

PARCOURS THÉRAPEUTIQUES AU MALI EN SANTÉ MENTALE

Dougoukolo Alpha Oumar Konaré, Baba Koumaré, Marie-Rose Moro

La Pensée sauvage | « L'Autre »

2014/1 Volume 15 | pages 38 à 45

ISSN 1626-5378

ISBN 9782859192952

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-l-autre-2014-1-page-38.htm>

Pour citer cet article :

Dougoukolo Alpha Oumar Konaré *et al.*, « Parcours thérapeutiques au Mali en santé mentale », *L'Autre* 2014/1 (Volume 15), p. 38-45.
DOI 10.3917/lautr.043.0038

Distribution électronique Cairn.info pour La Pensée sauvage.

© La Pensée sauvage. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



Parcours thérapeutiques au Mali en santé mentale

Dougoukolo Alpha Oumar KONARÉ

Université Paris Descartes, *France*

Baba KOUMARÉ

Université de Bamako, *Mali*

Marie Rose MORO

Université Paris Descartes, *France*

Au Mali, les personnes vivant des souffrances psychiques suivent, de manière assez typique, de véritables parcours à plusieurs étapes, à la recherche de la cure la plus appropriée. Pour le psychologue, ce service de psychiatrie, dans cette configuration, n'est finalement qu'un cadre de soins parmi d'autres. La recherche de la solution parfaite requiert parfois des efforts de déplacement physique, d'investissement psychique, financier, social. À tâtons, entre les tradithérapeutes, les médecins généralistes, ou les charlatans, les personnes en demande traversent un véritable parcours. Ainsi, il devient possible d'observer des circuits thérapeutiques¹ devenant classiques, pour certains.

Nous nous proposons, à travers cet article, de dresser un état des lieux des différentes possibilités thérapeutiques, en termes de santé mentale, au Mali, dans la période précédant tout juste la guerre commencée en 2012. Le point de vue centré sur le psychologue, face aux patients, aux tradithérapeutes, et à ses co-soignants de l'hôpital, mènera ces écrits.

L'hôpital du Point G et son service de psychiatrie

Il existe un seul service de psychiatrie publique au Mali, et celui-ci est le service de psychiatrie de l'hôpital du Point G, à Bamako. Sa forme première fut celle

Dougoukolo Alpha Oumar Konaré est psychologue clinicien, docteur en psychologie de l'Université de Paris Descartes, Laboratoire PCPP, ED 261, Pres Sorbonne Paris Cité.
Email : dougoukolo_ao_k@yahoo.fr

Baba Koumaré est professeur de psychiatrie, Hôpital du Point G, Université de Bamako.

Marie Rose Moro est professeure de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Université Paris Descartes, Pres Sorbonne Paris Cité.

¹ Cette expression est d'usage, pour les soignants locaux.

d'un asile, où divers patients étaient internés, très souvent avec des pathologies psychotiques, ou des désinsertions sociales telles que le lieu avait plus des airs d'hospice. Une tentative de « grande ouverture » et d'humanisation a été entreprise dès les années 1980, avec le Dr Jean-Pierre Coudray et le Pr Baba Koumaré (Coudray 2008).

Des activités ont été mises en place afin de participer à la thérapie des patients, et également transformer l'éthique des soins. Entre autres, la construction d'une coupole de consultations a eu lieu, grâce aux mains des patients.

Une nouvelle politique d'hospitalisation a vu le jour : chaque patient est tenu d'être accompagné par un proche, afin d'offrir un relais dans le soin, aussi bien par rapport au passé, l'anamnèse, l'histoire de la maladie, que par rapport au futur, pour ce qui est du suivi du patient, de la prise des médicaments.

À ce jour, cette politique humaniste perdure encore. Les patients sont accompagnés, ce qui permet de garder un lien avec leur environnement social d'origine, mais également de permettre l'approfondissement de l'histoire de la maladie. À la sortie du service, les accompagnateurs ont en outre appris la posologie des médicaments, et sont sensibilisés aux problématiques des troubles psychiques, permettant un retour aux autres membres de l'environnement d'origine. Cependant, il arrive que dans certains cas, surtout chez des patients paranoïaques, où lors de cas avérés de « trahisons », l'accompagnateur vécu comme persécuteur, entrave en fait, par sa présence, l'alliance thérapeutique avec le service.

