré comme sorcier, entre en contact avec les cimetières, domaine des morts. Selon l'enquêté :

« C'est un oiseau qu'on appelle dibi (engoulevent). D'autres personnes l'appellent le « debnin nanato ». A la nuit tombée, une femme enceinte ne doit pas se coucher dehors de la maison. La nuit, cet oiseau bizarre, sort du cimetière va se poser sur la tombe, il étale ses ailes, dégage la terre du cimetière jusqu'à ce que ses ailes deviennent blanches de poussière. De fait, il s'envole pour venir rentrer dans la cour. S'il rentre, il frappe ses ailes par terre, la poussière s'élève vient ensuite dans les endroits comme celui-là. Si cela trouve qu'une femme enceinte là-bas... il faut être certain que la poussière dégagée dans l'air par cet oiseau va trouver son enfant

certainement » (M.S, 52 ans, père d'une fille épileptique).

En Afrique, certaines espèces notamment les animaux sont responsables de la maladie des enfants. Ces perceptions se retrouvent aussi ailleurs notamment chez les peuples Senoufo du Burkina-Faso, le « *kukhere* », est responsable du tétanos de l'enfant (Sindzingre & Zempleni, 1981 : 283). Ces maladies surviennent chez l'enfant lorsque la femme enceinte a marché sur l'insecte au cours de sa grossesse. Ainsi, Doris Bonnet parle d'une transmission plus mécanique de l'épilepsie par contact avec la salive ou l'urine des animaux : le chien au Sénégal, l'hyène au Burkina-Faso, le margouillat en Ouganda (Bonnet, 1995) au Sénégal, Charles Becker (1993), parle de maladies du chien, du chat ou de la poule chez les Sereer renvoient à une maltraitance de la femme envers l'animal ou encore la poule chez les peuls du Mali (Lemarcis, 1998). Nombre des sociétés Ouest africaines établissent une analogie entre les crises convulsives associées à certaines maladies chez les enfants et les battements d'ailes de l'oiseau « *dibi* » rend possible les troubles. Du Mali, Niger, Burkina- Faso en passant par le Sénégal, on parle de maladie de l'oiseau. Comme le rappelle Michel Perrin (1992), cette relation entre l'oiseau et la crise convulsive induit un « *couplage des termes d'une analogie* » (Perrin, 1992 : 210) entre un trait comportemental humain et un mouvement corporel animal. Globalement, la représentation analogique doit rester là mais les systèmes de pensées ne se contentent pas seulement de métaphore linguistique ; l'enfant malade de l'épilepsie est comme l'oiseau qui secoue ses ailes et créant un lien causal entre l'oiseau et les crises convulsives.

3. Le singe comme responsable du kirikirimasién

Dans les représentations locales, les populations évoquent aussi le singe comme responsable l'épilepsie « la maladie du singe » en raison des similitudes entre le comportement du malade en crise et celui du singe. Il n'est surprenant d'entendre dans les propos de cet enquêté :

« Si ça commence en toi, tu cris comme le singe, tu fais des agitations et les yeux changent de couleur. Tout ce que le singe fait c'est ça que tu fais » (A.D, 47 ans père d'un épileptique).

De cet extrait d'entretien, il ressort que le comportement du malade est semblable à celui de l'animal et le traitement est souvent homéopathique. De fait, cette pathologie a fait l'objet d'études pour comprendre les représentations et les comportements des épileptiques liés à elle comme ce fut le cas de nombreux pays africains, notamment le Sénégal (Adotevi & Stephany, 1981), la Centrafrique (Mbelesso et al., 2009). Comme le rappellent Yannick Jaffré & Jean-Pierre Olivier de Sardan, (1999), 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.

2.2. *L'implication de Dieu dans l'étiologie du « kirikirimasién »*

Selon la conception bambara, « rien n'arrive sans cause », la part d'inconnu occupe une place dans l'interprétation étiologique du « kirikirimasién », une place centrale. Dans ce contexte, il y a beaucoup des non-dits autour de la maladie de l'épilepsie. Comme le souligne cet enquêté : « *personne ne sait réellement la cause de l'épilepsie, la maladie là c'est Dieu. Tout dépend de lui.* » (F.S, 29 ans célibataire). L'énoncé « maladie de

