

BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice

UNIVERSITE POLYTECHNIQUE
DE BOBO DIOULASSO
(UPB)



INSTITUT SUPERIEUR DES
SCIENCES DE LA SANTE
(IN.S.SA)



Année Universitaire : 2014-2015

Thèse N° 26

**PRISE EN CHARGE TRADITIONNELLE
DES MALADIES MENTALES A
DIAPAGA/ BURKINA FASO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 09 décembre 2014
Pour l'obtention du **Grade de Docteur en MEDECINE**
(Diplôme d'Etat)

Par

Abdul Gafar Victoir COULIDIATY

Né le 13 janvier 1988 à Diapaga (BURKINA FASO)

JURY

Président :

S. Macaire OUEDRAOGO

Maître de Conférences Agrégé

Membres :

Léon Gueswendé Blaise SAVADOGO

Maître de Conférences Agrégé

Sié Benoît DA

Psychiatre

Kofi BUSIA

Phytothérapeute

Directeur de Thèse

Léon Gueswendé Blaise SAVADOGO

Maître de Conférences Agrégé

Co-directeur de thèse

Dr Sélouké SIRANYAN

Maître-assistant

BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice

UNIVERSITE POLYTECHNIQUE
DE BOBO DIOULASSO
(UPB)



INSTITUT SUPERIEUR DES
SCIENCES DE LA SANTE
(IN.S.SA)



Année Universitaire : 2014-2015

Thèse N° 26

**PRISE EN CHARGE TRADITIONNELLE
DES MALADIES MENTALES A
DIAPAGA/ BURKINA FASO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 09 décembre 2014
Pour l'obtention du **Grade de Docteur en MEDECINE**
(Diplôme d'Etat)
Par

Abdul Gafar Victoir COULIDIATY

Né le 13 janvier 1988 à Diapaga (BURKINA FASO)

JURY

Président :

S. Macaire OUEDRAOGO

Maître de Conférences Agrégé

Membres :

Léon Gueswendé Blaise SAVADOGO

Maître de Conférences Agrégé

Sié Benoît DA

Psychiatre

Kofi BUSIA

Phytothérapeute

Directeur de Thèse

Léon Gueswendé Blaise SAVADOGO

Maître de Conférences Agrégé

Co-directeur de thèse

Dr Sélouké SIRANYAN

Maître-assistant

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE ET SUPERIEUR

SECRETARIAT GENERAL

UNIVERSITE POLYTECHNIQUE
DE BOBO-DIOULASSO

INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES DE
LA SANTE (IN.S.SA)
Tél. 20 98 38 52



BURKINA FASO

Unité- Progrès- Justice

Arrêt du conseil scientifique

Par délibération, le Conseil scientifique de l'Institut Supérieur des Sciences de la santé (INSSA) arrête : « les opinions émises dans les thèses doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation ».

Pour le Conseil scientifique

Le Directeur de l'INSSA.

**LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS
ET DES ENSEIGNANTS**

**Liste des responsables administratifs et des enseignants de l'INSTITUT
SUPERIEUR DES SCIENCES DE LA SANTE (IN.S.SA)**

**LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS
DE L'INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES DE LA SANTE (IN.S.SA)**

(ANNEE UNIVERSITAIRE 2014-2015)

.....

- | | | |
|---|---|---------------------------|
| 1. Directeur | : | Pr Robert T. GUIGUEMDE |
| 2. Directeur Adjoint | : | MCA Souleymane OUATTARA |
| 3. Chef du département médecine et spécialités
médicales | : | MCA Zakari NIKIEMA |
| 4. Chef du département de Chirurgie
et spécialités chirurgicales | : | Dr Bakary SANON |
| 5. Chef du département de Pédiatrie | : | Dr K. Raymond CESSOUMA |
| 6. Chef du département de Gynécologie-
Obstétrique | : | MCA Souleymane OUATTARA |
| 7. Chef du département de Santé publique | : | MCA Léon SAVADOGO |
| 8. Chef du département des Sciences
fondamentales et mixtes | : | Dr Salifo SAWADOGO |
| 9. Directeur des stages | : | MCA Patrick DAKOURE |
| 10. Secrétaire principale | : | Mme Georgette YONI /SOMDA |

11. Chef du Service Administratif et Financier	:	M. Zakaria IRA
12. Chef du Service de la Scolarité	:	M. Yacouba YAMBA
13. Responsable du Service des ressources humaines	:	M. Seydou BANCE
14. Responsable de la Bibliothèque	:	M. Mohéddine TRAORE
15. Secrétaire du Directeur	:	Mme Fati SANGARE/OUIMINGA

LISTE DES ENSEIGNANTS PERMANENTS DE L'IN.S.SA

.....

(ANNEE UNIVERSITAIRE 2014-2015)

.....

1- PROFESSEURS TITULAIRES

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| 1. Robert T. GUIGUEMDE : | Parasitologie-Mycologie |
| 2. Blami DAO* : | Gynécologie-obstétrique |

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

- | | |
|---------------------------|--|
| 1. Macaire OUEDRAOGO | : Médecine interne/ Endocrinologie |
| 2. Souleymane OUATTARA | : Gynécologie-obstétrique |
| 3. Léon Blaise SAVADOGO | : Epidémiologie |
| 4. Jean Baptiste ANDONABA | : Dermatologie-vénérélogie |
| 5. Zakary NIKIEMA | : Imagerie médicale |
| 6. Issaka SOMBIE** | : Epidémiologie |
| 7. Patrick W.H. DAKOURE | : Orthopédie-Traumatologie |
| 8. Téné Marceline YAMEOGO | : Médecine interne |
| 9. Abdoulaye ELOLA | : ORL |
| 10. Sanata BAMBA | : Parasitologie-Mycologie |
| 11. Rasmané BEOGO | : Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale |

3. MAITRES- ASSISTANTS

- | | | |
|-----|------------------------|-----------------------------------|
| 1. | Jean Wenceslas DIALLO | : Ophtalmologie |
| 2. | Armél G. PODA | : Maladies infectieuses |
| 3. | Bakary Gustave SANON | : Chirurgie -Anatomie |
| 4. | Carole Gilberte KYELEM | : Médecine interne |
| 5. | Abdoul Salam OUEDRAOGO | : Bactériologie/Virologie |
| 6. | Der Adolphe SOME | : Gynécologie-obstétrique |
| 7. | Boukary DIALLO | : Dermatologie-vénérologies |
| 8. | Salifou GANDEMA | : Médecine physique/ Réadaptation |
| 9. | Aimé Arsène YAMEOGO | : Cardiologie |
| 10. | Sa Seydou TRAORE | : Imagerie médicale |
| 11. | Raymond CESSOUMA | : Pédiatrie |
| 12. | Cyprien ZARE | : Chirurgie |
| 13. | Ibrahim Alain TRAORE | : Anesthésie Réanimation |

1. ASSISTANTS

- | | | |
|----|------------------------|--------------------------|
| 1. | Moussa KERE | : Psychiatrie |
| 2. | Emile BIRBA | : Pneumologie |
| 3. | Salifo SAWADOGO | : Hématologie |
| 4. | Sié Drissa BARRO | : Anesthésie-Réanimation |
| 5. | Yacouba SOURABIE | : Immunologie |
| 6. | Aimée DAKOURE/KISSOU | : Pédiatrie |
| 7. | Jean Baptiste TOUGOUMA | : Cardiologie |
| 8. | Ibrahim SANGARE | : Parasitologie générale |

9. Souleymane FOFANA : Pharmacologie générale

*En disponibilité

** En détachement

**I. LISTE DES ENSEIGNANTS VACATAIRES
(2005 à 2015)**

1. ENSEIGNANTS VACATAIRES DE L'UPB

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------|
| 1. Aboubacar TOGUYENI | : Génétique |
| 2. Ahmed SERE | : Physique |
| 3. Bétaboalé NAON | : Physique |
| 4. Georges Anicet OUEDRAOGO | : Biochimie |
| 5. Juliette DIALLO/TRANCHOT | : Biologie cellulaire |
| 6. M'Bi KABORE | : Physique |
| 7. Samadou COULIBALY | : Anglais médical |
| 8. Théodore M. Y. TAPSOBA | : Mathématiques et Statistiques |
| 9. Younoussa MILLOGO | : Chimie |

2 ENSEIGNANTS VACATAIRES HORS UPB

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| 1. Abdoul A. Baminitayi AOUBA | : Secourisme |
| 2. Abel KABRE | : Neurochirurgie |
| 3. Adama LENGANI | : Néphrologie |
| 4. Adama TRAORE | : Dermatologie |
| 5. Alain ZOUBGA | : Pneumologie |
| 6. Alexis ROUMBA | : Physiologie |
| 7. Alhassane SANOU | : Anglais médical |
| 8. Amadou TOURE | : Histologie Embryologie |
| 9. André SAMADOULOUYOU | : Cardiologie |
| 10. Apollinaire SAWADOGO | : Pathologie digestive médicale |
| 11. Arouna OUEDRAOGO | : Psychiatrie |
| 12. Assita SANOU/LAMIEN | : Anatomie pathologique |
| 13. Athanase MILLOGO | : Neurologie |
| 14. Benjamin BONKOUNGOU | : Anatomie |
| 15. Bernard SOURABIE | : Physiologie |

16.	Boubacar NACRO	: Pédiatrie
17.	Braïma SESSOUMA	: Biochimie
18.	Kofi BUSIA	: Médecine traditionnelle
19.	Daman SANO	: Cancérologie
20.	Dieu Donné OUEDRAOGO	: Rhumatologie
21.	Djakaria CISSE	: Anglais médical
22.	Drissa BARRO	: Physiologie
23.	Fallou CISSE	: Physiologie
24.	Fulgence DA	: Neuro anatomie
25.	Germain SAWADOGO	: Biochimie clinique
26.	Joachim SANOU	: Anesthésie Réanimation
27.	Kampadilemba OUOBA	: ORL
28.	Nazinigouba OUEDRAOGO	: Physiologie
29.	Norbert RAMDE	: Médecine légale
30.	Noufounikoun MEDA	: Ophtalmologie
31.	Olga Mélanie LOMPO/GOUMBRI	: Anatomie pathologique
32.	Pierre GUISSOU	: Pharmacologie générale
33.	Raguilnaba OUEDRAOGO	: Chimie
34.	Rasmata OUEDRAOGO	: Bactériologie/Virologie
35.	Robert SOUDRE	: Anatomie pathologique
36.	Robert ZOUNGRANA	: Physiologie
37.	Sansan Stanislas KAMBOU	: Informatique
38.	Sélouké SIRANYAN	: Psychiatrie
39.	Serge SAWADOGO	: Immunologie
40.	Tanguet OUATTARA	: Anatomie
41.	Théodore OUEDRAOGO	: Anatomie
42.	Théophile Lincoln TAPSOBA	: Biophysique
43.	Timothée KAMBOU	: Urologie
44.	Valentin KONSEGRE	: Anatomie pathologique
45.	Vincent OUEDRAOGO	: Médecine du travail
46.	Zékiba TARNAGDA	: Maladies infectieuses

DEDICACES

Dédicaces

Nous dédions ce travail à :

- Allah, Le tout Puissant, Le Miséricordieux

Qui nous a prescrit de " Chercher la connaissance du berceau jusqu'à la tombe". Hadith. Dans cette quête de la connaissance, pour servir nos semblables, Dieu a été notre refuge, notre certitude et notre espoir. Allah, merci pour tout.

- A notre père, Alexis Balla Bien Aimé Moussa COULIDIATY

Papa, plus qu'un père, tu es ! Ta sagesse, ta piété, ta bonté, ton humilité n'ont cessé de nous inspirer. Nous sommes conscients des sacrifices immenses consentis pour nous et nos frères

Ô père, toi qui nous a encouragé à nous engager dans cette formation, par cette phrase devenue notre boussole par les temps orageux et turbulents de notre cursus : « il s'agira pour toi, d'une autre manière de gagner le paradis ». Sois exaucé ! Nous avons vite aimé ce métier et compris toute sa sublimité. Nous vous sommes reconnaissants.

Papa, tu nous as encouragés par tes appels téléphoniques. Semaine après semaine, tu nous as inlassablement éclairés de ta lanterne pour nous permettre de dépasser difficulté après difficulté ces huit années, nous te rendons hommage par ce travail en témoignage de notre amour infini et de notre reconnaissance éternelle.

- A notre mère, Saratou Béatrice GUIRE,

Maman, tu nous as encouragés et soutenus constamment, sans jamais douter de nous.

Ton amour inconditionné, ta patience, ton humanité, ta modestie, ta piété font de toi une mère exceptionnelle. Tu ne cesseras de nous inspirer. Tu nous as donné une bonne éducation, en montrant l'exemple. Tu nous as appris l'amour du travail bien fait, la discipline et tu nous as rendu ambitieux. Que Dieu te le rende au centuple. Ce travail est aussi le tien.

- A nos sœurs et frères : Rachida, Roukiatou, Zaïd et Abou Taleb.

Merci pour votre amour et votre soutien. Nous espérons avoir un temps soit peu donné l'exemple en tant qu'aîné. Soyez bénis. Nous vous souhaitons de faire mieux ! Que Dieu nous garde unis et complices pour la vie.

Rachida, que ta fille Amira, sois bénie et que plus tard, elle comprenne nos valeurs.

- A notre grand-mère chérie,

Mamy merci pour ton amour, ton soutien, tes conseils et tes bénédictions.

- A Yasmine GUEYE, notre fiancée, notre princesse, notre amour.

Ta tendresse et tes conseils nous ont fait tenir ces six dernières années. Ta sagesse, ton humilité et ta patience font de toi une bonne femme et je sais que tu seras une bonne mère. Que notre amour soit béni ! Merci pour tout. Ce travail est le nôtre. Je t'aime.

- A nos amis et frères du Collège saint Joseph Moukassa.

Particulièrement Robert Patindsoango SAM, tu es plus qu'un ami, tu es pour nous un frère.

Olivier A. M. BENON, Aimé B. KOUTOU, Yves A. KOALA, Linga André KABORE, Rodrigue N. DOAMBA, Adjima OUOBA, Arnaud L. GOLANE, Kader GOUEM.

- A mes promotionnaires, ces huit années nous ont rendus frères,

Dominique BICABA, Jean Bernard GBANGOU, Eric P. A. KYERE, Jean Noel NIKIEMA, Thierry A. GUIGMA, Jonas J. BADO, Charles SOUGUE, Abdoul Jalile MAHAMADOU, Amidou SAWADOGO, Seydou Mahomed KONE, Serges S. LALLOGO

Chers amis, nous avons traversé tant d'épreuves. La formation médicale n'est pas facile. Grace à vous nous avons vécu de très belles années. Merci pour votre soutien dans le "Boileau", dans la vie, dans les épreuves. Sans vous il n'est pas certain que nous y serons parvenus sans trébucher.

Il semble que nous soyons la promotion la plus solidaire, vous êtes "formidables".

Merci également aux filles de la promotion, notamment à Mireille KONATE, Corine IDO, Clodette YAMEOGO, Laethicia SANOU, Mariama MILLOGO, Nadia TOE, Laétithia SAWADOGO, Bintou ZOUNGRANA.

Nous vous souhaitons à tous bonne carrière.

- A nos amis et frères de Bobo-Dioulasso,

Benoît F. S. SANON, Hervé ZIDA, Sidoine SANOU, Serges Sy TRAORE, Levis PALENFO, Prospère S. DAH, Rodrigue ILBOUDO et Ali Badra KONE. Vous ne vous êtes pas fait prier pour nous accepter dans la fratrie. Vous nous avez inspirés et vos conseils nous ont fait avancer. Puisse-t-on rester soudé et COMPACT comme vous aimez vous faire appeler. Soyez bénis !

- A Armand Junior BAMBARA et son épouse Nathalie OUEDRAOGO, Idriss. J. TINTO. Merci pour votre amitié.

- A nos aînés en médecine,

Dr Abdel Aziz TRAORE, Dr Abdoul Aziz TRAORE, Dr Désiré SOMDA, Dr Frédéric NIKIEMA, Dr Abdoul Salam OUEDRAOGO, Dr Prisca ILBOUDO

Merci pour vos conseils.

- A Marilyn Hope MOUTOAMA in memoriam

Tu as été une amie, tu nous as quittés prématurément et brutalement. Nous ne t'oublierons jamais, nous retenons ta bonne humeur, ta piété, ton humilité. Repose en paix.

- A nos oncles et tantes,

David OUOBA, Jeanne P., Lambert et Rodrigue COULIDIATY, Satou KANO, Roland, Germain, Corenthin, Maazou , et Zaarah GUIRE.

- A Justin GUIRE et sa famille,

Merci de nous avoir accueillis et soutenus durant tout ce séjour à Bobo-Dioulasso

- A notre belle-mère, Sita OUATTARA et à notre beau-père Bakary GUEYE

Merci pour vos conseils et vos bénédictions à l'endroit de votre fille et nous. Ayez l'assurance que nous la rendrons heureuse.

- A nos cousins et cousines,

Pollack, Jeudidia, Alain, Nina, Aline, et Moita GUIRE, Mathieu, Cheick, Balbougni.

Bouba et Dramane DIALLO.

Merci pour votre soutien. Nous savons d'où nous venons et donc où nous allons.
Ensemble cela devient si facile. Restons unis.

- A tous ceux ou celles dont le nom n'a pu être cité dans le présent document et qui ont contribué de près ou de loin, à notre formation médicale et à la réalisation de ce travail ; que Dieu vous bénisse !

REMERCIEMENTS

Remerciements

Ce travail est le fruit du soutien, des encouragements et de l'encadrement de plusieurs personnes. Nous saisissons l'occasion pour leur témoigner notre profonde gratitude.

- **Au Directeur de l'INSSA, Pr Robert T. GUIGUEMDE**, merci pour le soutien financier et les encouragements à persévérer dans la médecine traditionnelle. Nous saisissons l'occasion pour vous remercier d'avoir introduit le module de médecine traditionnelle dans notre cher INSSA. Soyez rassurer de sa grande utilité dans nos carrières de médecins africains. Cher maître votre rigueur et votre amour du travail bien fait, auxquels s'ajoute votre humilité et votre générosité font de vous un modèle, une inspiration et une prestigieuse référence à tous les étudiants.
- **Au Dr Kofi BUSIA** : Vous nous avez appris à comprendre et aimer la médecine traditionnelle. Merci pour tout ce que vous faites pour la médecine traditionnelle dans la sous-région. Cher maitre, merci de nous avoir transmis la passion de cette médecine traditionnelle.
- **Au Dr G. Léon SAVADOGO**, nous vous remercions pour votre disponibilité, et tout ce que vous nous avez appris. Vous nous avez inspiré l'amour de la recherche.
- **Au Dr Sélouké SIRANYAN**, nous vous remercions pour votre disponibilité. C'est un immense honneur que vous nous faites en acceptant de codiriger cette thèse. Vous nous avez enseigné le module de psychologie médicale, puis de psychiatrie, c'est grâce à vous qu' « appréhender l'esprit humain » est devenu un amour. Cher maitre, votre simplicité, votre générosité, votre humilité, votre grande ouverture d'esprit et votre amour du travail bien fait font de vous un modèle qui inspire les étudiants. Soyez assurer de notre profonde gratitude.
Que Dieu bénisse abondamment votre famille et vous !
- **A Tadjoa OUOBA**, le tradipraticien qui nous a permis de réaliser ce travail. Vous avez bien voulu partager vos connaissances pour contribuer au

développement de la science. Nous vous disons simplement et profondément merci.

- **Aux patients**, nous vous remercions pour votre collaboration franche malgré la délicatesse du sujet. Nous vous souhaitons prompt rétablissement et longue vie remplie de bonheur.
- **Aux familles des malades**, nous disons merci. Soyez bénis !
- **A la Direction Régionale de la Santé de l'Est**, merci pour l'autorisation et l'hospitalité lors de notre enquête de terrain.
- **Au district sanitaire de Diapaga**, nous formulons nos sincères remerciements pour la collaboration, l'accueil et l'accompagnement.
- **A la commune de Diapaga**, merci pour l'autorisation à mener notre enquête et l'hospitalité.
- **A l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS)**, merci pour l'accompagnement financier et pour l'intérêt porté à notre thème. Nous saisissons l'occasion pour remercier également cette organisation pour son œuvre de valorisation et de promotion de la médecine traditionnelle.
- **Au personnel de l'INSSA**, nous disons merci pour la formation.
- **Au Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou**, nous disons merci pour la formation pratique dont nous avons bénéficiée.

Hommage aux membres du jury

A notre maître et président de jury

Macaire S. OUEDRAOGO

Vous êtes :

- ✓ Médecin interniste et spécialiste en santé publique,
- ✓ Maître de Conférences Agrégé en Médecine Interne à l'INSSA/UPB,
- ✓ Premier Maître de Conférences Agrégé de l'INSSA,
- ✓ Chef de Service de Médecine Interne du Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou (CHUSS) ?
- ✓ Coordonnateur du service V femme du CHUSS,
- ✓ Chevalier de l'ordre des palmes académiques.

Honorable Maître, nous ne saurons comment exprimer le bonheur et le grand honneur que vous nous procurez en sacrifiant de votre précieux temps pour juger ce modeste travail. Vous contribuez ainsi à sa perfection. Nous vous sommes infiniment reconnaissants.

Votre simplicité, vos qualités scientifiques et humaines et votre art de la pédagogie font de vous, une référence et un modèle dans le monde Scientifique et Médical.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos enseignements au cours de notre cursus. Vous avez toujours su nous transmettre l'amour de la Médecine. Cher maître, avec vous, le concept de médecine comme art, prend tout son sens. Vous êtes pour nous, plus qu'un exemple, un modèle et une source d'inspiration incommensurable.

Que le Tout-Puissant vous accorde plein de grâces à vous et à votre famille et vous permette de poursuivre encore longtemps vos nobles missions!

A notre maître et directeur de thèse

Léon G. Blaise SAVADOGO

Vous êtes :

- ✓ Médecin épidémiologiste et spécialiste en nutrition.
- ✓ Maître de Conférences Agrégé en Epidémiologie à l'INSSA
- ✓ Chef du Département de Santé Publique de l'INSSA
- ✓ Coordonnateur de l'unité de recherche et de formation sur la nutrition la santé et la survie de la mère et de l'enfant de l'INSSA
- ✓ Chef du service d'information sanitaire du Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou (CHUSS)

Cher Maître, c'est un grand honneur et un immense privilège que vous nous accordez en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Soyez assuré de notre infinie et sincère gratitude !

Nous avons eu la chance et l'immense privilège d'avoir l'usufruit de vos enseignements combien clairs et "digestes". Nous avons toujours été impressionnés par votre simplicité, votre sens de l'organisation, votre polyvalence, votre sincère humilité, votre générosité, et votre amour du travail bien fait et votre éminente capacité à le faire sous pression. Nous avons bénéficié de vos conseils avisés emprunts de sagesse et d'amour. Ces qualités pédagogiques, humaines et scientifiques font de vous une référence dans le monde scientifique, en témoigne votre remarquable carrière d'enseignant et de chercheur. Vous êtes un éminent chercheur, une référence et un modèle pour nous, étudiants.

C'est pour nous, l'occasion de congratuler votre réussite sans surprise et non sans mérite, au concours d'agrégation 2014. Que ce grade soit bénédiction !

Que Dieu vous bénisse abondamment !

A notre maître et membre du jury

Kofi BUSIA

Vous êtes :

- ✓ Médecin phytothérapeute,
- ✓ Responsable du programme de médecine traditionnelle de l'Organisation Ouest africaine de la santé (OOAS),
- ✓ Chevalier de l'ordre national du Burkina Faso

Cher maître, vous avez tout de suite accepté d'accompagner cette thèse malgré vos nombreuses et importantes occupations et sollicitations. Soyez assuré de notre immuable gratitude.

Nous avons bénéficié de vos enseignements de médecine traditionnelle en 6^{ème} année. Vous nous y avez apporté une ouverture d'esprit sur la médecine traditionnelle.

Votre authentique humilité, votre déférence d'autrui, votre remarquable générosité, votre sagesse africaine, l'étendue de votre savoir, et la noblesse de votre sacrifice font de vous un maître modèle et exemplaire. En quelques années vous êtes devenu une source d'inspiration intarissable pour les étudiants. En acceptant de sacrifier un peu de votre précieux temps pour juger ce modeste travail, vous corroborez notre prestigieuse opinion de vous. Que Dieu vous le rende au centuple.

Que Dieu vous bénisse, vous et votre famille.

A notre maître et membre du jury

Dr Benoît Sié DA

Vous êtes :

✓ Médecin psychiatre au CHUSS

Grand est notre honneur que vous acceptiez de juger cet humble travail. Nous sommes sensibles à votre disponibilité malgré vos nombreuses occupations. Nous sommes rassurés quant à l'amélioration de la qualité de notre travail.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre encadrement lors de notre stage dans le service de psychiatrie.

Cher maître, votre abnégation au travail, votre amour du travail bien fait, votre disponibilité, votre simplicité et votre grande ouverture d'esprit font de vous un maître remarquable et attachant.

Nous vous souhaitons une longue vie pleine de bonheur et de réussite à vous et à votre famille.

RESUME

Résumé

La maladie mentale constitue un problème de santé publique. Elle est en augmentation dans le monde et notamment dans les pays à ressources limitées. Au niveau de la médecine conventionnelle, les thérapies sont essentiellement basées sur des moyens médicamenteux et sur les méthodes de la psychothérapie. En Afrique, la médecine traditionnelle apporte des méthodes thérapeutiques complémentaires dans la prise en charge des maladies mentales et les populations y ont largement recours.

L'objectif de la présente étude était d'étudier la prise en charge des maladies mentales en médecine traditionnelle.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude transversale descriptive. La collecte des données s'est déroulée du 15 mai au 15 juin 2014 à Diapaga. L'enquête a porté sur l'entretien et l'observation des pratiques d'un tradipraticien renommé et spécialisé sur la prise en charge des maladies mentales ; et sur l'entretien avec 14 patients et leurs familles.

Résultats : Au moment de l'enquête, le tradipraticien était un adulte jeune, marié, ayant acquis son savoir auprès de son père et exerçant depuis 10 ans. Les patients avaient un âge médian de 25,5 ans, 13 patients vivaient en union; 11 résidaient dans la même province que le tradipraticien, ils étaient composé majoritairement de peulhs et de gourmantchés. Pour le tradipraticien, la maladie mentale comporte 03 dimensions, qui peuvent être regroupées en 03 sources : physique (maladie hémorroïdaire), comportementale (consommation de substances psychoactives) et mystiques (les sorts, la sorcellerie anthropophagique et les effets pervers des fétiches). Les motifs de consultation les plus fréquents étaient le délire, le repli social et les hallucinations respectivement dans 71,43%, 64,28% et 64,28% des cas. Dans le processus de prise en charge, l'examen clinique commence systématiquement par un interrogatoire, suivi parfois d'un examen physique. Les moyens thérapeutiques étaient : des parties de plantes, la flagellation thérapeutique, la causerie de groupe, l'ergothérapie, des remèdes à partir de parties d'animaux, le diazépam comprimé, le rasage, la toilette suivie de procédés mystiques. Les plantes utilisées étaient les suivantes : *Ficus platyphylla*, *Ficus sur*, *Calotropis procera*, *Khaya senegalensis*, *Leptadenia hastata*, *Parkia biglobosa*, *Vetiveria nigriflora*, *Bombax costatum*, *Sterculia setigera* et *Boscia angustifolia*. Dans

76,92% des cas, l'évolution était jugée favorable par les patients ou leur famille. Le tradipraticien n'entretenait pas de lien avec le système de santé moderne. Le traitement était payant, il se faisait en espèce et/ou en nature. Le coût médian de séjour thérapeutique était de 37 500 FCFA.