Au service de psychiatrie de l'hôpital du Point G, l'on retrouve trois catégories de patients internes. Tout d'abord, il y a les patients présents depuis de nombreuses années, voire des décennies. C'est le service social de l'hôpital qui s'occupe d'offrir une prise en charge minimale pour eux, en comptant sur les dons, notamment. Ils sont aperçus déambulant dans le service, et dans l'hôpital. Ces patients sont « stabilisés dans leur psychose » pour la plupart, et l'hôpital paraît faire office de lieu de contenance, d'espace d'accueil face à une société souvent rejetante de leurs troubles mentaux, lorsqu'ils n'entrent pas dans les modèles nosographiques traditionnels, et que les thérapies locales ne parviennent pas à les aborder. Les patients n'ont pas toujours de relais sociaux capables de les assister, ou de leur rendre visite. Ils sont donc souvent dans un grand isolement, et l'hôpital est une maison-mère où ils se côtoient, avec une assistance médicale très souple et légère.

Le deuxième type de patients vivant dans cet hôpital est celui des patients chroniques, des personnes nécessitant également une prise en charge sur la durée, pas toujours accompagnées, et hospitalisées pour de longues durées, en observation.

La dernière catégorie de patients concerne ceux qui sont hospitalisés pour un traitement de courte durée : cure de désintoxication, stabilisation d'une psychose, recherche de l'équilibre thymique. Leur séjour dure en général quelques semaines, et ils sont toujours accompagnés par des membres de leur famille.

Au service de psychiatrie de l'hôpital du Point G, un seul poste de psychologue clinicien existait durant notre temps de présence. Nous avons occupé, en plus de ce psychologue, une fonction de bénévole², en 2011, et en 2012. Le psychologue du service travaille en étroite collaboration avec les autres soignants. Son approche était plus d'ordre comportemental, avec une grande place également pour la pédagogie.

En plus de ces divers types de suivi, le « Koteba thérapeutique » est également utilisé, une fois par semaine, les vendredis, à partir de 9h. Il s'agit de l'utilisation d'une forme de théâtre traditionnel, afin de faire émerger les problématiques psychiques des patients hospitalisés, quelque que soit leur pathologie, et également, afin de permettre au corps de devenir un instrument

² Nous avons statut de psychologue clinicien, autorisé à intégrer pleinement l'équipe de soignants, à mi-temps.

de la catharsis. Il arrive que la troupe du Kotéba thérapeutique (constituée d'artistes locaux), le metteur en scène Adama Bagayoko, et les soignants, estiment qu'il serait pertinent, au vu de son jeu, qu'un patient poursuive le Kotéba thérapeutique en individuel. Cela permet d'associer, de mettre sur le devant de la scène, sur un espace intermédiaire, une partie du psychisme (à la manière du psychodrame). Ainsi, des moments plus courts et privés, sont mis en place, de façon ponctuelle.

Les prises en charge modernes hors du service de psychiatrie du Point G

Parallèlement au CHU du Point G, il existe diverses antennes de psychiatrie au Mali, ces antennes sont présentes dans des centres de soin de référence de l'Etat, ils administrent des traitements médicamenteux, de manière pas toujours spécialisée, aux patients. En cas de troubles prolongés et/ou graves, une visite à Bamako devient nécessaire. De ce fait, bon nombre de patients sont en réalité dans une espèce de situation d'exil à Bamako, où ils sont en lien avec des membres de leur famille chez qui ils sont hébergés dans un premier temps, et finissent parfois par y domicilier, *de facto*, du fait des exigences du traitement. Cela comporte bien sûr son lot de bénéfices secondaires : départ de l'environnement d'origine, affiliation à une nouvelle famille, prise en charge financière, etc.

Koutiala, dans la région de Sikasso, troisième région administrative, au sud-est du pays, est l'unique emplacement régional à bénéficier d'une antenne de soins psychiatriques non-affiliée à un centre médical, et consacrée uniquement aux « troubles psys ».

En privé, les cliniques sont nombreuses à Bamako. On y propose pour des prix bien plus élevés des consultations en psychiatrie, avec un certain suivi fait de cure par la parole, même si l'axe central des cures reste la prescription de médicaments psychotropes. De même qu'à l'hôpital, ces institutions sont souvent des lieux aménagés pour le traitement des addictions.