Dieu vient éventuellement unir les interprétations étiologiques fournies sur la maladie et suspend tout autre forme d'explication. Sophie Arborio (2009 :169) montre qu'elle constitue un axe de quiétude dans l'explication de la survenue de cette pathologie en introduisant dans un ordre naturel. Cependant, les populations s'informent par le canal de rumeur, il n'y a pas une cause unique. Il existe une pluralité d'interprétation de la maladie de l'épilepsie. Comme le rappelle Souleymane Traoré (1989), le proverbe bambara dit : « la langue est dépourvu d'os » établit bien l'absence de structure et de stabilité d'une rumeur. Ainsi, les guérisseurs traditionnels ne renseignent pas la population sur la maladie de peur que si le traitement connaît un échec et les informations risquent d'être remise en cause. C'est ce qui arrive le plus souvent. Cette configuration étiologique découle d'une démarche de la situation d'origine, semble avant toute explication, appartenir à l'ordre du constat, sans déduction correspondante. Comme le rappelle l'anthropologue de la santé, Sophie Arborio (2009) montre que, la part d'incertitude qui caractérise le savoir populaire sur l'étiologie de la maladie contribue à l'élaboration d'un discours singulier construit sous la forme d'une intrigue inachevée et, par là même, susceptible d'être réinterprétée (Arborio, 2009). L'absence de cause à effet, biunivoque contribue à l'élaboration d'un récit de circonstances et s'adapte au caractère évolutif et récurrent de l'épilepsie. En cas d'une crise, ou trouble de l'esprit, la société oriente l'étiologie sur des causes surnaturelles et qui sont momentanément réaffirmées. Par ailleurs, une douleur soudaine située dans la tête conduit à évoquer une cause naturelle. Byron Good (1982), émet la remarque suivante :

« Les récits ne sont pas complets, ni les histoires achevées. Ils sont racontés à partir de « la complexité aveugle du présent tel qu'il est vécu » (...). De même qu'ils restent activement occupés à « mettre en intrigue »

l'état dont ils souffrent, cherchant à rendre ainsi possible une issue désirée » (Good, 1998 : 302).

La détermination étiologique du « kirikirimasiens » consiste en une analyse progressiste de l'ensemble du contexte. Cette remarque a également été émise par Barbara Fiore dans le cadre de ses travaux sur les catégories nosologiques dogon :

« La catégorie nosologique (tout comme le diagnostic) n'apparaît pas être donnée fermée définie une fois pour toutes, mais un processus : processus en ajustement continual, résultat d'observations et de réflexions concernant non seulement les aspects physiques de la pathologie mais également les entités surnaturelles qui sont impliquées dans celle-ci » (Fiore, 1994 :29).

Pour Nicole Sindzingre, les catégories causales ne se manifeste pas en totalité systématisée, elles sont choisies au gré des circonstances pragmatiques » (Sindzingre, 1994 :106). Le caractère adaptatif de la démarche étiologique, ainsi que sa dynamique progressive forment un pont entre le niveau empirique de la réalité et le monde surnaturel où la part d'inconnu occupe un rôle central. Dans une étude stimulante « R. Horton a insisté sur la perspective suivante : dans les sociétés traditionnelles, il semble que dès que le « mode de pensée » induit des inférences causales visant à expliquer le monde de l'expérience, le recours s'effectue à des entités du genre « agent non humain » ayant ici valeur de concept théoriques et parfois transcendantaux. La notion de causalité activée par ces agents « religieux » permet précisément de faire le pont d'une manière cohérente entre le monde empirique, avec ses régularités et ses anomalies, et le non observable, ici hypothèse théorique » ; c'est avant tout une façon de décrire et d'expliquer le monde (...) » (Sindzingre, 1994 : 105).

Il ressort que la part de l'inconnu contribue d'une façon et d'une autre à la conception fataliste de la survenue de tout évènement malheureux dans l'existence d'un individu. Dans ce contexte, où la majorité de la population malienne est musulmane, la maladie est interprétée comme un destin pour l'individu. Ce qui montre que la fatalité constitue la dernière instance d'un processus d'imputation. Et de l'autre côté toute autre forme de compréhension se heurte au caractère inexplicable de la maladie de l'épilepsie. Comme le rappelle René Luneau (1981) :

« Lorsque l'on ne trouve pas d'explication à un malheur (sanction, d'une jeunesse agitée, violation d'interdit, malédiction, sorciers...) on dit qu'il faut renoncer à comprendre et la seule raison en est la volonté de Dieu »
(Luneau, 1981 : 27).

Ici, le doute ne doute ne reste pas stérile dans la mesure où elle débouche sur l'appréhension du type religieuse de la maladie, et au-delà de la réalité existentielle. L'appréhension, « maladie de Dieu » vient rassembler la pluralité des diverses interprétations étiologiques de kirikirimasi et suspend toute forme d'explication en dehors d'elle-même. Cette démarche constitue un pôle de stabilité dans l'explication de la survenue de cette maladie en introduisant l'événement dans un ordre naturel. Ici, l'idée avancée par l'anthropologue Sylvie Fainzang (1985) ne semble pas remettre en cause la possibilité d'une implication religieuse dans ce « ordre naturel » qui semble avant tout « (la maladie de Dieu) est la cause sui generis des phénomènes qui ne s'expliquent pas autrement que par le fait qu'ils se sont produits, conformément à l'ordre naturel des choses (...) » (Fainzang, 1985 : 194). Cette énoncé répond à l'ultime incertitude comme à « un ensemble de conditions auxquelles ni le sens commun, ni la divination n'ont pu trouver de cause hypothétique » (Sindzingre & Zempleni, 1981 : 281).