Conclusion : La médecine traditionnelle est un recours courant pour la prise en charge des maladies mentales et l'usage de la phytothérapie est au centre des moyens de traitement. Il convient d'approfondir les connaissances des pratiques et approches, en mettant l'accent sur les plantes utilisées, développer la collaboration afin d'améliorer l'offre de soins.

Mots clés : Médecine traditionnelle, maladies mentales, phytothérapie, Diapaga.

ABSTRACT

Abstract

Mental illness is a public health problem on the rise in the world, especially in countries with limited resources. At conventional medicine, therapies are mostly based on medical drugs and methods of psychotherapy. In Africa, traditional medicine provides additional therapeutic approaches in the treatment of mental illness and people use them extensively.

The objective of this study was to investigate the treatment of mental illness in traditional medicine.

Methodology: It was a matter of descriptive cross-sectional study. Data collection took place from May 15 to June 15, 2014 to Diapaga. The investigation focused on the maintenance and observation of practices and a renowned specialist in the treatment of mental illness traditional healer; and the interview with 14 patients and their families.

Results: At the time of the investigations, the traditional healer was a young adult, married, having acquired his knowledge from his father and practicing for 10 years. Patients had a median age of 25.5 years, 13 patients were living in couple; 11 living in the same province as the traditional healer, they were predominantly of Fulani and gourmantché. For the traditional healer, mental illness has 03 dimensions, which can be grouped into 03 sources: physical (hemorrhoidal disease), behavioral (drug use) and mystical (spells, witchcraft and the perverse consequences of fetishes). The most frequent reasons for consultation were delirium, hallucinations and social withdrawal respectively 71.43%, 64.28% and 64.28%. In the process of care, the review begins systematically by clinical examination, sometimes followed by a physical examination. Treatment means were: plant parts, the therapeutic flogging, group chat, occupational therapy, medicines from animal parts, the tablet diazepam, shaving, grooming followed by mystical processes. The plants used were: *Ficus platyphylla*, *Ficus sur*, *Calotropis procera*, *Khaya senegalensis*, *Leptadenia hastata*, *Parkia biglobosa*, *Vetiveria nigritana*, *Bombax costatum*, and *Sterculia setigera* *Boscia angustifolia*. In 76.92% of cases, the outcome was considered favorable by patients or their families. The traditional healer did not maintain connection with the modern health care system. The treatment

was paid, it was in cash and / or kind. The median cost of treatment stay was 37,500 FCFA.

Conclusion: Traditional medicine is a common use for the treatment of mental illness and the use of herbal medicine is at the core processing means. It is necessary to deepen the knowledge of practices and approaches, focusing on plants used to develop collaboration to improve health care provision.

Keywords: Traditional medicine, mental health, herbal medicine, Diapaga

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

Liste des sigles et abréviations

ACF :	: Action contre la faim
ADHD	: Attention deficit hyperactivity disorder
APA	: Association Américaine de Psychiatrie
CIM-10	: Classification Internationale des Maladies
CMA	: Centre médical avec Antenne chirurgicale
CRDI	: Centre de Recherches pour le Développement International
CSPS	: Centre de Santé et de Promotion Sociale
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders –IV
NTIC	: Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OOAS	: Organisation Ouest-africaine de la santé
PTME	: Prévention de la Transmission Mère Enfant
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
UA	: Union Africaine
VIH/sida	: Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome Immunodéficience Acquise

LISTE DES TABLEAUX

Liste des tableaux

<i>Tableau I : Classification des troubles neuropsychiatriques du Dr A. PELISSOLO</i>	<i>8</i>
<i>Tableau II : Combinaison motifs de consultation des 14 patients.....</i>	<i>52</i>
<i>Tableau III : Noms vernaculaires gourmantchés et scientifiques et parties des plantes utilisées par le tradipraticien pour le traitement des maladies mentales</i>	<i>56</i>

LISTE DES FIGURES

Liste des figures

<i>Figure 1 : Carte de la province de la Tapoa et du district sanitaire de Diapaga.....</i>	<i>37</i>
<i>Figure 2 : Répartition des patients selon la résidence.....</i>	<i>47</i>
<i>Figure 3 : Fréquence des principaux motifs de consultation chez le tradipraticien :.....</i>	<i>52</i>
<i>Figure 4 : Fréquence des signes psychiatriques à l'admission en séjour thérapeutique.....</i>	<i>53</i>
<i>Figure 5 : Modes de paiement des soins chez le tradipraticien</i>	<i>65</i>

SOMMAIRE

Sommaire

Arrêt du conseil scientifique	i
Liste des responsables administratifs et des enseignants de l'INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES DE LA SANTE (IN.S.SA).....	iii
Dédicaces	xi
Remerciements	xvi
Sommaire	xxiii
Résumé	xxix
Abstract.....	xxxii
Liste des sigles et abréviations	xxxv
Liste des tableaux	xxxvii
Liste des figures	xxxix
Introduction et énoncé du problème	2
I. Généralités	5
I.1. Santé mentale.....	5
I.1.1. Définitions de concepts	5
I.1.2. Les déterminants de la santé mentale	6
I.1.3. Classification des maladies mentales	7
I.1.4. Epidémiologie de la santé mentale	8
I.2. Médecine traditionnelle.....	12
I.2.1. Définitions de concepts	12
I.2.2. Historique de la médecine traditionnelle africaine	14
I.2.3. Quelques moyens thérapeutiques de la médecine traditionnelle africaine	15
I.2.4. Place de la médecine traditionnelle dans la santé des populations	16
I.3. Rapports entre médecine traditionnelle africaine et médecine moderne	16
II. REVUE DE LA LITTERATURE	19
II.1. Perceptions traditionnelles des maladies mentales.....	19

II.1.1. Chez les Moosés	19
II.1.2. Chez les Gourmantchés	19
II.2. Profil sociodémographique des tradipraticiens spécialisés dans le traitement des maladies mentales et de leurs patients	21
II.3. Itinéraire thérapeutique des malades mentaux et raisons de la fréquentation des tradipraticiens	21
II.4. Motifs de consultations en santé mentale	23
II.5. Processus diagnostique	23
II.6. Les plantes utilisées pour traiter les maladies mentales	24
III. Question de recherche	28
IV. Objectifs	30
IV.1. Objectif général.....	30
IV.2. Objectifs spécifiques	30
V. Cadre et Champ de l'étude	32
V.1. Données administratives.....	32
V.2. Données géographiques	32
V.3. Données démographiques	32
V.4. Données économiques	33
V.5. Données socioculturelles	34
V.5.1. Scolarisation	34
V.5.2. Ethnie	34
V.5.3. Rites, coutumes et interdits	34
V.5.4. Religion	35
V.6. Données sanitaires.....	35
V.6.1. Hygiène et assainissement.....	35
V.6.2. Morbidité générale	35
V.6.3. Organisation de la prise en charge de la santé mentale.....	36

VI.	Méthodologie	39
VI.1.	Type d'étude et période d'étude	39
VI.2.	Population d'étude	39
VI.3.	Echantillon et Echantillonnage	39
VI.4.	Description des variables étudiées	40
VI.5.	Collecte des données	41
VI.5.1.	Techniques de collecte des données	41
VI.5.2.	Outils de collecte des données	41
VI.5.3.	Méthodes de collecte des données.....	41
VI.6.	Analyse des données	42
VII.	Considérations éthiques	44
VIII.	Résultats.....	46
VIII.1.	Profil du tradipraticien enquêté	46
VIII.2.	Caractéristiques socio-économiques et démographiques des patients enquêtés	46
VIII.3.	Perception des maladies mentales en médecine traditionnelle	47
VIII.3.1.	Conception de la bonne santé mentale	48
VIII.3.2.	Conception de la maladie mentale	48
VIII.3.3.	Les causes des maladies mentales en médecine traditionnelle	48
VIII.3.4.	Nosographie des maladies mentales	49
VIII.3.5.	Manifestations cliniques des maladies mentales	50
VIII.4.	Signes cliniques présentés par les malades qui consultent chez le tradipraticien	51
VIII.4.1.	Les motifs de consultations auprès du tradipraticien	51
VIII.4.2.	Les signes cliniques à l'admission en séjour thérapeutique chez le tradipraticien	53
VIII.5.	Démarche diagnostique et méthodes thérapeutiques utilisées par le tradipraticien dans la prise en charge des maladies mentales	54

VIII.5.1. Démarche diagnostique du tradithérapeute dans la prise en charge des maladies mentales	54
VIII.5.2. Les méthodes thérapeutiques utilisées par le tradithérapeute dans la prise en charge des maladies mentales	55
VIII.6. Itinéraire thérapeutique des patients vus chez le tradipraticien et lien avec le système public de soins	64
VIII.6.1. Itinéraire thérapeutique des patients vus chez le tradipraticien	64
VIII.6.2. Lien du tradipraticien avec les services de santé	64
VIII.7. Aspects économiques de la prise en charge traditionnelle des maladies mentales chez le tradipraticien	65
VIII.7.1. Mode de paiement des soins traditionnels des maladies mentales chez le tradipraticien	65
VIII.7.2. Moment du paiement des soins.....	65
VIII.7.3. Frais déboursés par les patients pour les soins	66
VIII.7.4. Les personnes payant pour le traitement des malades mentaux pris en charge chez le tradipraticien.....	66
IX. Discussions et commentaires.....	68
IX.1. Limites et contraintes de l'étude	68
IX.2. Caractéristiques sociodémographiques du tradipraticien et des patients	68
IX.2.1. Caractéristiques sociales du tradipraticien.....	68
IX.2.2. Caractéristiques socioéconomiques et démographiques des patients.....	69
IX.3. Perceptions sur les maladies mentales	70
IX.4. Etude clinique des maladies mentales	72
IX.5. Démarche diagnostique et méthodes thérapeutiques utilisées par le tradithérapeute dans la prise en charge des maladies mentales	73
IX.5.1. Démarche diagnostique du tradipraticien	73
IX.5.2. Méthodes thérapeutiques	74
IX.5.3. Résultats du traitement.....	79

IX.6. Itinéraire thérapeutique et relation avec les services publics de santé	80
IX.7. Aspects économiques du traitement traditionnel des maladies mentales.....	81
Conclusion	84
Suggestions	86
Références bibliographiques	88
Annexes	93
Annexes 1 : Outils de collecte des données	93
Guide d'entretien avec le tradipraticien.....	93
Interview des patients et/ou de leur famille	103
Grilles d'observations.....	107
Annexes 2 : Iconographie.....	113
Serment d'Hippocrate.....	126

INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME

Introduction et énoncé du problème

Dans son acception large allant du mal-être et du besoin d'écoute à la pathologie psychiatrique, la santé mentale est extrêmement vaste, concerne une grande part de la population et représente une préoccupation majeure de nombreux acteurs de santé publique [1]. Les enjeux sont multiples et concernent le repérage et le diagnostic précoce, l'offre d'écoute, les actions de prévention ou de développement des compétences psychosociales, l'accompagnement et la prise en charge, le développement d'une offre d'accueil diverse et adaptée. Ces enjeux concernent aussi la réhabilitation sociale et l'insertion des malades mentaux dans la cité, la participation des familles des malades mentaux aux projets individualisés, ou encore le développement de partenariats entre les acteurs concernés permettant de proposer un véritable continuum d'offre de soins... [1]

Les maladies mentales sont un problème de santé publique. En effet, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) plus de 450 millions de personnes souffrent de troubles mentaux, et elles sont bien plus nombreuses encore à présenter des problèmes mentaux [2]. Les chiffres fournis par la Banque mondiale montrent que 8,1% de la charge de morbidité globale est attribuable aux troubles mentaux dans le monde. Dans les sociétés à faible revenu, les troubles neuropsychiatriques représentent 12% de la charge de morbidité globale, chez les adultes de 15 à 44 ans [2].

Pour la prise en charge de ces maladies mentales, la médecine moderne dispose de plusieurs moyens thérapeutiques. Il s'agit essentiellement des moyens médicamenteux (psychotropes, antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, thymorégulateurs,...) ; des psychothérapies, des sociothérapie et des nouvelles thérapies (Dérivées des thérapies cognitivo-comportementales, Thérapies en Réalité Virtuelle, ...) [3].

Au Burkina Faso et en Afrique en générale, cette médecine n'est pas le seul recours. Les malades mentaux ont recours prioritairement à la médecine traditionnelle. Ils s'adressent au tradipraticien à un moment ou un autre de leur itinéraire thérapeutique. Ceci s'expliquerait dans le cas des maladies mentales, par les croyances et perceptions des peuples africains sur l'étiopathogénie de ces maladies mentales [4-9].

L'OMS estime que 80% des populations mondiales et 85% des populations au sud du Sahara y ont recours pour leurs soins de santé primaire et 40 à 60 % de ces dernières présentent une maladie mentale [10].

En Afrique, après avoir été longtemps réprimées (par la colonisation), la médecine et la pharmacopée traditionnelles reviennent dans la conscience des autorités sanitaires des différents pays à la faveur de l'avènement du système de soins de santé primaires [11]. Cette médecine traditionnelle est une priorité pour l'OMS et les pays de l'union africaine (UA), et la décennie dernière a été érigée « décennie médecine traditionnelle » [10, 12, 13]. Actuellement, une intégration de cette médecine traditionnelle au système de santé est prônée et est en voie d'application par l'OMS [10].

Au Burkina Faso, il existe un cadre d'expression et de consultation des différents acteurs de cette médecine traditionnelle. A la faveur de l'érection de la Direction des Services Pharmaceutiques en Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires en 2002, une Direction de la Promotion de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelles est créée. Cette direction a pour missions : la coordination et le suivi des activités de la promotion de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelles ; l'organisation de l'exercice de la Médecine Traditionnelle ; et la valorisation des médicaments issus de la Pharmacopée Traditionnelle [11].

Dans ce cadre, de nombreuses études sur les pharmacopées traditionnelles ont été réalisées. Dans le cas des maladies mentales, quelques études ont été menées sur les perceptions traditionnelles des maladies mentales et sur l'itinéraire thérapeutique des malades mentaux dans certaines régions du Burkina Faso. Cependant, il n'y a pas de données sur la pratique de la médecine traditionnelle dans le domaine des maladies mentales au Burkina Faso. Il n'y a pas non plus de données sur les plantes utilisées pour traiter les cas de maladies mentales au Burkina Faso en général et en pays gourmantché en particulier.

Le but de notre étude est d'apporter une meilleure connaissance de la prise en charge traditionnelle des maladies mentales.

GENERALITES

I. Généralités

I.1. Santé mentale

I.1.1. Définitions de concepts

I.1.1.1. Santé mentale

Pour l'OMS «La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » [14].

Pour le Larousse médical, la santé mentale se caractérise par l'absence de troubles mentaux, une bonne adaptation au milieu social et une bonne tolérance des aléas de l'existence privée et professionnelle [15].

La santé mentale est la capacité d'utiliser ses fonctions mentales de façon efficace. Il en résulte des activités productives, des relations gratifiantes avec autrui et la capacité de s'adapter au changement et de faire face à l'adversité. La santé mentale est donc indispensable au bien-être personnel, aux relations familiales et interpersonnelles et à notre capacité de s'engager dans la vie communautaire [16].

I.1.1.2. Maladie mentale

Pour l'association américaine de psychiatrie (APA), il n'a pas toujours été aisé d'apposer aux maladies mentales une définition unique et acceptée par tous [17].

Toutefois, elle est souvent définie de façon générale comme maladie de l'esprit, de la pensée [17].

Selon leur gravité, on distingue différents types de maladies mentales. Les plus graves sont les psychoses, qui altèrent profondément la perception de la réalité ainsi que le comportement affectif et social du sujet ; les névroses sont, à la différence des psychoses, des affections moins profondes, au cours desquelles le sujet reste conscient du caractère pathologique de ses troubles. Entre les deux se situent les états limites (borderline), les troubles du comportement (psychopathie, comportement antisocial) et les affections psychosomatiques. Il existe aussi des troubles mentaux directement en rapport avec une maladie physique comme les séquelles des traumatismes crâniens ou certaines maladies génétiques. Un autre axe est fait des troubles de l'humeur [15].

Les maladies mentales sont également définies par l'expression « troubles mentaux ». C'est le cas dans la Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès ; neuvième révision (CIM-9) sous les codes 290 à 319 et la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexe dixième révision (CIM-10) sous les codes F00 à F99. Il en est de même pour le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR) [3, 17].

I.1.2. Les déterminants de la santé mentale

De la définition de la santé mentale, le bien-être mental et psychologique est influencé non seulement par les caractéristiques ou ressources psychiques et physique de l'individu mais aussi par le contexte socio-économique dans lequel il se trouve et, plus largement, par l'environnement dans lequel il vit :

□ ***Ressources psychiques, physique et comportements individuels*** : Il s'agit des aptitudes innées et des aptitudes acquises qui permettent à une personne de maîtriser ses pensées et ses sentiments et de se prendre en charge dans sa vie quotidienne (« l'intelligence émotionnelle ») ; c'est aussi sa capacité à s'intégrer dans la société qui l'entoure en prenant part à des activités sociales, en assumant des responsabilités ou en respectant les points de vue des autres (« l'intelligence sociale »). L'état de santé mentale d'un individu peut être influencé aussi par des facteurs génétiques et biologiques, c'est-à-dire des déterminants présents à la naissance, y compris des anomalies chromosomiques (le syndrome de Down par exemple) et un handicap intellectuel causé par l'exposition prénatale du fœtus à l'alcool ou par un manque d'oxygène à la naissance etc... La consommation de drogues, d'amphétamines, l'abus d'alcool et le manque de sommeil sont des facteurs comportementaux fréquents de maladies mentales. Une maladie physique peut également entraîner des désordres psychiques.

□ ***Contexte social et économique*** : La capacité d'une personne à se développer et à s'épanouir est fortement influencée par son environnement social immédiat notamment ses chances de pouvoir nouer un dialogue avec des membres de sa famille, des amis ou des collègues et de gagner sa vie pour elle-même et sa famille et aussi par le contexte socio-économique dans lequel elle se trouve. Des possibilités limitées ou perdues de

recevoir une instruction ou de percevoir un revenu sont typiquement des facteurs socio-économiques.

□ **Facteurs environnementaux** : Plus largement, l'environnement socioculturel et géopolitique peut également avoir une incidence sur l'état de santé mentale d'un individu, d'un ménage ou d'une communauté, notamment sur les possibilités d'accès aux biens et services de base (eau, services essentiels de santé, justice) de même que les croyances, attitudes ou pratiques culturelles prédominantes et les politiques sociales et économiques mises en place au niveau national. Ainsi, la crise financière mondiale qui perdure aura probablement de lourdes conséquences sur la santé mentale qui se traduiront notamment par une augmentation des cas de suicide et une intensification de l'usage nocif de l'alcool. La discrimination, les inégalités sociales ou les inégalités entre les sexes et les conflits sont des exemples de déterminants structurels préjudiciables au bien-être mental [18].

I.1.3. Classification des maladies mentales

En 2007, une classification simplifiée des troubles neuropsychiatriques inspirée des classifications internationales DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders –IV) et CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) a été proposée par le Dr Antoine PELISSOLO [3]. Cette classification a été simplifiée et résumée dans un tableau qui regroupe les maladies mentales en quatre groupes principaux. Il s'agit des troubles des fonctions supérieures, des troubles du comportement et des impulsions, des affections neurologiques et psychiatriques proprement parlées. Ce tableau a l'avantage d'être simplifié et pratique d'utilisation.

Tableau I : Classification des troubles neuropsychiatriques du Dr A. PELISSOLO

Psychiatrie	Troubles des fonctions supérieures	Troubles du comportement et des impulsions	Neurologie
Troubles de l'humeur - dépression - trouble bipolaire Psychoses - schizophrénies - bouffées délirantes -délires chroniques Troubles anxieux Addictions Troubles du Comportement Troubles de la personnalité	Démences - Alzheimer - démence fronto-temporale, Démence à Corps de Lewy -Retards mentaux	Tics, Tourette Jeu pathologique	Lésions cérébrales - tumeurs - Accident vasculaire cérébral Epilepsie, encéphalites Dystonies, myopathies Parkinson Migraines Scléroses en plaque, sclérose latérale amyotrophique

I.1.4. Epidémiologie de la santé mentale

Selon l'OMS, les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en termes de prévalence et sont responsables du quart des invalidités dans le monde. En médecine générale, elles se situent au deuxième rang derrière les maladies cardio-

vasculaires. Elles affectent une personne sur cinq chaque année et une personne sur trois si l'on se réfère à la prévalence sur la vie entière. L'OMS retient cinq maladies mentales parmi les dix pathologies les plus préoccupantes pour le XXIème siècle (schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif) [19].

Toutes les estimations indiquent que ce bilan devrait s'alourdir dans les prochaines années, avec une augmentation de 50% de la contribution des maladies mentales à la charge de morbidité due à l'ensemble des maladies d'ici 2020 si des mesures ne sont pas prises rapidement [19].

Les personnes atteintes de troubles mentaux et neurologiques sont présentes dans toutes les régions du monde, dans toutes les communautés et groupe d'âge, indépendamment du niveau de vie de leurs pays. Alors que 14% de la charge mondiale de morbidité est attribuée à ces troubles, la plupart des personnes affectées (75% d'entre elles vivent dans les pays à faible revenu) ne peuvent accéder au traitement dont elles ont besoin [2].

Dans les sociétés à faible revenu, les études effectuées par l'OMS révèlent, que les troubles neuropsychiatriques représentent 12 % de la charge de morbidité globale chez les adultes de 15 à 44 ans [2].

Les troubles dépressifs, les blessures volontaires, l'Alzheimer, l'alcoolisme sont de plus en plus fréquents, suivis par l'épilepsie, les psychoses et les toxicomanies ainsi que les états de stress post-traumatique [2].

Les schizophrénies sont passées de 16,7 millions de personnes dans le monde en 1985 à 24,4 millions en l'an 2000, soit une augmentation de 45 % en 15 ans.

L'arriération mentale et l'épilepsie sont 3 à 5 fois plus élevées dans les pays en voie de développement que dans les autres pays [2].

Un quart à la moitié des demandes de soins de santé primaire dans le monde concerne les états anxieux et les troubles affectifs.

La détresse de ces personnes est passée sous silence.

Pour l'Afrique et l'Asie : les personnes souffrant d'épilepsie sont dans 90 % des cas non soignées alors que des traitements existent.

En 2025, 75 % des Alzheimer soit 80 millions de personnes vivront dans les sociétés à faibles revenus.

Une proportion de 5 à 10 % des habitants de la planète souffrent d'alcoolisme.

Narcotiques et autres drogues entraînent une morbidité importante et une violence ainsi qu'une propagation du SIDA et d'une comorbidité médicale manifeste.

Parmi les 3 milliards de personnes touchées par les catastrophes naturelles, 1/3 souffrent de détresses mentales graves.

Le suicide fait partie des 10 principales causes de décès dans les pays qui suivent statistiquement cette donnée, soit la 2ème ou 3ème cause de décès chez les jeunes [2].

L'alcool augmente le risque de suicide de 50 à 100 %, la dépression de 15 %.

La faim et l'indigence sont des facteurs de survenue de dépression et de violence.

Les carences nutritionnelles chez les enfants entraînent des troubles neurologiques et des dysfonctionnements cérébraux.

Au Kenya et en Uganda, les études statistiques ont révélés que 25 à 40% de tous les soins médicaux primaires concernent uniquement des maladies mentales et dans 25 à 40% une combinaison entre maladie mentale et somatique [8].

Cas du Burkina Faso : [20, 21]

Une part de 10% de toutes les maladies est due aux maladies mentales dans les pays au Sud du Sahara [21].

En 2012, on dénombrait en hospitalisation au Burkina Faso, 213 cas de psychoses schizophréniques, 132 cas de psychoses affectives, 68 syndromes délirants, 68 autres psychoses non organiques, 24 psychoses spécifiques de l'enfance, 26 états psychotiques organiques, 45 névroses, 14 retards mentaux, 42 abus de drogue et 69 troubles psychotiques [20].

I.1.5. Principales stratégies de prise en charge des maladies mentales

II.1.5.1. Les moyens non médicamenteux [3]

▪ Psychothérapies et sociothérapie

Principes généraux : traitement basé sur la parole du psychologue ou du psychiatre

- *Soutien psychologique, thérapie de soutien* : écoute, aide, conseil (dure quelques semaines à quelques années)
- *Psychanalyse – thérapies analytiques* : Transfert, association libre, introspection (dure plusieurs années)

- **Thérapies comportementales et cognitives** : compréhension et modification des comportements et des modes de pensée (dure quelques semaines à quelques années)
- **Thérapies familiales – thérapies systémiques** : Compréhension et modification des problèmes de communication et de répartition des rôles dans la famille ou le couple (dure quelques semaines à quelques mois)
- **Sociothérapie** notamment l'ergothérapie.

- **Nouvelles thérapies**

- Dérivées des thérapies cognitivo-comportementales : EMDR (Eyes Movement Desensitization and Reprocessing) : utilisée dans la prise en charge des états de stress post-traumatiques.
- Thérapies utilisant la méditation en « pleine conscience » (mindfulness) : prévention des rechutes dépressives, troubles anxieux
- Thérapies en Réalité Virtuelle (TRV) : utilisées dans la prise charge des troubles phobiques
- Remédiation cognitive
- Autres thérapies : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication NTIC, robotique, e-thérapies, électro convulsivothérapie, chirurgie,...

I.1.5.2. Les moyens médicamenteux

Les moyens médicamenteux sont représentés par les psychotropes. Ils sont regroupés en cinq (5) familles :

- Antidépresseurs
- Anxiolytiques
- Hypnotiques
- Neuroleptiques (= antipsychotiques)
- Thymorégulateurs
- Autres : psychostimulants, Attention deficit hyperactivity disorder ADHD, (Ritaline), antidémences (Aricept, Exelon), antiaddictions (Révia, Aotal)

A côté des moyens de la médecine moderne suscités, la médecine traditionnelle également apporte sa contribution pour soigner les maladies mentales.

Les moyens thérapeutiques de la médecine traditionnelle africaine pour traiter la maladie mentale incluent l'utilisation de médicaments qui peuvent être des extraits d'herbes (par exemple Rauwolfia, qui est riche en réserpine et a été utilisée dans le traitement des états psychotiques dès 1925) ou de parties animales. Les moyens non médicamenteux incluent par exemple, la divination et les psychothérapies [8].