Ainsi, des personnes peuvent être hospitalisées, suite aux indications de psychiatres du secteur public, ou de médecins généralistes. Ces cliniques ont pour bénéfice pour les patients d'offrir des espaces privés, plus discrets, ou le patient est sevré, et isolé, quelque peu sur le modèle des centres de désintoxications occidentaux. Du fait des coûts onéreux, ce n'est cependant pas la norme que des patients y soient hospitalisés.

En ce qui concerne les psychologues cliniciens, et leur place dans la santé mentale, les choses restent quelque peu ténues. Dans les autres services de l'hôpital, des psychologues cliniciens maliens évoluaient également : en médecine interne, et en maladies infectieuses. Un grand effort était consacré aux patients séropositifs, à la révélation de la maladie. Cela était très important étant donné la nature conservatrice de la société malienne, le rapport à la sexualité, et la honte de la maladie.

Nous avons d'ailleurs été amené à assister à des consultations avec des patients séropositifs pour qui la maladie ne semblait pouvoir se vivre autrement que par le déni, et une alimentation progressive et permissive d'idéation sub-déliantes³ dans le but de recouvrer la réalité de la maladie, afin de préserver l'insertion sociale.

Des organisations non-gouvernementales presque exclusivement occidentales, et des institutions internationales⁴, proposent de l'écoute clinique, ou des évaluations et orientations psychologiques, dans leurs locaux, ou par le biais d'autres structures, comme des associations ou des cliniques locales. Cependant, la faible présence de psychologues limite ces possibilités d'aide, et la formation de soignants non-psychologues et non-psychiatres s'avère être le compromis possible.

³ Nous nous souvenons en particulier de ce patient convaincu de ne pas être malade, et parlant de conversations avec des anges, de la révélation de son immortalité.

⁴ Par exemple, ONU Femmes, pour citer une organisation active récemment, pour appuyer les femmes maliennes.

Les circuits traditionnels et les médicaments « par terre »

Au Mali, il est fait référence aux « tradithérapeutes » pour parler des diverses personnes proposant une aide thérapeutique aux individus et familles en souffrance, à partir de savoirs transmis depuis des siècles, longtemps avant la période coloniale. Ces pratiques sont privilégiées en première intention par les patients, d'après notre expérience et les récits de nos collègues du Point G. En effet, la plupart des patients consultant en psychiatrie essaient au préalable la tradithérapie. Plusieurs raisons sont mentionnées pour cela. D'une part, le manque de moyens financiers (même si au final, il n'est pas certain que cela leur coûte moins cher...), la discrétion, mais aussi une grande confiance en ces pratiques multiséculaires, imprégnant profondément les sociétés de cette région d'Afrique de l'Ouest. La « médecine des blancs » serait finalement un ersatz de soins, plus adéquat pour les occidentaux que pour les locaux, dans une vision presque clivée de l'accès au soin.

Ainsi, en psychiatrie, ce sont souvent les « échecs » d'autres soignants qu'il fallait « récupérer », forçant aussi, à bien des égards, à une médiation personnelle, pour établir l'alliance avec des patients fatigués, usés financièrement, en proie à leur souffrance, et perdant espoir en une issue positive à leurs tourments, dubitatifs des soignants, dès lors.

Dans la liste des divers types de tradithérapie que les patients apportent, dans leur histoire il est possible de dénombrer, de manière non-exhaustive, cinq modes principaux de thérapie. Précisons dès maintenant qu'il existe une dimension « régionale » à chaque pratique, ce qui crée parfois lesdits circuits thérapeutiques pour les patients. Ces circuits, dans la recherche de la « guérison », créent de véritables voyages physiques, et par certains aspects, l'errance est de rigueur.

Ainsi, en pays bambara, les sacrifices sont courants. Il s'agit de poser des offrandes à des esprits, afin de les apaiser, ou les dompter. Les fétiches du sud du pays permettent de se couvrir de protections. Les rites de possession du « hoole hoore » sont une spécialité du « pays sonrhäï » au nord du Mali. Les rites de possession varient en plus selon les régions. Chez les Sonrhäï, les personnes sont « chevauchées » par des grands esprits anthropomorphes anciens, tandis qu'au Sahel occidental les esprits de la nature sont plus prompts à posséder. D'autres pratiques, telles les fumigations avec de l'encens, pour chasser les mauvais esprits hantant les patients, sont répandues dans de nombreuses régions.