Ces auteurs la qualifient de « catégorie étiologique en négatif » ; Byron Good dans ce contexte, montre le rôle essentiel de « l'indéterminé » dans la construction d'un savoir : « (...) *le pouvoir est révélé par « l'indéterminé » dans la construction d'un savoir : « (...) le pouvoir est révélé par l'indéterminé autant que par le déterminé. Le savoir se formule par rapport aux négations de la réalité autant que par rapport à ses provocations* » (Good, 1998 : 363-364). Ainsi, l'auteur montre en outre que tous les discours sur l'épilepsie sont parsemés de « blancs et de négations » (Good, 1998 : 362), mais cette part insaisissable confère un ordre différent à la compréhension, un ordre unificateur, en même temps que perturbateur de ce qui semble aller de soi. L'explication religieuse se construit sur la base d'une certaine « négativité » (Good, 1998 : 363) de la réalité, sur le constat d'une remise en cause d'un ordre prévu de l'existence. Par ailleurs, la maladie de par son incurabilité, ses manifestations troublantes et ses causes insaisissables appelle une telle « résistance phénoménologique » (Good, 1998 : 363), un sens inexpliqué, religieux et, paradoxalement, signifiant de la réalité :

« C'est lui (Dieu) qui en dernière analyse, choisit d'envoyer aux hommes la maladie (...). On peut, certes, rechercher au mal des « causes » de natures diverses, mais seul Dieu est la « cause première ». (...) Mais cette inclusion du désordre pathologique dans le registre de la loi divine est bien plus que l'attribution d'une cause, fut-elle première ; elle est énonciation d'un sens du mal et assignation au malade d'une place dans l'ordre du monde » (Herzlich & Pierret, 1991 : 139).

Les données relatifs à l'étiologie conduisent à des appréciations très diverses de la notion d'imputation. Certaines font références à des discours extérieurs reposant sur la causalité

a priori par contre les autres adoptent un point de vue singulier en fonction du contexte de l'origine. Comme le rappelle Sophie Arborio (2009 : 171) aucune, cependant, ne présume d'une certitude définitive. Par rapport aux questions de sa nomination, de sa transmission et d'imputation, la détermination de l'épilepsie se structure sous forme complexe. Le « kirikirimasiен » désigne la forme objectivée d'une identification populaire de l'épilepsie. Cette maladie admet d'autres formes nominatives, lesquelles correspondent à certaines maladies proches dont les signes et l'origine sont semblables et contradictoires.

2.2. Les insuffisances du modèle hospitalier dans la production de l'offre publique de soins

L'hôpital est une institution dont la vocation est d'apporter la guérison aux personnes malades. C'est pourquoi cet itinéraire thérapeutique est incontournable pour les parents dont les enfants souffrent maladie d'épilepsie. Alors, à l'hôpital Gabriel Touré, les enfants épileptiques sont accueillis dans un service d'accueil spécialisé où ils sont pris en charge par l'équipe médicale. Dans ce contexte, un plateau technique est réservé aux malades épileptiques qui viennent en consultation dans ce centre de prise en charge. Ils sont mis sous traitement et par la suite retournent chez eux. Bien que le centre dispose de médecins très compétents dans la prise en charge de l'épilepsie pédiatrique, il n'en demeure pas moins vrai que les médecins traitant sont en sous effectifs. De fait, à cela s'ajoute le manque de salle de service solennel de pédo-pédiatrie et le manque de salle de consultation neuro-pédiatrique. Dans ce centre de prise en charge, les matériels neurologiques et de documents relatifs à l'éducation thérapeutique manquent. Le centre de prise en charge des enfants épileptiques ne dispose que d'une salle, celle de la consultation ; ce qui empêche toutes possibilités de manœuvrer normalement. Par ailleurs, cela renforce la

perception de l'épilepsie (en bambara *kirikirimasi*) comme une maladie chronique, inguérissable, compliquée, qu'on ne peut guérir à l'hôpital et une fois qu'on en est atteint, on peut vivre avec pendant toute sa vie. Un parent d'enfant épileptique affirme :

« Le médecin nous a prescrit des médicaments. Ces médicaments ont été achetés mais ça ne lui a pas servi aussi, jusqu'à maintenant la maladie s'est aggravée encore. Les médicaments que les médecins prescrivent, je les utilise mais ça ne diminue pas toujours » (F.D, 38 ans, ménagère).