Mais, il convient d'abord d'éclaircir la notion de médecine traditionnelle et de voir sa place dans le système de soins avant de revenir sur ses moyens thérapeutiques.

I.2. Médecine traditionnelle

I.2.1. Définitions de concepts

I.2.1.1. Médecine traditionnelle

L'OMS, dans « Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 », dit de la médecine traditionnelle qu'elle est très ancienne et la définit comme : « la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales » [10]. D'autres auteurs considèrent que c'est une « médecine fondée sur les croyances et pratiques culturelles, transmises de génération en génération. Elle comprend des rites mystiques et magiques, la phytothérapie et d'autres traitements qui ne peuvent pas être expliqués par la médecine moderne » [22].

En réalité, la médecine traditionnelle est un concept qui déborde largement le champ de la santé pour se placer au niveau socioculturel, religieux, politique et économique. Elle peut être considérée comme « un système de prise en charge du malheur (biologique ou non) qui s'appuie sur des théories du corps, de la santé, de la maladie et de la guérison, ancrées dans les histoires des cultures et des religions qui ont construit et construisent un pays » [23]. On peut dire qu'il existe presque autant de médecines traditionnelles que de cultures.

I.2.1.2. Thérapeute traditionnel

Selon l'OMS, « le thérapeute traditionnel est la personne qui est reconnue par la collectivité dans laquelle elle vit comme compétente pour dispenser des soins de santé grâce à l'emploi de substances végétales, animales ou minérales et d'autres méthodes basées sur les fondement socioculturels et religieux aussi bien sur les connaissances, comportements et croyances liés au bien-être physique, mental et social, qu'à l'étiologie des maladies et invalidités prévalant dans la collectivité» (OMS, 2002).

Il est encore appelé tradipraticien ou tradithérapeute.

Le code de santé publique du Burkina Faso et de bien de pays africains, les classe en plusieurs groupes [12]. On distingue :

- le Tradipraticien de santé : une personne reconnue par la communauté dans laquelle elle vit, comme compétente pour diagnostiquer des maladies et invalidités y prévalant, et dispenser des soins de santé grâce à des traitements spirituels, des techniques manuelles et exercices et/ou l'emploi de substances d'origine végétale, animale et/ou minérale.
- L'Herboriste : Personne qui, sur la base des connaissances acquises en médecine et en pharmacopée traditionnelles, conditionne et vend des matières premières végétales à des fins thérapeutiques.
- Le Médico-droguiste : Personne qui, sur la base des connaissances acquises en médecine et en pharmacopée traditionnelles, conditionne et vend des substances médicinales d'origine animale et/ou minérale.
- Le Naturothérapeute : Personne qui, sur la base de ses connaissances, n'utilise que des substances naturelles comme moyen thérapeutique.
- L'Accoucheuse Traditionnelle : Personne reconnue comme compétente pour prodiguer à une femme et à son nouveau-né, avant, pendant et après l'accouchement, des soins de santé basés sur les concepts prévalant dans la communauté où elle vit.

Il convient, ici, de noter que la fonction d'accoucheuse traditionnelle n'est plus explicitement reconnue.

I.2.2. Historique de la médecine traditionnelle africaine

Les documents de l'antiquité sur les civilisations mésopotamiennes et de l'Égypte pharaonique attestent de l'existence manifeste des fondements d'une véritable médecine scientifique. Les connaissances qui figurent sur les documents écrits découverts par les archéologues auraient été révélées aux hommes par des dieux ou par des personnages légendaires dépêchés par eux, demi-dieux ou prophètes, les transmissions se produisant au travers de rêves ou de trances extatiques. Ainsi donc, l'origine du savoir médical traditionnel et les acteurs de cette médecine impliquent des révélations venant du monde des esprits. Cette perception des choses se confirme parfaitement dans nos sociétés africaines traditionnelles.

Pour les hommes de ces époques antiques, l'univers est un tout intégré, composé d'un monde visible et d'un monde invisible. L'harmonie et l'ordre règnent dans cet univers régi par des lois, des règles de vie possédant un statut d'inviolabilité. Leur transgression par l'homme appelle *ipso facto* une sanction qui est la maladie sous toutes ses formes. Il faut donc absolument respecter l'ordre naturel des choses.

Le caractère rigoureux d'une telle discipline qui, à la pratique, s'avère difficile à respecter de façon stricte compte tenu de la faiblesse de la nature humaine, a créé le besoin d'un recours à des hommes spéciaux. Ceux-ci sont censés avoir le don d'entrer en communion avec les esprits et les dieux qui régulent le fonctionnement normal de l'univers. Ce sont des prêtres-médecins, des voyants, des incantateurs à même de diagnostiquer l'origine surnaturelle d'un trouble pathologique, d'intercéder favorablement auprès du dieu irrité par le comportement de l'humain et de réparer par des procédures appropriées le mal occasionné par le coupable. Ces prêtres-médecins élus des dieux ou des esprits ont le pouvoir de neutraliser les sorciers ou esprits humains mauvais qui, pour des raisons diverses, attentent à la vie des autres. Ils psalmodient des formules magiques en même temps qu'ils administrent les remèdes. Les plantes étaient au centre de leurs pratiques thérapeutiques dans leur dimension physique. Aussi, en usaient-ils après l'opération de réparation du mal ou la neutralisation de l'esprit malfaisant, pour soulager ou guérir le malade.

On constate donc que la pratique de la médecine traditionnelle, vécue de nos jours, remonte aux temps anciens où la médecine associait le surnaturel au naturel. Le

suraturel reposait sur la croyance en un monde de dieux, d'esprits, où les maladies prennent racine et d'où viennent des messages de connaissances et de soins aux malades. Le naturel est constitué par les moyens matériels, c'est-à-dire les plantes qui avec la bienveillance des esprits, étaient identifiées comme une source thérapeutique naturelle des maladies.

Les documents de l'antiquité et les progrès scientifiques des premières ères chrétiennes permettent de comprendre comment la médecine, basée au départ sur des données surnaturelles et des données naturelles a évolué à travers l'histoire pour devenir une médecine où le mysticisme a cédé le pas à la rationalité, la tradition ou l'empirisme à la science [24].

1.2.3. Quelques moyens thérapeutiques de la médecine traditionnelle africaine

La phytothérapie : La phytothérapie, étymologiquement le traitement par les plantes, est une méthode thérapeutique qui repose sur les principes actifs contenus dans les plantes médicinales.

Phytothérapie traditionnelle : parfois très ancienne, basée sur l'utilisation de plantes selon les vertus découvertes empiriquement. Selon l'OMS, cette phytothérapie est considérée comme une médecine traditionnelle et encore massivement employée dans certains pays dont les pays en voie de développement. C'est une médecine non conventionnelle du fait de l'absence d'étude clinique [25].

La géomancie : Le terme est directement issu du latin *geomantia* « divination par la terre ». La géomancie est une technique de divination fondée sur l'analyse de figures composées par la combinaison de quatre points simples ou doubles (ou points et traits). Ces points sont obtenus par l'observation de cailloux ou d'objets jetés sur une surface plane ou posés dans un espace donné, par des lancers de dés, par le comptage de traits dessinés dans le sable avec un bâton ou sur du papier à l'aide d'un stylo ou encore par l'observation d'éléments disposés dans la nature sans intervention humaine [26].

La flagellation thérapeutique : dérivé de flagellum, fouet. Médication qui consiste à frapper différentes parties de la peau avec un fouet ou tout autre instrument capable d'éveiller une douleur assez vive [27].

L'ergothérapie : L'ergothérapie est une profession de santé évaluant et traitant les personnes afin de préserver et développer leur indépendance et leur autonomie dans leur environnement quotidien et social. L'ergothérapie se caractérise par l'éducation, la rééducation, la réadaptation ou encore la réhabilitation, par l'activité (Ergon en grec). C'est par le biais d'activités de la vie quotidienne (soins personnels, travail et loisirs) et d'autres exercices globaux et analytiques que l'ergothérapeute organise une thérapie visant à améliorer des capacités d'agir et des compétences, cela individuellement ou en groupe [28].

I.2.4. Place de la médecine traditionnelle dans la santé des populations

Pour les soins de santé primaire, 80% des populations du monde ont recours à la médecine traditionnelle.

Il s'agit très souvent, dans notre contexte, du premier recours ou d'un recours concomitant avec celui de la médecine dite moderne [4, 6, 9, 10].

I.3. Rapports entre médecine traditionnelle africaine et médecine moderne

Après la négation et le rejet de la médecine traditionnelle africaine au temps colonial, la conférence d'Alma Alta en 1978, a consacré l'avènement de la stratégie des soins de santé primaires dont la réussite dépend au premier chef de la participation des populations. La stratégie des soins de santé primaires en concevant les populations, non pas comme de simples usagers de l'action sanitaire, mais plus comme des partenaires obligés, travaillant à l'amélioration de leur propre bien être, *"paraît naturellement apte à reconnaître ceux qui, au sein des populations y prennent déjà une part active – Les tradipraticiens "* [29].

En Afrique, on dénombre 1 guérisseur pour 500 personnes, contre 1 médecin pour 40000 personnes. En milieu rural, les guérisseurs locaux restent donc les prestataires de santé de millions de gens [30]. De plus, les tradipraticiens sont plus accessibles financièrement et géographiquement, ils sont partie intégrante des cultures et coutumes. C'est pourquoi 80% des populations y ont recours [10].

De plus en plus, la complémentarité de ces deux médecines fait l'unanimité, et les réflexions sont orientées sur l'intégration de la médecine traditionnelle aux systèmes de

santé en place dans les différents Etats. Cela est la nouvelle stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle, quand elle reconnaît qu'alors que la médecine traditionnelle est de plus en plus largement adoptée, il est nécessaire qu'elle soit plus étroitement intégrée dans les systèmes de santé. Les autorités et les consommateurs doivent s'interroger sur la manière dont la médecine traditionnelle peut améliorer l'expérience du patient et la santé de la population. Il convient de répondre aux questions importantes de l'accès ainsi que des problèmes de santé publique et de santé de la population [10].

Cas de la santé mentale :

Le recours à la médecine traditionnelle pour des soins de santé mentale est important. Cela du fait des croyances des populations en l'étiopathogénie de ces maladies mentales. En effet, l'éducation traditionnelle, fait du corps une entité mystérieuse susceptible d'être pénétrée ou mangée par les génies et les sorciers anthropophages, suivant un mécanisme mystico-religieux lié aux croyances et coutumes [6]. C'est pourquoi, parmi les 80% des populations africaines ayant recours à la médecine traditionnelle pour leur soins de santé ; 40% à 60% de ceux-ci présentent une catégorie de maladie mentale [31].

Il convient de rendre ces deux médecines complémentaires.

La psychiatrie burkinabé, pour plus d'efficacité, devrait réserver dans sa démarche thérapeutique une place importante à ces croyances sociales très vivaces et très actuelles concluait Ouango et al en 1998 au Burkina Faso [6].

De toute façon, « que nous voulions ou pas, les personnes avec des problèmes mentaux iront chez les tradipraticiens » concluait une autre étude réalisée au Ghana en 2010 par KENNETH AE-NGIBISE et al. [32].

REVUE DE LA LITTERATURE

II. REVUE DE LA LITTERATURE

II.1. Perceptions traditionnelles des maladies mentales

II.1.1. Chez les Moosés

Ouango et al. en 1998, dans une étude descriptive qualitative découlant d'interviews des différents acteurs (tradipraticiens, malades), démontraient que chez les Moosés du plateau central du Burkina Faso, le concept de la causalité de la folie renvoie à l'autorité du monde invisible sur le monde visible. Ce monde invisible des « kinkirsi », des « zindamba » et des ancêtres n'est pas éloigné du monde visible. Il est présent partout où se trouvent les descendants des ancêtres. Toute infraction à la loi morale et sociale relève de la juridiction du monde invisible, juridiction qui « s'exerce soit par des châtiments physiques, soit par des troubles considérés comme "maladie de génie" » [6].

En 1989, Doris BONNET réalisait une étude qualitative sur les étiologies des désordres mentaux chez les mossés. L'étude s'inscrivait dans le cadre des actions de recherche programmées par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale burkinabè dans son « Projet de développement de la Santé Mentale au Burkina Faso >>. Il y écrivait que la catégorie causale (génie) de la maladie représente chez les Mooses du Burkina Faso, un vaste système d'explication du monde : origine de la vie, notion de destin, théories eschatologiques, interprétation de la procréation et des malformations congénitales, de certaines morts d'enfants en bas âge et des désordres psychiques de l'enfant comme de l'adulte, etc. Dans les troubles mentaux, le génie se manifeste en possédant la raison ou la volonté de la personne qui, pour guérir, doit s'en faire un allié ou l'exorciser. Le rituel de l'alliance entre le malade et le génie est spécifique aux animistes [33].

II.1.2. Chez les Gourmantchés

Tambourdia Lardia, en 1986, a mené une étude sociologique descriptive transversale sur les représentations des maladies mentales chez les gourmantchés du gourma, les données avaient été collectées par interviews des acteurs de la médecine traditionnelle de la région. Il a observé que chez les gourmantchés il existait sept (07) catégories d'étiologies des maladies mentales. La maladie étant conçue comme le résultat d'une

agression provenant de l'extérieur. La maladie n'est jamais naturelle, mais toujours provoquée.

- Les ancêtres : le culte que les gourmantchés rendent aux ancêtres consiste fondamentalement en une politique d'alliance et d'entente avec des êtres invisibles à base d'offrandes. Les ancêtres pouvaient lancer des maladies en cas de transgression d'interdit ou de non-respect d'un pacte.
- Les génies : chez les gourmantchés le génie ferait partie du monde invisible. Ce sont les âmes des jeunes gens célibataires décédés tôt qui reviennent sous forme de génie, pour hanter les humains. La maladie du génie rappelle le tableau clinique de l'épilepsie ou de l'hystérie. La maladie *oyuli lébri* (littéralement tête renversée) désignant la folie est liée à priori à l'action du génie.
- Les jumeaux : ils sont considérés comme une incarnation des génies en êtres humains. Leur naissance présage d'un malheur à venir, elle indique l'infortune et la mort éventuelle des parents, ce qui explique leur élimination jadis effectuée. Dans le cadre de la maladie, les jumeaux seraient responsables de certaines malformations et encéphalopathies.
- Le destin : Ce qui arrive à l'individu est le résultat des désirs qu'il a lui-même exprimés rimé avant sa naissance. Il peut donc être la cause de sa maladie.
- La sorcellerie instrumentale : ces maladies sont causées par des personnes possédant des puissances maléfiques : jeteurs de sorts grâce à des instruments divers.
- La sorcellerie anthropophagique : les sorciers sont représentés en pays gourmantché comme des individus habités par des forces du mal qu'ils sont incapables de dominer. Ils capturent les âmes des humains pour les « manger » en communauté. La victime tombe ainsi malade et dépérit jour après jour en proie à d'atroces souffrances.
- Dieu : ce sont les maladies qui ne sont pas dues aux étiologies précédemment évoquées [34].

II.2. Profil sociodémographique des tradipraticiens spécialisés dans le traitement des maladies mentales et de leurs patients

AW Mbwaiyo et al. en 2010 ont mené une étude descriptive dans les districts de Kibera, Kangemi et Kawangware à Nairobi au Kenya. Cette étude a porté sur 59 tradipraticiens spécialisés dans le traitement des maladies mentales et 305 de leurs patients. Ils rapportaient que 55% des patients consultant les tradipraticiens spécialisés dans le traitement des maladies mentales étaient mariés. L'âge de la plupart des patients était compris entre 21 et 40 ans, plus de la moitié avait un niveau d'éducation primaire. Les tradipraticiens quant à eux, étaient plus âgés. Ils avaient dans 45,76% entre 41 et 50ans, il y avait plus d'hommes que de femmes (33 contre 25), plus de la moitié avait un niveau d'éducation primaire [8].

Au Zaïre, en 1979, une étude du Centre de recherches pour le développement international (CRDI), du Canada en collaboration avec le ministère en charge de la santé dont le but était d'organiser la pratique de la médecine traditionnelle a mené une étude transversale descriptive sur les acteurs de cette médecine traditionnelle dans tout le pays. Les malades étaient plus nombreux entre l'âge de 21 et 30 ans (16 et 30 dans certains milieux) et peu nombreux dans la couche d'âge 6-15 ans. Dans la population des malades qui consultent des guérisseurs spécialisés dans le traitement des cas de folie, on observe que 54% des malades ont entre 21 et 30 ans; 18 %, entre 16 et 20ans; 11 %, entre 31 et 40 ans [7].

II.3. Itinéraire thérapeutique des malades mentaux et raisons de la fréquentation des tradipraticiens

Siranyan S. en 1988 et Yaogo A. en 2008 ont réalisé des études descriptives sur l'itinéraire thérapeutique des malades mentaux à Ouagadougou, Burkina Faso. Ils avaient tous des échantillons de 100 patients, avec chez Siranyan un second échantillon de 39 patients suivis en cohorte pour évaluer l'évolution post-cure. Ils trouvaient que la plupart des malades mentaux inauguraient leurs itinéraires thérapeutiques par la médecine moderne dans respectivement 48% et 44%. Ils trouvaient également que respectivement 29% et 31,9% des patients inauguraient leurs itinéraires thérapeutiques chez le tradipraticien. Le choix des tradipraticiens était motivé par plusieurs raisons,

notamment la notoriété publique, le succès chez d'autres patients, l'accessibilité géographique et financière et les croyances en étiopathogénie des maladies mentales [4, 9].

Ouango J.G. et al. avaient menés en 1998 une étude descriptive chez les mossés du plateau central dont les données avaient été collectées par des questionnaires non directifs sur un petit échantillon de guérisseurs traditionnels. Ils trouvaient eux, que l'itinéraire thérapeutique des malades mentaux en pays mossi commençait et finissait toujours chez le guérisseur traditionnel [6]. Dans le même sens, Sylla A. en 2001 trouvait que les familles, pour « réparer » la déviance, faisait souvent des recours aux soins traditionnels dans une grande discrétion, avant de s'adresser à l'hôpital [35].

Le choix du premier recours est influencé par des déterminants socio-économiques, religieux, par la symptomatologie du patient, et par la perception des maladies mentales. Yaogo A. lors de son étude, constatait que plus le niveau d'instruction augmentait, moins le recours au guérisseur traditionnel se faisait en première position, 60% des patients n'avaient aucun niveau d'instruction. Les patients de familles de bas niveau socio-économique ont tendance à opter pour la tradithérapie dans 65,5% des cas. Par contre, il a retrouvé plus de patients agités (63,2%) et/ou agressifs (42,1%) dans le groupe de ceux adressés en psychiatrie [9]. La religion influence le choix du type de thérapeute selon les résultats de Ouango J.G en 1996. En effet, il rapportait que chez les Mossés animistes qui ne sont pas allés à l'école occidentale, le corps était une entité mystérieuse susceptible d'être pénétrée ou mangée par les génies et les sorciers anthropophages, suivant un mécanisme mystico-religieux lié aux croyances et coutumes. Ceci expliquerait pourquoi ces derniers préfèrent se rendre d'abord chez le tradipraticien [6].

Au Kenya, seulement 6,55% des patients combinaient médecine traditionnelle et moderne selon les travaux d'AW Mwayo et al. de 2010 [8].

II.4. Motifs de consultations en santé mentale

Au district de Diapaga, Burkina Faso, dans le cadre de l'enregistrement systématique des affections reçues dans les formations sanitaires, on dénombrait en 2013 au titre des consultations externes 52 cas de troubles mentaux dont 06 cas chez des sujets de moins de 14 ans, 31 adultes de sexe masculin et 15 de sexe féminin. 01 seul cas de psychose gravidique, 19 cas d'états psychotiques dont 01 cas chez un sujet de moins de 14 ans ; 12 cas chez des adultes masculins et 06 cas chez des adultes féminins ont été enregistrés. Ont été reçus également 02 cas de dépressions et 02 cas de schizophrénies [36].

II.5. Processus diagnostique

Une étude Zaïroise, du Centre de recherches pour le développement international (CRDI), du Canada en collaboration avec le ministère en charge de la santé [7], démontrait qu'il existait deux voies différentes pour poser un diagnostic de type naturaliste: l'interrogatoire, plus ou moins systématique, du malade ou de sa famille, et l'observation ou l'examen physique du malade.

Dans un grand nombre de cas, l'interrogatoire du guérisseur se limite à l'écoute de ce que dit le malade ou sa famille et à quelques interventions pour demander des précisions supplémentaires. Le discours du malade se structure généralement autour d'une description de ses plaintes et de leurs évolutions et autour des démarches antérieures effectuées en vue de trouver la guérison. Il arrive aussi que le malade inclut dans son récit la narration de ses rêves, de ses inquiétudes, des impressions des autres membres de sa famille concernant son cas. Le malade a ainsi l'impression d'être entendu et accepté dans tout ce qu'il a à dire sur son mal; il a la possibilité de s'étendre longuement sur l'ensemble des impressions et des malaises qu'il a ressentis. Parfois, le guérisseur complète cette première partie par un interrogatoire systématique du malade et de sa famille. Ainsi, l'herboriste spécialiste s'attache à recueillir plus de précisions sur les symptômes, leurs formes précises et leurs localisations afin de pouvoir affiner son diagnostic différentiel: c'est dans le prolongement de cette démarche que se situera le recours à un examen physique.

L'examen physique du malade, quand il a lieu, se présente comme un prolongement de l'observation et du regard. Très souvent, lorsque l'on demande au guérisseur comment il

a posé son diagnostic, il répond que les symptômes sont suffisamment visibles pour lui permettre de reconnaître la maladie. Pour certaines catégories de maladies, le guérisseur procède à un examen physique systématique à l'aide d'une technologie rudimentaire [7].

L'étude Kényane de Mbwai et al., retrouvait les étapes suivantes dans la démarche diagnostique des tradipraticiens spécialisés dans le traitement des maladies mentales. L'examen physique du patient, l'observation de son comportement et de sa manière de parler et enfin, par le recueil de l'histoire de sa maladie et de ses antécédents. Ils avaient également recensé des tradipraticiens spécialisés dans le traitement des maladies mentales qui utilisaient des miroirs, d'autres encore priaient ou battaient des tambours pour avoir des révélations spirituelles [8].

II.6. Les plantes utilisées pour traiter les maladies mentales

▪ *Ficus platyphylla* [37-39]

Une étude Nigériane menée par Wakeel O. K. et al. en 2004 en laboratoire explorait l'effet des extraits d'écorces de *Ficus platyphylla* sur des souris. Il a montré que les extraits de *Ficus platyphylla* déprimaient le système nerveux central avec une action sédative. Les extraits réduisaient également la durée et l'intensité des convulsions induites par le leptazole [38].

Une première étude de Chindo et al. en 2003 explorait les effets de *Ficus platyphylla* sur les souris et rats de laboratoires. Ces résultats suggéraient que *Ficus platyphylla* contiendrait des neuroleptiques sédatifs qui diminuaient significativement l'activité locomotrice et exploratrice de ces animaux. L'extrait prolongeait également le temps de sommeil induit par le phénobarbital et atténuait l'hyperactivité induite par les amphétamines. Dans une seconde étude en 2014, Chindo confirmait les résultats précédents et ajoutait que *Ficus platyphylla* contenait des psychotropes anticonvulsivants [37, 39].

▪ *Ficus sur* [40]

Ishola et al. ont mené une étude sur les effets des extraits de *Ficus sur* sur des souris de laboratoire. Ils ont démontré que les extraits d'éthanol de *Ficus sur* possédaient une activité anticonvulsivante dont les mécanismes font intervenir des interactions avec les

systèmes GABAergique, glycinergique, serotonergique et glutaminergique. En effet, l'administration intrapéritonéale des extraits retardait le délai de survenue et réduisait la durée des convulsions chimio-induites [40].

- ***Khaya senegalensis* [41]**

Au Togo, en 1998, SABLASSOU et al. étudiaient l'effet des extraits de *Khaya senegalensis* sur l'iléon de cobaye. L'extrait éthanolique des feuilles sèches de *Khaya senegalensis* exerce sur l'iléon de cobaye in vitro une action antispasmodique et spasmolytique.

A 1mg/ml, l'extrait fait chuter de 100% le plateau de la contracture induite par le spasmogène, Acétylcholine à 0,1p.g/ ml. Celle-ci ne reprend pas même si le milieu est enrichi en calcium. Ces mêmes effets sont obtenus lorsque l'extrait est remplacé par un bloqueur de canal calcique, Vérapamil à 0,5 mg/ ml. En présence d'un chélateur du calcium extracellulaire, EDTA à 0,5 mg/ml, le plateau est toujours réduit mais la contracture est récupérée jusqu'à 90 % après addition progressive du calcium dans le milieu.

Ces résultats laissent suggérer que l'extrait éthanolique des feuilles de *K. senegalensis* relaxe le muscle lisse iléal de cobaye en bloquant tout comme Vérapamil le canal calcique [41].

Par ailleurs, Lompo et al. en 1998 au Burkina Faso, lors d'une étude sur l'action antiinflammatoire de *Khaya senegalensis* sur des souris de laboratoire découvraient que la toxicité générale aiguë est corrélée d'une hypothermie qui laisse penser à une action centrale comme c'est le cas pour les neuroleptiques. Ceci suggérerait une appartenance à la famille des neuroleptiques, mais qui n'a pas été démontrée [42].

- **Les autres plantes :**

- ✓ ***Rauwolfia vomitoria* (Apocynaceae) [43, 44]**

La littérature est riche d'informations sur son utilisation dans les maladies mentales. Cette plante est utilisée dans les psychoses. Selon une étude de Bisong et al au Nigéria en 2011, ses effets sont comparables à ceux de la chlorpromazine (neuroleptique). Il s'agit même d'après les résultats de ces études, d'un meilleur antipsychotique [8, 43-46].

- ✓ ***Indigofera arrecta* (Papilionaceae)**

Usitée dans les maladies mentales [44].

✓ ***Datura metel* (Solanaceae)**

A une action sédatrice [44]

✓ **Le Cannabis: *Cannabis sativa* [47]**

Certains thérapeutes traditionnels et modernes suggèrent que l'utilisation du cannabis améliorerait les symptomatologies de la schizophrénie. Toutefois, Rathbone J et al. après une étude en 2011 ont conclu : « à l'heure actuelle, il n'existe pas suffisamment de preuves pour soutenir ou réfuter la consommation de cannabis/cannabinoïdes pour les personnes souffrant de schizophrénie. Cette revue met l'accent sur le besoin d'essais cliniques correctement planifiés, réalisés et consignés afin d'étudier les effets potentiels des composés à base de cannabis pour les personnes schizophrènes ».

✓ ***Piper methysticum, Matricaria recutita, Ginkgo biloba, Scutellaria lateriflora, Silybum marianum, Passiflora incarnata, Withania somniferum, Galphimia glauca, Centella asiatica, Rhodiola rosea, Echinacea spp., Melissa officinalis and Echium amoenum***

Une revue de la littérature réalisée par Sarris J. et al. en 2012 en Australie a trouvé que toutes ces plantes utilisées dans le traitement de l'anxiété et de l'anxiété généralisée sont efficaces avec des preuves précliniques [48].