Les soins prodigués par des religieux, comme les prières, les exorcismes, sont également utilisés par les personnes en souffrance. Ces soins sont basés sur des pratiques religieuses islamiques et chrétiennes, avant tout. Les descendants des djihadistes toucouleurs du XIX^e siècle utilisent les incantations soufies. Les soins religieux ne sont pas considérés à proprement parler comme de la tradithérapie par le personnel du service de psychiatrie. Ils ont un statut autre, parfois plus révérent et socialement valorisé par les patients, et leur mode d'action est plus souvent basé sur l'utilisation du verbe sacré, pour rejeter de l'âme des maux pensés comme le fait du Diable.

En marge de ces thérapies bien structurées, les « médicaments par terre » sont une option souvent utilisée. Le terme « médicaments par terre », lui, est d'usage pour désigner des médicaments fabriqués à partir de connaissances anciennes de la pharmacopée. Ces médicaments sont facilement disponibles, et sont souvent recommandés par la bouche-à-oreille, en demandant à son entourage, ou directement dans les zones commerciales. Leur efficacité est relative au degré de connaissance en botanique et médecine traditionnelle des concepteurs, et à la qualité de conservation, jusqu'au moment de l'achat. Souvent, l'on désigne par ce terme des contrefaçons dont le but est de faire du profit, hors de toute législation.



Avec la vision que nous avons eu à l'hôpital, les choses sont quelque peu biaisées, car c'est bien suite à des échecs thérapeutiques que nous recevons les patients... Autrement dit, les cas de « succès » n'étaient pas toujours à la portée de notre vue. Malgré tout, nous avons déjà rencontré des patients souhaitant continuer la prise de médicaments traditionnels, en annexe à leur traitement « occidental » car ils auraient remarqué l'efficacité de la première gamme de médicaments sur des pans de leur vie : appétit, sexualité, sentiment d'énergie.

De la tradithérapie à la rencontre hospitalière

Le parcours thérapeutique classique, tel que rendu évident pour les praticiens de la santé mentale au Mali, repose sur un schéma long, assez classique. Dans un premier temps, face à des difficultés psychiques se manifestant de manière somatique, la plupart du temps, les individus tentent les solutions socialement cautionnées. La difficile place pour les troubles mentaux dans la société, ou les plaintes thymiques, nous paraissent bien souvent résulter d'une impossibilité à exprimer les conflits intrapsychique comme des maux à part entière. En effet, les troubles mentaux sont souvent un facteur de honte, ou de fragilisation sociale, subjectivement. Les patients expriment un sentiment d'aliénation, de différence insaisissable par leur environnement moderne, leur niant la possibilité de soins thérapeutiques autres que natifs : religieux (islamiques, chrétiens) ou « traditionnels » (donc basé sur les religions et croyances préislamiques). En plus, l'alliance thérapeutique avec la « médecine des blancs »⁵ semble immédiatement lointaine, car les patients expriment pour beaucoup leur crainte que « ça se sache », du fait que « tout le monde connaît tout le monde ici ». Pour ainsi dire, l'environnement hospitalier est lui-même subi comme potentiellement persécuteur. Dans le contact, et parfois l'expression verbale, bien des patients sont capables de dire cela, tout en taisant leur parole profonde sur leurs tourments.

⁵ Comprendre, en milieu hospitalier, d'inspiration occidentale.

Ainsi réprimés, les affects prennent la forme leur permettant de se faire entendre, à travers le symptôme visible, attractif : typiquement, la migraine, l'insomnie. La plainte n'est pas « je suis stressé ». Cette parole est déjà connotée médicalement, et implique un degré de croyance à des troubles mentaux « occidentaux », ce qui n'est pas souvent accepté immédiatement, car différents/alien, et aliénant. Les plaintes sont plus typiquement : « je n'arrive pas à me concentrer », ou encore « je suis triste », « j'ai peu d'énergie ». Ces expressions de l'anxiété et de la mélancolie ouvrent la porte à une médicalisation des troubles. Là, l'on fait une entrée dans le domaine de ce que peut soigner la tradithérapie, ou la médecine moderne, et offrant une distance d'avec la « maladie mentale », et ce qui est ressenti comme une faille personnelle. *A contrario* les troubles physiques, peuvent, eux, être finalement d'une banalité telle que ce n'est pas l'individu que l'on pourrait indexer, du fait d'une saillance gênante, voilant ce que renferme l'esprit. Là, existe une différence de point de vue sur les types de maladie. Cette différence est à la base des modalités de demande d'aide.

Egalement, l'on peut retrouver un schéma dans lequel les thèmes de maladie mentale, de troubles psychiques sont avancés, mais sous une chape dans laquelle ils sont directement liés à l'action malfaisante d'autrui, tout comme divers types de maladie. Dans ces instances là, ce ne serait pas finalement la personne qu'il faudrait remettre en question, mais plutôt la part de « malveillance », « d'envie » dégagee par son environnement (Ezembé 2009). L'intégrité du moi est préservée, et le tradithérapeute peut mettre en place une thérapie visant à exciser le mal de la personne, comme le religieux lors d'un exorcisme, lorsqu'il éradique le Sheitan (Al-Shabrâwi 2007), source unipolaire de tout mal psychique.

Juliana Ndoki Massivi (2010) considère que les sociétés traditionnelles africaines⁶ parviennent à amener devant la scène sociale des troubles psychiques, par le biais de procès en sorcellerie. Elles explorent les tenants et aboutissants d'un « cas », par des « procès punitifs ». A la manière des thérapies transculturelles, et de leur dispositif de cothérapeutes (Moro & Baubet 2009), sont exposés les indices transgénérationnels, les systèmes familiaux, afin de se rapprocher de plus près des dysfonctionnements ayant conduit à la non-compensation des conflits psychiques chez une personne, ou un groupe de personnes. La victime désignée, coupable désignée d'une non-conformité, de troubles apparents, est envisagée comme étant à la base du mal d'autres membres de la société, ou de la chute de sa famille, de ses proches, comme dans une menace contre l'équilibre social et psychique d'un groupe. D'ailleurs, ces sociétés adoptent une démarche de type tout à fait thérapeutique : diagnostic, prescription, suivi du malade. Nous voyons bien que les tradithérapeutes, à travers des affirmations culturelles anciennes, codifiées, parviennent eux aussi à questionner les problématiques personnelles et familiales des sujets, à leur échelle, en écho avec les services de psychiatrie

⁶ Plus précisément, les sociétés du groupe ethnique Kongo.

Conclusions et perspectives

Il apparaît que la prise en charges des troubles psychiatriques au Mali est encore limitée, du fait de facteurs socio-culturels, géographiques et financiers. Pourtant, les discours sur l'inutilité d'une prise en charge des personnes en souffrance psychique sont révolus. La demande existe, et les patients arrivent à se saisir des structures et des dispositifs lorsque ceux-ci se font contenant et disponibles. Ceci est d'autant plus vrai lorsque les instances thérapeutiques anciennes ne suffisent plus face à des maux parfois uniquement à la portée de psychotropes (Coppo et al. 1988), lorsque les limites des thérapeutes traditionnels deviennent claires.

Le défi principal pour le psychologue clinicien au Mali, est de pouvoir proposer des terrains de dialogue en commun avec les différents praticiens, et finalement ouvrir les dispositifs thérapeutiques aux patients, mais peut-être aussi à tous les autres acteurs de soins occidentaux ou locaux.

Plusieurs ateliers de recherche et de formation ont déjà été initiés par le personnel du Point G, à l'intérieur du pays, afin de rencontrer les thérapeutes traditionnels, récolter leurs appellations anthropologiques des symptômes et des maladies, dresser des nomenclatures de référence à utiliser avec les patients, pour une facilitation de la communication et une meilleure alliance thérapeutique. Également, il a été question de la sensibilisation des thérapeutes traditionnels aux méthodes dites occidentales, afin de tendre vers une complémentarité du travail. En effet, bien souvent, pour des raisons financières ou « idéologiques », les patients ne suivent pas les traitements jusqu'à terme. Les thérapeutes traditionnels avec qui ils restent en contact leur disent que l'alliance des techniques est néfaste, et que cela peut, dans le meilleur des cas, arrêter leur guérison. Ainsi, avec les thérapeutes traditionnels rencontrés, une mise au point sur l'effet des traitements a pu être proposée.

Nous pensons qu'en parallèle des efforts gouvernementaux pour mettre à disposition des populations de plus en plus de lieux thérapeutiques, il faudra également former les soignants à l'écoute clinique, et à la participation à des groupes de thérapie. Le Kotéba thérapeutique, loué à l'international, est lui-même la preuve que les techniques et philosophies de la cure par la parole peuvent être mises à contribution pour donner un champ aux individus en souffrance afin qu'ils élaborent autour de leurs troubles, mais aussi afin de discuter de leurs réalités, qu'ils se figure dans une direction thérapeutique et puissent parler de leur maladie, de leurs traitements.

Également, nous restons convaincu que c'est en ouvrant l'hôpital, en communiquant massivement autour de ses techniques, de ses règles, que l'on pourra le rendre plus désirable par les personnes, et peut-être métisser les pratiques en permettant au patient de faire le parcours thérapeutique qui lui convient le mieux. ●

■ Bibliographie

- Al-Shabrâwi SAAK. *Les degrés de l'âme*. Paris : Dervy ; 2007.
- Coppo P. *Les Guérisseurs de la folie, Histoires du plateau Dogon*. Le Plessis-Robinson : Les Empêcheurs de Penser en Rond ; 1998.
- Coppo P, et al. *Médecine traditionnelle, psychiatrie et psychologie en Afrique*. Rome : Il Pensiero Scientifico Editore ; 1988.
- Coudray JP. *Freud et les Jine : Un psychiatre au Mali, Réflexions sur l'ethnopsychiatrie*. Paris : Maison a cote ; 2008.
- Ezembé F. *L'enfant africain et ses univers*. Paris : Karthala ; 2009.
- Moro MR, Baubet T. *Psychopathologie transculturelle. De l'enfance à l'âge adulte*. Paris : Masson ; 2009.
- Ndoki-Massivi J. *Etude des troubles d'étiologie sorcière punitive chez les Kongo : rôle thérapeutique du procès traditionnel*. Thèse de doctorant en psychologie ; Université Paris 8 ; 2010.
- Zimmermann M, Bagayoko A. *Le rire de délivrance, Théâtre et psychiatrie à Bamako. Hypnose et Thérapies* 2010 ; 18.

■ Résumé

Parcours thérapeutiques au Mali en santé mentale

Cet article offre un état des lieux des possibilités de traitement des troubles psychiques au Mali. L'hôpital du Point G, à Bamako, la capitale, est au centre de l'article. Les circuits thérapeutiques traditionnels sont également mentionnés, afin d'offrir une vue sur ce qui s'offre aux Maliens en termes de cures pour leurs troubles psychiques ou psychosomatiques. Une réflexion finale se penche sur la disponibilité et l'utilisation des services thérapeutiques traditionnels et modernes pour les personnes en souffrance.

Mots-clés : *prise en charge, santé mentale, psychiatrie, médecine traditionnelle, Mali, Afrique, Koteba.*

■ Abstract

Therapeutic mental health process in Mali

This article offers an inventory of mental health cures in Mali. The Hospital of Point G, located in Bamako, the capital, is its main setting. Traditional therapeutic approaches are also mentioned, so as to offer a broad perspective on the different therapeutic solutions used by Malians, with regards to cures for their psychic and psychosomatic disorders. We also reflect on the availability and the uses of traditional and new therapeutic services for suffering individuals.

Keywords: *offer medical care, mental health, psychiatry, traditional medicine, Mali, Africa, Koteba.*

■ Resumen

Trayectorias terapéuticas en Malí en materia de salud mental

Este artículo ofrece un panorama de las posibilidades de tratamiento de trastornos psíquicos en Malí. El hospital del Punto G en la capital Bamako, es el centro del artículo. Los circuitos terapéuticos tradicionales son igualmente mencionados, con el fin de visualizar lo que se ofrece a los malienses en materia de curas a sus trastornos psíquicos o psicósomáticos. Una reflexión final profundiza sobre la disponibilidad y utilización de los servicios terapéuticos tradicionales y modernos para los pacientes.

Palabras claves: *atención en salud, salud mental, psiquiatría, medicina tradicional, Malí, África, Koteba.*