Cet extrait d'entretien montre que les médicaments administrés aux enfants épileptiques soignent temporairement. Vu que les traitements biomédicaux n'apportent pas les résultats escomptés concernant le caractère chronique de la maladie, sur recommandation de l'entourage, les parents empruntent d'autres trajectoires thérapeutiques à la quête de guérison. F.D. affirme :

« Un de mes voisins du quartier m'a indiqué un guérisseur. C'est ce dernier qui nous a dit que ce n'est pas *kirikirimasi* ; c'est plutôt *Kunafé* (djinn, cheitane, sorcier, génie, etc.). Ce guérisseur nous a donné des médicaments et j'ai lavé l'enfant avec ça un moment et après je suis revenu au Gabriel Touré. Maintenant, ma fille-là ne tombe (crise convulsive) pas comme avant. » (F.D, mère d'enfant épileptique).

Comme le rappelle Claude Lacroix (2003), la représentation est une « idée que l'on se fait de quelque chose, d'une maladie, d'un traitement, etc. Elle correspond à un état de connaissance antérieure à un apprentissage systématique. Elle comporte une dimension de jugement, elle est une forme de connaissance pratique » (Lacroix, 2003 : 34). Dans les

représentations locales, la maladie à une double dimension. Cette approche fait de la maladie une réalité indépendante de sa définition biomédicale. Dans cette socio culture, Oumarou Arou et Moussa Fofana (2025) montrent que la notion de maladie chronique est difficilement acceptée et est perçue différemment par les populations. Cependant, celle-ci persiste ou devient chronique. La maladie de l'épilepsie dégage une origine surnaturelle à laquelle la thérapie naturelle ne conviendra pas à elle seule.

2.3. Les parents des enfants épileptiques face à la tarification des soins

La prise en charge de la maladie de l'épilepsie revient très couteuse et n'est pas à la portée de tous. En observant finement le fonctionnement du centre de prise en charge de l'épilepsie au CHU Gabriel Touré, on s'aperçoit que les frais de consultations, les frais des examens de laboratoire et l'achat des médicaments prescrits sont à la charge des parents d'enfants malades. Le récit précédent relate l'existence de paiement des frais relatifs à la santé des enfants épileptiques. L'accès aux soins pour les malades nécessite de l'argent. Ainsi, la plus part des malades suivent le traitement. Et une minorité ne suit pas normalement le traitement à cause de leur faible pouvoir d'achat. C'est la raison pour laquelle, les parents préfèrent s'orienter vers les guérisseurs traditionnels. En effet, dans cette socio-culture, le recours à la médecine endogène est systématique et les parents d'enfants sollicitent les guérisseurs traditionnels pour leurs savoirs, leurs pouvoirs et compétences dans la guérison des individus souffrant de maladie compliquées. En effet, 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).

Ces auteurs confirment l'aspect mystique des socio-cultures africaines. En fait, la médecine endogène est très efficace en ce qui concerne les maladies de la biomédecine et surtout les maladies surnaturelles et compliquées. Non seulement les parents des enfants malades d'épilepsie n'admettent pas la chronicité de la maladie mais en même temps ils ont recours à la pharmacopée traditionnelle. C'est ce qui montre l'attachement des populations à la pharmacopée traditionnelle car beaucoup de maux dont souffrent les hommes sont entachés de mysticisme.

III. Discussion des résultats

3.1. La trajectoire plurielle des parents d'enfants épileptiques à la quête de guérison

Dans les travaux anthropologiques portant sur les itinéraires thérapeutiques, l'hôpital apparaît comme une réponse dans le processus de la quête de la guérison (Ebang Ondo, 2012 ; Sainsaulieu, 2008, Fofana & Arou, 2025). Ces littératures ont montré la complexité des trajectoires thérapeutiques. Cette complexité est marquée par la diversité des recours et elle retarde beaucoup de malades pour la consultation à l'hôpital (Ndoye, 2009). Avant de consulter le personnel biomédical, le malade peut pratiquer l'attentisme avant d'explorer toutes les voies à sa portée. Par ailleurs, l'anthropologue Tidiane Ndoye (2009) montre que : « l'ensemble de ces recours envisagés ou effectivement choisi doit être compris comme la construction sociale d'une réponse thérapeutique adaptée face à l'interprétation de la maladie » (Ndoye, 2009 : 127). Le fait que l'épisode épileptique soit pris en charge à l'hôpital confère un caractère important, ce qui démontre que le problème est sérieux. Dans ce contexte, il n'est surprenant de croiser dans le centre de prise en charge du diabète des malades accompagnés de tierces personnes et avec de l'argent. Dans cette socio-culture, en cas d'accident, d'accouchement ou de maladie, il est fréquent