✓ ***Glycyrrhizae radix* (Yokukansan) [49]**

Miyaoka et al. au Japon en 2013, ont mené une étude sur les effets antipsychotiques de ces plantes sur une cohorte de 40 patients atteints de schizophrénie durant une période de 04 semaines. Les résultats confirmaient l'action antipsychotique traditionnelle [49].

✓ ***Crassocephalum bauchiense* [50]**

Sotoing et al. étudiaient l'effet des extraits de feuilles de cette plante sur des souris au Cameroun. Les feuilles contiennent des alcaloïdes qui sont utilisés dans les états psychotiques, les démences, l'insomnie et l'épilepsie. Son efficacité a été prouvée cependant la pharmacodynamie n'est pas encore clairement élucidée [50].

QUESTION DE RECHERCHE

III. Question de recherche

La question de recherche était la suivante : Qu'elle est la démarche diagnostique et les méthodes thérapeutiques, en médecine traditionnelle face aux maladies mentales ?

OBJECTIFS

IV. Objectifs

IV.1. Objectif général

Etudier la prise en charge des maladies mentales en médecine traditionnelle

IV.2. Objectifs spécifiques

1. Décrire les perceptions des maladies mentales en médecine traditionnelle
2. Identifier les principaux motifs de recours en médecine traditionnelle pour maladies mentales.
3. Décrire la démarche diagnostique et les méthodes thérapeutiques utilisées en médecine traditionnelle face à une maladie mentale.

CADRE ET CHAMP DE L'ETUDE

V. Cadre et Champ de l'étude

La province de la Tapoa a constitué notre cadre d'étude. Elle est située à l'extrême Sud-Est du Burkina Faso. Elle s'étend sur une superficie de 14.800 Km² [51].

V.1. Données administratives

La province de la Tapoa est limitée par :

- Le département de Tilabéri (Niger) à l'Est ;
- les provinces du Gourma et de la Komandjari à l'Ouest et au Nord ;
- la province de la Kompienga et le département de l'Alibori (Bénin) au Sud.

Cette situation géographique avec les pays voisins favorise un brassage des populations de part et d'autre des frontières.

La province de la Tapoa comprend :

- Huit (08) départements qui sont : Namounou, Partiaga, Tansarga, Logobou, Botou, Diapaga, Kantchari et Tambaga,
- Une (01) commune urbaine Diapaga subdivisée en 06 secteurs ;
- Sept (07) communes rurales : Kantchari, Namounou, Partiaga, Tansarga, Logobou, Botou, et Tambaga,
- Et 174 villages administratifs et 326 hameaux de culture [51].

V.2. Données géographiques

Le chef-lieu de la province est Diapaga. Il est à 450 Km de Ouagadougou, la capitale du Burkina Faso et à 230 Km du chef-lieu de région, Fada N'Gourma. Le climat est de type soudanien avec une végétation abondante et une faune très variée. Les précipitations sur la majeure partie de la province sont assez bonnes mais irrégulières et les eaux du bassin versant des affluents du fleuve Niger (Tapoa, Boudiéri, Pendiari) arrosent la province [51].

V.3. Données démographiques

La population de la Tapoa était estimée en 2014 à 444852 habitants soit une densité de 30 habitants au kilomètre carré.

Dans la province de la Tapoa, le taux d'accroissement annuel de la population est de 3,8%. Le taux brut de natalité en 2006 était de 57,6%. Le mariage précoce est fréquent

dans la province. L'âge moyen des filles au premier mariage est de 17,6 ans. Le nombre moyen d'enfants par femme est de 8,6 contre 7,8 pour la moyenne régionale.

L'espérance de vie à la naissance est de 56,5 ans. Le taux de mortalité dans la province en 2006 était de 11,8%. Bien qu'inférieur au taux national (14,8%), ce taux reste élevé. Cette mortalité touche surtout les enfants avec une mortalité infantile de 91,8 décès pour 1000 naissances vivantes et juvénile de 56 décès pour 1000 naissances vivantes. La mortalité maternelle dans la région de l'Est est de 390,8 contre 307,3 au niveau national pour 100 000 naissances vivantes.

La province de la Tapoa connaît un flux migratoire dû aux grands marchés de Namounou, Nampoanli, Kantchari et Botou. On note pendant la saison pluvieuse des mouvements de populations à l'intérieur de la province, vers les terres fertiles surtout dans les départements de Tansarga, Diapaga et Partiaga. Une migration transfrontalière est constatée dans le département de Botou [51].

V.4. Données économiques

L'économie est essentiellement rurale, de type traditionnel et de subsistance. Elle est basée sur l'agriculture, l'élevage, la pêche et le commerce. Sur le plan agricole, les principales cultures vivrières sont le sorgho, le mil et le maïs. Les activités maraîchères sont peu développées malgré l'existence de points d'eau propices à ces activités.

Les principales cultures de rente sont : le coton, le niébé, l'arachide, le sésame, la banane, la patate douce et la pomme de terre.

Une usine d'égrainage de coton est implantée à Diapaga. Le commerce moderne est peu développé. Toutefois, il existe d'importants marchés à bétail (Nadiaboanli, Kantchari, Diapaga, Botou, Nampoanli) et des marchés villageois très actifs qui ont une périodicité d'une semaine.

L'élevage est assez développé avec comme conséquence une intense transhumance de part et d'autres des frontières.

La principale voie de communication permanente praticable, reliant la province au reste du pays est la route Nationale N°4. Le réseau routier interne, constitué principalement de pistes rurales, est défectueux et surtout impraticable en saison pluvieuse.

Le tourisme est assez développé avec comme zones d'attraction le parc W et le parc d'Arly qui regorgent une faune et une flore variées. La chasse sportive et le tourisme de vision constituent les principales activités touristiques. Les infrastructures d'accueil sont représentées par les campements implantés dans les différentes zones de chasse. Il existe des auberges et deux hôtels à Diapaga.

L'artisanat est fortement informel et est constitué de l'artisanat d'art utilitaire (poterie, tissage, forge, sculpture etc.).

La région de l'Est a un niveau de pauvreté de 67,7% et celle de la province de la Tapoa est de 73,3% [51].

V.5. Données socioculturelles

V.5.1. Scolarisation

La province de la Tapoa compte 234 écoles primaires classiques, 36 écoles primaires satellites, et 14 établissements secondaires. Le taux de scolarisation reste faible dans la province. Il est de 53,6% (dont 56,3% chez les garçons et 50,8% chez les filles). Le taux d'alphabétisation est de 21,7%. Le nombre de centres d'alphabétisation est de 305 [51].

V.5.2. Ethnie

Les principales ethnies sont : les Gourmantchés, les Peulh, les Djerma, les Mossés et les Haoussa [51].

V.5.3. Rites, coutumes et interdits

La pratique de la circoncision se fait de façon traditionnelle dans les villages et le plus souvent dans des conditions septiques. La pratique de l'excision, bien qu'elle ne soit pas répandue existe toujours dans la province surtout dans sa partie nord. Il existe des tabous alimentaires (œufs) pour les femmes enceintes et les enfants. Certaines pratiques culturelles obligent les enfants à ne pas sortir de la cour avant l'âge de trois ans, ce qui entraîne une sous-utilisation des services de santé.

La médecine traditionnelle et la géomancie sont des pratiques courantes dans la province, ceci expliquerait entre autres le faible taux de fréquentation et les retards à la consultation enregistrés dans les formations sanitaires.

Il existe une association provinciale des tradipraticiens de santé mise en place grâce à l'appui de l'équipe cadre du district sanitaire de Diapaga. Elle se réunit une fois par

semestre avec l'équipe cadre du district. Cette association œuvre à renforcer la collaboration entre les tradipraticiens de santé et les structures de soins du district [51].

V.5.4. Religion

Sur le plan religieux, on a une majorité d'animistes auxquels s'ajoutent des musulmans et des chrétiens. L'art divinatoire (géomancie) régit la vie quotidienne des individus [51].

V.6. Données sanitaires

V.6.1. Hygiène et assainissement

L'hygiène et l'assainissement demeurent une préoccupation dans la province de la Tapoa. Seule la commune urbaine de Diapaga dispose d'un système d'évacuation des eaux usées et des déchets des ménages. La grande majorité des ménages ne disposent pas de latrines. Selon une enquête « Comportements, aptitudes, pratiques santé, hygiène et nutrition » menée en Mars 2011 par l'ONG Action contre la faim (ACF) dans la province de la Tapoa, seules 10,5% de ménages possèdent des latrines. Pour 11,2% des ménages, le lieu d'aisance est la latrine, pour les 88,8% restants, c'est à l'air libre. Toujours selon la même enquête, moins de la moitié des ménages lavent au savon leurs ustensiles de cuisine avant de les utiliser et 40,1% ne le font jamais. Seules 16,4% des femmes enquêtées déclaraient laver leurs mains au savon avant la consommation des repas. Ce qui justifie la fréquence des pathologies liées à l'hygiène dans le district. Au cours des trois (03) années précédentes, le district n'a pas connu d'épidémie de choléra [51].

V.6.2. Morbidité générale

Sur le plan épidémiologique, le paludisme demeure la principale cause de morbidité en 2012, avec 206621 cas, soit 54,77% des 10 principales pathologies observées. Les infections respiratoires aiguës (IRA) suivent avec 97 966 cas soit 25,97%. Les autres affections fréquemment rencontrées sont : les maladies diarrhéiques (25 733 cas soit 6,82%) et les parasitoses intestinales (18 651 cas soit 4,94%).

La lutte contre l'infection à VIH/sida fait l'objet de préoccupation particulière dans le district sanitaire de la province. Le nombre de nouveaux cas enrôlés en 2012 est de 56.

L'organisation de la prise en charge demeure insuffisante surtout dans le suivi des femmes et des enfants dans le cadre de la prévention de la transmission mère enfant du VIH /Sida (PTME).

Les trois principales causes de morbidité dans le district sont le paludisme, les affections respiratoires et les maladies diarrhéiques. Au cours de l'année 2012, la malnutrition aiguë figurait parmi les 10 principales pathologies [51].

V.6.3. Organisation de la prise en charge de la santé mentale

V.6.3.1. Les maladies mentales rencontrées dans la province de la Tapoa

Au district de Diapaga, on dénombrait en 2013 au titre des consultations externes 52 cas de troubles mentaux dont 06 cas chez des sujets de moins de 14 ans, 31 adultes de sexe masculin et 15 de sexe féminin. 01 seul cas de psychose gravidique, 19 cas d'états psychotiques dont 01 cas chez un sujet de moins de 14 ans ; 12 cas chez des adultes masculins et 06 cas chez des adultes féminins ont été enregistrés. Ont été reçus également 02 cas de dépressions et 02 cas de schizophrénies. [36]

V.6.3.2. Ressources sanitaires et humaines

▪ Ressources matérielles :

La plupart des formations sanitaires publiques sont construites en matériaux définitifs et respectent les normes en infrastructures. Au total le district compte un (01) CMA et trente et une (31) formations sanitaires périphériques avec l'ouverture du CSPS de Sakoani et de Pori en Janvier 2013. Parmi ces 31 CSPS, on dénombre deux privés confessionnels à Mahadaga et à Kantchari. Ce qui a réduit le rayon moyen d'action de 12,75 à 12,53 Km. Ce rayon moyen d'action est l'un des plus élevés de la région et très loin de la moyenne nationale qui est autour de 7 Km. En effet environ 47,13% de la population est située à plus de 10Km d'une formation sanitaire. Cette faible couverture est plus accentuée dans les communes de Kantchari et de Botou [51].

▪ Ressources humaines :

Il a fallu attendre 2013, pour que la province reçoive un attaché en santé mentale. Il n'y a pas de psychiatre, ni de psychologue exerçant dans la province.

Il n'y a pas véritablement de service de santé mentale dans le CMA de Diapaga.

Avant 2013, les malades étaient évacués à Fada N'gourma ou à Ouagadougou quand les compétences sur places étaient dépassées pour leur meilleure prise en charge. D'ailleurs, même à Fada N'gourma il n'y a pas de médecins psychiatres.

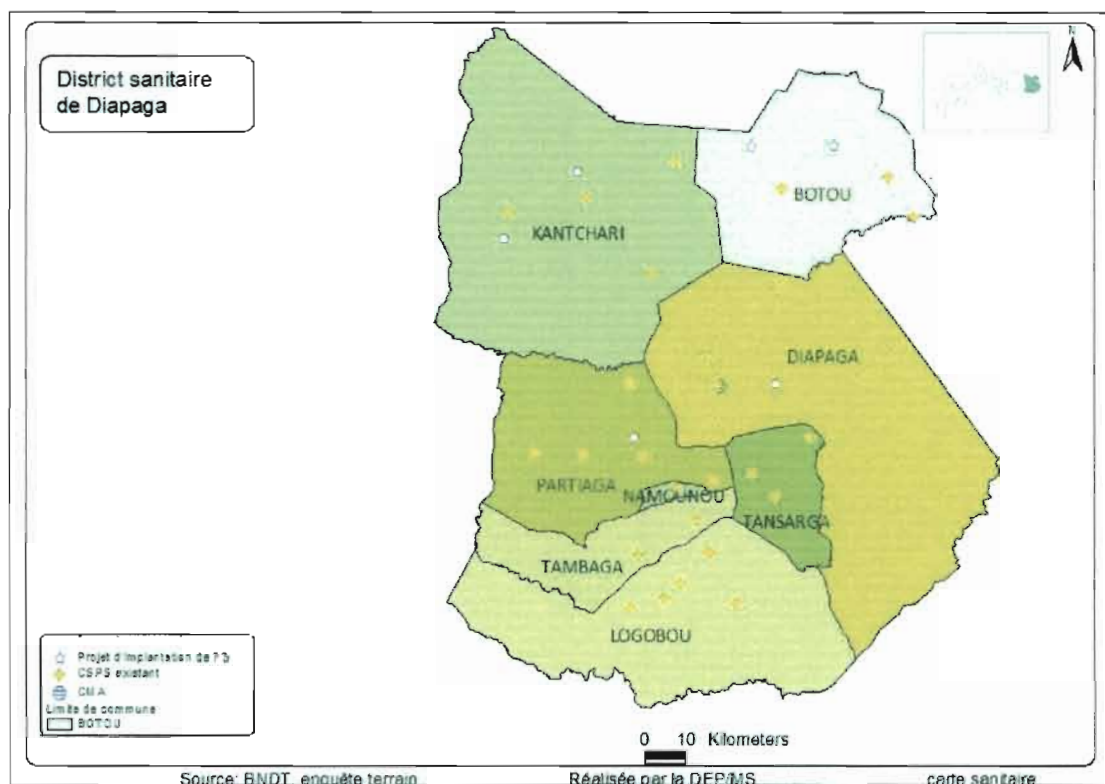


Figure 1 : Carte de la province de la Tapoa et du district sanitaire de Diapaga

VIII.7.1. Mode de paiement des soins traditionnels des maladies mentales chez le tradipraticien

Le paiement se fait en nature et /ou en espèce. La figure 5 indique la répartition des modes de paiement chez le tradipraticien.

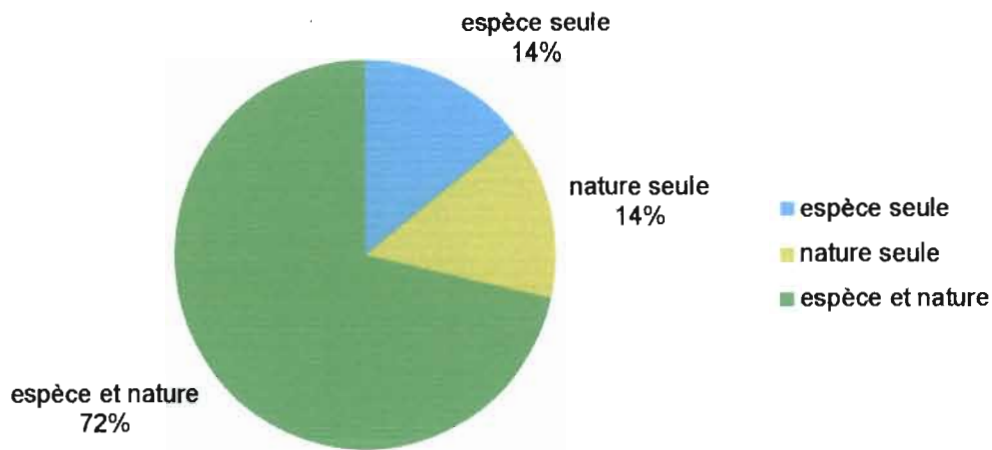


Figure 5 : *Modes de paiement des soins chez le tradipraticien*

Le paiement en nature se fait par :

- Des animaux : volaille ou petits ruminants.
- Des vivres et condiments : soubala, farines, sel, mil, maïs...

VIII.7.2. Moment du paiement des soins

Le paiement se faisait au début, en cours ou à la fin du traitement. Très souvent, il se faisait à la fois, à ces trois moments de la prise en charge.

VIII.7.3. Frais déboursés par les patients pour les soins

Pour la prise en charge des 14 patients enquêtés, le coût médian évalué en monnaie était de 37500 FCFA, avec un minimum de 15000 FCFA et un maximum de 58000 FCFA.

Le coût journalier moyen a été estimé à 749,84 FCFA.

METHODOLOGIE

VI. Méthodologie

VI.1. Type d'étude et période d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive. L'étude a combiné à la fois une approche quantitative et qualitative, portant sur les malades mentaux, leurs familles et sur les tradipraticiens.

La période de collecte des données s'est étendue du 15 mai au 15 juin 2014.

VI.2. Population d'étude

L'enquête a concerné :

- Un tradipraticien : il s'agissait d'un tradipraticien résident à la Tapoa, village situé à 4 Km de Diapaga. Il est spécialisé dans la prise en charge des maladies mentales.
- Les patients : constitués par toutes les personnes ayant eu recours aux soins du tradipraticien pour maladie mentale quel que soit leur résidence, leur âge et leur sexe au cours de la période d'étude. Il n'y a pas eu de critères de non inclusion.
- Les accompagnateurs des patients, membres ou non de la famille du patient : il s'agissait des principales personnes responsables de la prise en charge sociale du patient.

VI.3. Echantillon et Echantillonnage

Le choix du tradipraticien a été raisonné.

Les critères de raisonnement dans le choix du tradipraticien ont été :

- La notoriété et la popularité du tradipraticien dans la prise en charge des maladies mentales dans la région. En fait, il a hérité cette notoriété de son père qui était connue au-delà de la région et du pays. Il nous a même été recommandé par les autorités sanitaires.
- Sa spécialisation dans le traitement des maladies mentales.
- Sa disponibilité et son ouverture à collaborer avec nous.

Tous les patients en cours de traitement par le tradipraticien au moment de l'enquête ont été inclus. Au total, 14 patients ont été enquêtés.

Les membres des familles responsables de l'assistance du malade pour son traitement ont été enquêtés en même temps que le malade quand les réponses de ce dernier n'étaient pas fiables du fait de la maladie.

VI.4. Description des variables étudiées

Les variables suivantes ont été étudiées :

VI.4.1. Au niveau tradipraticien

- Les caractéristiques socio-professionnelles du tradipraticien : âge, statut matrimonial, profession, résidence, etc...
- L'historique du pouvoir de soin du tradipraticien
- La perception du tradipraticien sur la maladie mentale : définition, étiopathogénie, manifestations, etc...
- La démarche et les outils de diagnostic : étapes de l'examen, outils de l'examen, examens complémentaires, etc...
- La démarche et outils de soins : plantes, préparations, incantations, rites, parties d'animaux, psychothérapie, etc...)
- Les résultats de la prise en charge : évolution clinique, réinsertion socio-professionnelle, suivi, etc...
- Liens avec le système de soins modernes : reconnaissance administrative, système de référence.
- Le paiement des soins : coûts, mode et nature de paiement, moment du paiement.

VI.4.2. Au niveau des patients et de leur famille

- Les caractéristiques sociodémographiques : âge, sexe, ethnie, résidence, profession, statut matrimonial.
- Les motifs de consultation : signes cliniques ayant conduit à la consultation.
- La symptomatologie : signes cliniques et éventuellement paracliniques.
- Itinéraires thérapeutiques : antécédents, recours antérieur et postérieur à celui du tradipraticien.
- Les résultats des soins : évolution clinique, réinsertion socio-familiale et professionnelle.

- Les contraintes et défis
- coûts du traitement : coûts des soins, nature du paiement, moment du paiement etc...

VI.5. Collecte des données

VI.5.1. Techniques de collecte des données

Les données ont été collectées par entretien individuel avec le tradipraticien, les patients et/ou leurs familles. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Les données ont également été collectées par observation de la procédure diagnostique et thérapeutique, et par cueillette, photographie et stockage des plantes utilisées dans un herbier.

VI.5.2. Outils de collecte des données

Des interviews ont été réalisées à l'aide :

- d'un guide d'entretien individuel approfondi qui a été administré au tradipraticien.
- d'un questionnaire standardisé pour les patients et/ou leur famille.

Des observations de la démarche diagnostique et des méthodes thérapeutiques ont été réalisées à l'aide des outils suivants :

- Une grille d'observation pour le diagnostic
- Une grille d'observation de la cueillette des plantes thérapeutiques avec des photographies de ces plantes. Des parties de ces plantes ont été stocké dans un herbier.
- Une grille d'observation de la préparation et de l'administration du traitement.

VI.5.3. Méthodes de collecte des données

Les entretiens, les observations du tradipraticien ont été réalisés au domicile du tradipraticien à partir d'un endroit discret.

Une explication générale sur notre étude a été donnée, puis un consentement obtenu.

L'entretien avec les patients et leur famille a été mené chez le tradipraticien si le patient s'y trouvait. Des rendez-vous ont été pris avec les autres patients dans leur village respectif où les entretiens ont été menés à leur domicile. Ces rendez-vous étaient pris la veille en appelant les patients ou des membres de leur famille au téléphone. Ces numéros

ont été obtenus auprès du tradipraticien qui tient un registre des contacts téléphoniques des patients.

L'observation du procédé diagnostic s'est fait discrètement, à l'écart du tradipraticien et des patients. Il s'est agi d'une observation non dissimulée, non participative.

Nous avons accompagné le tradipraticien dans le bas-fond de la Tapoa pour une cueillette des plantes qu'il utilise. Il s'agit du bas-fond du fleuve Tapoa qui donne son nom au village et à la province. Ce fut l'occasion de photographier ces plantes et renseigner notre grille d'observation préétablie. Nous avons également apporté des échantillons de différentes parties des plantes. Ces échantillons ont été séchés puis passés entre les plateaux d'une presse. Ils ont alors été collés dans un herbier.

VI.6. Analyse des données

Les données quantitatives ont été saisies sur un microordinateur. Le logiciel R et Microsoft Office 2010 ont été utilisés pour le calcul des paramètres descriptifs et le tracé des graphiques.

Les données qualitatives ont été analysées en réalisant la synthèse des informations collectées afin de dégager une analyse cohérente des différents aspects de la prise en charge des patients.

CONSIDERATIONS ETHIQUES

VII. Considérations éthiques

Une autorisation a été obtenue auprès des autorités administratives de la localité (Mairie de la ville de Diapaga) pour la conduite de cette étude. Une notice d'information a été adressée à la direction régionale de la santé de l'Est. Le consentement éclairé du tradipraticien a été obtenu avant le début de l'enquête.

Le consentement éclairé des patients et/ou de leur famille avant l'administration des questionnaires a été obtenu. Toutes les données recueillies ont été traitées de manière confidentielle. Les questionnaires administrés étaient anonymes.

Durant l'enquête, des mesures ont été prises pour minimiser le risque de causer des torts moraux ou émotifs. Nous nous sommes notamment abstenu de :

- Violent certaines valeurs culturelles, traditions ou tabous.
- Administrer les questionnaires en présence d'intrus.

Nous avons été tenus au secret médical.

RESULTATS

VIII. Résultats

VIII.1. Profil du tradipraticien enquêté

Le tradipraticien est un adulte jeune de sexe masculin, âgé de 32 ans au moment de l'enquête. Il est marié, monogame et père de 02 enfants. Il est spécialisé dans la prise en charge des maladies mentales. En plus de cette activité principale, il est cultivateur. Il résiderait depuis sa naissance dans le village de Tapoa.

Le tradipraticien aurait acquis ses connaissances par apprentissage auprès de son père durant une période de 10 ans. Il dit avoir une expérience professionnelle de 10 ans. Il aurait débuté son apprentissage dès l'âge de 12 ans, et serait rentré en activité à l'âge de 22 ans après le décès de son père.

VIII.2. Caractéristiques socio-économiques et démographiques des patients enquêtés

Les caractéristiques socio-économiques sont étudiées par l'âge, le sexe, le statut matrimonial, la profession, la résidence, et l'ethnie des patients.

VIII.2.1. Ages des patients consultant le tradipraticien pour maladies mentales

L'âge médian était de 25,5 ans avec des extrêmes de 20 et 40 ans.

Sur les 14 patients enquêtés, 7 avaient un âge compris entre 20 et 25 ans ; 3 étaient de la tranche d'âge de 26 à 30 ans et l'âge des 4 derniers patients était compris entre 35 et 40 ans.

VIII.2.2. Sexe des patients consultant le tradipraticien pour maladies mentales

Sur les 14 patients enquêtés, 50% étaient des hommes, l'autre moitié était constituée de femmes.

VIII.2.3. Profession des patients consultant le tradipraticien pour maladies mentales

Sur le plan de l'activité professionnelle, des 14 patients souffrant de maladie mentale et pris en charge par le tradipraticien, les 7 personnes de sexe féminin étaient toutes des ménagères accomplissant des activités domestiques. Les 7 hommes comptaient 03 cultivateurs, 2 élèves, 1 éleveur et 1 menuisier.

VIII.2.4. Lieu de résidence des patients consultant chez le tradipraticien pour maladie mentale

Le lieu de résidence des patients est résumé dans la figure II, la majorité des patients (11/14) résidait dans la même province que le tradipraticien.

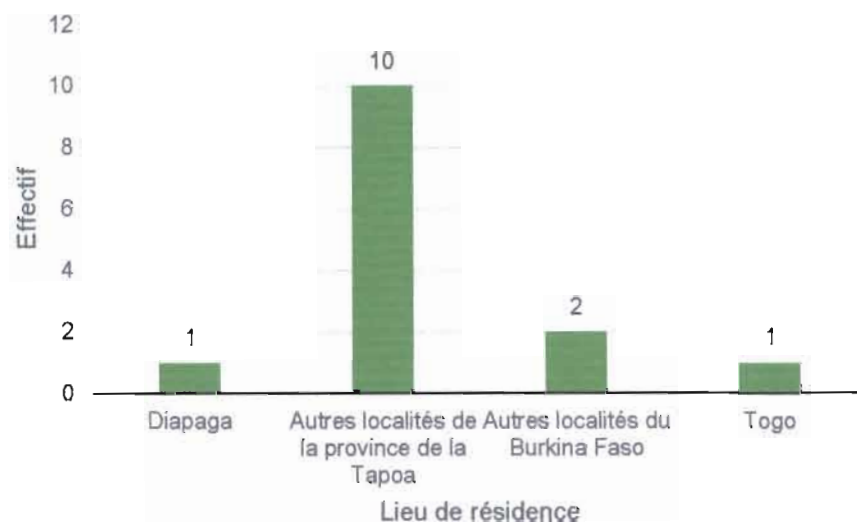


Figure 2 : Répartition des patients selon la résidence

VIII.2.5. Ethnie des patients consultant le tradipraticien pour maladies mentales

Les peulhs et les gourmantchés étaient les plus nombreux avec respectivement 6 et 5 patients. On dénombrait également 2 germas et 1 mossi.

VIII.2.6. Statut matrimonial des patients consultant le tradithérapeutes pour maladies mentales

Concernant leur statut matrimonial, 13 patients étaient en union, un seul patient était célibataire.

VIII.3. Perception des maladies mentales en médecine traditionnelle

Cette perception des maladies mentales par le tradipraticien a été étudiée par la conception sur la bonne santé mentale et sur la maladie mentale, ainsi que sur les étiologies, les nosographies et les signes des maladies mentales.

VIII.3.1. Conception de la bonne santé mentale

Selon le tradipraticien, la bonne santé mentale comprendrait deux dimensions : sociale et psychologique.

La dimension sociale, regroupe les critères suivants :

- La capacité d'établir des rapports avec les autres, de participer à des causeries de groupe ;
- La capacité de travailler, et d'être productif dans son travail.

La dimension psychologique, elle est faite de la cohérence du raisonnement, des paroles et actes dont le travail.

VIII.3.2. Conception de la maladie mentale

Selon le tradipraticien, la maladie mentale affecterait trois dimensions : sociale, comportementale et psychologique.

- La dimension sociale : il s'agit du retrait social, de l'arrêt du travail
- La dimension comportementale : il s'agit d'un comportement incohérent, avec souvent, la régression du comportement qui devient celui d'un enfant. Il comprend aussi le comportement vestimentaire avec un habillement non soigné, débraillé.
- La dimension psychologique : il s'agit de l'incohérence psychologique, c'est-à-dire l'absence de cohérence dans le raisonnement, le comportement et le travail.

VIII.3.3. Les causes des maladies mentales en médecine traditionnelle

Le tradipraticien a identifié six (06) causes de maladies mentales. Ces 6 causes peuvent être regroupées en trois (03) sources de maladies mentales : physique, comportementale et mystique.

- En ce qui concerne les sources physiques de maladies mentales, la seule cause évoquée a été « l'hémorroïde » qui regroupe les pathologies de la sphère anorectale, comportant les hémorroïdes proprement dits, les fissures anales, la constipation,...
- La cause comportementale de maladies mentales serait la consommation de substances psychoactives. Ces substances psychoactives sont essentiellement le cannabis, la "dissolution" chimique utilisée par les vulcanisateurs et les médicaments de la rue.

- Les sources mystiques seraient les plus nombreuses.
 - ✓ Les sorts : il s'agit de mauvais sort jeté par une tierce personne ou un(e) sorcier(e) pour nuire à la personne.
 - ✓ La sorcellerie : anthropophagique, les sorcières “mangeraient” l'âme de leur victimes.
 - ✓ Effets pervers des fétiches, des gris-gris et talismans : il s'agit de ceux dont le patient ne peut supporter les effets de par sa faiblesse d'esprit, son immaturité ou dont il n'a pas respecté les prescriptions (contre-indications). Par exemple, on peut formellement lui interdire de se retourner après avoir réalisé un fétiche, en pleine forêt et dans la nuit quel que soit les bruits effrayants qu'il pourrait entendre. S'il le fait, il peut voir des esprits qui lui feront “perdre la tête” et qui le persécuteront.
 - ✓ Les génies : qui peuvent hanter le patient.

VIII.3.4. Nosographie des maladies mentales

Selon le tradipraticien, il existerait 5 groupes nosologiques de maladies mentales. Il n'existe pas de noms pour ces groupes de pathologies, ils sont décrits en termes, expressions symptomatologiques et comportementales.

- La maladie caractérisée par une alternance de rires et de pleures incohérents, contradictoires.
- La maladie caractérisée par des comportements incohérents, incompris et bizarres.
- La maladie caractérisée par la violence, et les agressions d'autrui.
- La maladie caractérisée par des fuites et fugues soudaines.
- La maladie caractérisée par une hyperactivité avec marches et chants sans arrêt toute la journée.

VIII.3.5. Manifestations cliniques des maladies mentales

Les signes des maladies mentales que rencontre le tradipraticien enquêté dépendent de l'étiologie :

- Les maladies mentales causées par les génies : elles se manifestent par un gaspillage d'argent, changement continu de vêtements, parfois le malade se promène nu, peut être violent. Il ignorerait son état morbide.
- « Les hémorroïdes » : elles se manifestent par une alternance de paroles incohérentes et lucides, parfois le patient peut être violent. Le patient serait conscient de son état morbide.
- La sorcellerie : la maladie mentale due à la sorcellerie se manifesterait essentiellement par "un délire de persécution", des hallucinations. En effet, le malade "voit" les sorciers ou sorcières qui cherchent à "manger" son âme, il est poursuivi et chassé par ceux-ci, alors qu'il est seul à les "voir". Cette symptomatologie serait associée à un refus de s'alimenter et à un amaigrissement. Il n'existerait pas de violence, et de pleurs. Le malade serait conscient de son état morbide.
- Les substances psychoactives : quand la maladie mentale est due aux substances psychoactives, elle est responsable d'une grande violence, au maximum on a une furie. Ici, le patient serait toujours joyeux, de bonne humeur, ses paroles seraient incohérentes. Il ignorerait son état morbide.
- Les sorts : dans ce cas, le sujet prendrait du poids, deviendrait violent. On note également une perte de la pudeur, un repli social et une errance du patient.
- Fétiches : cette maladie mentale se manifesterait essentiellement par des fugues. Le malade serait cohérent dans ses paroles, il est très anxieux, comme si quelque chose de grave allait lui arriver. Il présenterait aussi des "délires de persécution", il serait persécuté par les fétiches ou gris-gris.

Les conséquences ou complications de ces maladies mentales selon le tradipraticien seraient les suivantes : décès, perte de sociabilité et dysfonction érectile.

VIII.4. Signes cliniques présentés par les malades qui consultent chez le tradipraticien

VIII.4.1. Les motifs de consultations auprès du tradipraticien

Il s'agit des signes ayant motivés le recours au tradipraticien pour les patients sous soins au moment de l'enquête.

Le motif de consultation le plus rencontré était le délire, présent chez 10 patients (71,43%).

On retrouvait ensuite le repli social, il était présent chez 64,28%.

Les hallucinations étaient présentes chez 64,28%.

La bizarrerie du comportement a été retrouvée chez 57,14%.

Le refus de s'alimenter était présent chez la moitié de la population d'étude.

Seuls 4 (28,57%) patients étaient agités.

A ces signes, étaient fréquemment associés d'autres signes (11 cas sur 14). Ces autres signes étaient : les barrages, la désorientation spatio-temporelle, la manie, le refroidissement des extrémités; les rires immotivés, l'amaigrissement; l'impotence fonctionnelle relative du membre inférieur gauche, les précordialgies et les céphalées et une des patientes était à 10 jours du post-partum.

La figure 3 rapporte les effectifs de ces différents signes ayant motivés la consultation chez le tradipraticien.

Le tableau II donne la combinaison des différents motifs de consultation chez l'ensemble des 14 patients.

On observe que 09 patients sur les 14 ont présenté à la fois 04 des 09 signes évoqués.

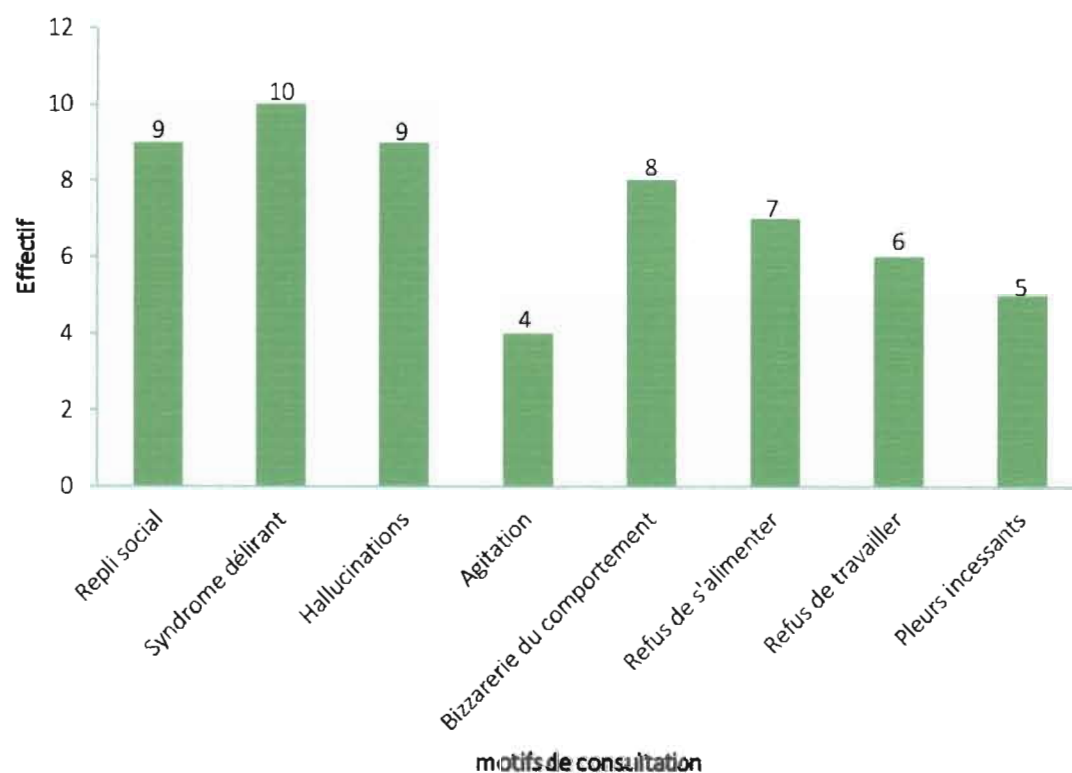


Figure 3 : *Fréquence des principaux motifs de consultation chez le tradipraticien :*

Tableau II: *Combinaison motifs de consultation des 14 patients*

No patients	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Repli social	+	+	+	-	+	-	+	+	-	+	-	-	+	+
Délires	+	+	+	+	-	+	-	+	+	-	+	+	-	+
Hallucinations	+	-	-	+	+	+	+	+	+	-	-	+	-	+
Agitations	+	-	-	+	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-
Bizarreries du comportement	-	-	+	+	+	+	-	+	-	-	+	+	-	+
Refus de s'alimenter	-	-	-	+	-	+	+	-	+	+	+	-	+	-
Refus de travailler	-	-	-	+	+	+	-	+	-	-	-	+	-	+
Pleurs incessants	-	-	-	+	-	+	-	-	+	-	+	-	+	-

VIII.4.2. Les signes cliniques à l'admission en séjour thérapeutique chez le tradipraticien

VIII.4.2.1. Les signes psychiatriques à l'admission en séjour thérapeutique chez le tradipraticien

Les signes psychiatriques les plus rencontrés étaient le délire, les hallucinations et le manque d'hygiène de la tenue vestimentaire, tous présents chez 9 patients (64.28%). Par contre le signe le moins rencontré était la perturbation de l'humeur présente chez 2 patients dont 1 à humeur exaltée et le second à humeur dépressive. Les autres signes sont détaillés dans la figure IV suivante :

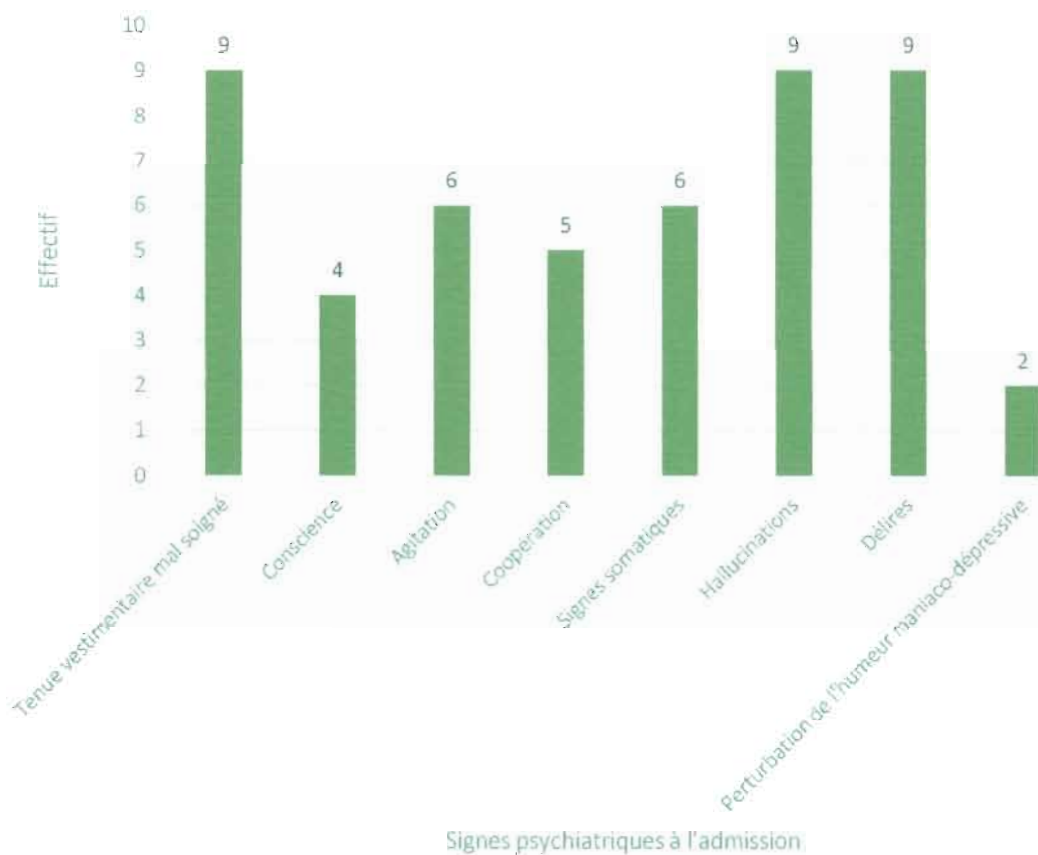


Figure 4 : *Fréquence des signes psychiatriques à l'admission en séjour thérapeutique*

VIII.4.2.2. Signes somatiques associés à l'admission en séjour thérapeutique

A l'entrée en séjour thérapeutique, 3 patients présentaient une fièvre, cette fièvre était appréciée par le tradipraticien au toucher et rapportée comme plainte par le patient.

Un patient se plaignait de douleur abdominale, confirmée par la palpation abdominale douloureuse.

Nous avons recensé 2 cas d'amaigrissement à l'observation, 1 cas de constipation selon les patients eux même.

Un cas de refroidissement des extrémités confirmé par la palpation du tradipraticien et 1 cas d'impotence fonctionnelle relative du membre pelvien gauche.

VIII.5. Démarche diagnostique et méthodes thérapeutiques utilisées par le tradipraticien dans la prise en charge des maladies mentales

VIII.5.1. Démarche diagnostique du tradithérapeute dans la prise en charge des maladies mentales

VIII.5.1.1. Procédé mystique utilisé par le tradipraticien

Le tradipraticien a déclaré ne pas utiliser de procédés mystiques de type géomancie pour le diagnostic.

VIII.5.1.2. Les étapes de l'examen réalisé par le tradipraticien

- L'examen commence par un interrogatoire systématique.

Le tradipraticien recherche les signes de début, les circonstances de survenue et les signes fonctionnels et généraux dominants. Il interroge le patient et sa famille. Quand le patient est agité, il l'immobilise avec par ligotage.

L'interrogatoire se fait dans la chambre "d'hospitalisation". Les chambres d'hospitalisation sont au nombre de deux, une chambre pour les hommes et l'autre pour les femmes.

- L'interrogatoire est suivi par un examen physique qui est moins systématique.

Au cours de l'enquête, nous avons observé cette étape une seule fois.

Le tradipraticien ne dispose pas de matériel médical d'examen de type thermomètre, tensiomètre, ou marteau à réflexe. Il ne dispose pas non plus de table d'examen ou tout

autre matériel d'examen moderne. Il n'utilise aucun autre objet pour l'examen (corne, bâton,...)

Il effectue lors de l'examen physique, une palpation abdominale quand il s'agit de maladie mentale en rapport avec des hémorroïdes, une palpation thoracique à la recherche d'une accélération du rythme cardiaque (tachycardie) et un examen des yeux à la recherche d'une hyperhémie conjonctivale, de larmoiements. Il effectue également une palpation de la plante des pieds à la recherche de froideur des extrémités.

L'examen physique se fait dans la chambre d'hospitalisation. Le tradipraticien est assis face au patient.

- Il n'a pas de recours à des examens complémentaires pour confirmer son diagnostic.

VIII.5.2. Les méthodes thérapeutiques utilisées par le tradithérapeute dans la prise en charge des maladies mentales

VIII.5.2.1. Buts du traitement selon le tradipraticien

Le traitement du tradipraticien vise les deux (2) buts suivants selon ces affirmations :

- Amender les symptômes;
- Obtenir une réinsertion sociale et familiale

VIII.5.2.2. Moyens thérapeutiques utilisés par le tradipraticien

Pour soigner, le tradipraticien utilise les moyens suivants :

- ✓ Des parties de plantes,
- ✓ La flagellation thérapeutique,
- ✓ La causerie de groupe,
- ✓ L'ergothérapie,
- ✓ Des remèdes à partir de parties d'animaux,
- ✓ Des médicaments modernes (Diazépam comprimé)
- ✓ Le ligotage,
- ✓ Le rasage,
- ✓ La toilette suivie de procédés mystiques

La plus part de ces moyens sont utilisés systématiquement à l'exception du rasage et de la toilette suivie de procédés mystiques.

VIII.5.2.2.1. Phytothérapie utilisée par le tradipraticien

VIII.5.2.2.1.1. Recensement des plantes utilisées

Tableau III : Noms vernaculaires gourmantchés et scientifiques et parties des plantes utilisées par le tradipraticien pour le traitement des maladies mentales

No iconographie	Nom vernaculaire gourmantché	Nom scientifique	Parties utilisées
01	<i>Likankamoanli</i>	<i>Ficus platyphylla</i>	Feuilles : 3 feuilles si homme et 4 feuilles si femme
02	<i>Okankanluonkagu</i>	<i>Ficus sur</i>	Feuilles et écorces
03	<i>Kupulinpugu</i>	<i>Calotropis procera</i>	Feuilles : 3 feuilles si homme et 4 feuilles si femme
04	<i>Lipolibooanli</i>	<i>Boscia angustifolia</i>	Ecorces
05	<i>Bukogibu</i>	<i>Khaya senegalensis</i>	Feuilles
06	<i>Kunaalianliangu</i>	<i>Leptadenia hastata</i>	Feuilles
07	<i>Budubu</i>	<i>Parkia biglobosa</i>	Feuilles
08	<i>Litontolimoacili</i>	<i>Vetiveria nigriflora</i>	Feuilles
09	<i>Bufoobonbu</i>	<i>Bombax costatum</i>	Ecorces et feuilles tombées d'elles-mêmes
10	<i>Bufoomonbu</i>	<i>Sterculia setigera</i>	Ecorces et feuilles tombées d'elles-mêmes

Nous avons recensé 10 plantes utilisées par le tradipraticien pour la prise en charge des maladies mentales.

Les photographies des plantes sont indiquées dans les iconographies.

Les feuilles et /ou écorces de *Ficus platyphylla*, *Ficus sur*, *Calotropis procera*, *Khaya senegalensis*, *Leptadenia hastata*, *Parkia biglobosa*, *Vetiveria nigriflora*, *Bombax costatum* et de *Sterculia setigera* sont bouillies dans la même marmite en argile. Cette décoction obtenue est conservée une semaine. Elle est administrée par voie orale et en bain.

Les écorces de *Boscia angustifolia*, sont séchées. Une fois séchées, elles sont pilées avec *Allium sativum* (ail). Le mélange est séché. La poudre obtenue après séchage est mélangé à du parfum (il s'agit d'un parfum très populaire dans la région, dont le nom est **BINT EL SOUDAN**). Le mélange obtenu est de nouveau séché puis filtré à l'aide d'un tamis à petites mailles. On obtient une poudre et des grumeaux.

La poudre est dissoute dans de l'eau, le mélange obtenu est bu par le malade jusqu'au fond du récipient. Le résidu qui reste est utilisée comme pommade.

Les grumeaux sont placés dans de la braise, la fumée dégagée doit être inhalée par le patient (fumigation).

VIII.5.2.2.1.2. Technique de cueillette des parties de plantes

La cueillette se fait les matins, de bonne heure aux environs de 06h30 minutes.

Il n'y a pas de procédé mystique en préalable. Le matériel de collecte du tradipraticien est composé d'un couteau, d'un sac et de ses mains. Avant de prélever des parties d'une plante, il fait une invocation pour demander la permission de la plante, et demander à Dieu de guérir ses patients.

Les prélèvements ne se font pas le soir, ni la nuit.

VIII.5.2.2.1.3. Indications et contre-indications de la phytothérapie du tradipraticien

Toutes ces plantes sont indiquées dans tous les états psychiatriques.

A l'exception de **Bombax costatum** et **Sterculia setigera** qui sont spécifiquement indiqués dans les agitations psychomotrices et les hallucinations marquées. Ces deux plantes sont contre-indiquées chez les patients déprimés. Il n'y aurait pas d'autres contre-indications selon le tradipraticien.

VIII.5.2.2.1.4. Voies d'administration et formes galéniques des phytomédicaments

- Formes galéniques des phytomédicaments

Les formes galéniques des phytomédicaments sont des décoctions, des poudres et des pommades.

- Voies d'administration des phytomédicaments

Au cours de notre enquête, nous avons observé quatre voies d'administration des médicaments issus de la phytothérapie utilisée par le tradipraticien. Il s'agit de la voie orale, de la fumigation, des bains, et application cutanée.

Dans certaines indications, le bain avec *Bombax costatum* et *Sterculia setigera* est particulier. La décoction est versée dans un panier poreux, placé sur la tête du malade. Les autres voies d'administration utilisées dans la médecine moderne n'ont pas été retrouvées, notamment la voie veineuse et rectale.

VIII.5.2.2.1.5. Posologies des phytomédicaments

Toutes ces préparations thérapeutiques sont administrées aux mêmes posologies. Il s'agit d'une calebassée de la décoction en trois prises matin, midi et soir. Le bain est pris matin et soir. La fumigation est faite avant les bains et la pommade appliquée sur tout le corps après ces bains.

VIII.5.2.2.1.6. Durée du traitement à base de phytomédicaments

La durée théorique des traitements, selon le tradipraticien, quel que soit le type de maladie mentale, varie entre 07 jours et 40 jours au maximum.

Tous les patients observés ont bénéficié de la phytothérapie au cours de leur prise en charge.

VIII.5.2.2.2. Flagellation thérapeutique utilisée par le tradipraticien

La flagellation thérapeutique est utilisée pour, selon le tradipraticien, se faire craindre et obtenir obéissance des patients. Il pense qu'elle lui permet de s'ériger en maître et d'obtenir la coopération thérapeutique du patient.

Le fouet utilisé est une croix usée de motocyclette pour les patients masculins et une branche d'arbre pour les femmes.

Le tradipraticien fouette le dos et les fesses, jamais la poitrine et le ventre.

Le nombre de coups donnés est variable, jusqu'à obtention d'obéissance.

Il a recours à la flagellation thérapeutique dans les cas de refus de traitement, de comportements enfantins ou incohérents.

La flagellation thérapeutique n'aurait pas de vertu thérapeutique directe nous a affirmé le tradipraticien.

Dans notre étude, 10 patients sur 14 (71,42857%) ont subi de la flagellation thérapeutique.

VIII.5.2.2.3. Séances de causerie de groupe dans le traitement du tradipraticien

Le tradipraticien anime des causeries de groupe à visée curative de façon quotidienne.

Les thèmes portent sur :

- ✓ Des conseils sur la vie
- ✓ Explications sur la maladie

Le but de cette psychothérapie de groupe serait de prodiguer des conseils et d'amener les patients à se confier, à s'exprimer.

Tous les patients ont bénéficié de la causerie de groupe.

VIII.5.2.2.4. Ergothérapie dans le traitement des maladies mentales par le tradipraticien

L'ergothérapie est utilisée par le tradipraticien. Elle est pratiquée une à deux fois par semaine.

Son but est de :

- ✓ juger de l'évolution,
- ✓ juger également de la capacité à travailler et
- ✓ éviter que le patient ne s'accoutume à la paresse.

Les domaines de cette ergothérapie sont pour les hommes :

- ✓ L'agriculture,
- ✓ la maçonnerie,
- ✓ la briqueterie.

Pour les femmes, il s'agit d'aider les femmes de la famille du tradipraticien à cuisiner, à faire la lessive et à tenir leur potager. Elles peuvent aussi tresser les têtes les femmes de la cours du tradipraticien.

Tous les patients (100%) ont bénéficié de l'ergothérapie.

VIII.5.2.2.5. Utilisation de partie d'animaux dans le traitement des maladies mentales par le tradipraticien

Le tradipraticien utilise souvent le sang, le foie, et le gésier de volaille et de chèvre. Ces organes sont frits et mélangés aux médicaments à base de plantes.

Ce procédé est utilisé quand la maladie mentale est due à la sorcellerie anthropophagique.

Nous n'avons pas observé cette pratique lors de notre enquête.

VIII.5.2.2.6. Médicaments modernes

Le tradipraticien utilise le DIAZEPAM comprimé 10 mg de façon systématique chez tous ses patients. Ce médicament est payé au centre de santé et de promotion sociale (CSPS) sans ordonnance.

Il n'utilise pas d'autres médicaments modernes.

Au total, 13 patients (92,86%) ont bénéficié de traitement à base de Diazépam comprimé.

VIII.5.2.2.7. Autres moyens thérapeutiques utilisés par le tradipraticien

En plus des moyens précédemment cités, le tradipraticien a souvent recours aux traitements suivant :

- Rasage,
- Toilette du patient suivi de celle d'une chèvre avec l'eau recueillie de la toilette du malade. Le but étant de transférer le sort jeté sur le patient à la chèvre.

Cette méthode est utilisée lorsque la maladie mentale est due à un sort.

Nous n'avons pas observé ce traitement au cours de notre enquête.

- Le ligotage est utilisé si le patient est agité ou fugue. Il est fait avec des chaînes en acier condamnées par un cadenas. Le patient est libéré lorsqu'il devient calme et coopérant.

Au cours de notre enquête, 10 patients sur 14 (71,43%) ont subi le ligotage.

- Le tradipraticien n'utilise pas de cornes, de ventouses pour le traitement.