de voir la présence d'un proche dans l'accompagnement et le circuit de soins de santé. Cette pratique n'est pas nouvelle dans les pays africains et au Mali. Notre résultat corrobore celui de Marie Schmitzler (2014). Elle montre que la présence des proches au chevet du malade participe à sa guérison. Ainsi, elle montre qu'en Afrique, les malades sont toujours accompagnés par les membres de la famille ou de l'entourage dans les structures sanitaires. Nous rejoignons tout de même Marcel Calvez (2014), qui en occident a mis en évidence le rôle des accompagnants des patients souffrant de maladies chroniques comme le pivot du soutien moral et psychologique. Pour cet auteur, l'accompagnant joue un rôle important dans le processus de guérison du malade. Les accompagnants sont parties prenantes de la production de soins. « Ce qui dépasse les fonctions d'accompagnement affectif des malades qui pouvaient leur être octroyées par les professionnels de soins dans les espaces hospitaliers » car ils jouent plusieurs rôles dans le processus de guérison du malade. Globalement, cette pratique d'accompagnement dans le processus de guérison des malades est récurrente dans les pays du Nord comme dans les pays du Sud comme le Mali.

3.2. L'hôpital, un marché et les soins comme de produits à vendre

La politique des États africains visant à se réapproprier la déclaration d'Alma-Ata rencontre de nombreux problèmes, notamment celui de respect d'engagement. Face à ces difficultés, l'Unicef et l'OMS ont apporté des changements dans la politique de soins de santé primaires. De là, 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. Cette tarification de soins s'inscrit dans la logique de l'initiative de Bamako, qui 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. Globalement, la maladie à l'ère de l'accès aux soins moderne nécessite de l'argent. À ce sujet, Jeanne Defontaine (2005) parle de la « marchandisation » de soins, c'est-à-dire la vente d'un produit ou d'un service mis sur le marché. Les parents des enfants épileptiques assument eux-mêmes la prise en charge des soins médicaux. Notre résultat corrobore celui de Laeticia Sounda (2018 : 264) et de Joseph Tonda (2015 : 115) qui sont parvenus à la même conclusion. Ils montrent que l'accès aux soins dépend de la classe sociale. Ainsi, Laeticia Sounda (2018) qualifie ce comportement de « médecine de classe », une pratique discriminatoire à l'égard des enfants épileptique encore issus des milieux défavorisés. Être épileptique de classe sociale aisée favorise l'accès aux soins dans le système de santé. Cette constatation s'accorde avec celle d'Abdoulaye Guindo et al (2020). Ils montrent que, les enfants épileptiques appartiennent à différents catégories sociales « pauvres » et « riches ». Les pauvres sont ceux dont les parents n'arrivent pas à couvrir les frais de soins de leurs enfants. Comme le rappelle Abdoulaye Guindo et al (2020), les « riches », en plus d'assurer les frais de soins, arrivent à payer les chambres individuelles lors de l'hospitalisation de leurs enfants (Guindo et al., 2020 : 82). En filigrane, cela confirme les politiques de santé publique, Didier Fassin (1996), dans une anthropologie politique de la santé, a montré que la santé est un espace politique à l'intérieur duquel naviguent des enjeux ; parmi lesquels, les inégalités. 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 psychologiques et financier dans l'accès aux soins de santé. Le manque de ressources financières a divisé la société en classe et a défavoriser les plus démunis dans l'accès aux soins et l'inobservance de traitement. 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 le sociologue 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. La trajectoire des parents d'enfants épileptiques

Contrairement à l'offre de soins institutionnelle, les offres de soins locales fleurissent. Les parents épileptiques avouent déjà avoir parcouru les hôpitaux sans jamais trouver de guérison face à une maladie qui ne fait que récidiver. C'est pourquoi, sur recommandation de leurs prédecesseurs, ils se tournent vers d'autres alternatives. Il s'agit du « secteur professionnel », du « secteur populaire » et du « secteur traditionnel ».

Comme le rappelle Souleymane Fonga (2014), ce choix thérapeutique s'explique en fonction du système médical, de sa

perception et de ses croyances et en fonction de l'accessibilité des soins (Fonga, 2014 : 21). De fait, la trajectoire thérapeutique se définit comme la succession des recours aux soins. C'est la succession des recours à la formation des soignants (Sidibé, 2011 :15). Ces recours aux soins se justifient par le fait que les populations acceptent difficilement l'appellation « maladie chronique », ce qui les amène par tous les moyens à sortir de cette prise de médicament à vie et de trouver une thérapie pour une guérison définitive. En même temps lorsque la famille constate un équilibre, elle oublie le traitement et croit que la guérison est conquise, ce qui conduit brutalement à la rechute de l'état de santé. Comme le rappellent Moussa Fofana et Oumarou Arou (2025) en Afrique, les parents des malades ne jugent pas utile de réaliser des contrôles cliniques et biologiques régulier, ce qui rend aléatoire l'adaptation (Fofana & Arou, 2025 : 770). Souleymane Fonga (2014 : 32) ne partage pas totalement cette idée, il souligne qu'au niveau de la médecine conventionnelle, le soignant s'appuie seulement sur le côté somatique, ce qui entraîne une insatisfaction des parents qui ne voient pas d'amélioration. À cet effet, si la guérison n'est pas satisfaisante ; du coup le malade, sa famille et l'entourage se posent des questions sur l'origine mystique du mal ; alors l'appellation maladie chronique n'est pas partagée par tous. Dans ce contexte, les malades ont recours à la médecine endogène pour se traiter, ce qui justifie le recours aux plantes médicinales. Dans ce cas, le choix de la médecine locale est une preuve de la non-satisfaction dans l'amélioration de la santé. 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. En fait, la médecine locale propose des soins culturels basés sur la phytothérapie traditionnelle chez les guérisseurs. Cette constatation s'accorde avec celle de Oumarou Arou & Moussa Fofana (2025 : 771). Les guérisseurs ont la maîtrise

dans le domaine du visible et de l'invisible. Ils sont nantis de connaissances mystiques. Ils peuvent faire des compromis avec des forces invisibles en vue d'une guérison définitive car une maladie compliquée ne peut être guéri que de cette façon. Notre résultat corrobore ceux de Yannick Jaffré & Jean-Pierre Olivier de Sardan (1999), qui ont montré dans leur étude que la médecine endogène s'attache à soigner de telles maladies aussi compliquées car la nosologie et la nosographie sont « construites socialement » (Jaffré & Sardan, 1999). Le choix de la médecine moderne ou traditionnelle lors d'épisodes morbides est lié aux représentations culturelles et locales de la maladie. Dans ce contexte, la maladie est construite socialement et sa guérison dépend du type de pratiques thérapeutiques plus ou moins reliées à des croyances religieuses puis qu'il n'est pas facile de séparer le médical du rituel. Cependant, l'anthropologue Sophie Bouly de Lesdain (1994) ne partage pas totalement ce point de vue. À ce titre, elle ne circonscrit pas le mal uniquement à la sorcellerie mais postule une origine extérieure au « mal ». Dans ce contexte, la sorcellerie est au cœur du « mal » et il interroge la société pourquoi le mal est arrivé et pourquoi la douleur et la souffrance pour telle ou telle personne. Retenons, avec Sylvie Fainzang (1985), dans ce cas que le recours à cette instance est motivé par leur réputation de thérapeutes disposant d'un savoir « savant » et le pouvoir de guérir. L'anthropologue de la santé Didier Fassin (1996) montre que le recours à la médecine endogène apparaît comme la propre réponse aux problèmes de santé des individus dans un contexte culturel particulier. Cette constatation s'accorde avec celle de Caroline Després (2011), qui a réalisé une étude similaire à la Réunion. Alors, les résultats précédents et ceux de Sylvie Fainzang (1989) convergent et nous confortent dans cette analyse. Elle montre que les guérisseurs traditionnels pratiquent des rites en liaisons avec les énergies visibles et invisibles pour guérir les maladies et que le fait de se

protéger contre les maux de toute sorte n'est pas une réalité spécifiquement africaine, mais aussi européenne.

Conclusion

En définitive, l'article a permis de comprendre les représentations des épilepsies pédiatriques sur la trajectoire thérapeutique des parents d'enfants épileptiques pris en charge à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako. Les résultats obtenus révèlent que les populations n'ont pas de connaissances suffisantes voire floue de la maladie. L'épilepsie pédiatrique continue d'être perçue comme une maladie aux multiples dimensions, ce qui justifie les recours pluriels, de la médecine moderne en passant par la médecine endogène. Les représentations locales associent l'épilepsie à une maladie chronique nécessitant une prise en charge à longue durée. C'est ce que les familles ne supportent car rares sont les parents qui sont affiliés à l'Assurance maladie obligatoire (AMO) afin de supporter la prise en charge biomédicale. Il est important de souligner ici aux politiques publiques de santé, la construction de structures regorgeant de services solennels de pedo-pédiatrie et de neuro-pédiatrie est très important pour une meilleure prise en charge thérapeutique. De même, ces services doivent être équipés de matériels neurologiques pour une meilleure prise en charge des enfants épileptiques. A fortiori, la médecine endogène supplée aux carences de la médecine moderne. Sur un autre plan, les CHU Gabriel a besoin de médecins supplémentaires, spécialistes dans la prise en charge des enfants épileptiques. De fait, sans tenir compte des paramètres évoqués, la prise en charge globale sera sans succès. Dans ce contexte, la prise en charge de l'épilepsie exige une collaboration entre les praticiens de deux médecines. Comme le rappelle Dr Awa Coulibaly (2012 : 91), la pertinence de cette collaboration se justifie par la nécessité de procéder à des études

anthropologiques complémentaires impliquant des informations partagées entre cliniciens, tradipraticiens et anthropologues.

Références bibliographiques

- ADOTEVI Famuyiwa & STEPHANY Jan, 1986, Représentations culturelles de l'épilepsie au Sénégal, région du Cap Vert et du fleuve. *Méd Trop.* 41(3) : 283-7.
- ARBORIO Sophie, 2009, *Epilepsies et exclusion sociale. De l'Europe à l'Afrique de l'Ouest.* Paris : Karthala.
- ARBORIO Sophie & DOZON Jean-Pierre, 2000, *La dimension socioculturelle de l'épilepsie (kirikirimasiens) en milieu bambara (Mali).* Bull Soc Pathol Exot. 93 (4) : 241-6.
- ARBORIO Sophie, 1999, *Etude du kirikirimasiens (épilepsie) au Mali : dimension étiologique et nosologique.* Méd Trop. 59 :176-80.
- AROU Oumarou & FOFANA Moussa, 2025, « Représentations de la maladie et trajectoires de soins des parents d'enfants épileptiques suivis au centre de prise en charge Gabriel Touré de Bamako (Mali) ». *Revue Internationale KURUKAN FUGA* (Revue Africaine des Lettres, des Sciences Humaines et Sociales). Bamako, Septembre. Vol. 4, N°14.
- BECKER Charles, 1993, Est-ce bien le tétanos qui fait mourir le nouveau-né ? Vie et santé, Dakar (Population Council), 17 ; 3-7.
- BLANCHET Alain & GOTMAN Anne, 1992, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien.* Paris, Nathan.
- BONNET Doris, 1995, « Identité et apparence : interrogation et réponses à propos du cas singulier de l'épilepsie », Cah. Sc. Hum. 31, 2, p. 501-522.
- BOULY DE LESDAIN Sophie, 1994, *Migration camerounaise et sorcellerie en France. Revue Européenne des Migrations Internationales.* Université de Poitiers, Vol. 10, 3.pp153-173.

COULIBALY Awa, 2012, *Epilepsie et médecine traditionnelle au Mali : études sur les connaissances, attitudes et pratiques des tradipraticiens du district de Bamako*. Thèse de médecine, Université de Bamako.

COULON Alain, 2014, *Ethnométhodologie*. Que sais-je ? Paris : PUF.

CALVEZ Marcel, 2014, « La négociation du soin et la situation de maladie question pour la sociologie médicale » In Pennec et al (Sous dir), *Les négociations du soin : les professionnels, les malades et leurs proches*. Editions Presses universitaires de Rennes, p. 41.

CHAUVENET Antoinette, 1973, « Profession hospitalière et division du travail », *Sociologie du travail*, vol 14, n°2, pp.145-163.

DEFONTAINE Jeanne, 2005, *La marchandisation des actions sociales et médico-sociales*, Editions, Paris, ASH.

DELCROIX Claude, 1996, « Les médiatrices socio-culturelles, des actrices de la société civile ». *Recherches et prévisions*, n°45, pp. 37-47.

DESPRES Caroline, 2011, « Soigner par la nature à la Réunion : l'usage des plantes médicinales dans la prise en charge thérapeutique du cancer ». *Anthropologie et santé* (en ligne <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.710>).

EBANG ONDO Emmanuel, 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*.

FASSIN Didier, 1996, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris : PUF.

FAINZANG Sylvie, 1989, *Pour une anthropologie de la maladie en France, un regard africaniste*. Paris : EHESS.

FAINZANG Sylvie, 1985, « La maison du blanc : la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa au Burkina-Faso », *Sc. Soc et Santé*, nov. III, 3-4, p. 105-127.

FOIRE Barbara 1994, « Interprétation des maladies et leur classification dans la médecine traditionnelle Dogon (Mali) », *Psychopathologie africaine*, XXVI, 1, p. 9-33.

FOFANA Moussa & AROU Oumarou, 2025, « Prise en charge du diabète au centre de santé de Référence de la Commune VI du district de Bamako : entre savoirs biomédicaux et pratiques endogènes de soins ». *Revue Ouest africaines des Sciences sociales de l'Université Catholique de l'Afrique de l'Ouest (UCAO)*. Revue Variation, n°6, Juin.

FONGA Souleymane, 2014, *Représentations de la maladie chez les patients hypertendus originaires d'Afrique noire ayant migré en France*. Thèse de médecine, Université Pierre et Marie Curie, p.108. N°2014PA06G034. <http://www.ifd.org/membership/afr/cote-d-ivoire>.

FRANCOIS-MARIE Gérard, 2017, « Objectiver la subjectivité » In Leduc, D & S. Beland, (dir), Regards sur l'évaluation des apprentissages en art à l'enseignement supérieur (pp.29-47). Tome 1, Québec : Presse de l'Université du Québec.

GARFINKEL Harold, 1984, *Studies in ethnomethodology*, Cambridge, Polity Press.

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.

GOOD Byron, 1998, « Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu », Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo. Les empêcheurs de penser en rond.

GRUENAIS Marc-Eric, 1996, « A quoi sert l'hôpital africain ? L'offre de soins à Maman Bwale (Brazzaville) », Les Annales de la recherche urbaine, n° 73, Ville et santé publique, pp.118-119.

GUINDO Abdoulaye et al, 2020, « Prise en charge des enfants atteint de maladies neurologiques au Centre Hospitalo-

universitaire Gabriel Toure (CHU GT) de Bamako ». *Revue Camerounaise des Sciences de l'Education (RECASE)*, vol 1.

HERZLICH Claudine & PIERRET Janine, 1991, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui* (2^e éd), Paris, Payot.

JAFFRE Yannick & OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1999, *La construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris : PUF, 364p.

KLEINMANN Arthur et al, 1995, « The social course of epilepsy: chronic illness as social expérience in interior China », *Soc. Sci. Med.*, 40; 10. P.1319-1330.

KLEIMANN Arthur, 1980, Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderlan between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley, Université of California Press.

KLEINMANN Arthur, 1988, The illness narratives. Suffering, healing and the human condition, New York, Basic Books.

KOUMARE Bougoudogo, 1996, « Médecine traditionnelle, ressources communautaires et psychiatrique au Mali », *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 29, p.13-19.

LACROIX Claude, 2003, *L'Education thérapeutique des patients, Nouvelle approche de la maladie*. Maloine, 2^e édition.

LALLEMAND Suzanne & Le Moal Guy, 1981, *Un petit sujet*. Journal des africanistes, vol. 51 (1-2), pp. 5-21.

LAPLANTINE François & RABEYRON Paul-Louis, 1987, *Les médecines parallèles*. Paris, PUF, Coll. « Que sais-je ? ».

MASSE Raymond, 1995, *Culture et santé publique*, Montréal, Gaetan Morin, p. 499.

MBELESSO Pascal et al, 2009, *Représentations socioculturelles de l'épilepsie en milieu scolaire à Bangui : Centrafrique*. Epilepsies et Sociétés : 307-12.

MEMEL-FOTE Harris, 1998, *Représentations de la santé et de la maladie chez les Ivoiriens*. Paris : L'Harmattan.

MONTEILLET Nicolas, 2005, *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun : crise hospitalière et nouvelles pratiques*. 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 Bruylants, 372 p.

PENEFF Jean, 1992, *L'hôpital en urgence. Etude par observation participante*. Paris, Métaillé.

PERRIN Michel, 1986, *Les fondements d'une catégorie étiologique (la notion de contamination chez les Guajiro), L'Ethnographie, numéro spécial, causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écritures*. Paris, Société d'ethnographie, n° 96-97.

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.

SAINSAULIEU Ivan, 2010, *L'hôpital et ses acteurs. Appartenance et égalité*. Belin (Coll. Perspectives Sociologiques), Paris.

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.

SIDIBE Famoussa, 2011, *Etude des itinéraires thérapeutiques reliés aux soins de médecine traditionnelle au sein des ménages de la commune V du district de Bamako, Mali : cas du quartier de Sabalibougou*. Thèse de médecine, Université de Bamako.

SINDZINGRE Nicole & ZEMPLENI Andras, 1981, « Modèles et pragmatique, activation et répétition : réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte d'Ivoire », *Soc. Sci. Med.*, 15B, p.279-293.

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.

TINTA Souleymane, 1996, *Tibu sugu*, Bulletin du programme de recherche « Concepts et conceptions populaires en matière de santé et de maladie en Afrique de l'Ouest », 4 :91-97.

TONDA Joseph, 2015, *L'impérialisme postcolonial. Critique de la société des éblouissements*. Editions : Karthala.

WEBER Florence, 2009, *Manuel de l'ethnographe*. Paris : PUF, coll. « Quadrige ».

ZEMPLENI Andras, 1996, *Savoir se taire. Du secret et de l'Intrusion ethnologique dans la vie des autres*. Gradhiva, 23-41.