VIII.5.2.3. Modalités évolutives du traitement traditionnel des maladies mentales chez le tradipraticien

VIII.5.2.3.1. Guérison de la maladie mentale

Le tradipraticien nous a décrit des critères de guérison qui lui permettraient de juger de l'évolution sous son traitement. Il fixe le délai de guérison en fonction de l'étiologie de la maladie mentale.

- Les critères de guérison sont les suivants :
 - ✓ Bon comportement, amendement de la bizarrerie du comportement,
 - ✓ Distinction du bien et du mal, le permis et l'interdit.
 - ✓ Regain de la honte, refus de se promener nu, honte des actes posés lors de la maladie,
 - ✓ Intérêt porté à son conjoint, demande de le/la voir.
 - ✓ Avis positif de la famille sur la cohérence des paroles et des actes.
- La durée moyenne de guérison,
 - ✓ hémorroïdes : 03 à 15 jours ;
 - ✓ sorcellerie : plus de 40 jours ; c'est la durée la plus longue.
 - ✓ génie : en général, inférieure à 40 jours ;
 - ✓ substances psychoactives : 16 jours d'abstention et de cure ;
 - ✓ sorts : 40 jours
 - ✓ fétiches : 01 jour, c'est la durée la plus courte.

VIII.5.2.3.2. Evolution sous traitement selon le tradipraticien

Selon le tradipraticien, il existe deux types d'évolutions possibles. La guérison qui est la règle d'après lui. Mais il existerait des cas d'incurabilité (chronicité). Pour lui, est jugé incurable, tout patient qui consomme ses urines et excréments (coprophagie).

VIII.5.2.4. Résultats cliniques du traitement dans notre étude

VIII.5.2.4.1. Effets du traitement sur la symptomatologie

Sur les 13 patients chez qui, on avait un recul suffisant pour parler d'évolution, 10 patients et leurs familles jugeaient l'évolution favorable, 02 patients trouvaient l'évolution stationnaire tandis que chez 01 patient on avait une aggravation de la symptomatologie.

Dans le groupe qui trouvait l'évolution stationnaire, on ne comptait que des femmes, elles avaient 25 et 21 ans. Le seul cas d'aggravation concernait un jeune homme de 23 ans. Tous les 03 patients chez qui l'évolution n'était pas favorable avaient des hallucinations et 02 déliraient. Chez les 03 patients agités (parmi les 13), l'évolution était favorable chez 02 et chez le dernier on notait le cas d'aggravation du tableau clinique.

Le cas d'aggravation, présentait à la fois, des hallucinations, des délires et une agitation psychomotrice.

VIII.5.2.4. 2. Evolution socioprofessionnelle et familiale après le traitement traditionnel des maladies mentales

- Réinsertion professionnelle

La réinsertion professionnelle a été évaluée par la reprise du travail et l'évolution du rendement. Des 12 patients qui avaient réintégré leur domicile, 8 avaient repris leur travail, dont 7 avaient le même niveau de rendement que celui d'avant la crise; 4 patients n'avaient pas encore repris de travail. Parmi eux, 1 était en incapacité.

Parmi les 4 patients qui n'avaient pas repris le travail, 3 étaient des hommes. Tous les patients qui avaient repris le travail avaient signalé une évolution favorable.

- Réinsertion familiale

La réinsertion familiale a été évaluée par les impressions des patients et de leur famille sur la place que réoccupe le patient dans la famille et les impressions du patient sur sa considération. Des 12 patients qui avaient réintégré leur famille, 8 ont estimé avoir repris leur place dans leur famille alors que 4 patients estimaient qu'ils n'ont pas pu reprendre leur place dans la famille. Les 8 qui avaient repris leur place dans la famille estimaient être considérés de la même manière qu'avant leur maladie par les membres de leur famille et par leur entourage. Pour les 4 autres, les regards sur eux avaient changé, ils n'avaient pas la même considération d'antan. La moitié des patients qui estimaient avoir repris leur place dans leur famille était des hommes. Les patients qui n'avaient pas repris leur travail étaient les mêmes qui estimaient n'avoir pas repris leur place en famille.

VIII.5.2.4.3. Satisfaction des patients sur le traitement

Dans notre population de 14 patients, 9 étaient satisfaits par le traitement qui leur avait été administré, 5 ne l'étaient pas. Parmi ces derniers, on comptait 03 femmes. Des 5 mécontents, 3 avaient été flagellés et ligotés.

Les patients qui étaient satisfaits évoquaient tous la guérison, et un des patients ajoutait l'agréable accueil dont il avait bénéficié chez le tradipraticien.

Parmi les patients qui n'étaient pas satisfaits, un trouvait que le traitement était violent. Pour un autre encore, traitement était inefficace. Pour le troisième patient, le traitement était juste symptomatique. Le dernier quant à lui, trouvait que son état était stationnaire.

VIII.5.2.5. Suivi du traitement

Le suivi est systématique, et se fait toute les deux semaines durant le mois qui suit la sortie. En principe, ces deux rendez-vous sont suffisants ; sinon, d'autres rendez-vous peuvent être discutés avec le patient. Le patient seul ou avec des membres de sa famille sont attendus au rendez-vous.

Les éléments de suivi du tradipraticien étaient :

- La cohérence des paroles,
- La sociabilité et
- La démarche qui doit tenir compte du regard d'autrui.

Lors du suivi, seuls les médicaments issus de *Boscia angustifolia* (*Lipolibonanli*) : pommade, fumigation et boissons sont poursuivis à domicile. L'observance du traitement est assurée par un parent responsabilisé à cette tâche par le tradipraticien.

VIII.5.2.6. Durée de séjour thérapeutique des patients

Au total, 06 patients ont été internés pendant une durée de moins de 15 jours, 04 patients entre 31 et 45 jours. 04 autres patients, ont été hospitalisés durant plus de 75 jours.

La durée médiane de séjour thérapeutique était de 34 jours avec un minimum d'un jour et un maximum de 150 jours.

VIII.5.2.7. Effets secondaires du traitement traditionnel des maladies mentales

Un seul cas d'effet secondaire probable a été notifié. Il s'agissait de diarrhée au début du traitement, de cause non identifiée.

VIII.6. Itinéraire thérapeutique des patients vus chez le tradipraticien et lien avec le système public de soins

VIII.6.1. Itinéraire thérapeutique des patients vus chez le tradipraticien

VIII.6.1.1. Les référents du tradipraticien

Selon le tradipraticien, il reçoit des malades venus d'eux-mêmes, des patients d'autres tradipraticiens, ou qui viennent après recommandation d'une tierce personne.

Il affirme ne pas savoir si des formations sanitaires modernes lui réfèrent des malades.

VIII.6.1.2. Les antécédents psychiatriques des patients de notre étude

Un seul patient avait des antécédents de consommation de substances psychoactives.

Des antécédents familiaux psychiatriques ont été retrouvés chez 4 des patients (28,57%).

VIII.6.1.3. Recours thérapeutique antérieur et postérieur à celui de notre tradipraticien

Il a été observé que 4 patients (28,57%) étaient venus d'eux-mêmes chez le tradipraticien; contre 10 (71,43%) sous recommandation.

Il y avait 2 patients (14,28%) qui ont secondairement eu recours aux services de santé moderne et sont suivis au service de médecine du Centre médical avec antenne chirurgicale de Diapaga par un attaché en santé mentale.

VIII.6.2. Lien du tradipraticien avec les services de santé

Le tradipraticien ne réfère jamais des patients vers les services de santé moderne.

Il ne jouit pas d'une reconnaissance administrative officielle.

Son père de qui il a hérité son savoir, lui entretenait une relation avec le service moderne.

A son décès, le tradipraticien a enregistré des arriérés de plusieurs mois, dont l'accumulation était devenue importante. N'ayant pas réglé cette dette, il ne s'est pas inscrit dans l'association des tradipraticiens de la Tapoa. Entité qui collabore avec le système de santé moderne.

Par contre, il participe à la gestion de la santé communautaire. Il a déjà participé à des réunions de sensibilisation sur les pratiques des tradithérapeutes et sur l'apprentissage des références.

VIII.7.3. Frais déboursés par les patients pour les soins

Pour la prise en charge des 14 patients enquêtés, le coût médian évalué en monnaie était de 37500 FCFA, avec un minimum de 15000 FCFA et un maximum de 58000 FCFA.

Le coût journalier moyen a été estimé à 749,84 FCFA.

VIII.7.4. Les personnes payant pour le traitement des malades mentaux pris en charge chez le tradipraticien

Pour 4 des patients (28,57%) c'est le père qui a payé le traitement. Pour 4 des patientes (28,57%) ce sont les époux qui s'en sont chargé, 3 frères (21,43%) ont payé le traitement pour leurs sœurs ; 02 patients ont vu leurs frais de soins pris en charge par des oncles. Seul 1 patient (7,14%) a, lui-même payé son traitement.

DISCUSSION ET COMMENTAIRES

IX. Discussions et commentaires

IX.1. Limites et contraintes de l'étude

Les limites de notre étude étaient essentiellement celles d'une étude pilote, réalisée sur un petit échantillon. En effet, l'enquête a concerné un seul tradipraticien, même s'il est le plus renommé, il convient de conserver une prudence quant à la généralisation des résultats d'autant plus que certains aspects pourraient varier d'une région culturelle à une autre.

Il y'avait un risque de biais d'informations. En effet, certains patients parlaient des langues que nous ne comprenions pas. Nous avons donc eu recours à un interprète dont la présence a pu gêner le patient et modifier les réponses à notre questionnaire.

Les contraintes étaient liées aux difficultés de rendez-vous en raison du début de saison hivernale durant laquelle les familles sont occupées aux champs. De plus, les routes pour se rendre dans les villages des patients n'étaient pas praticables.

Malgré ces limites, les résultats obtenus ouvrent un regard scientifique sur la pratique de la médecine traditionnelle dans la prise en charge des maladies mentales.

IX.2. Caractéristiques sociodémographiques du tradipraticien et des patients

IX.2.1. Caractéristiques sociales du tradipraticien

Le tradipraticien était un adulte jeune, marié. Ce qui correspond au profil habituel des tradipraticiens dans les sociétés africaines [8]. Le tradipraticien a acquis ses connaissances auprès de son père durant 10 ans. Ce mode d'acquisition des connaissances est fréquent en Afrique. Généralement, un des fils, reste auprès du père qui l'initie aux traitements et lui transmet ses connaissances et secrets. Mbayo trouvait en 2011 au Kenya que 86% des tradipraticiens spécialisés dans le traitement des maladies mentales avaient acquis leur savoir de cette manière [8]. C'est le même constat que faisait Alice Konan en Côte d'ivoire en 2011 en rapportant que 70% des tradipraticiens avaient reçus le savoir par transmission d'un maître [52].

IX.2.2. Caractéristiques socioéconomiques et démographiques des patients

L'âge médian des patients était relativement bas (25,5 ans) et les sous-groupes de 20 à 25 ans représentaient la moitié de l'échantillon. Ceci peut s'expliquer par l'éclosion des maladies mentales chez les sujets jeunes, notamment la schizophrénie et les bouffées délirantes aiguës. Ces risques étant majorés par la consommation de substances psychoactives chez les jeunes. Ces constats sont superposables à ceux observés par Yaogo en 2008 au Burkina Faso. Dans son étude l'âge moyen des malades mentaux était de 30,79 ans et la tranche d'âge la plus importante était celle de 21 à 30 ans [9]. Dans une étude kenyane, Mbwayo a trouvé des résultats similaires avec une tranche d'âge de 21 à 30 ans, plus importante, à avoir recours aux tradipraticiens spécialisés dans le traitement des maladies mentales [8].

Le sex- ratio de notre échantillon était de 1, ce résultat est différent de celui rapporté par Mbwayo où il avait recensé 83,6% de femmes. Dans cette étude, les auteurs avaient systématiquement inclus tous les patients consultant les tradipraticiens des districts de Nairobi pour maladies mentales [8]. Dans le contexte socio-économique de notre étude, hommes et femmes semblent exposés au même risque de survenue de maladie mentale. Cela pourrait s'expliquer par l'origine socio-culturelle (croyance, génies, fétiches) des problèmes mentaux. Alors que dans d'autre société, le genre pourrait être un facteur de risque.

Toutes les femmes de notre échantillon assuraient essentiellement les tâches de ménage. Ceci concorde avec l'activité qu'exercent les femmes en milieu rural au Burkina Faso. Toutefois, bien que ménagères, les femmes aident aux travaux champêtres et tiennent des potagers pour leur cuisine. Les cultivateurs représentaient 21,43% de l'échantillon. L'agriculture est la principale activité économique dans la province de la Tapoa [51]. Les femmes et les agriculteurs sont dans notre contexte, moins instruits et plus économiquement défavorisés. Ceci pourrait être la raison de leur recours aux tradipraticiens. Ces raisons de recours au tradipraticien en première intention ont été rapportées par Siranyan en 1988, puis par Yaogo en 2008 au Burkina Faso [4, 9].

La majorité des patients (11/14) venait de la province où résidait le tradipraticien. L'accessibilité géographique est un facteur important qui influence la consultation chez les tradipraticiens. Il constitue le recours le plus proche et partage souvent les mêmes conceptions culturelles sur les maladies que les patients et leur famille. En effet, comme Siranyan, le montrait en 1988 au Burkina Faso, l'accessibilité géographique ne constitue pas à elle seule un critère de choix majeur. Mais, associée aux succès précédents, à la notoriété publique et aux relations personnelles du guérisseur avec la famille du malade, elle devient un élément favorisant [4]. Yaogo confortait ces résultats quand, il trouvait en 2008, que dans le choix du premier recours en cas de maladies mentales, l'accessibilité géographique avait plus d'influence quand il s'agissait du guérisseur traditionnel [9]. Parmi les raisons que trouvait Kenneth Ae-Ngibise au Ghana en 2010, dans une étude sur l'exploration de la fréquentation des tradipraticiens par les populations présentant des problèmes de santé mentale, l'accessibilité n'était pas la moins importante [5]. L'accessibilité géographique et l'acceptation culturelle expliquent que la majorité de nos patients viennent de la province où réside le tradipraticien.

La majorité de nos patients étaient mariés (92,86%). Ceci, peut-être parce qu'en milieu rural, on se marie plus tôt qu'en milieu urbain. Ces résultats ont la même tendance (51,47%) que ceux de Mbwayo au Kenya [8]. Par contre, ils sont différents de ceux que trouvaient Yaogo en 2008 à Ouagadougou (Burkina Faso), où les célibataires étaient les plus nombreux (46%) [9]. Yaogo avait mené son enquête en milieu urbain, dans la capitale du Burkina Faso.

IX.3. Perceptions sur les maladies mentales

Pour le tradipraticien, la maladie mentale répond à 4 critères, qui sont d'ordre socio-comportemental. Il fait ressortir, tout comme l'OMS, la notion de cohérence, d'aisance dans le travail, le comportement. Il s'agit du comportement en société et en famille, du comportement vestimentaire. Par contre, dans cette conception, nous ne retrouvons pas la notion de bien être personnel du malade. Cette définition ne tient pas compte de la souffrance que vit le patient, de l'altération qu'il a de la réalité. Elle est une maladie vue

de l'extérieur. Ceci pourrait s'expliquer par le poids de la société, le poids du regard d'autrui en société africaine. C'est ce que pense la société qui semble importer le plus. C'est dans cet ordre d'idée que Bodin en 1994, avançait que chez les Mossés, la liberté individuelle se conçoit comme un état et un comportement au service du groupe, et le corps humain est une maison fermée, mystérieuse et sacrée, à la merci du surnaturel et du magique. Le 'nèda' (homme) n'a aucune existence reconnue en dehors des liens qui en font un élément du tissu social [6]. Nous pouvons reprocher à cette approche africaine d'oublier le malade, d'outre passer son propre bien-être contrairement à l'approche moderne.

Le tradipraticien identifie six causes de maladies mentales. Les 04 premières sont dues à des agressions extérieures, du « monde invisible ». Ceci reflète la perception de la survenue de la maladie dans les sociétés rurales africaines où l'on croit en l'existence d'un monde invisible, peuplé de génies et d'âmes des ancêtres. Ces derniers ont autorité sur les humains qui leur doivent soumission. Ils peuvent, pour les punir, les rendre 'fou'. C'est ce que Ouango démontrait en 1998 chez les Mossés du kadiogo. Pour eux, la maladie mentale est due à une agression extérieure. L'agresseur étant du monde invisible, les 'kinkirsi', ou les ancêtres pour rendre justice ou lorsque les pouvoirs qu'ils ont légués aux hommes sont mal utilisés par ceux-ci [6]. Au Ghana également, les maladies mentales seraient des maladies de l'esprit, elles sont dues aux ancêtres, à des pouvoirs surnaturels et aux esprits maléfiques selon le rapport de l'étude de Kenneth Ae-Ngibise de 2010 [5]. Les différentes étiologies sont retrouvées chez les gourmantchés de Fada N'gourma par Tambourdia en 1986. En effet, il avait également trouvé que selon cette culture, les ancêtres, les génies, les jumeaux, et le destin pouvaient être responsables des maladies mentales [34].

Cependant à ces étiopathogénies mystico-religieuses, s'est imposé une étiologie moderne de par son ampleur et l'évidence de sa responsabilité dans les maladies mentales. Il s'agit de la consommation de substances psychoactives. Elle est évoquée par notre tradipraticien. Il s'agissait de la cause la plus citée dans l'étude de Yaogo en 2008 comme causes de maladies mentales [9]. La consommation des substances

psychoactives constitue un véritable problème de santé publique notait Karfo K. en 2008 [53]. La précarité sociale, l'isolement, l'accessibilité et les phénomènes d'entraînement pourraient expliquer cette situation. Il faut même craindre son expansion face à la dégradation des conditions socio-économiques.

IX.4. Etude clinique des maladies mentales

Dans notre étude, la nosographie des maladies mentales se résume à la description sommaire des signes majeurs. Les maladies ne sont pas nommées par le tradipraticien. Ceci n'est pas vraiment nouveau dans les cultures africaines, surtout en ce qui concerne les maladies mentales. Le vocabulaire médical des tradithérapeutes africains est pauvre. Ces résultats sont identiques à ceux rapportés par Yaogo qui observait que seuls 19 guérisseurs traditionnels sur les 41 nommaient les maladies mentales [9]. C'est également ce qu'a rapporté Mbwayo au Kenya. Il a noté que de nombreuses maladies comme la dépression n'avaient pas de nom [8]. Ce constat pourrait être dû à la tradition orale dont usent encore les peuples africains. La parole leur permettait de décrire la maladie, il n'y avait pas nécessité de leur donner des noms; surtout que, le plus important semblait être la cause de la maladie et non son "nom".

Les délires, les hallucinations et le repli social étaient les motifs de consultation les plus fréquents. Ceci certainement parce qu'ils sont considérés comme graves et mal vécus par la société. Les délires et hallucinations sont facteurs de moqueries et de manque de respect envers le malade, et donc envers sa famille. Ils sont aussi les signes d'alerte de souffrances psychiatriques. Le signe le moins fréquent était l'agitation. Ce résultat est semblable à celui que trouvait Yaogo en 2008. Proportionnellement, l'agitation était le signe qui conduisait le moins chez le guérisseur traditionnel en premier recours comparativement à la médecine générale, aux prières religieuses et à la psychiatrie. Il trouvait que devant l'agitation, le patient était de préférence adressé au service de psychiatrie [9]. Ce constat est également celui que faisait Ouango en 1998 dans le kadiogo, au Burkina Faso. Il expliquait alors ce fait en ces termes : « la demande adressée au psychiatre, est de calmer l'agitation, réduire l'agressivité... par ses

médicaments, reconnus efficaces pour cela. La cause ‘réelle’ sera alors ultérieurement traitée par le tradipraticien » [6].

Les maladies mentales se manifestent en fonction des étiologies. Un rapprochement peut être fait, entre ces signes de maladies mentales selon le tradipraticien et les maladies mentales modernes. Les maladies mentales dues aux génies (avec le gaspillage, l’agitation psychomotrice et l’ignorance de l’état morbide) semblent être des accès de manie. La maladie mentale en rapport avec les sorts (perte de poids, violence, errance, replis social) pourrait être la schizophrénie. La maladie liée aux effets pervers des fétiches (conservation de la cohérence dans les paroles, très anxieux, ‘‘ délires de persécution’’) ressemble aux délires paranoïaques. Les maladies mentales secondaires à la consommation de substances psychoactives ressemble plus ou moins à une bouffée délirante aiguë ou à une schizophrénie. Par contre, il est difficile de faire un rapprochement entre la maladie mentale due aux hémorroïdes et une maladie psychiatrique moderne. La notion d’hémorroïdes est confuse dans l’expression générale dans notre milieu.

IX.5. Démarche diagnostique et méthodes thérapeutiques utilisées par le tradithérapeute dans la prise en charge des maladies mentales

IX.5.1. Démarche diagnostique du tradipraticien

La géomancie occupe une place centrale dans la tradithérapie en pays gourmantché [34, 51]. Contrairement à ce qu’on s’attendrait à trouver, le tradipraticien n’a pas recours à la géomancie dans sa démarche diagnostique. Pour lui, il revient à la famille de pratiquer cette géomancie afin de « voir » l’issue du traitement qu’il leur administrerait avant de prendre la décision d’avoir recours ou non à ses soins. Ceci paraît encore plus étonnant dans un domaine comme la santé mentale où presque toutes les étiologies évoquées (5/6) relèvent du mystico-surnaturel. Ce fait pourrait être dû à la non maîtrise de cette science par le tradipraticien. En effet, il ne sait pas pratiquer la géomancie. Notre hypothèse est confortée par la pratique de cette géomancie par son père auprès de qui il a appris sa science. Ce dernier utilisait cette technique avant tout traitement (informations données

par le tradipraticien et les familles de malades qui l'ont connue de son vivant). Il faut noter aussi, qu'il est possible qu'il nous cache cette information car, on ne livre pas tous ses secrets, surtout en Afrique.

Les étapes de l'examen clinique de notre tradipraticien sont identiques à celles de la médecine moderne et sont chronologiquement dans le même ordre. Ces résultats sont superposables à ceux que trouvait Mbwayo au Kenya en 2011. L'examen répondait aux mêmes étapes bien que certains tradipraticiens spécialisés dans le traitement des maladies mentales associaient des étapes propres à la médecine traditionnelle. Il s'agissait de l'utilisation de miroirs, ou encore prières ou de battements de tambours pour avoir des révélations spirituelles sur le diagnostic de la maladie et son étiologie [8]. Par contre nos résultats sont contraires à ceux que trouvait le Centre de Recherche pour le Développement International au Zaïre [7] Les tradipraticiens se basaient essentiellement sur l'interrogatoire de type non directif pour poser le diagnostic. L'examen physique quand il avait exceptionnellement lieu était rudimentaire. Cette étude date de 1979. Il est possible que sous l'influence de la médecine occidentale, la médecine traditionnelle se soit ainsi enrichie.

IX.5.2. Méthodes thérapeutiques

IX.5.2.1. Buts et moyens du traitement

Pour le tradipraticien, les buts sont d'amender la symptomatologie et d'obtenir une réinsertion socio-familiale. Il n'évoque pas la libération du sort jeté sur le patient ou des génies qui hantent les patients dans les buts qu'il nous énumère. En fait, il n'évoque pas le traitement étiologique dans sa propre conception des étiologies. Pourtant, il s'y attaque. En transférant par exemple, le sort du patient sur une chèvre. De plus, les chèvres qu'il reçoit en paiement pourraient être en guise d'aumône ou d'offrandes pour les ancêtres.

L'arsenal thérapeutique du tradipraticien est large et diversifié. Il comprend les remèdes à base de plantes et de parties d'animaux, la psychothérapie de groupe, la flagellation, l'ergothérapie, quelques procédés mystiques mais aussi l'utilisation du Diazépam comprimé. Chacun de ces moyens ayant son indication. Les plantes, le Diazépam et la

psychothérapie sont utilisés de façon quasi systématique quel que soit la cause de la maladie, l'âge et le poids du malade. Ces résultats sont différents de ceux trouvés au Kenya par Mwayo [8], où les moyens utilisés dépendaient de la gravité du tableau clinique, de la cause de la maladie, de l'âge du patient, de son sexe et de son poids. Cette différence peut s'expliquer par les formations scolaires et universitaires dont ont bénéficié les tradipraticiens de l'étude Kényane. Plus de la moitié (52,1%) avait fait l'école primaire et 7,2% étaient allés à l'université. Ils y ont bénéficié de formations générales et spécifiques à la phytothérapie. Ils comprennent alors que, par exemple, la posologie dépend du poids, qu'il y a des traitements contre-indiqués selon l'âge, les grossesses etc...

IX.5.2.2. Justification de l'utilisation des plantes

La revue de littérature nous a permis de retrouver des données pharmacologiques sur l'utilisation en psychiatrie de trois (3) plantes sur les dix (10) utilisées par le tradipraticien. Il s'agit des plantes sur lesquelles des recherches pharmacologiques (pharmacocinétique, pharmacodynamique, toxicité et effets secondaires) ont été faites. Mais, la littérature est riche en informations sur l'utilisation populaire traditionnelle de la plus part des plantes qu'utilise le tradipraticien.

- ***Ficus platyphylla***

Kéré trouvait en 1987 que dans la phytothérapie du gourma, *Ficus platyphylla* était utilisé dans le traitement des maladies mentales [54].

L'étude menée au Nigéria en 2004 par Wakee montrait que les extraits d'écorces de *Ficus platyphylla* entraînent une diminution statistiquement significative de l'activité motrice des souris. Cette diminution est supérieure à celle engendrée par la Chlorpromazine administrée à 1 mg/Kg pour une dose des extraits de 75 mg/Kg. De plus, ils ont un effet anticonvulsivant. L'injection intrapéritonéale de Leptazol à 100 mg/Kg entraîne des convulsions puis la mort dans tous les cas. Cependant quand cette administration est associée à celle des extraits d'écorces de *Ficus platyphylla*, les convulsions et la mortalité sont significativement diminuées à partir de 15 mg/Kg des extraits. A 75 mg/Kg la durée des convulsions induite par le Leptazol diminuait d'environ un tiers (1/3) et la mortalité de 40% (avec p inférieur à 0,05). A cette

posologie, les extraits de *Ficus platyphylla* protégeaient de 66.7% les souris. Ils avaient dans le même temps démontré l'action analgésique centrale de *Ficus platyphylla*. Il ressortait donc de cette étude que les extraits des écorces de *Ficus platyphylla* avaient une propriété neuroleptique [38].

Chindo et al. ont également conclu à des propriétés sédatives et neuroleptiques des extraits d'écorces de *Ficus platyphylla* en 2003 au Nigéria. En effet, ces extraits réduisaient significativement l'activité locomotrice et exploratoire des rats, prolongent le temps de sommeil induit par le Pentobarbital, diminuaient l'hyperactivité induite par les amphétamines. Ils réduisaient également significativement l'évitement actif des rats [39]. Le même auteur, dans une étude réalisée en 2014, a conforté ces résultats dans une étude similaire sur les extraits d'écorces de *Ficus platyphylla* [37].

Dans notre cas, des réserves peuvent être émises. Le tradipraticien utilisait les feuilles et non les écorces de *Ficus platyphylla*. Même si, le même principe actif peut y être retrouvé, la question de concentration se pose. Nous n'avons pas retrouvé de données sur la composition des feuilles. Le tradipraticien de notre étude n'a peut-être pas toutes les connaissances sur cette plante.

▪ *Ficus sur*

Nadembega en 2011 dans une étude ethnobotanique sur les plantes médicinales utilisées à Baskouré dans la province du Kouritenga trouvait que *Ficus sur* y était utilisé pour traiter les pertes de mémoire [55].

Ishola en 2014 au Nigéria, démontrait que les extraits de feuilles et écorces de *Ficus sur* possédait une activité anticonvulsivante. L'administration orale de ces extraits une heure avant celle de convulsivants entraînait un retard d'action de ces produits convulsivants et une réduction de la durée de convulsion. Les extraits ont également une action sédative et hypnotique sur les souris [40]. Ceci indique donc que ces extraits contiennent des psychotropes, justifiant son utilisation par le tradipraticien.

▪ *Khaya senegalensis*

Lors de son étude de 1998 sur l'action anti-inflammatoire des extraits de feuilles et d'écorces de *Khaya senegalensis*, Lompo prouvait que ces extraits avaient une action anti-inflammatoire. Les différentes valeurs de la DL50 des extraits de *Khaya senegalensis* classent l'extrait aqueux lyophilisé en administration intrapéritonéale

comme étant moyennement toxique. Cette toxicité est corrélée d'un certain nombre de signes: hypothermie, tendance à l'immobilisation, perte d'instinct d'exploration, tendance à l'endormissement et au regroupement, perte du tonus, refus de s'alimenter. L'hypothermie relevée au cours de cette étude serait alors un témoin, voire un signe de la toxicité de l'extrait à l'instar de ce qui est observé avec certains psychotropes comme les neuroleptiques. Une action centrale pourrait être alors envisagée [42]. Comme ont conclu les auteurs, ces signes rappellent ceux induits par des neuroleptiques chez les souris. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude allant plus loin dans la démonstration de son action neuroleptique. Toutefois, il semble vraisemblable que son utilisation chez notre tradipraticien soit justifiée.

- ***Calotropis procera*, *Bombax costatum*, *Sterculia setigera* et *Parkia biglobosa***

Nous n'avons pas retrouvé d'études pharmacologiques sur l'utilisation en psychiatrie de ces plantes. Par contre, Nadembega en 2011 dans une étude ethnobotanique sur les plantes médicinales utilisées à Baskouré dans la province du Kouritenga trouvait que les feuilles de *Calotropis procera*, *Sterculia setigera* et de *Parkia biglobosa* étaient utilisées pour traiter les maladies mentales. Il avait également notifié que les écorces de *Bombax costatum* et de *Sterculia setigera* y étaient utilisées pour traiter les maladies mentales [55]. Nous sommes amenés à penser que cela pourrait s'expliquer par des transmissions empiriques africaines d'une culture à une autre et cela d'autant plus que ces deux régions sont voisines. On peut supposer la présence de psychotropes dans ces plantes.

- ***Boscia angustifolia*, *Leptadenia hastata* et *Vetiveria nigrifolia***

La revue de la littérature ne nous a pas fourni d'informations quant à la justification de leur utilisation dans les maladies mentales. Ce constat n'exclut pas la présence de psychotropes dans ces plantes.

IX.5.2.3. Schémas thérapeutiques

Les schémas thérapeutiques employés sont simplifiés. La posologie en hospitalisation et en suivi est la même. Toutes les plantes sont utilisées en même temps dans la majorité des cas. Le suivi est bien codifié, et le traitement en ambulatoire est toujours le même. Tout ceci caractérisant la médecine traditionnelle [10] et rendant compte de sa grande

utilisation. Il apparaît alors le risque de surdosage ou de sous-dosage. Le terrain n'est pas exploré, pour adapter le schéma. Par exemple, une insuffisance rénale ou hépatique pourrait entraîner une diminution des posologies ou même des contre-indications sinon ces fonctions pourraient être menacées.

IX.5.2.4. Flagellation thérapeutique

Le tradipraticien flagelle ses patients, pour se faire craindre et obtenir une coopération au traitement. Cette pratique n'est pas nouvelle. En Afrique de nombreux tradipraticiens ont recours à ce moyen surtout dans la prise en charge des maladies mentales. Dans l'inconscient collectif, on admet que « le mal guérit le mal », la douleur et la souffrance purifient, réparent, guérissent. Cette pratique était autrefois utilisée même en Europe. En 1801, Johann Heinrich Meibomius écrivait dans « De l'utilité de la flagellation dans la médecine et dans les plaisirs du mariage, et des fonctions des lombes et des reins » que les maniaques doivent être fouettés pour leur rendre le bon sens. Il prétendait également que les personnes atteintes de mélancolie érotique ou qui sont dans le délire doivent être fouettées quand les autres moyens n'ont rien fait, et il continue en disant que cette opération a guéri plusieurs individus de l'aliénation d'esprit [56]. Cette flagellation n'est pas utilisée par la médecine moderne du fait de sa violence et de l'absence de substratum scientifique quant à son efficacité. Mais, même le tradipraticien a affirmé que ce n'était pas à but thérapeutique direct qu'il flagellait.

IX.5.2.5. Les autres moyens thérapeutiques

Le tradipraticien utilise quasi-systématiquement la psychothérapie et l'ergothérapie. Ces deux moyens thérapeutiques sont d'usage courant en psychiatrie. Ils apportent un soutien, des conseils et revalorisent le patient [3, 28]. La psychothérapie et l'ergothérapie participent donc activement au rétablissement des patients. La psychothérapie est quasi-systématiquement associée au traitement des maladies mentales dans la médecine traditionnelle.

Le tradipraticien associe quasi-systématiquement (92,86% des patients) à son traitement l'administration de Diazépam comprimé. Il s'agit d'un hypnotique anxiolytique qui

contribue à calmer l'anxiété et améliorer le sommeil des patients. Ceci marque le transfert de la médecine moderne sur les pratiques traditionnelles.

Le tradipraticien a recours à une toilette mystique sensée transférer le sort du patient sur une chèvre. Dans la compréhension culturelle gourmantché et africaine en générale, la maladie mentale peut être due à des sorts qui ont été jetés sur le patient. De la même manière ce sort peut être jeté sur une autre entité, comme un animal [6, 8, 34]. C'est pourquoi, les féticheurs traditionnels gourmantchés pour prévenir un malheur peuvent le transférer à un poulet. Dans le cas du tradipraticien, le sort du patient est de nouveau redirigé vers la chèvre. Dans l'inconscient collectif, il est possible de transférer un sort, un malheur sur un animal. Dans la bible, dans l'évangile de Marc chapitre 5, Jésus Christ a transféré la folie d'un disciple sur des pourceaux pour le délivrer et le guérir.

IX.5.3. Résultats du traitement

Les 3/4 des patients et/ou leur famille notaient une bonne évolution sous le traitement et 64,26% des patients et/ou leur famille sont satisfaits de ce traitement. Cette proportion est satisfaisante dans le domaine des maladies mentales. Le traitement pourrait être jugé assez efficace. Ce résultat est comparable à celui que trouvait Mbwayo au Kenya. En effet, il trouvait que 95,1% des patients présentant des maladies mentales étaient satisfaits du traitement des tradipraticiens.

Ces bons résultats pourraient être dus à l'efficacité du traitement des tradipraticiens. En effet, certaines des plantes utilisées contiennent des psychotropes. Ils pourraient également être dus à l'adhésion des patients au traitement. Ils croient en des étiopathogénies mystico-religieuses et en la puissance du tradipraticien à guérir leur mal. Cette disposition d'esprit favorise le processus de guérison. Nous pouvons enfin, expliquer ces résultats par une association des deux effets, l'efficacité du traitement phytothérapique et l'adhésion des patients au traitement.

Ce résultat satisfaisant de bonne évolution est atteint sans trop d'effets secondaires. Dans notre étude, seul un cas d'effet secondaire a été notifié. Ce fait, pourrait contribuer à la satisfaction des patients.

Nos résultats sont différents de ceux que Yaogo a trouvés en 2008 au Burkina. Il notait une évolution favorable chez 59,34% de son échantillon. Le recours qui enregistrait le moins d'évolution favorable dans les suites immédiates était représenté par les guérisseurs traditionnels (82,8%) et c'est chez ces derniers que la prise en charge était jugé la moins satisfaisante. Cette divergence de résultats pourrait s'expliquer par le fait que les résultats obtenus par la médecine traditionnelle sont pour beaucoup, guérisseur-dépendant. Les traitements ne sont pas standardisés comme dans la médecine moderne. Ils varient significativement d'un tradipraticien à un autre et surtout d'une région à une autre. De plus, Yaogo recrutait ses patients au service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, dernier échelon du système de santé burkinabé. Il se pourrait qu'il ait recruté les patients dont le traitement traditionnel avait échoué et que son étude n'aurait pas tenu compte de tous ceux qui ne sont pas arrivés dans ce centre de référence de la médecine moderne.

IX.6. Itinéraire thérapeutique et relation avec les services publics de santé

Dans notre étude, le tradipraticien constitue le premier recours dans la majorité des cas et la plus part des patients n'ont pas d'autres recours. Seuls 14,28% de ses patients ont secondairement eu recours au service de santé moderne. Ce constat pourrait être dû à la force et l'attachement des gourmantchés à leur culture et à leur tradition. Ils ont recours à la médecine traditionnelle et s'y réfèrent tant que possible. Dans cette région du Burkina Faso, on ne dispose pas de médecins psychiatres. Ce n'est qu'en 2013 que le district de Diapaga a reçu un attaché en santé mentale, motivant la création d'un service de psychiatrie à l'intérieur du Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA). De plus, les résultats obtenus sont satisfaisants avec une amélioration de la symptomatologie. Dans notre étude, nous avons enregistré 75% d'évolution favorable. C'est certainement dans ce sens que Ouango 1998 au Burkina Faso disait que l'itinéraire thérapeutique en Afrique commençait et finissait toujours chez le guérisseur traditionnel. Ce résultat est différent de celui que trouvait Yaogo en 2008 au Burkina. Il a trouvé que le service de psychiatrie constituait le premier recours. Cette différence de résultats pourrait être dû au fait que Yaogo ait réalisé son étude à Ouagadougou, en milieu urbain. Dans cette

capitale se situe un des deux grands services de référence en psychiatrie du Burkina. La population, plus instruite, plus « moderne » pourrait être plus encline à s'orienter vers ce service de référence. Et des exemples de succès thérapeutiques, plus nombreux pourraient contribuer à cette fréquentation.

Le tradipraticien n'entretient pas de relation officielle avec les services de santé. Il ne réfère jamais ses malades aux hôpitaux. Ce constat n'est pas nouveau. Mbwayo trouvait en 2013 au Kenya que la plus part des tradipraticiens spécialisés dans le traitement des maladies mentales réfèrent leurs patients à d'autres tradipraticiens plus expérimentés, mais rarement aux services de santé moderne. Ils évoquaient l'absence de collaboration et de compréhension des agents de santé [8]. C'est également l'analyse que faisait Ouango quand il évoquait le rejet mutuel des deux camps. Pour cela il avertissait les psychiatres et les invitait à une franche collaboration quand il concluait : « La psychiatrie burkinabé, pour plus d'efficacité, devrait réserver dans sa démarche thérapeutique une place importante à ces croyances sociales très vivaces et très actuelles. La reconnaissance du rôle positif des thérapeutes traditionnels dans le processus de prise en charge de la folie nous semble être une stratégie positive pour le traitement des fous de cette société peu scolarisée dont les us et coutumes résistent farouchement au concept occidental de liberté « individuelle ». Ainsi, référer des malades mentaux aux « kinkirbaga » pour complément de soins et recevoir des référés des thérapeutes traditionnels dans les institutions psychiatriques disséminées dans tout le pays est un comportement à inventer pour des soins efficaces au moindre coût. Ceci pourrait par ailleurs prévenir peut-être la chronicisation de certaines maladies mentales. » [6]. Le tradipraticien bien que n'entretenant pas de relations avec les services de santé moderne, utilise un médicament moderne, le diazépam. Ce qui indique son ouverture et son acceptation de l'efficacité de certains moyens thérapeutiques modernes. Cependant une formation quant à l'utilisation du diazépam pourrait être nécessaire.

IX.7. Aspects économiques du traitement traditionnel des maladies mentales

Les frais de séjour thérapeutique journalier de 749,84 FCFA en moyenne sont déboursés par les patients. De plus, chez le tradipraticien la présence permanente d'un

accompagnateur n'est pas nécessaire, ces derniers peuvent vaquer à leurs occupations rémunératrices quotidiennes. Ces variables financières sont assez clémentes comparativement à ceux de la médecine moderne. Dans les Centres médicaux avec antenne chirurgicale du Burkina Faso (échelon minimal du système de santé où on peut trouver un attaché de santé en psychiatrie), la journée d'hospitalisation coûte au minimum 1000 FCFA, les médicaments non compris. Il faut y ajouter les coûts d'opportunité du fait de la mobilisation d'un ou de plusieurs accompagnateurs.

De plus, chez le tradipraticien, les modalités de paiement sont souples et les paiements en nature sont possibles. Les patients peuvent payer à l'entrée, à la sortie ou en cours de traitement.

Ces conditions financières avantageuses ne sont ni nouvelles, ni étonnantes en Afrique. Yaogo trouvait que 36,67% des patients ayant recours aux tradipraticiens pour le traitement des maladies mentales, le faisaient pour la gratuité des premiers soins [9]. La souplesse des modalités de paiement justifiait également le recours à la médecine traditionnelle selon l'étude de Mwayo au Kenya [8]. La motivation financière est une des raisons qui explique le recours au tradithérapeutes en cas de troubles mentaux au Ghana comme l'a démontré Ae-Ngibise en 2010. Dans son enquête de nombreux patients évoquaient l'accessibilité économique des tradipraticiens [5].

CONCLUSION

Conclusion

La médecine traditionnelle occupe encore une place prépondérante dans les sociétés africaines. Elle constitue le principal recours en cas de maladie, surtout en cas de maladie mentale.

Dans notre étude le tradipraticien utilisait 10 plantes dans la prise en charge des maladies mentales, il s'agit de *Ficus platyphylla*, *Ficus sur*, *Calotropis procera*, *Khaya senegalensis*, *Leptadenia hastata*, *Parkia biglobosa*, *Vetiveria nigrifolia*, *Bombax costatum*, *Sterculia setigera* et *Boscia angustifolia*. Certaines de ces plantes contiennent des psychotropes qui pourraient être utilisés en médecine moderne. Il utilise également l'ergothérapie, la psychothérapie de groupe et le Diazépam comprimé de façon quasi-systématique. Quelques moyens thérapeutiques mystiques sont usés pour obtenir la guérison. Les résultats qu'il obtient sont satisfaisants, avec une bonne évolution dans la majorité des cas. Sa notoriété, les perceptions traditionnelles sur les maladies mentales, l'accessibilité financière et géographique explique sa grande fréquentation. Sa prise en charge souffre d'une absence de collaboration avec les services de santé moderne.

Pour une meilleure prise en charge des malades mentaux, une collaboration entre les tradipraticiens et les médecins modernes est nécessaire. Ceci passera par une intégration de la médecine traditionnelle au système de santé moderne selon l'organisation mondiale de la santé. Dans tous les cas, la première étape est la connaissance des pratiques des tradipraticiens et, c'est dans ce cadre que s'inscrit cette présente étude.

SUGGESTIONS

Suggestions

A l'issue de cette étude, nous formulons les suggestions suivantes :

1. A l'organisation ouest africaine de la santé (OOAS)

- Renforcer la promotion et la valorisation de la médecine traditionnelle,
- Proposer des pistes d'intégration de cette médecine traditionnelle aux systèmes de santé dans les pays membres
- Contribuer à la recherche des phytomédicaments, notamment étudier les effets de *Leptadenia astata*, *Parkia biglobosa*, *Vetiveria nigriflora*, *Bombax costatum*, *Sterculia setigera* et *Boscia angustifolia* sur le comportement animal, puis humain.

2. Au ministère de la santé du Burkina Faso

- Renforcer la promotion et la valorisation de la médecine traditionnelle,
- Intégrer les tradipraticiens dans le système de soins,
- Promouvoir une collaboration entre tradipraticiens et médecins surtout dans le domaine des maladies mentales,
- Promouvoir l'utilisation de médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle dans les centres de santé,
- Sensibiliser les agents de santé sur l'importance de la médecine traditionnelle.

3. Aux facultés de médecine

- Enseigner la médecine traditionnelle aux étudiants, afin de les sensibiliser à cette médecine,
- Encourager des recherches sur la médecine traditionnelle.

4. Aux chercheurs

- Mener des études ethnobotaniques, étudier les principes actifs des plantes
- Elaborer des phytomédicaments

5. Aux tradipraticiens

- Se former en phytothérapie,
- S'inscrire dans une dynamique de collaboration avec le système de soins moderne.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Références bibliographiques

1. SONKO MPOGPBMBIFA. Les indicateurs de la santé mentale dans les départements de Drôme et de l'Ardèche: Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes 2009, Décembre Contract No.: 01.
2. Madagascar - Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale. Madagascar: Mission d'appui en santé mentale.
3. PELISSOLO DA. Classifications en psychiatrie,. Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris Novembre 2007.
4. Sélouké S. Itinéraires thérapeutiques empruntés par les malades mentaux : Analyse retrospectives à partir de 100 malades hospitalisés dans le service de Psychiatrie de Hospital Yalgado Ouédraogo. Ouagadougou: Université de Ouagadougou; 1988.
5. KENNETH AE-NGIBISE SC, EDWARD ADIIBOKAH, BRIGHT AKPALU, CRICK LUND, VICTOR DOKU. 'Whether you like it or not people with mental problems are going to go to them': A qualitative exploration into the widespread use of traditional and faith healers in the provision of mental health care in Ghana. International Review of Psychiatry 2010:558–67.
6. Jean-Gabriel Ouango KK, Moussa Kere, Marcelline Ouedraogo, Gisèle Kabore et Arouna Ouedraogo. Concept traditionnel de la folie et difficultés thérapeutiques psychiatriques chez les Moosé du Kadiogo Santé mentale au Québec 1998;23:191-211.
7. Centre de recherches pour le développement international (CRDI) dC. Médecine traditionnelle au Zaïre : fonctionnement et contribution potentielle au service de santé Kinshasa 1979.
8. AW Mwayo DN, V Mutiso, LI Khasakhala. Traditional healers and provision of mental health services in cosmopolitan informal settlements in Nairobi, Kenya. African Journal of Psychiatry 2013:134-40.
9. Ahmed Y. Itinéraires thérapeutiques des malades mentaux suivis dans le service de Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo. Ouagadougou: Université de Ouagadougou; 2009.
10. OMS. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. 2013.
11. Faso MdlSdB. Document cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelle. In: santé Mdl, editor. Ouagadougou 2004. p. 18.
12. code de santé publique, (19 mai 1994).
13. (UA) UA. Plan d'action de la décennie de la médecine traditionnelle (2001- 2010). MISE EN OEUVRE DE LA DÉCISION (AHG/DEC164 (XXXVII) DE LA CONFÉRENCE DES CHEFS D'ÉTAT ET DE GOUVERNEMENT TENUE À LUSAKA; LUSAKA; Zambie 2001. p. 27.

14. WHO. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. World Health Organization; . Geneva, Switzerland 2005.
15. Larousse médical 2006. Larousse médical.
16. Lessar R. Rapport annuel 2001 sur la santé de la population. Gardons notre monde en santé, un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais. Montréal-: Direction de la santé publique. 2001.
17. (APA) APA. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.: Masson éditeur; 2005.
18. OMS. LES RISQUES POUR LA SANTÉ MENTALE : APERÇU DES VULNÉRABILITÉS ET DES FACTEURS DE RISQUE 2012.
19. COUTY E. Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie: Ministère de la santé et des sports de la FRANCE, France Mdlsedsd; 2009 Janvier 2009.
20. Faso MdlsdB. Annuaire Statistique 2012. In: SANITAIRES DGDIEDS, editor.: Ministère de la Santé du Burkina Faso; Mai 2013.
21. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006 Nov;3(11):e442.
22. Medicine NLo. Medical Subject Headings. MeSH Descriptor Data [serial on the Internet]. 2010: Available from: http://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2010/MB_cgi. Consulté le 24 juin 2010.
23. Epelboin A. Médecine traditionnelle et coopération internationale. Bulletin AMADES 2002;50.
24. A. Y-A. La revalorisation de la médecine traditionnelle africaine en Côte d'Ivoire. Abidjan. CEDA 2004:182.
25. Gahbiche DS. La phytothérapie. In: TECHNIQUES ESDSE, SOUSSE DLSD, editors. année universitaire 2008-2009.
26. Fludd R, editor. Traité de Géomancie: Dangles; 1947.
27. Armand Trousseau HP. Traité de thérapeutique et de matière médicale. Labé Bje, editor 1841.
28. (WFOT) WFOT. Définition of occupational Thérapy. 2013. p. 03.
29. OÜZÜN JP, editor. "ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire". Karthala, Paris, ed 1987.
30. AA. A. Trends and Challenges of Traditional Medicine. pubmed; 2011 [cited 2013 03 septembre 2013]; Africa. African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicine, [Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3252714>.

31. Abbo C. Profiles and outcome of traditional healing practices for severe mental illnesses in two districts of Eastern Uganda. *Glob Health Action*;4.
32. Ae-Ngibise K, Cooper S, Adiibokah E, Akpalu B, Lund C, Doku V, et al. 'Whether you like it or not people with mental problems are going to go to them': a qualitative exploration into the widespread use of traditional and faith healers in the provision of mental health care in Ghana. *Int Rev Psychiatry*;22(6):558-67.
33. BONNET D. Désordre psychiques et étiologies Moose et changement social. *Psychopathologie Africaine*1989;3:293-325.
34. tamboudia L. Représentations de la maladie mentale chez les gourmantché de Fada N'Gourma. Ouagadougou: Université de Ouagadougou; 1991.
35. M. SANOG. Importance du contexte socioculturel dans la psychopathologie en Afrique : une observation clinique. *Evolution Psychiatrie*2001 2001;1.
36. Diapaga Dd. Rapports des consultations externes basés sur le formulaire. Diapaga: Ministère de la santé2013.
37. Chindo BA, Ya UJ, Danjuma NM, Okhale SE, Gamaniel KS, Becker A. Behavioral and anticonvulsant effects of the standardized extract of *Ficus platyphylla* stem bark. *J Ethnopharmacol*2014 Jun 11;154(2):351-60.
38. WAKEEL O.K PIA, ASHOROBI R.B, UMUKORO, S, ADERIBIGBE A. AND AWE E.O. NEUROPHARMACOLOGICAL ACTIVITIES OF *FICUS PLATYPHYLLA* STEM BARK IN MICE *African Journal of Biomedical Research*. [Recherch pharmacology]. 2004 may 2004;Vol. 7 (2004):75- 8.
39. Chindo BA, Amos S, Odutola AA, Vongtau HO, Abbah J, Wambebe C, et al. Central nervous system activity of the methanol extract of *Ficus platyphylla* stem bark. *J Ethnopharmacol*2003 Mar;85(1):131-7.
40. Ishola IO, Olayemi SO, Yemitan OK, Ekpemandudiri NK. Mechanisms of anticonvulsant and sedative actions of the ethanolic stem-bark extract of *Ficus sur Forssk* (Moraceae) in rodents. *Pak J Biol Sci Nov* 1;16(21):1287-94.
41. SABLASSOU K.; AKLIKOKOU A. K.; GBEASSOR M. SANOG. activité anticontracturante de l'extrait de *Khaya senegalensis* sur l'iléon de cobaye. *Pharmacopée et médecine traditionnelle africaine*1998;10:3-15.
42. M. LOMPO SO, S. SOURABIE, I.P. GUISSOU. *Khaya senegalensis* : valorisation d'une plante médicinale anti-inflammatoire. *Pharmacopée et médecine traditionnelle africaine*1998;10:68-79.
43. Bisong S, Brown R, Osim E. Comparative effects of *Rauwolfia vomitoria* and chlorpromazine on social behaviour and pain. *N Am J Med Sci Jan*;3(1):48-54.
44. CSIR satpriSacfsair, editor. Ghana harbal pharmacopoeia. Accra 2007.

45. ABBO C. ProfileProfiles and outcome of traditional healing practices for severe mental illnesses in two districts of Eastern Uganda. Pubmed2011.
46. PRINCE R. The use of rauwolfia for treatment of psychosis by Nigerian native doctors. *Américan Journal of Psychiatry*1960 01 aout 1960;02:117-47.
47. Rathbone J VH, Mehta H. Cannabis and schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 20082011(3).
48. Sarris J, McIntyre E, Camfield DA. Plant-based medicines for anxiety disorders, part 2: a review of clinical studies with supporting preclinical evidence. *CNS Drugs* Apr;27(4):301-19.
49. Miyaoka T, Wake R, Furuya M, Liaury K, Ieda M, Kawakami K, et al. Yokukansan (TJ-54) for treatment of very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an open-label study. *Phytomedicine* May 15;20(7):654-8.
50. Sotoing Taiwe G, Ngo Bum E, Talla E, Dawe A, Okomolo Moto FC, Temkou Ngoupaye G, et al. Antipsychotic and sedative effects of the leaf extract of *Crassocephalum bauchiense* (Hutch.) Milne-Redh (Asteraceae) in rodents. *J Ethnopharmacol* Aug 30;143(1):213-20.
51. Diapaga Dsd. Plan d'action 2014 du district sanitaire de Diapaga. Diapaga: Ministère de la santé2014 Juin 2013.
52. Konan A. Place de la Médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires à Abidjan (Côte d'Ivoire) [Médecine]. Abidjan: Université de Toulouse III (Paule Sabatier); 2012.
53. Karfo K OJ, COULIBALY A. Substance psychoactives illicites : usage par les étudiants de l'Université de Ouagadougou. *Alcoologie addictologie*2008 2008;3:30.
54. Moussa K. Une action de phytothérapie moderne à partir de la pharmacopée traditionnelle dans le gourma (Burkina Faso). Dakar: Université Cheick Anta Diop; 1987.
55. Nadembega Pascal JIB, Jean Baptiste Nikiema, Ferruccio Poli, Fabiana Antognoni. Medicinal plants in Baskoure, Kourittenga Province, Burkina Faso: An ethnobotanical study. *Journal of Ethnopharmacology*. [00378 8741]. 2011 2011;133(2):17.
56. Meibomius JH. De l'utilité de la flagellation dans la médecine et dans les plaisirs du mariage, et des fonctions des lombes et des reins Lndres1801.

ANNEXES

Annexes

Annexes 1 : Outils de collecte des données

Guide d'entretien avec le tradipraticien

Thème 1 : le tradipraticien

1. Etat civil et situation sociale

Nom :.....

Prénom :.....

Date de naissance :.....

Lieu de résidence :.....

Activité principale :.....

Autres activités :.....

Statut matrimonial : marié monogame.... / marié polygame..../ célibataire..../

Nombre d'enfants :.....

2. Modalités de l'acquisition des connaissances

- Héritage :...../
- Rêve:...../ (expliquer : une fois, plusieurs fois etc...)
- Apprentissage:...../
- Don:...../ si don, origine : divin:...../ tradipraticien:...../ autre:...../ préciser..... et décrire comment il a reçu le don
- Maladie initiatique:...../
- Combinaison (indiquer les combinaisons)
- Autres:.....
.....

3. Expérience

Combien d'années d'expérience avez-vous ? :...../

Thème 2 : les patients

4. Provenance géographique

Qu'elle est la provenance géographique des patients que vous recevez ? Diapaga et environnants...../ autres localités de la province de la Tapoa...../ autres villes du Burkina Faso...../ Niger...../ Bénin...../ autres...../

5. Itinéraires thérapeutiques des malades

- a. Recevez-vous des malades orientés d'un service de santé classique ?
oui...../ non...../
- b. Recevez-vous des malades orientés d'un autre tradipraticien : oui...../ non...../
- c. Il y a-t-il des malades auto-orientés? oui...../ non...../
- d. Il y a-t-il des malades qui viennent après le conseil d'une tierce personne ?
oui...../ non...../

6. Fréquentation du tradipraticien

- a. Combien de malades recevez-vous en moyenne par an ?.....
- b. Qu'elles sont les périodes de grande fréquentation ?
.....
- c. Combien d'hospitalisation en moyenne par an ?.....
- d. Qu'elle est la file active des malades suivis ?.....
- e. Cas de l'année 2013
 - Combien de malades avez-vous reçus en 2013 ?.....
 - Combien avez hospitalisés ?.....

Thème 3 : concepts de santé mentale

7. Perception de la santé mentale

- a. Qu'est-ce que la santé mentale pour vous?
.....
.....
- b. Quand est-ce qu'on parle de maladie mentale ?.....
.....

- c. Quelles sont les étiologies des maladies mentales ?.....
.....
- d. Comment classez-vous les maladies mentales ? (nosographie) :
.....
.....
- e. Comment se manifestent les maladies mentales ?
.....
.....
- f. Quelles peuvent être les conséquences des maladies mentales ?.....
.....

Thème 4 : diagnostic

8. Démarche diagnostique

a. Procédés mystiques

- A quel moment de la prise en charge avez-vous recours à des procédés mystiques ?.....
.....
- Quels sont les différents procédés mystiques que vous utilisez?
.....
.....
- Qu'est-ce que cela vous apporte ?
.....
.....

b. Interrogatoire

- Interrogez-vous vos patients? oui...../ non...../
- Si oui, quels sont les signes que vous recherchez?
asthénie...../ anorexie...../ amaigrissement/ agitation...../
repli social...../ hallucinations...../ délires...../ autres :
.....

.....

c. Examen physique

- Effectuez-vous un examen physique? Oui...../ non...../
- Si oui, avec quels outils examinez-vous vos patient ?
Thermomètre ? Oui...../ non...../ ; tensiomètre oui...../
non...../ marteau à réflexe oui...../ non...../ autres : (préciser) :
.....

d. Demandez-vous souvent des examens complémentaires ? oui...../
non...../

Si oui lesquels ?.....

Thème 5 : traitement

9. Traitement

a. Quels sont les buts du traitement ?

.....
.....

b. Moyens thérapeutiques

▪ **De l'utilisation des plantes (phytothérapie)**

➤ Noms des plantes utilisées :

.....
.....

➤ Parties des plantes utilisées :

.....
.....

➤ Lieux de cueillette :

.....
.....

➤ Mode de cueillette

.....
.....

➤ Techniques de préparation des plantes

.....
.....

- **Forme galénique**
décoction...../ ; poudre...../ ; comprimés...../ ; autre.....
.....
- **Voies d'administration**
Voie orale...../, voie rectale...../, voie veineuse...../,
scarification...../, fumigation...../, bain...../, autre.....
- **Posologies**
.....
.....
- **Durée du traitement**
Durée moyenne :.....
Durée maximale :.....
Durée minimale :.....
- **Conservation**
.....
- **Flagellation thérapeutique**
 - Vous arrive-t-il de fouetter des patients ? oui...../ non...../
 - Pourquoi vous fouettez certains patients ?
.....
.....
 - Quels types de fouet utilisez-vous ?
.....
 - Taille des fouets :.....
 - Nombre de fouets donnés :.....
 - Partie du corps fouettée :.....
 - Indication :.....
.....
- **Psychothérapie de groupe**
 - Faites-vous des causeries de groupe ? oui...../ non...../
 - Si oui, Quels sont les thèmes abordés ?.....
.....

- Nombre de séance hebdomadaire :.....
- Que recherchez-vous par ces causeries de groupe ?.....

.....

▪ **Ergothérapie (Travail)**

- Faites-vous travailler vos patients durant leur séjour thérapeutique ? oui...../ non...../
- Si oui, est-ce dans un but thérapeutique ? oui...../ non...../
- Si dans un but thérapeutique, quels travaux leur demandez-vous ?

.....

.....

- Nombre de séances hebdomadaires :.....
- Comment ce travail agit dans le processus de guérison ?

.....

.....

▪ **Utilisation de parties d'animaux**

- Arrive-t-il que vous utilisiez des parties d'animaux ? oui...../ non...../

Si oui, quelles sont ces parties d'animaux ?

.....

.....

- Quels sont les animaux utilisés ?

.....

.....

- Comment les préparez-vous ?

.....

.....

▪ **Utilisation d'objets thérapeutiques**

Utilisez-vous des objets à des fins thérapeutiques ? Oui...../ non...../

- Si oui, lesquels ?.....

.....

- Comment les utilisez-vous ?

.....

- **Utilisation de médicaments modernes**

Oui...../ non...../

Si oui lesquels ?.....

.....

A quelle posologie par médicament ?

.....

.....

- **Autres moyens**

Citez les autres moyens thérapeutiques :

.....

- **Association des moyens de traitements**

Associez-vous ces moyens de traitements suscités? oui...../ non...../

Si oui, comment ?.....

c. Indications

- **Traitement des crises**

- Quelles sont les traitements utilisés durant les crises?

.....

.....

- Si vous utilisez des plantes, pouvez-vous préciser lesquelles ?

.....

.....

- Quels sont les buts du traitement de crise?

.....

.....

- Quelle est la durée habituelle du traitement ?

Durée moyenne :

Durée maximale :

Durée minimale :

- Quels sont les effets secondaires du traitement ?

.....
.....

- **Traitement de fond**

- Quels sont les traitements utilisés ?

.....
.....

- Si vous utilisez des plantes, pouvez-vous préciser lesquels ?

.....
.....

- Quels sont les buts du traitement ?

.....
.....

- Quelle est la durée habituelle du traitement ?

Durée moyenne :

Durée maximale :

Durée minimale :

- Quels sont les effets secondaires du traitement ?

.....
.....

10. Suivi

a. Modalité de suivi

- Quel est l'espacement des rendez-vous ?
- Est -ce le malade ou un membre de sa famille qui revient aux rendez-vous ? malade...../ membre de sa famille..... / autre...../

b. Eléments du suivi

Quels sont les éléments de suivi ?

.....

.....

c. Traitement ambulatoire

- Quels sont les traitements pris à domicile ?
.....
.....
- Chargez-vous un proche de s'assurer du respect du traitement ? oui...../
non...../

11. Evolution

a. Guérison

- Quels sont les critères de guérison ?.....
.....
.....
- Quelle est la durée moyenne avant guérison selon le type de maladie mentale ?
.....

b. Chronicité

- Existe-t-il des cas de passage à la chronicité ? oui...../ non...../
- Quels sont les critères de non guérison ?
.....
.....

c. Stabilisation

- Existe-t-il des cas de stabilisation ? oui...../ non...../

12. Paiement

- Le traitement est-il payant ? oui...../ non...../
- Si oui, quel est le prix de la consultation?.....
- Frais du séjour thérapeutique.....
- Le paiement en nature est-il possible ? oui...../ non...../
- Si oui, citer les natures de paiement habituel?

.....
.....

- Le paiement se fait-il avant ou après les soins ? avant...../ après..../

13. Relation avec les services publics de santé

- a. Arrive-t-il que vous référiez certains patients vers les services classiques de santé ? oui...../ non...../

Si oui, dans quels cas ?

.....
.....

- b. Arrive-t-il que vous référiez vers d'autres tradipraticiens ? oui...../ non...../

- c. Avez-vous une reconnaissance administrative ? oui...../ non...../

Si oui, par quelle autorité a-t-elle été délivrée ?.....

Depuis combien de temps ?.....

- d. Etes-vous souvent associé à la gestion du système de santé de votre localité ? oui...../ non...../

- e. Si oui, en quoi ?

Interview des patients et/ou de leur famille

Numéro interview :.....

Personne interviewé : patient...../ , famille...../

Si famille, préciser lien de familiarité.....,

1. Caractéristiques socio-professionnelles et démographiques

- a. Age du patient :...../
- b. Sexe du patient: F...../ M...../
- c. Statut matrimonial du patient : célibataire/ marié...../
- d. Profession du patient : cultivateur...../ éleveur...../ commerçant...../ élève...../ autre/
- e. Résidence : Diapaga et environnant...../ autres localités de la province de la Tapoa...../ autres villes du Burkina Faso...../ Niger...../ Bénin...../ autres...../
- f. Ethnie : gourmantché...../ ; mossi...../ ; peulh...../ ; haoussa...../ ; autre :.....

1. Comment êtes-vous venus en consultation ?

- a. Venu de vous-même ? oui...../ ; non...../
- b. Amené par votre famille : Sur référence...../ sans référence...../

Si référence : autre tradipraticien...../ service public de santé...../ connaissance...../

Ancien malade ou famille d'ancien malade...../

Avez-vous reçu un traitement antérieur ?

Si oui

Où ? Domicile, autre tradipraticien, service de santé

Quoi ? Plante, mystique, médicament moderne

- c. Autre : police...../ ; gendarmerie...../ ; population...../ ;

2. Antécédents psychiatriques

a. ATCD Personnels

Le patient a-t-il déjà eu des épisodes similaires ? oui...../ ; non...../

Le patient a-t-il eu d'autres maladies mentales différentes de celle-là?

Si oui, lesquelles ?

.....
.....

b. ATCD familiaux

Il y a-t-il d'autres membres de la famille qui ont présenté ou qui présentent des maladies mentales ? oui...../ ; non...../

- Dans la lignée maternelle : mère/ oncles ou tantes...../ autres.....
- Dans la lignée paternelle : père...../ oncles ou tantes/ autres.....
- Collatéraux : frères...../ sœurs...../ nombre...../
- Descendants :oui...../ ; non...../

3. Clinique

a. A quel âge a débuté votre maladie actuelle ?.....

b. Quelle est la durée de l'épisode en jours?.....

c. Quels ont été les signes au début ?

- Repli social...../
- Syndrome délirant...../
- Hallucinations/
- Agitations/
- Bizarreries du comportement/
- Refus de s'alimenter...../
- Refus de travailler...../
- Pleurs incessants...../
- Autres
.....

d. Quels étaient la présentation et le comportement à la consultation ?

- Tenue vestimentaire : propre...../sale...../ débraillée...../
- Conscience : normale...../ altérée...../
- Agitation : oui...../ non...../
- Coopération : interactif...../; mutisme...../ ; violence...../
- Anxiété morbide...../ conversion...../ phobie...../ obsession...../
- Délires...../ hallucinations...../ perturbation de l'humeur maniaque-dépressive...../

- Signe somatique : fièvre...../ douleur...../autres...../
- Autres.....
.....

4. Traitement reçu

a. Quels types de traitement avez-vous reçu ?

a. Ligotage...../ ; Flagellation thérapeutique...../

Traitement à base de plantes ?oui...../ non...../.

Si plantes, forme galénique : décoction...../ ; poudre...../ ; comprimés...../ ; autre.....

b. Pendant combien de temps avez-vous bénéficié de ce traitement ?

Mois...../ ; jours...../

c. Quels ont été les effets du traitement sur votre symptomatologie ?

- régression...../
- stationnaire...../
- aggravation...../

d. Quels en ont été les effets secondaires ?

.....
.....

5. Réinsertion socio-professionnelle et familiale

a. Réinsertion professionnelle

- Avez-vous repris le travail ?oui...../ non...../
- Votre rendement a-t-il changé ? oui...../ non...../
- Avez-vous changé de profession ?oui...../ non...../

b. Réinsertion familiale

- Avez-vous repris votre place dans la famille ? oui...../, non...../
- Vous sentez vous considéré comme avant ?oui...../, non...../

6. Avez-vous été satisfait par les soins que vous avez reçus ?

Oui...../

Non...../

Expliquez

.....

Seriez-vous prêt à recommander quelqu'un d'autre ? oui...../, non...../

7. Finance

a. Le traitement est-il payant ? oui...../, non...../

Si oui, qui paie ? Père...../, mère...../, oncle...../, patient lui-même...../,

Autre :.....

b. Comment payez-vous ? espèce...../, nature...../,

Si espèce, quelle somme...../,

Si nature, quels sont les biens offerts?

c. Si séjour thérapeutique, combien coûte le séjour/jour ?

d. A quel moment payez-vous ? avant soins ?...../, pendant soins ?...../, après soins...../

e. Selon vous, le coût du traitement est-il abordable ? oui...../, non...../

Grilles d'observations

Numéro :.....

Grille d'observation 1 : le patient

1. Aspect épidémiologique sur le patient

- Age :/
- Sexe : F...../ M...../
- Profession : cultivateur...../ ; éleveur...../ ; commerçant...../ ; autres.....
- Résidence : Diapaga et environnant...../ autres localités de la province de la Tapoa...../ autres ville du Burkina Faso...../ Niger...../ Bénin...../ autres...../

2. Motif de consultation

- Repli social :...../
- Délire :...../
- Hallucinations :...../
- Agitation psychomotrice:/
- Autres :
.....
.....

3. Recours aux soins chez le tradipraticien

- d. Amenez par la famille : Sur référence...../ sans référence...../
Si référence : autre tradipraticien...../ service classique de santé...../
connaissance...../ Ancien malade ou famille d'ancien malade...../
Autre...../
- e. Venu de lui-même...../

4. Tableau clinique de l'observé :

A l'admission...../ ; sinon à J.....de séjour thérapeutique

- Présentation : Tenue corporelle et vestimentaire : propre...../ ; sale...../ ;
- Conscience : normale...../ ; altérée...../

- Agitation : minime...../ ; modérée...../ ; intense...../ ; furie...../
- Interaction : interactif...../ ; mutisme...../ ; violent...../
- Troubles névrotiques : anxiété morbide...../ ; conversion...../ ;
phobie...../ ; obsession...../
- Troubles psychotiques : délires...../ ; hallucinations...../ ;
perturbation de l'humeur maniaco-dépressive...../
- Signe somatique : fièvre...../ ; douleur...../ ; autres...../

5. Paiement

- Nature...../ espèce...../
Si espèce, somme en Francs CFA :.....
Si nature : préciser.....
- Moment du paiement : avant soins...../ ; pendant soins...../ après
soins...../
- Si après soins, condition de guérison exigée ? : oui...../ ; non...../

Grille d'observation 2 : le tradipraticien

6. Procédé diagnostique

- a. Géomancie : oui...../ ; non...../

Si oui, décrire tout le procédé :

.....
.....
.....
.....

Autre procédé mystique : décrire brièvement le procédé

.....
.....

- b. Examen clinique : oui...../ ; non...../

Si oui décrire les étapes :

Etape 1=.....

Décrire :.....

.....
Etape 2 =.....

Décrire :.....
.....

Etape 3 =.....

Décrire :.....
.....

Etape 4 =.....

Décrire :.....
.....

Etape 5 =.....

Décrire :.....
.....

7. Procédé thérapeutique

b. Phytothérapie

▪ Mode de préparation :

.....
.....

▪ Mode d'administration :

.....
.....

▪ Posologie :

.....
.....

▪ Conservation :

.....
.....

c. Flagellation thérapeutique

➤ Type de fouet :.....

➤ Taille du fouet:.....cm

➤ Nombre de coups de fouets donnés :.....

➤ Partie du corps fouettée :.....

d. Psychothérapie de groupe

➤ Thème :.....
.....

➤ Organisation : animateur : oui...../ , non...../ ; modalité de prise de parole : sans organisation...../ ; donné par l'animateur/

Si donné par l'animateur, liste de prise de parole recueillie au début :/ ; donné au fur et à mesure :/

La personne qui a la parole se met au milieu...../ ; se met debout...../ ; reste assise...../

➤ Nombre de séance hebdomadaire :.....

e. Ergothérapie

➤ Type de travail : champêtre...../ ; maçonnerie...../ artisanat...../ préciser..... ; commissions...../ ; autre :.....

➤ Caractère : forcé...../ ; volontaire...../

➤ Nombre de séances hebdomadaires si travaux champêtre:.....

f. Ligotage

▪ Object de ligotage : corde...../ ; chaîne...../ autre :.....

▪ Membres ligotés : thoraciques...../ ; pelviens...../

▪ Durée en jours :.....

g. Autres : les décrire

.....
.....
.....

▪ Eléments de suivi :

.....
.....

▪ Modalités de suivi :

.....
.....

8. Guérison

a. Critères de guérison :

.....
.....

b. Type de guérison :

Complète...../ ; partielle...../

c. Conduite à tenir à la guérison

.....
.....

Grille d'observation 3 : observation de la cueillette

9. Préparatifs

▪ Précautions à prendre :

.....
.....

▪ Consultation mystique préalable : oui...../ ; non...../

10. Cueillette

▪ Lieux de cueillette :

.....
.....

▪ Moment de cueillette : matin...../ ; midi...../ ; soir...../

Préciser l'heure :

▪ Outils utilisés pour la cueillette : ciseaux...../ ;
couteau...../ mains...../ ; autre.....

▪ Noms des plantes :

.....
.....
.....

▪ Photographies des plantes : (en annexe)

- Herbar : (en annexe)

- Parties des plantes cueillies :

.....
.....

- Précautions pour conserver l'activité des plantes :

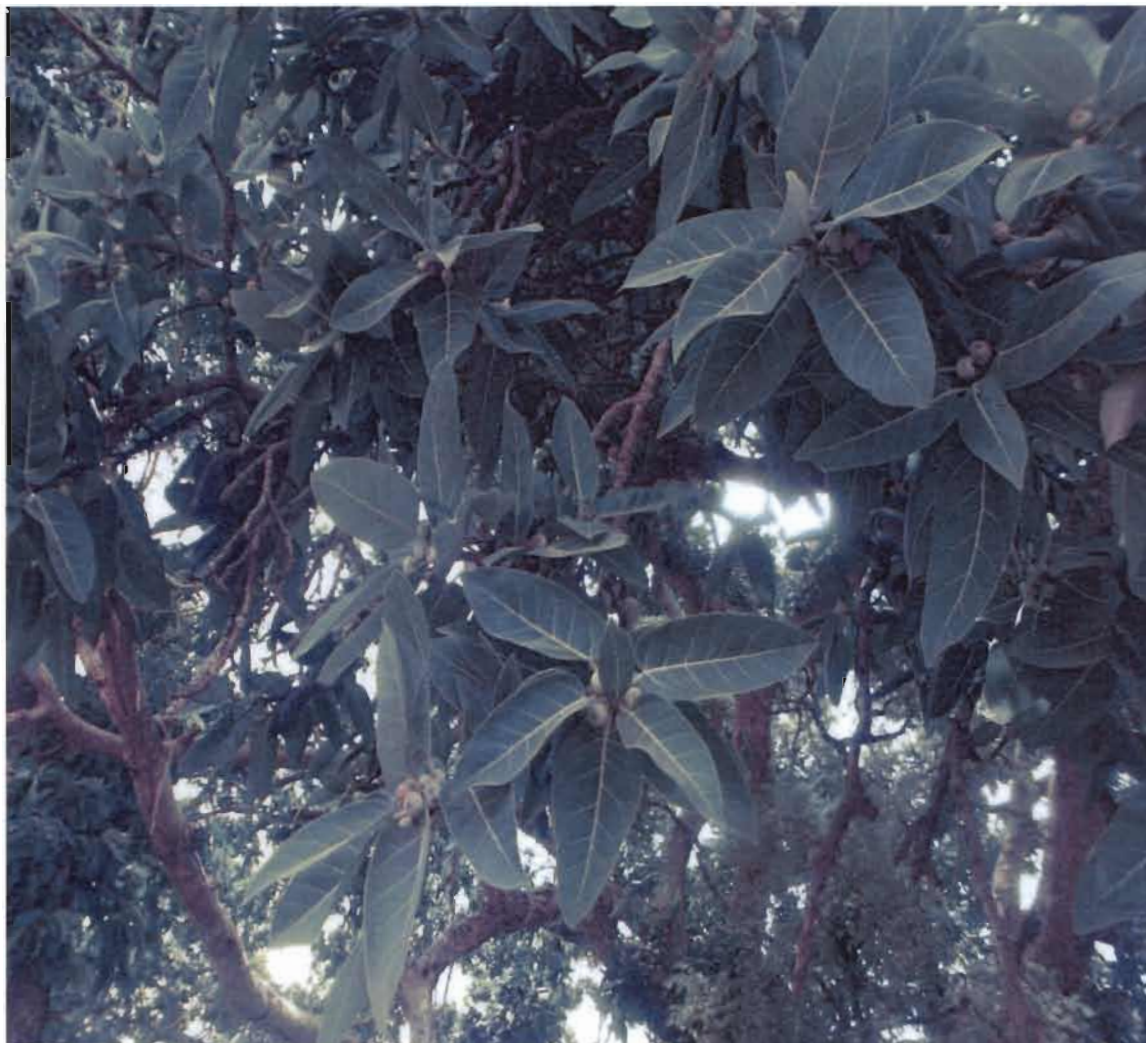
.....
.....

11.Précautions après la cueillette

.....
.....



Annexes 2 : Iconographie



Iconographie 1 : Photographie de *Ficus platyphylla*

(Source Gafar, 2014)



Iconographie 2 : Photographie de *Ficus sur*
(Source Gafar, 2014)



Iconographie 3 : Photographie de *Calotropis procera*

(Source Gafar, 2014)



Iconographie 4 : Photographie de *Boscia angustifolia*
(Source Gafar, 2014)



Iconographie 5 : Photographie de *Khaya senegalensis*

(Source Gafar, 2014)



Iconographie 6 : Photographie de : *Leptadenia hastata*

(Source Gafar, 2014)



Iconographie 7 : Photographie de *Parkia biglobosa*

(Source Gafar, 2014)



Iconographie 8 : Photographie de *Vetiveria nigriflora*

(Source Gafar, 2014)



Iconographie 9 : Photographie de *Bombax costatum*

(Source Gafar, 2014)

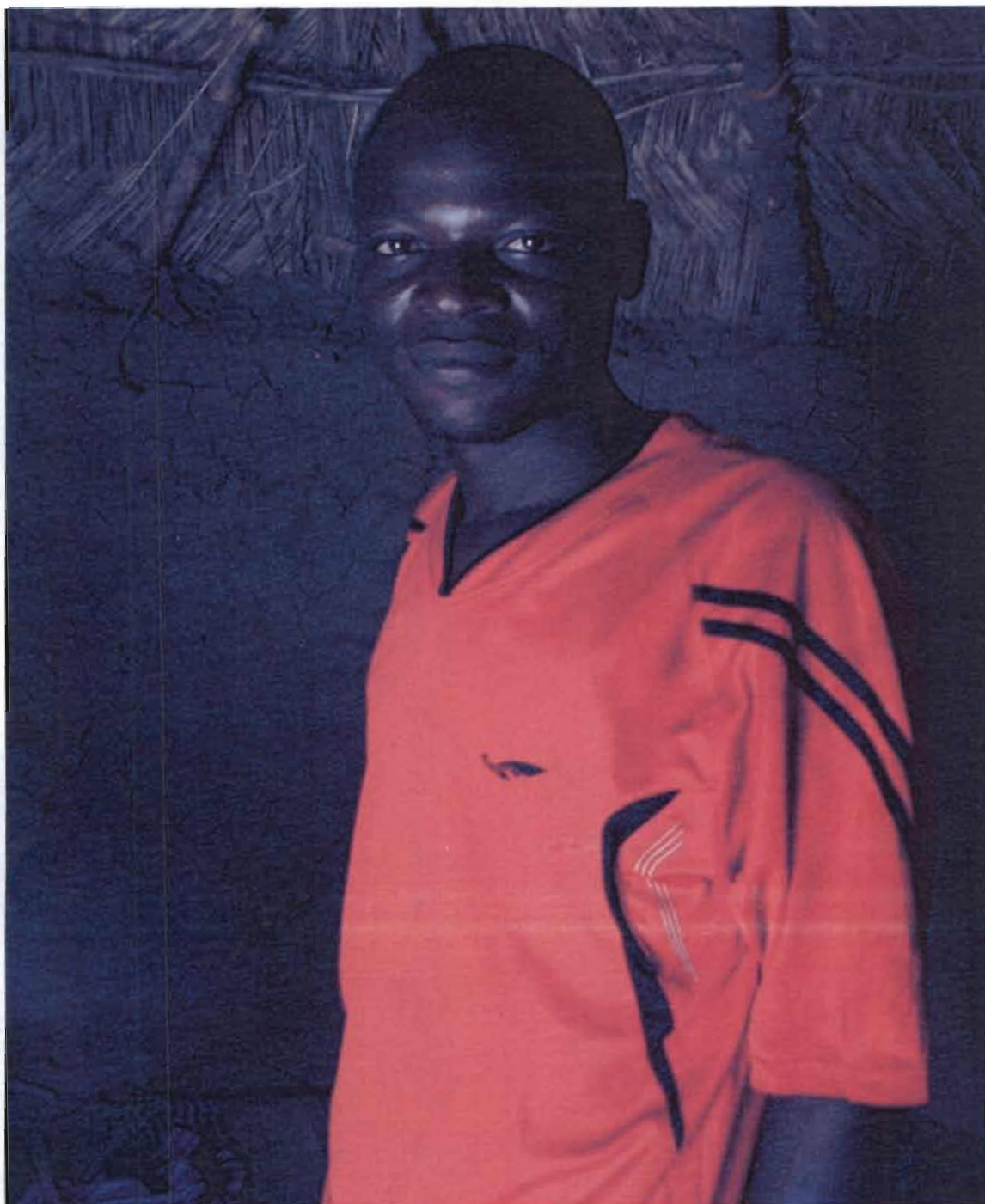


Iconographie 10 : Photographie de *Sterculia setigera*

(Source Gafar, 2014)



Iconographie 11 : Photographie d'une patiente enchaînée dans la salle de séjour thérapeutique
(Source Gafar, 2014)



Iconographie 12 : Photographie du tradipraticien de l'étude
(Source Gafar, 2014)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Serment d'Hippocrate

« En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai, gratuit, mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ».