

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET
EDUCATIVES

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POST GRADUATE SCHOOL FOR SOCIAL
AND EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR THE
SOCIAL SCIENCES

DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE
DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

**SAVOIRS LOCAUX ET SANTE INFANTILE : PERCEPTIONS
ET USAGES DES AMULETTES PROTECTRICES SUR LA
SANTE DES ENFANTS A MONGO/TCHAD**

Mémoire de Master en Sociologie soutenu le 04 juillet 2024

Spécialisation : population et développement

Par :

MENDIGUILEMBAYE Frédéric DIONRANG

Jury :

Président : Armand LEKA ESSOMBA, PR

Examineur : PINGHANE YONTA Achille, CC

Rapporteur : Moustapha Mohammed Moncher NSANGOUMBOUE, CC



JANVIER 2024

DEDICACE

A

Mon père Samson Djekoula Dionrang

Et

A ma mère Martine Nepitimbaye

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons tout d'abord exprimer nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance au Docteur Moustapha Mohammed Moncher NSANGOU MBOUEMBOUE, qui a accepté de diriger la rédaction de ce mémoire malgré ses multiples occupations. Il a sans doute contribué de manière significative à la finalisation de ce travail. Outre ses précieux conseils et orientations, il a toujours su faire preuve d'une grande patience et d'une certaine perspicacité à notre égard, toute chose qui nous a permis de venir à bout de ce travail.

Il serait ingrat de passer inaperçu les enseignements et formations dispensés par les enseignants du Département de la sociologie de l'Université de Yaoundé I que ces derniers trouvent nos cordiaux remerciements.

Nous tenons également à exprimer notre gratitude à l'égard de tout le personnel de la délégation sanitaire et de l'hôpital Régional de la ville de Mongo/Tchad pour leur collaboration et leurs orientations durant nos moments de recherches dans ces différentes institutions. Un grand merci aussi à tous nos informateurs pour leur disponibilité.

Nous remercions toute la famille, particulièrement, nos grand (es) frères et sœurs Herman Allahramadji Dionrang, Gonodji Dionrang, Éric Mbaibikem Dionrang, Roland Mbaiakambi Djekoundabi, Stéphane Dji-allah'd Dionrang, Serge Madjiré Djekoundabi, Salomene Bonodji Dionrang, Leonard Ngaodanmbaye, Martin Ngaodanmbaye, qui nous ont toujours soutenu et encouragé, et grâce à qui nous avons pu entreprendre ce dont nous avons envie, sans avoir trop à nous soucier des aspects finance et matériel.

Enfin, nos vifs remerciements à tous nos frères et sœurs, plus spécifiquement au Docteur Great Baba, Colin Djekoundabi, Djebaroum Madjitoingar, Eloi Koumantolyogo, Alfred Aloyo, Anicet Diondoh Mamadjibey, Léa Tamdal, Fabienne Azama, etc., et qui nous ont toujours accompagné dans cette œuvre.



ABREVIATION ACRONYMES ET SIGLES

AP : Amulette Protectrice

AEF : Afrique Équatoriale Française

CCU : Centre Catholique Universitaire

CFOD : Centre d'Étude et de Formation pour le Développement

CPPSA : Cercle philo-psycho-socio-anthropologie

CSB : Santé de Base

DSSIS : Direction des Statistiques et du Système d'Information Sanitaire

DPSSN : Délégation Provinciale Sanitaire et de la Solidarité Nationale

EDS : Enquête Démographique et de la Santé

EDS-MICS : Enquête Démographique et de Santé et a Indicateur Multiples au Tchad

EI : Entretien Individuel

FAO : Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture

HBM: *Health Belief Model* (Model de croyance en santé)

HBT: Habitant

INSEED : Institut National de la Statistique, des Études économiques et Démographiques

IOM : Institute Of Medecine

IRIC : Institut des Relations International du Cameroun

MAS : Malnutrition Aigüe Sévère

MC : Médecine complémentaire

MT : Médecine Traditionnelle

MTC : Médecine Traditionnelle ou Complémentaire

MTI : Médecine Traditionnelle Indienne

NC : Nouveaux Cas

NIH : *National Institutes of Health*

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEP : Pratiques Endogènes de Protection

SRO : Solution de Réhydratation Orale

UNESCO : *United Nations Educational, Scientific and Cultural* (Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture)

UNICEF : *United Nations International Children's Emergency Fund* (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)

VRI : Infection des Voies Respiratoires aiguës

WASH: *Water Sanitaire and Hygiene*

WHO: *World Health Organization*

LISTE DES PHOTOS

Photo 1: Carte de la ville de Mongo (Guera).....	35
Photo 2: Le massif d'Abou-Telfane	38
Photo 3: Massif du Guera.	40
photo 4 : Marché du bétail d'Oyo.....	51
photo 5: Versets coraniques utilisés pour la fabrication des amulettes.	75
photo 6: Versets coraniques utilisés pour la fabrication des amulettes.	76
photo 7: Djim ou huile de purification.	78
Photo 8: Un enfant dans un état de malnutrition sévère	106
Photo 9 : Grenier de conservation des amulettes.....	111
Photo 10: Oignons sauvages.....	112
Photo 11: Bébé porteur d'amulettes.	113
Photo 12 : Les amulettes en état de confection.	114

LISTES DES ANNEXES

Annexe 1: Attestation de recherche - 132 -
Annexe 2: GUIDE D'ENTRETIEN - 133 -
Annexe 3: Liste des personnes enquêtées - 135 -
Annexe 4: Autorisation de recherche par le service de santé a Mongo - 137 -



RESUME

Le constat selon lequel la santé et la maladie ne sont pas que de simples données biologiques, mais qu'elles sont aussi le résultat de constructions socio-culturelles n'est pas récent. Lorsque l'aspect socialement construit de la maladie et de la santé prend une importance trop grande par rapport à leur caractère biologique, les options thérapeutiques peuvent alors s'éloigner du fondement physiologique de la maladie. Tellement s'en éloigner que l'objectif qui leur est assigné, à savoir apporter la guérison pourrait même ne jamais être atteint. Et c'est même l'effet contraire, c'est-à-dire l'aggravation de la maladie qui pourrait se produire. La présente étude permet en tout point d'étayer ce point de vue en ce sens qu'elle tente de comprendre comment le recours aux amulettes protectrices comme option thérapeutique impacte sur la santé infantile. Une enquête qualitative éclairée par les théories du *Health belief model* et le *Théorème de Thomas*, portant sur les options thérapeutiques préférées des parents pour leurs enfants, sur les raisons de ces préférences et sur les perceptions et représentations autour des amulettes protectrices nous ont permis de conclure à la forte croyance en "l'efficacité" des amulettes protectrices. Ayant au préalable échangé en profondeur avec le personnel de santé et ayant pris en compte la morbidité et la mortalité infantile relativement élevées dans la localité de Mongo, nous en avons conclu que le recours à la thérapeutique douteuse des amulettes protectrices impacte gravement sur la santé infantile à Mongo.

Mots clés : Savoirs Locaux ; Santé Infantile ; Perceptions ; Amulettes Protectrices ; Mongo/Tchad.



ABSTRACT

The observation that health and disease aren't just biological datas, but they are also the result of sociocultural constructions is not recent. However, when the socially constructed aspect of health and disease gets by far more important in the eyes of the viewers than their biological aspect, the therapeutic options can also be too far from the physiological ground of the disease. So much so that their assigned objective of healing can probably never get reached. On the contrary, it is the reverse effect, namely the aggravation of the illness, that can occur. This study permits on all aspects to prove that point of view in that sense that it seeks to understand how the recourse to protection amulets as therapeutic options impacts on infantile health. A qualitative survey enlightened by the *Health belief model* theory and the *Theorem of Thomas*, focussing on the most preferred therapeutic options of parents for their children, on the reasons for these preferences, and on the perceptions and representations surrounding the issue of protection amulets has allowed us to conclude that there is a very strong belief in the "efficiency" of protection amulets. Having had, prior to our survey, an in-depth discussion with health personels, and having also taken into account the relatively high rate of morbidity and mortality in the locality of Mongo, we have come to the conclusion that the recourse to the doubtful therapy of protection amulets has a serious impact on infantile health in Mongo.

Keys words: Local Knowledge, Child Health, Perception, Protective Amulets, Mongo/Chad



SOMMAIRE

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	ii
ABREVIATION ACRONYMES ET SIGLES	iii
LISTE DES PHOTOS	i
LISTES DES ANNEXES.....	ii
RESUME	iii
ABSTRACT	iv
SOMMAIRE	1
INTRODUCTION	2
CHAPITRE I : PRESENTATION DE LA ZONE D'ETUDE	33
CHAPITRE II : PERCEPTIONS DES AMULETTES PROTECTRICES, DE LA SANTE	55
ET DE LA MALADIE CHEZ LES PARENTS D'ENFANTS A MONGO	55
CHAPITRE III : RECOURS AUX AMULETTES PROTECTRICES ET CHOIX MEDICAUX DES PARENTS A MONGO/TCHAD	79
CHAPITRE IV : AMULETTES PROTECTRICES, MORBIDITE ET MORTALITE INFANTILE A MONGO TCHAD	100
CONCLUSION	118
BIBLIOGRAPHIES	122
ANNEXES	- 131 -
TABLE DES MATIERES	- 138 -



INTRODUCTION

I- PROBLEME

En tant qu'artefacts culturels auxquels l'on prête de nombreuses vertus dont celle thérapeutiques, les amulettes protectrices ont toujours été (et sont encore) largement utilisées dans le monde entier. Leur usage généralisé a parfois entraîné des conséquences qui sont en soi des problèmes sociaux. Il sera question dans cette partie de notre travail de revenir sur l'usage des amulettes protectrices ainsi que ses conséquences constatées un peu partout dans le monde. L'accent sera mis, en dernière analyse sur la ville de Mongo qui est notre terrain d'étude. Pour connaître les origines lointaines des amulettes protectrices, un article publié en juillet (2022) par Maël Popat, fait comprendre que c'est les archéologues et les historiens qui ont retrouvé des témoignages relatifs à l'utilisation de porte-bonheurs dès la préhistoire dans diverses sociétés.

En Amérique par exemple, les amulettes ont une longue histoire, remontant aux civilisations autochtones qui habitaient le continent bien avant l'arrivée des Européens. Ces civilisations telles que les Mayas, les Aztèques et les Incas utilisaient des amulettes pour diverses raisons, allant de la protection contre les mauvais esprits à l'attraction de bonheur et de prospérité. Dans la culture maya, par exemple les amulettes étaient considérées comme des objets sacrés souvent fabriquées à partir de matériaux tels que l'or, l'argent et la Jade. Elles étaient portées comme bijoux ou attachés aux vêtements pour protéger leur porteur des maladies, des accidents et des mauvais sorts. Certains exemples d'amulettes maya comprennent des représentations d'animaux sacrés tels que le jaguar, le serpent à plumes et l'aigle.

Les Aztèques, quant à eux, les utilisaient également pour se protéger et attirer la bonne fortune. Ils croyaient fermement au pouvoir des symboles et utilisaient souvent des motifs tels que le soleil, la lune, et les Etoiles dans leurs amulettes. L'une des amulettes la plus célèbre de cette époque est le « *calmecac* », un pendentif en forme de croix qui était censé représenter l'équilibre entre le ciel et la terre.

Lorsque les européens sont arrivés en Amérique, ils ont également apporté avec eux leurs propres croyances et traditions liées aux amulettes. Les colons espagnols, par exemple, ont commencé à utiliser des amulettes religieuses telles que les crucifix et les médailles de saints pour se protéger du mal. Au fil du temps, les amulettes sont devenues un mélange de traditions autochtones et européennes en Amérique. Aujourd'hui, de nombreuses personnes continuent de porter des amulettes pour diverses raisons, qu'il s'agisse de croyances religieuses, de superstitions ou simplement comme accessoire de mode. D'une manière brève,

les amulettes ont une longue histoire en Amérique, remontant aux civilisations autochtones qui les utilisaient pour protection et la bonne fortune. Mais au fil de temps, ces traditions en Amérique ont été influencées par les croyances européennes et continuent d'être utilisées aujourd'hui encore.

Dans la ville de New York, les amulettes de protection sont également populaires bien que leur utilisation soit souvent associée à des pratiques religieuses spécifiques, telles que le bouddhisme, le catholicisme ou le vaudou. Les New-yorkais peuvent porter des amulettes pour se protéger contre les énergies négatives, les maladies, les accidents ou pour attirer la chance et le bonheur. Les amulettes de protection à New-York sont souvent fabriquées à partir des pierres précieuses ou semi-précieuses, des herbes sacrées ou des objets symboliques. Elles peuvent être portées comme colliers, bracelets, bague... certaines boutiques spécialisées dans les pratiques spirituelles et religieuses proposent une grande variété d'amulettes de protection. Les clients peuvent choisir leur amulette en fonction de leurs besoins personnels ou de leur croyance religieuse. Quel que soit leur origine ou leur forme, les amulettes de protection à New-York sont considérées comme des objets sacrés qui offrent une protection spirituelle et une tranquillité d'esprit à ceux qui les portent.

Les amulettes ont également une longue histoire en Asie, remontant à des milieux d'années. Dans de nombreuses cultures asiatiques, les amulettes sont considérées comme des objets sacrés et sont utilisées pour se protéger contre les mauvais esprits, attirer la chance et la prospérité, mais aussi et surtout favoriser la santé et le bien-être. En Chine par exemple, les amulettes sont couramment utilisées depuis l'antiquité. Elles sont souvent fabriquées à partir des matériaux tels que le jade, l'or, l'argent, et sont gravées de symboles et de caractère chinois porte-bonheur. Les amulettes chinoises sont souvent portées comme bijoux ou accrochées aux portes et aux murs des maisons pour éloigner les mauvais esprits et attirer la bonne fortune.

Au Japon, les amulettes sont appelées « *amamori* » et sont généralement vendues dans les temples shintoïstes et bouddhistes. Elles sont souvent faites de tissu et contiennent des pierres et des bénédictions spéciales. Les *amamori* sont censés protéger leur porteur contre les maladies, les accidents, les malheurs, et sont souvent attachés aux sacs à main, aux porte-clés ou aux téléphones portables.

Dans d'autres pays asiatiques tels que la Thaïlande, le Vietnam et l'Inde, les amulettes sont également largement utilisées. Elles peuvent être faites de divers matériaux tels que le bois, le métal ou les pierres précieuses, et sont souvent portées comme bijoux ou accrochées aux véhicules, aux maisons et aux temples pour apporter protection et chance. De manière explicite, il faut noter que les amulettes en Asie ont également une longue date et sont utilisées dans de nombreuses cultures pour la protection, la chance et le bien-être. Notons également que ces amulettes sont fabriquées à partir des matériaux précieux et sont souvent gravées de symbole et de pierres spéciales.

En Europe, l'histoire des amulettes remonte également à des siècles. Les amulettes étaient utilisées par différentes cultures européennes pour diverses raisons allant de la protection contre les maladies et les mauvais esprits à l'attrance de la chance et de la prospérité.

Dans l'antiquité, les grecs et les romains utilisaient des amulettes pour se protéger contre les mauvais yeux, sorts et les influences néfastes. Ils croyaient que ces objets pouvaient détourner la bonne fortune. Les amulettes étaient souvent fabriquées à partir de matériaux tels que l'or, l'argent, le bronze ou le verre et elles étaient ornées de symboles et d'inscriptions.

Au moyen âge, les amulettes étaient également très répandues en Europe. Elles étaient souvent portées comme des pendentifs ou des bagues et étaient censées protéger contre les maladies, les accidents et les attaques de sorcellerie. Les amulettes médiévales étaient souvent gravées avec des symboles religieux tels que des croix ou des images de saints.

En effet, au fil du temps, les amulettes ont continué à être utilisées en Europe, bien que leur signification et leur utilisation aient évolué. Aujourd'hui, ces amulettes sont portées comme des bijoux ou des objets décoratifs, mais elles conservent encore une signification symbolique pour certaines personnes. Il convient de noter ici que chaque pays européen a sa propre tradition et croyance en ce qui concerne les amulettes. Par exemple, en Grèce, l'œil bleu, connu sous le nom de « *mati* » est considéré comme une amulette puissante contre le mauvais œil. En Irlande, le trèfle à quatre feuilles est considéré comme porte-bonheur. Chaque culture européenne a ses propre symbole et traditions associés aux amulettes, ce qui rend leur histoire et leur signification variées et fascinantes.

Tout comme d'autres continents, les amulettes ont également une longue histoire en Afrique remontant à des milliers d'années. Dans de nombreuses cultures africaines, les

amulettes sont considérées comme des objets sacrés, utilisées pour se protéger contre les mauvais esprits, attirer la chance et la prospérité, favoriser la santé et le bien-être.

Dans certaines régions d'Afrique, les amulettes sont fabriquées à partir de matériaux naturels tels que les os, des coquillages, des pierres et des plantes. Elles sont souvent associées à des croyances animistes qui attribuent des pouvoirs magiques à ces objets. Les amulettes africaines peuvent prendre différentes formes, telles que des colliers, des bracelets, des bagues ou des pendentifs.

Les motifs et les symboles utilisés sur les amulettes africaines varient selon les cultures et les tribus. Ils peuvent représenter des animaux, des divinités, des ancêtres, ou des éléments naturels tels que le soleil, la lune et les étoiles. Chaque symbole a une signification particulière et est censé apporter une protection spécifique.

Les amulettes africaines sont souvent portées autour du cou ou du poignet, ou accrochées aux vêtements ou encore aux sacs. Elles sont considérées comme des talismans personnels qui protègent leur porteur des maladies, des mauvais esprits et des dangers de la vie quotidienne. En effet, les amulettes ont une longue histoire en Afrique et sont utilisées dans de nombreuses cultures africaines pour la protection, la chance et le bien-être. Elles sont fabriquées à partir des matériaux naturels tels que les arbres, les racines, les os, les coquillages d'animaux...et sont ornées des motifs et des symboles qui ont une signification particulière. Les peuples grec, arabe ou égyptien ont largement contribué à la diffusion des grigris porteurs de chance. Aujourd'hui, nombreuses sont les personnes qui consultent les voyants et croient à l'efficacité des amulettes ou des talismans. Ainsi, l'amulette prend diverses formes suivant les époques et selon la perception des religions. Au cours de l'histoire, les amulettes et autres objets de protection tels que les talismans ont connu de nombreuses transformations. Le collier garni de dents et os d'animaux de la préhistoire qui peuvent être considéré comme un grigri protecteur.

Les origines exactes des amulettes restent jusqu'à présent inconnues. Pourtant, Il n'en demeure pas moins que de l'époque préhistorique à nos jours, les hommes n'ont jamais cessé de compter sur l'usage de porte- bonheurs. En Égypte Antique, les amulettes ont fait partie des accessoires funéraires privilégiés. Au Moyen Age, les croix et chapelets sont largement répandus dans les foyers. Les amulettes protectrices ont pour mission de contrer les actions néfastes du mauvais œil. Son utilisation est parfois intimement liée à une religion et aux divers cultes polythéistes. Il arrive des fois où les partisans de la religion monothéiste font

aussi usage mais de façon officieuse. La création des porte-bonheurs a pour origine la peur des malheurs qui menacent la vie des hommes. Les premières croyances et religions ont accordé une bonne place aux rituels magiques et au monde des esprits. Le démon et le mauvais œil sont un véritable fléau auquel les populations ont cru pendant des siècles. Seuls les petits objets de protection semblent être en mesure de faire barrage au sort funeste. Au-delà de ces vertus protectrices, l'amulette a des pouvoirs prophylactiques, c'est-à-dire qui protègent contre les maladies d'origine mystique. En Égypte par exemple, la pratique des amulettes protectrices remonte à l'antiquité et est profondément enracinée dans la culture et la religion du pays. Les amulettes sont appelées « *taweez* » en arabe et sont considérées comme des objets sacrés qui offrent une protection contre les forces maléfiques et apportent la chance et la prospérité.

Les *taweez* sont généralement préparées par des spécialistes appelés « *Moqadem* » ils ont une connaissance approfondie des textes religieux et des rituels nécessaires pour charger les amulettes d'énergies positives. Ils utilisent souvent des versets coraniques, des noms divins ou des symboles religieux pour créer des *taweez* puissants. Les matériaux utilisés pour fabriquer les *taweez* varient, mais ils comprennent souvent du papier, du tissu, du cuir ou du métal. Les *taweez* sont ensuite pliées ou cousues dans des petits sacs ou des pendentifs qui peuvent être portés autour du poignet ou gardés dans un endroit sûr. Les motifs et les symboles utilisés sur les *taweez* en Égypte sont souvent liés à l'islam et à la culture égyptienne. Certains motifs courants incluent le croissant de lune. Le nom d'Allah, le scarabée sacré ou des représentations de saints et de prophètes. Les *taweez* sont largement utilisées en Égypte pour protéger contre le mauvais œil, les esprits malveillants, les maladies et les accidents. Ils sont également considérés comme des objets de chance et de bonheur, et certaines personnes les portent pour attirer la réussite dans leur vie.

Les amulettes protectrices sont très répandues au Tchad, où elles jouent un rôle important dans la vie quotidienne des habitants. Ces amulettes sont censées offrir une protection contre les forces maléfiques et les mauvais esprits. Ainsi, au Tchad, de nombreuses personnes croient fermement en l'existence d'une force invisible qui peut causer des malheurs et des maladies. Pour se protéger de ces influences néfastes, les gens portent ces amulettes. Ces amulettes sont généralement fabriquées à partir de matériaux naturels tels que des plantes, des écorces, des animaux... et des pierres, des os. Elles sont ensuite enveloppées dans un cuir appelé communément en arabe local (*farwa*) ou du tissu et portées au tour du cou, du poignet ou attachées au rein comme une ceinture.

Les amulettes sont souvent préparées au Tchad par des guérisseurs traditionnels, qui sont considérés comme des experts dans la fabrication de ces objets de protection. Ces guérisseurs utilisent des rituels spécifiques pour charger les amulettes d'énergies positives et de pouvoir contre des forces néfastes. Les amulettes sont considérées au Tchad comme étant très puissantes et efficaces pour repousser les forces maléfiques. Elles sont souvent portées par les enfants, les femmes enceintes, les personnes malades ou celles qui se sentent vulnérables. Cependant, les motifs et les symboles utilisés sur les amulettes varient en fonction des croyances et des traditions locales. Certains motifs courants incluent des croix, des étoiles, des animaux ou des représentantes de divinité. Au-delà de leur rôle protecteur, les amulettes sont également considérées comme des objets de chance, et de bonheur. Certaines personnes les portent pour attirer la prospérité et le succès dans leur vie. En résumé, les amulettes de protection jouent un rôle important dans la culture tchadienne en offrant une protection contre les forces maléfiques et en apportant chance et bonheur à ceux qui les portent.

A Mongo, les amulettes protectrices sont appelées en langue arabe (warga). Elles sont considérées comme des objets sacrés et sont souvent préparées par des guérisseurs traditionnels appelés marabout considérés comme des garants de la tradition et qui sont souvent respectés pour leur expertise dans leur fabrication. A Mongo, les amulettes sont fabriquées à partir des plantes, racines, os, coquillage d'animaux et versets coraniques.... Ces objets sont choisis souvent en fonction de leurs prospérités protectrices et de leur pouvoir spirituels. Une fois fabriqué, les guérisseurs utilisent des prières, des incantations et des gestes symboliques pour influencer ces amulettes de pouvoir de protection. Après ces prières et incantations, ces amulettes sont ensuite portées autour du cou, au rein, au poignet ou attachées à la ceinture. Elles sont considérées comme étant très puissantes et efficaces face aux maladies, aux accidents et aux attaques mystiques.

L'ensemble de ce constat nous a conduit aux questionnements suivants : si réellement ces amulettes protectrices étaient aussi fiables que veulent prétendre les parents d'enfant et les habitants de Mongo, comment se fait-il qu'autant d'enfant se retrouve à l'hôpital malgré le port des amulettes protectrices au pied ou à la main ? si effectivement ces amulettes protectrices étaient efficaces, comment se fait-il alors qu'on a tant de morts suite au problème de santé infantile ? Et par ailleurs, qu'est ce qui fait que ce grand nombre des parents interrogés, disent avoir plus confiance en la médecine traditionnelle représentée en partie par les amulettes protectrices que la médecine moderne ?

L'ensemble de ce questionnaire sur la perception et de l'usage des amulettes protectrices a suscité en nous la curiosité scientifique d'en savoir davantage sur la question des amulettes protectrices à Mongo.

II. PROBLEMATIQUE

La rédaction d'un mémoire a pour but primordial d'apporter quelque chose de nouveau, d'original dans la société en général et à la communauté scientifique en particulier. C'est dans cette perspective que Dumez affirme qu'en parlant du sens qu'il faut donner à la problématique de recherche, : « bien maîtriser ce qui a déjà été fait en matière de recherche pour pouvoir positionner sa propre recherche de manière à ce qu'elle apporte quelque chose en plus ». (2012).

Dans cette partie, il sera question de passer en revue toute la littérature ayant plus ou moins de lien avec notre sujet de recherche et ensuite formuler la problématique de recherche au vue des différentes lectures faites. Cette partie se justifie par les propos suivants :

« Lorsqu'un chercheur entame un travail, il est peu probable que le sujet traité n'ait jamais été abordé par quelqu'un d'autre auparavant, au moins en partie ou indirectement (...) Tout travail de recherche s'inscrit dans un continuum et peut être situé dans ou par rapport à des courants de pensée qui le précèdent et l'influencent. Il est donc normal qu'un chercheur prenne connaissance des travaux antérieurs qui portent sur des objets comparables et qu'il soit explicite sur ce qui rapproche et sur ce qui distingue son propre travail de ces courants de pensée. (...) Il serait à la fois absurde et présomptueux de croire que nous pouvons passer purement et simplement de ces apports, comme si nous étions en mesure de tout réinventer par nous-mêmes ». (Campenhoudt & Quivy, 1995;page: 75).

Dans cette rubrique, l'on s'intéressera aux auteurs ayant écrit sur les savoirs locaux en général et ceux qui ont abordé également la question des amulettes protectrices en particulier. Pour beaucoup, les amulettes protectrices sont des objets liés à la religion et qu'on ne peut pas s'en débarrasser. Loesher, (1697) pasteur à l'église de la théologie à l'académie de Wittenberg explique le caractère naturel du pouvoir des amulettes relatives à la tolérance de l'église chrétienne. Il affirme à cet effet que : « les amulettes sont licites, les talismans sont superstitieux et illicites » cité par Lecouteux, (2005, p.20). Si Dieu a créé toute chose, il apparaît que certaines dans la nature possèdent un pouvoir magique. Elles sont donc d'origine Divine. Pour ce pasteur, les amulettes sont un don de Dieu envoyé sur cette terre pour que les hommes puissent les utiliser et se protéger du mal. Ses propos de Loesher, s'ils sont intéressants par la révélation qu'ils nous font de la perception chrétienne des amulettes, il pêche toute fois par leur manque d'objectivité et de scientificité. En effet, il n'est pas encore

possible de prouver scientifiquement que Dieu existe, encore moins qu'il ait fait un don à l'humanité, se matérialisant dans l'amulette protectrice.

Scott, (1951) connu comme anthropologue grâce à ses travaux sur les cultures et les croyances des tribus indigènes en Inde et en Birmanie s'est intéressé aux amulettes protectrices qui sont des objets portés ou utilisés par les individus pour se protéger des maladies, des mauvais esprits ou d'autres dangers. Scott ayant constaté que les amulettes protectrices étaient largement répandues dans ces sociétés tribales et qu'elles jouaient un rôle important dans leur vie quotidienne. Il a observé que les individus portaient souvent des amulettes autour du cou, poignet ou de la taille, ou les plaçaient dans leurs maisons ou leurs champs pour assurer la protection. Selon Scott les amulettes protectrices en tant qu'objets symboliques renforcent la confiance et le bien être psychologique des individus. Il a également noté dans son livre que ces amulettes peuvent avoir un effet placebo, ou la simple croyance en leur pouvoir protecteur peut réellement améliorer la santé et le bien être des individus.

Wallis, (1930) était un égyptologue britannique qui s'est intéressé à l'utilisation des amulettes dans l'ancienne Égypte. Il a étudié les amulettes utilisées par les égyptiens pour se protéger des maladies, des mauvais esprits et d'autres dangers. Wallis a noté que les amulettes étaient très répandues dans la société égyptienne et qu'elles étaient utilisées par toutes les classes sociales. Il a observé que les amulettes étaient souvent portées au tour de cou du poignet, ou placées dans les maisons ou les tombes pour assurer la protection. Pour lui, les amulettes avaient une signification symbolique profonde pour les égyptiens. Ils croyaient que ces objets étaient chargés de pouvoir magique et pouvaient repousser les forces malveillantes. Il a également noté que les amulettes pouvaient avoir un effet psychologique sur les individus, en leur donnant confiance et en renforçant leur bien être mental. Dans cet ouvrage, Wallis a montré un manque de rigueur scientifique dans l'étude en soulignant l'absence de méthode d'analyse approfondie ou de preuves empiriques solides pour étayer les conclusions. Ainsi, on peut également critiquer le manque de prise en compte des contextes culturels et historiques dans lesquels les amulettes ont été produites en soulignant que les significations et les fonctions des amulettes peuvent varier considérablement d'une culture à l'autre. Une autre critique que nous pourrions apporter ici est que Wallis fait preuve du manque d'inclusion de perspectives alternatives ou de voix marginalisées dans l'étude. Si l'étude se concentre uniquement sur les amulettes produites par une certaine classe sociale, cela pourrait limiter la compréhension globale des amulettes en excluant d'autres perspectives importantes.

Dasen, (2003) démontre la pratique des amulettes protectrices dans l'antiquité gréco-romaine. Selon cette source, les différentes pratiques des amulettes existaient depuis longtemps. Dans la conception gréco-romaine, tous les temps les enfants font l'objet de soins particuliers destinés à les lier dès la naissance au monde des vivants puis l'inscrire dans le groupe familial et la communauté. Cette coutume consiste à offrir à l'enfant des amulettes, d'une certaine forme diverse pour les protéger des influences malfaisantes et de tout mal. Dans l'antiquité gréco-romaine, les amulettes destinées aux petits enfants avaient pour principale fonction d'écartier les forces occultes nuisibles car dans le monde gréco-romain, ces menaces étaient personnifiées par des démons qu'on les appelle des croque-mitaines ou plus précisément des démons qui sont des créatures de sexe féminin. Mais toutefois, cette étude que l'on mène s'inscrit dans une perspective nouvelle où les réalités sont autre que celle de l'antiquité gréco-romaine décrite par l'auteur. Pour ce fait, les propos de Dasen ne sont qu'une réalité de l'antiquité et non une vérité de nos jours car les contextes socioculturels et surtout scientifiques sont différents.

Notre recherche vise à comprendre comment à l'heure de « l'état positif », des pratiques propres à « l'état théologique », en l'occurrence l'usage des amulettes, fétiches, gri-gri et talismans sont encore en cours.

Lors d'une expérience pour prouver l'efficacité des amulettes protectrices, Grendon, (1909) a réussi à recenser 22 plantes amulettes qui sont composées notamment de millefeuille dont Achille serait servi pour soigner des blessures durant la guerre de Troie. Ces amulettes étaient recommandées au militaire à cette époque et aux artisans. Mais toute fois les réalités d'avant ne sont plus les réalités d'aujourd'hui en ce sens que ces mêmes expériences ne pourront pas avoir lieu avec les mêmes effets. Par ailleurs, si Grendon a su défendre l'efficacité de ces plantes amulettes, il n'a pour autant pas su démontré la scientificité de la capacité préventive de celle-ci. Bien plus, il n'a pas fait état du taux d'échec de l'usage de ces plantes, ce qui ôte toute rigueur méthodologique et donc toute scientificité à son travail.

Notre travail prétend s'inscrire dans la logique scientifique en prenant en compte notamment le taux d'échec mais aussi l'impact de telle pratique non fondée scientifiquement sur le plan social.

A Mayotte, Roussin, (2002) évoque le (*Hirizi*) porté autour du cou par les enfants. Elle évoque que le port de l'amulette permettra aux enfants d'échapper aux forces occultes et au phénomène malfaisant et du mauvais œil. Ses objets sont fabriqués à partir des versets coraniques inscrits sur un petit bout de papier porté en collier dans un petit sachet en tissu.

Toutefois, Roussin n'a pas su faire la différence entre la réalité de la chose et la perception de la réalité de la chose ; du coup, on peut dire qu'elle n'a fait que décrire sa perception de la réalité et non la réalité elle-même car, les prétendus talismans peuvent n'avoir été qu'une coïncidence avec la guérison ou encore ils ont tous aussi bien puis guérir par effet placebo.

Notre recherche entend souligner scientifiquement le lien incident (ou alors l'absence du lien incident) entre amulettes prévention-guérison des maladies, avant même de parler de leur impact sur la santé et mortalité infantile.

Hildbergh, (1919) évoque l'utilisation des petites calebasses attachées à la ceinture du costume traditionnel et considère comme protectrice. Hildbergh précise qu'elles permettent d'éviter les chutes aux jeunes enfants et qu'elles sont parfois remplacées par des petites clochettes qui ont les mêmes effets. Il note également un usage particulier qui consiste à placer près du lit d'un enfant durant la dernière nuit de l'année une calabasse qui dirige la contamination vers l'objet plutôt que vers l'enfant. Mais dans le contexte de cette recherche, il est question de connaître la motivation ou d'appréhender la perception de la population de Mongo sur l'utilisation de ces objets à l'égard des enfants et non de lui donner de la crédibilité.

Stevenson, (1994) propose certaines orientations de prise en charge à partir d'amulettes ou d'image de dragon. L'auteur estime que les talismans en général exercent une influence positive en transformant la personne qui les porte afin qu'elle accomplisse de grande chose. Il précise que la valeur de cet objet est symbolique et l'oppose au signe commun, au groupe alors que le symbole a des significations variées propre à chaque individu. Mais ce travail de Stevenson semble tenir plus de la croyance que de la science car il n'a pas su montré de manière probante comment ces images de dragon pouvaient interférer avec la santé humaine. Dans le cadre de notre travail, il sera question d'interroger de manière objective et rigoureuse l'efficacité et l'impact de ces pratiques.

Durkheim, (1912) ce chercheur français a étudié les pratiques religieuses et les croyances dans différentes sociétés, y compris l'utilisation des amulettes comme moyen de protection. Il a souligné l'importance des amulettes en tant qu'objets symboliques qui renforcent le lien social et la solidarité entre les membres d'une communauté. Ce sociologue français du XIXe siècle a apporté une contribution significative à la compréhension des amulettes protectrices et de leur rôle dans la société. Durkheim a développé une théorie sociologique selon laquelle les croyances et les pratiques religieuses sont des expressions de la conscience collective d'une société.

Selon Durkheim, les amulettes protectrices font partie intégrante des systèmes de croyances et des rituels religieux. Elles sont considérées comme des symboles sacrés qui renforcent le lien social entre les membres d'une communauté. Selon lui, les amulettes sont souvent utilisées pour se protéger contre les forces malveillantes et pour renforcer la solidarité entre les individus. Il soutient que, les amulettes protectrices jouent un rôle important dans la construction de l'identité collective et dans le maintien de l'ordre social. Elles renforcent les liens entre les individus en créant un sentiment de sécurité et de confiance mutuelle. De plus, les amulettes peuvent également servir de rappel constant des valeurs et des normes de la société qui contribuent à la cohésion sociale. Dans le même sillage, Durkheim souligne que les amulettes protectrices ne sont pas simplement des objets magiques ou superstitieux. Elles sont profondément enracinées dans la culture et la tradition d'une société donnée, et leur signification et leur pouvoir dépendent du contexte social dans lequel elles sont utilisées. A l'égard de Durkheim concernant l'usage des amulettes protectrices est qu'il ne prend pas suffisamment en compte les aspects individuels et subjectifs de la croyance en ces objets. Toutefois, Durkheim met l'accent sur le rôle des amulettes dans le renforcement du lien social et la construction de l'identité collective, mais il ne considère pas pleinement l'importance que ces objets peuvent avoir pour les individus en tant qu'expression de leur foi personnelle, de leur besoin de sécurité ou de leur relation avec le sacré. Cette critique que nous apportons souligne que la signification des amulettes peut varier d'un individu à l'autre et qu'elles peuvent être perçues et utilisées différemment en fonction des croyances et des expériences personnelles de chacun.

Mauss, (1903) cet auteur français a quant à lui développé les idées de Durkheim sur le symbolisme des amulettes et leur rôle dans le maintien de l'ordre social. Il a également étudié les échanges de cadeau et de biens symboliques, y compris les amulettes, dans différentes cultures. Selon lui, l'étude des amulettes protectrices se situe dans son analyse de la notion « fait social total ». Mauss considère que les amulettes ne peuvent être comprises qu'en prenant en compte l'ensemble des dimensions sociales et individuelles qui les entourent. Pour Mauss, les amulettes ne sont pas simplement des objets matériels, mais sont chargées de significations symboliques et sociales. Elles sont souvent liées à des pratiques rituelles, des croyances religieuses ou des traditions culturelles spécifiques. Mauss souligne à cet effet que les amulettes sont souvent offertes, échangées ou transmises entre individus, ce qui renforce leur dimension sociale et leur rôle dans le maintien des liens sociaux.

En outre, cet auteur met en évidence le lien entre les amulettes et la notion de don. Selon lui, les amulettes peuvent être considérées comme des dons symboliques, qui créent des obligations et des liens de solidarité entre les individus. Ainsi, l'utilisation des amulettes peut être perçue comme une manifestation de la participation à un système de croyance et de pratiques partagées au sein d'une communauté. L'idée de Mauss réside dans sa prise en compte de l'ensemble des dimensions sociales, culturelles et symboliques qui les entourent ; ainsi que dans son analyse du lien entre les amulettes et la notion de don. Concernant l'ouvrage de Mauss sur les amulettes protectrices est qu'il accorde peut-être trop d'importance à la dimension social et symbolique des amulettes, au détriment de leur fonction réelle de protection. En se concentrant principalement sur les aspects culturels et rituels, Mauss pourrait négliger l'efficacité pratique des amulettes en tant que moyens de prévention ou de guérison. Certains reproches que nous pouvons faire à l'endroit de cet ouvrage sont que Mauss accorde suffisamment d'attention aux aspects économiques et commerciaux des amulettes. Il pourrait plutôt être intéressant pour lui d'étudier comment le marché des amulettes fonctionne, comment elles sont produites et vendues, et comment peuvent être utilisées comme un moyen de profit ou de contrôle sociale.

Bourdieu, (1979) à son tour analyse les pratiques culturelles et symboliques, y compris l'utilisation des amulettes protectrice. Dans son ouvrage, Bourdieu a souligné le rôle des amulettes dans la construction de l'identité individuelle et collective, ainsi que dans la production des inégalités sociales. Bien qu'il n'ait pas étudié spécifiquement les amulettes protectrices, il a donc développé une théorie sociologique qui pourrait être appliquée à leur étude. Bourdieu a introduit le concept de « capital symbolique » pour analyser les relations de pouvoir et les distinctions sociales dans une société. Selon lui, les objets symboliques tels que les amulettes peuvent être utilisés comme des marqueurs de statut social et de distinction.

Dans le contexte des amulettes, cette théorie a été utilisée par Bourdieu pour analyser comment certaines amulettes sont valorisées et considérées comme plus puissantes ou efficaces que d'autres en raison de leur origine sociale ou culturelle. De plus, cette théorie met l'accent sur le rôle des institutions et des pratiques sociales dans la reproduction des inégalités. Dans le cas des amulettes, cela est appliqué pour étudier comment certaines personnes ou groupes ont facilement accès à des amulettes protectrices en raison de leur position sociale, économique ou culturelle. Cette analyse de Bourdieu concernant les amulettes protectrices ne prend pas suffisamment en compte les croyances individuelles et la subjectivité des individus. Bourdieu met l'accent sur les structures sociales et les inégalités

qui influencent la valeur symbolique des amulettes, mais il peut être négligeant de ne pas reconnaître que certaines personnes peuvent attribuer une signification personnelle et une valeur particulière à une amulette, indépendamment de sa provenance sociale ou culturelle. De plus, la théorie de Bourdieu se concentre principalement sur les relations de pouvoir et les distinctions sociales, mais elle ne prend pas en compte d'autres facteurs tels que la spiritualité, la superstition ou les motivations individuelles qui peuvent influencer la perception et l'usage des amulettes protectrices. Enfin, l'analyse de Bourdieu pourrait être critiquée pour sa tendance à généraliser et à homogénéiser les groupes sociaux. Il suppose que les personnes d'un même groupe social partagent les mêmes valeurs et attribuent la même signification aux amulettes, ce qui peut être réducteur et ne peut pas tenir compte de la diversité des expériences individuelles et des croyances au sein d'un groupe social donné.

Turner, (1967) ce chercheur britannique a étudié les rituels et les symboles dans différentes cultures, y compris l'utilisation des amulettes. Ce sociologue britannique a mis l'accent sur le rôle des amulettes dans la protection contre les forces néfastes et dans la transformation des individus au sein de rituels de passage. Turner ne s'est pas spécifiquement penché sur les amulettes protectrices dans ses écrits. Cependant, sa théorie de la performance rituelle et des symboles est appliquée à l'étude des amulettes protectrices.

Dans ses travaux, Turner met l'accent sur le rôle des rituels et des symboles dans la construction de l'identité individuelle et collective, ainsi que dans la transformation sociale. Selon lui, les rituels sont des moments où les normes sociales sont suspendues et où les individus peuvent expérimenter une réalité alternative. Les symboles quant à eux sont des éléments qui représentent des significations collectives et qui sont utilisés pour communiquer et négocier ces significations au sein d'une société donnée. Dans le contexte des amulettes protectrices ceci est appliqué dans sa théorie en considérant les rituels et les symboles à leur utilisation. La théorie de Turner au sujet des amulettes protectrices est une interprétation et une extension de ses idées générales, et non une analyse spécifique qu'il aurait réalisée lui-même. L'analyse de Turner sur les amulettes n'est pas abordée d'une manière spécifique étant donné que Turner se concentre principalement sur les rituels et les symboles dans la construction de l'identité et de la transformation sociale. Cette analyse pourrait être considérée comme étant une approche limitée ne considérant pas les amulettes protectrices en tant que symboles et objets rituels. De plus, Turner ne fournit pas d'outils méthodologiques spécifiques pour étudier les amulettes protectrices. Par conséquent, il peut être difficile de

savoir comment appliquer sa théorie de la performance rituelle et des symboles à l'étude des amulettes protectrices de manière concrète.

Dans son livre intitulé « les amulettes magiques », Lecouteux, (2005) offre une analyse approfondie de l'histoire et des différentes cultures liées aux amulettes, en se concentrant particulièrement sur leur fonction protectrice. Il décrit tout au long de son livre les différents types d'amulettes protectrices utilisées à travers les âges, en expliquant comment elles étaient utilisées et quels étaient leurs effets supposés. Il explore également les croyances et les rituels associés à ces amulettes, offrant ainsi une perspective complète sur leur utilisation et leur signification. Son travail met en évidence l'importance des amulettes protectrices dans la protection personnelle et spirituelle, et il fournit des informations détaillées sur les symboles et les objets utilisés dans ces amulettes en rassemblant des exemples de différentes cultures et périodes historiques. Dans cette étude, l'auteur se concentre principalement sur l'aspect historique et culturel de ces objets, mais ne fournit pas suffisamment d'information sur leur efficacité réelle en tant que moyens de protection. De suite, nous souhaitons une analyse plus scientifique ou une évaluation des preuves empiriques pour soutenir les effets supposés des amulettes.

Dans un article anonyme intitulé *Japanese charms and amulets*, (1916) l'auteur explique qu'au Japon, il est fréquent d'inscrire sur la porte de la chambre d'un bébé « cet enfant n'est pas à la maison » ou parfois de suspendre une figurine qui représente l'enfant absent, ou encore l'empreinte de sa main pour enfin faire croire aux passants et aux malfaiteurs que l'enfant n'est pas à la maison afin de protéger celui-ci des maladies infantiles transmises par des esprits démoniaques. Mais cette recherche de Hildbergh se limite à la description pure et simple du phénomène de l'usage de charme et autres talismans. Il ne s'étend pas à l'analyse et à l'élargissement de l'étude, chose que nous nous proposons de faire ici en insistant d'une part sur l'efficacité et d'autre part sur les incidences multiples que peut avoir une telle pratique.

Boucon, (2018) dans sa thèse de doctorat intitulée « les objets inanimés : facteurs de protection dans le processus de résilience » démontre le rôle de ces objets particuliers pour les personnes qui les portent du point de vue de la construction du processus de résilience.

En 2006, Arakawa, et Murakami, et al. (2008) énumèrent que les amulettes constituent des objets de soutien pour l'homme et d'identification. Pour ses auteurs, parler des amulettes renvoie à parler de la culture car certaines amulettes sont jusque-là considérées comme un

symbole d'identification. Mais les deux auteurs n'ont pas pu démontrer de quelle manière ces objets peuvent protéger les individus d'une localité.

Un rapport publié en décembre (2022) par l'Institut National de la Statistique au Niger sur la malnutrition nous montre tout au long de pages parcourues que la malnutrition est perçue comme l'œuvre d'attaque d'un génie, d'un sorcier ou d'un sort jeté sur un enfant par la jalousie ou méchanceté d'autrui. Ainsi pour remédier à cela, la population des zones visitées par ses chercheurs fait savoir différentes techniques ou méthodes thérapeutiques qui permettent de lutter contre ce mal en occurrence les amulettes protectrices. Pour cette couche de la population, même si on a recours aux traitements modernes l'enfant malade ne se guérit pas tant qu'on ne lui a pas administré les traitements traditionnels. En effet, bien que ce rapport ait montré les différentes méthodes que cette population utilisait pour traiter les problèmes de santé, l'étude que nous menons cherche plutôt à comprendre l'impact de la perception et l'usage de ces amulettes de protection.

Dans un article publié par un collectif sénégalais dont le titre est : « *la santé de la mère et de l'enfant au Sénégal* » : exemple de la magie, les auteurs de cet article se sont intéressés aux rapports entre les valeurs religieuses islamiques et celle de la biomédecine concernant la santé de la mère et de l'enfant. Le document aborde un aspect purement sénégalais dit de « *toqantal* » : un nom sénégalais qui désigne un liquide d'essence coranique (*sarafa* en langue wolof) écrit par un marabout sur une tablette en bois et une feuille. Celui-ci est offert comme soin premier à la mère et au nouveau-né dès la naissance. Cette onction selon les auteurs est appliquée sur le sein de la mère et trois (3) gouttes sont bues par le nouveau-né dès les premières heures de la naissance. Dans ce document les auteurs ont décliné les valeurs, l'efficacité et la perception des savoirs locaux dans la vie d'une communauté. Cette prétendue efficacité que les auteurs traitent ne peut pas être prouvée scientifiquement. Ceci donne à leur recherche une couleur de subjectivité et dénote un manque de rigueur scientifique.

Créée en 1960, terre des hommes est une organisation Suisse qui construit un avenir meilleur pour les enfants démunis et leurs communautés grâce à des solutions concrètes et durables. Active dans plus de 30 pays, TDH développe et met en place des projets de terrain qui permettent d'améliorer la vie quotidienne de plus d'un million d'enfants et de leurs proches, notamment dans le domaine de la santé et de la protection. A travers un diagnostic participatif, l'étude commanditée par l'ONG Terre des hommes dans les districts sanitaires de

Markala et Manica avait pour objectif d'identifier les problématiques et les risques de protection de l'enfance les plus répandus ; ainsi que de découvrir les pratiques endogènes de protection (PEP) existantes. Par pratiques endogènes de protection, on entend les pratiques individuelles ou collectives, que les acteurs au niveau communautaire (familles, enfants, leaders, groupes, etc.) développent de leur propre initiative afin de prévenir ou de réduire les risques pour les enfants face aux dangers potentiels.

Les communautés sont préoccupées par des questions de survie pour leurs enfants en lien avec leur santé, leur alimentation et leur habillement. L'éducation et la protection des enfants contre l'exploitation, la traite ou la maltraitance sont perçues comme des préoccupations « secondaires ». En revanche, l'appréhension des risques et des dangers est davantage perceptible chez les premiers concernés ; les enfants, même si leur place et statut dans la communauté ne leur permettent pas d'exprimer sur ces dangers et de participer à la recherche de solution dans le cadre familial et communautaire. L'exercice d'identification de pratiques endogènes de protection dans un contexte vierge de toute intervention extérieure a représenté un atout pour la recherche. Ces pratiques émanent directement de la perception des communautés des problèmes des enfants et influent sur leur mode de résolution.

Les pratiques endogènes de protection sont minimalistes, dans le sens où elles s'apparentent moins à des mécanismes de protection qui impliquent une chaîne d'acteurs au sein de la communauté mais plutôt à des actes individuels, relevant de pratiques mystiques basées sur des croyances religieuses ou animistes (sacrifices, incarnations prières amulettes).

Les différents travaux évoqués ci-haut, montrent à suffisance que ce n'est pas une thématique nouvellement abordée, néanmoins, elle reste spécifique en ce sens qu'aucun travail portant sur le lien incident entre la pratique ou l'usage des amulettes protectrices et leur impact sur la santé infantile n'avait été fait de par le monde. Notre problématique s'inscrit dans la logique de comprendre les perceptions et représentations sociales des amulettes de protections que les enfants portent dans les sociétés que regroupent la ville de Mongo. S'intéresser aux perceptions des amulettes de protection que portent ou qu'on fait porter les enfants revient à s'interroger sur comment sont construits les rapports sociaux et les représentations liées à ces amulettes. Les travaux de toute nature relatifs aux objets de protection tendent à montrer qu'ils n'existent pas jusqu'à présent une étude sur les objets en tant que producteur de perception dans les différentes bases des données consultées. Cependant, cette étude que l'on désire mener se veut originale au vu de toutes les études documentaires faites.

III – Questions de recherche

Dans ce travail, deux types de questions vont constituer la toile de fond à savoir : une question principale et trois questions spécifiques.

III-1 Question principale :

Quel est l'influence des savoirs locaux sur la santé infantiles dans la localité de Mongo/Tchad ?

III-2 Questions secondaires :

QS1 : Quelles sont les perceptions des amulettes protectrices chez les parents d'enfants à Mongo/Tchad ?

QS2 : Quel est le rapport entre le recours aux amulettes et les choix médicaux des parents à Mongo/Tchad ?

QS3 : En quoi le recours aux amulettes protectrices favorise-t-il la morbidité infantile à Mongo/Tchad ?

A la suite de ces questions de recherches, nous formulons des hypothèses qui sont des réponses provisoires.

III-3- LES HYPOTHESES DE RECHERCHE

Tout travail de recherche nécessite la formulation d'une hypothèse qui reste un préalable pour l'accomplissement du travail. Ainsi, Grawitz, (2001) définit l'hypothèse comme étant « *une proposition de réponse à la question posée. Elle tend à formuler une relation entre des faits significatifs (...) Elle doit être vérifiable de façon empirique ou logique* ». Pour Grawitz, cette tentative ou proposition de réponse est provisoire en entendant d'être validée ou invalidée à la suite des vérifications. Il faut souligner aussi avec Jollivet , (1997) que : une hypothèse forte cimente les analyses particulières, sur des thèmes précis, des sociologues traitant du monde rural, c'est ce qu'il existe des liens étroits entre les différents aspects de la vie sociale du monde rural, que ces aspects soient du ressort de différentes spécialités de la sociologie ou du ressort d'autres sciences sociales, l'économie, la géographie, l'ethnologie, et l'histoire. Bien sûr et qu'il faut donc veiller à considérer tous ces aspects ensemble pour comprendre les évolutions et en donner une interprétation véritable sociologique. D'où la quête constante des transversalités au sein de la sociologie et d'interdisciplinarité avec les autres sciences sociales du monde rural. Pour conduire ce travail, il sera judicieux pour nous de dégager en premier temps l'hypothèse principale et en second temps les hypothèses spécifiques ou secondaires.

III.1. Hypothèse principale :

Les savoirs locaux exercent une influence significative sur la santé infantile à Mongo/Tchad.

III.2. Hypothèses secondaires

Hypothèse 1 : Les perceptions des amulettes protectrices chez les parents d'enfants à Mongo/Tchad ont une incidence sur leur perception de la santé et de la maladie.

Hypothèse 2 : Il existe un rapport étroit entre les choix médicaux des parents d'enfants et le recours aux amulettes protectrices à Mongo/Tchad.

Hypothèse 3 : Le recours aux amulettes protectrices favorise la morbidité infantile à Mongo/Tchad.

IV. OBJECTIFS DE RECHERCHE

Définir les objectifs de recherche permet de répondre à la question suivante : que voulons-nous atteindre en menant cette investigation ? Ainsi, visions-nous un objectif principal et deux objectifs spécifiques.

Objectif principal

L'objectif principal de ce thème est d'étudier l'influence des savoirs locaux sur la santé infantile dans la localité de Mongo/Tchad.

Objectifs spécifiques

Os1- Évaluer la perception des amulettes protectrices par les parents et les membres de la communauté à Mongo.

Os2- Examiner le rapport entre le recours aux amulettes protectrices et les choix médicaux des parents à Mongo/Tchad.

Os3- Analyser l'impact des amulettes protectrices sur la morbidité et la mortalité infantile à Mongo.

V. INTERET DE L'ETUDE

Cette étude est guidée par trois intérêts à savoir : l'intérêt scientifique, l'intérêt social et l'intérêt personnel.

Intérêt scientifique de l'étude

La recherche scientifique est une activité obligatoire à la fin du cycle de master pour tout étudiant en quête du grade en question.

Ce travail est l'occasion d'approfondir les connaissances acquises sur les savoirs locaux et la santé infantile et de comprendre le lien incident entre les pratiques culturelles et la santé infantile à Mongo/Tchad. Il pourrait aider d'autres chercheurs qui traiteront ce sujet sous d'autres dimensions. Ces derniers vont s'en inspirer, et éventuellement le compléter pour une meilleure évolution scientifique. En tout état de cause, ce travail restera, nous osons l'espérer, une référence académique pour les générations futures.

Intérêt social

L'intérêt social de ce thème réside dans la possibilité d'améliorer la santé et le bien-être des enfants à Mongo. En comprenant les croyances et les pratiques culturelles liées aux amulettes protectrices. Il serait possible de sensibiliser la population locale aux risques potentiels pour la santé infantile associés à ces pratiques. Cela pourrait conduire à la mise en place de programmes éducatifs visant à informer les parents et les soignants sur les pratiques de protection de la santé qui sont plus efficaces et sûres. En fin de compte, cela pourrait contribuer à réduire les taux de maladies et des décès chez les enfants de cette région et du Tchad.

Intérêt personnel

Tout travail de recherche vise à obtenir un diplôme, solutionné et à apporter éventuellement une contribution à la science. En effet, constatant l'usage des amulettes protectrices pour la santé infantile à Mongo/Tchad, cela à attirer notre attention, et nous avons jugé primordial de mener une étude sur cette question afin de proposer voies et moyens visant à la solutionner de façon durable.

VI. METHODOLOGIE

La méthodologie est l'ensemble des règles et moyens à suivre pour atteindre un objectif donné. C'est aussi et surtout l'ensemble des procédés, des techniques que le chercheur utilise pour mener son enquête, collecter les données nécessaires à la recherche. La méthode quant à elle se définit comme l'ensemble des opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontre, les vérifie GRAWITZ, (1993). En un mot, une méthodologie de recherche constitue une approche

générale à un sujet d'étude, tandis qu'une méthode de recherche est une technique spécifique de recueil et d'analyse de données empirique WILLIG, (2008). Cette partie est subdivisée en quatre rubriques à savoir : le cadre théorique d'analyse, le cadre empirique de l'étude ; et les techniques de collectes des données ; l'analyse des données et en fin la définition de la population d'étude.

VI.1. Cadre théorique d'analyse

Tout problème de recherche doit d'abord s'intégrer dans une perspective théorique. Le cadre théorique est construit dans le but d'expliquer un problème précis. Ainsi, pour ANGERS, (1992) la théorie « est à la science ce que la boussole est à l'explorateur. Elle est un guide indispensable dans le choix des chemins à parcourir ; elle met l'ordre dans la multitude des sensations, elle justifie les moyens à prendre, bref, elle oriente la recherche ». Le cadre théorique quant à lui est une grille de lecture, un cadre explicatif de la réalité sociale. Il suppose toujours le choix d'un point particulier d'observation et offre des critères de validation. Encore appelé modèle théorique, il permet d'expliquer les phénomènes empiriques observés de manière théorique.

Pour MENDRAS, (1967) « il n'y a pas d'observation de la réalité sans un minimum de théorie au départ ». C'est ainsi que dans le cadre de cette recherche, nous avons donc convoqué deux théories : la théorie Heath belief model ou encore model de croyance en santé et le théorème de thomas.

VI.2. Heath belief model HBM (Model de croyance en santé)

Le Heath belief model (HBM) ou model de croyance en santé est l'une des premières théories de la conduite ou comportement en matière de la santé. Il a été développé aux USA dans les années, (1950) par un groupe des socio-psychologues à savoir Rosenstock, Godfrey Hochbaum, Kegeles, et Leventhal. Cette théorie est conçue pour mettre à la disposition des services de la santé publique qui voulait expliquer pourquoi peu de personnes participaient dans les programmes de prévention et la détection des maladies. Les concepteurs du HBM ont été fascinés par le manque rependu des individus à s'engager dans les mesures (décisions) de protection sanitaire. Le HBM est influencé par les travaux de Rosenstock, qui déclare que c'est le monde du percepteur qui détermine son comportement. Selon lui, le comportement d'une personne est déterminé par la combinaison de force provenant de son environnement interne et externe. Selon cette théorie, le comportement d'une personne est influencé par la

perception qu'elle a de son environnement. Ainsi, selon Rosenstock chaque individu est un système dynamique qui interagit avec son environnement comme un champ de forces ou les forces positives et négatives agissent sur l'individu. Ces forces peuvent être internes, telle que les besoins, les valeurs, les attitudes et les croyances, ou externes, telles que les normes sociales, les attentes des autres et les contraintes environnementales. Il affirme à sa suite que le comportement d'une personne est déterminé par la façon dont elle perçoit les choses dans son environnement. La théorie de Rosenstock est une perception de l'environnement d'une personne qui détermine son comportement. Si une personne perçoit son environnement comme favorable à l'adoption de comportement protecteurs, tels que l'utilisation d'amulettes, elle sera plus encline à adopter ce comportement, cependant, si une personne perçoit son environnement comme favorable à l'adoption de comportement basés sur des connaissances scientifiques, elle sera encline à adopter ces comportements.

Ainsi, dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes consacrés sur le postulat du HBM pour expliquer l'impact de la perception et l'usage des amulettes protectrices sur la santé infantile. Selon ce postulat, le HBM repose sur le fait qu'un individu est capable de choisir des actions susceptibles de prévenir une maladie, du fait qu'il possède des connaissances minimales sur la santé prise comme dimension essentielle de la vie. Cependant, la convocation de cette théorie dans cette présente démarche a permis d'expliquer et de comprendre la motivation de certaine personne qui utilisent les amulettes protectrices pour protéger les enfants dans cette localité.

VI-1.3. Théorème de Thomas

William Isaac Thomas est un sociologue Américain né aux États Unies le 13 aout 1863 et décédé le 5 décembre 1947. Il fut le sociologue dont les analyses marquèrent la naissance de ce que l'on appelle usuellement École de Chicago. Celui-ci est connu pour avoir formulé le « Théorème de Thomas ». Connue également sous le nom d'effet Thomas, est une théorie sociologique qui soutient la réalité sociale est construite par les individus en fonction de leurs croyances. Selon ce théorème, si les individus perçoivent une situation comme réelle, elle aura des conséquences réelles pour eux indépendamment de sa réalité objective. En d'autres termes, le théorème de Thomas affirme que les individus agissent en fonction de leur interprétation subjective de la réalité, et non de la réalité elle-même. Par exemple, si une personne croit qu'elle est victime d'une discrimination au travail, même si cette discrimination n'est pas objectivement présente, elle agira en conséquence et cela aura des

conséquences réelles pour elle. Un autre exemple : un enfant qui croit que vous êtes son père se comportera envers vous comme un enfant se comporte envers son père. Ceci, peu importe que vous soyez réellement son père ou pas. Et si un enfant croit que vous n'êtes pas son père, et qu'il vous rencontre en route et ne sait pas que vous êtes son père, il ne se comportera pas envers vous comme l'enfant se comporte envers son père même si vous lui donnez des ordres il ne vous obéira pas simplement parce qu'il ne connaît pas la vérité pour dire que les gens agissent dans la société et non plus en fonction de la vérité. Le théorème de Thomas a des implications importantes dans le domaine de la sociologie et de la psychologie sociale. Il met en évidence l'importance des perceptions et des croyances individuelles dans la construction de la réalité sociale. Il souligne également que les actions individuelles sont basées sur ces perceptions et peuvent avoir des conséquences réelles, même si elles ne sont pas basées sur une réalité objective.

Le théorème de Thomas par conséquent pourrait expliquer pourquoi certaines personnes choisissent d'utiliser les amulettes ou d'adopter des pratiques basées sur des connaissances scientifiques pour prévenir les maladies. Même si l'efficacité réelle de ces approches peut être discutée, si les individus perçoivent ces pratiques comme efficaces, ils peuvent agir en conséquence et cela peut avoir des conséquences réelles pour eux, qu'elles soient positives ou négatives.

S'inscrivant dans la ligne directrice de cette théorie, l'on a fait appel à celle-ci dans ce mémoire pour enfin analyser dans quelle mesure les autochtones de la ville de Mongo perçoivent la notion des amulettes protectrices et l'impact de leur perception sur la santé infantile à Mongo. Cette théorie a permis à collecter les données nécessaires et a aidé à vérifier la première hypothèse qui constitue le premier chapitre.

VI.2.3. Technique de collecte de données

Après avoir convoqué les théories sociologiques ou scientifiques qui sont de connivence avec l'objet de l'étude, il revient d'évoquer dans cette partie les techniques de collectes de données qui pourront nous permettre de mieux peaufiner notre recherche. Dans ce travail, le choix des techniques de collecte des données est porté sur les techniques essentiellement qualitatives et qui visent la recherche de l'explication, d'analyse des phénomènes visibles ou cachés pour leur compréhension en profondeur. Car selon Mendras, (1967) une technique sociologique doit être congruente avec la réalité sociale qu'elle essaie d'étudier. Ainsi, comme techniques, nous mobilisons un ensemble de procédés purement

qualitatifs qui nous ont permis de recueillir les informations relatives à notre thème de recherche.

Méthode qualitative

Comme son nom l'indique, la méthode qualitative est celle qui permet de comprendre l'objet d'étude dans sa profondeur et sa totalité. Ainsi elle permet d'étudier le phénomène social dans sa totalité sur la base des données non chiffrées ceci en tenant compte du contexte d'étude, voire son objet d'étude qui est extrême ondoyant ou dynamique. A cet effet, la méthode qualitative apparait dès lors comme l'un des outils de référence dans l'explication et la compréhension du social. C'est ce qui fait dire à Ghiglione et Matalon, (1978) dans leur ouvrage les enquêtes sociologiques théoriques et pratiques que : « il est habituel de considérer qu'une enquête complète doit commencer par une phase qualitative ». Il convient de souligner que les techniques d'enquête qualitative utilisent les outils tels que l'entretien indirect ou collectif, les observations directes, les observations participantes, les focus discussion... En clair on peut dire que ces outils s'accompagnent généralement de guide d'entretien permettant au chercheur d'entrer en contact avec ses enquêtés. Ces techniques de collectes de données à l'instar de l'observation permettent à l'enquêteur d'obtenir des données autour desquelles il pourra organiser ses concepts, ses indicateurs, voire ses indices. Dans le cadre de cette recherche l'utilisation de la méthode qualitative est indispensable, cette méthode permet d'apporter quelques explications autour de la notion, recueillir d'une manière plus profonde les opinions sur l'impact de la perception et l'usage des amulettes protectrices, sa pratique et surtout interroger ceux qui s'activent. Nous avons mobilisé les outils des collectes de données qualitatives tel que : la recherche documentaire, l'entretien semi directif et focus group discussion.

VI.2.2.1- Recherche documentaire

La recherche documentaire est une technique qui permet de recueillir les informations en rapport avec notre sujet que nos devanciers ont abordé dans leurs travaux de recherche. C'est une étape du travail à réaliser avant de se lancer dans une étude empirique. Pour mener à bien cette recherche, l'exploitation des documents écrits relatifs à la question des amulettes protectrices, mais bien évidemment ceux évoquant également la question de la perception de celles-ci est envisagée. Cette étude bibliographique ou documentaire serait subdivisée en deux grandes parties distinctes. Il conviendrait de consulter les ouvrages généraux et les ouvrages spécifiques.

Les ouvrages généraux sont ceux qui constituent un ensemble des documents écrits qui s'intéressent le plus souvent à plusieurs sujets, de manière globale ou dans un large contexte, pouvant renseigner ou fournir des informations sur le cadre géographique ou humain sur la circonscription d'étude.

Les ouvrages spécifiques quant à eux traitent principalement de la question des savoirs locaux mais aussi et surtout des amulettes protectrices.

En effet, cette démarche permet de collecter des données informatives, grâce à l'exploitation des documents officiels ou universitaires. La recherche documentaire a été effectuée avant et après la descente sur le terrain. Cette recherche visait d'une part les ouvrages portant sur la question méthodologique et d'autre part des sources d'information sur les amulettes de protection disponible sur internet ou d'autres types de média spécialisés sur les savoirs locaux et la santé infantile. Cette recherche documentaire concerne les documents suivants : ouvrages, thèses, mémoires, articles, rapports, journaux, émissions documentaires... Ces derniers ont permis d'élaborer une revue critique de la littérature et d'accéder également à certain nombre de connaissances scientifiques nécessaire à l'élaboration de ce présent mémoire. Elle a permis aussi de renforcer nos connaissances sur l'objet que nous étudions. Les informations récoltées sont à notre humble avis utiles pour développer des nouvelles hypothèses sur le phénomène à étudier. Pour entrer en possession de ces documents suscités, nous avons tour à tour visité le cercle-Philo-Psycho-Socio (anthropologie (CPPSA) de l'université de Yaoundé I, les bibliothèques d'IRIC, CCU, CFOD, ainsi que les sites internet tels que Google scholar, Opéra, chrome...

VI.2.2.2- Entretien

On appelle entretien (ou interview ou encore entrevue), « un rapport oral, en tête à tête entre deux personnes dont l'une transmet à l'autre des informations sur un sujet prédéterminé ». C'est une discussion orientée, un « procédé d'investigation utilisant un processus de communication verbal, pour recueillir des informations en relation avec les objectifs fixés » Aktouf, (1987).

Dans un entretien de recherche, les deux interlocuteurs (chercheur et interviewé(e)) stipulent un contrat de communication qui regroupe les croyances mutuelles sur les enjeux et l'objectif de l'échange, Blanchet, (2015). Notons que ces interactions peuvent être constamment renégociées comme a été le cas dans cette recherche. Ainsi, plusieurs entretiens ont été effectués aux trois catégories des acteurs qui constituent les composantes de notre

échantillon à savoir : les personnels de la santé, les tradipraticiens et les parents d'enfants. Ces entretiens nous ont permis d'entrer en profondeur pour dégager la réalité à travers l'entretien semi-directif et aussi retirer des informations riches et nuancées auprès des personnes ressources. Cette étude a été menée dans l'optique de connaître l'impact de la perception et l'usage des amulettes protectrices sur la santé infantile à Mongo nous a permis d'interroger 30 personnes repartis comme suit : 6 personnels de la santé infantile, 2 tradipraticiens et 22 parents d'enfants porteurs des amulettes protectrices. Pour effectuer ces entretiens, nous nous sommes rendus au Tchad plus particulièrement dans la ville de Mongo pour s'imprégner des réalités sur les hypothèses émises. Pour faire cela, une grille d'observation a été établie au préalable tels que des questions, des listes de contrôles, et des enregistrements audio qui ont permis de collecter les données nécessaires auprès des acteurs pour la réalisation de ce travail scientifique. Afin d'effectuer ces différents entretiens, nous nous sommes rendu au Tchad et plus précisément dans la ville de Mongo pour entrer en contact direct avec les acteurs concernés par cette étude. Cette descente s'est déroulée sur une période de Mai à Aout 2023.

VI.2.2.3- Focus group

Selon Gaspard, (2019) un groupe de discussion (ou focus group) est une méthode de recherche qualitative dans laquelle un groupe de personnes est réuni pour discuter d'un sujet prédéterminé. Le focus group est donc un type d'entretien auquel plusieurs personnes participent en même temps que le chercheur. Ici, le chercheur pose des questions au groupe et facilite la discussion. La situation de groupe peut faciliter une discussion sur des sujets tabous, du fait que les participants les moins inhibés entraînent les autres dans une dynamique qui casse la timidité des premiers. La participation commune peut également, fournir un soutien mutuel, en ce qu'elle permet l'expression de sentiments s'écartant, éventuellement, de la norme culturelle (ou supposée telle chez le chercheur) ».

Cette recherche est trop délicate, sur ce l'on peut convenir avec Kitzinger, et Barbour, (2001) qui affirme que « *Les tabous et les silences peuvent être analysés comme une dimension importante dans les focus groups* ». Dès lors, Les focus group sont réalisés dans le cadre de cette étude avec les parents d'enfant (8) pour comprendre leur motivation en ce qui concerne l'impact de la perception et l'usage des amulettes protectrices sur la santé des enfants, les personnels de la santé infantile pour comprendre la contribution des savoirs locaux dans la santé et enfin les tradipraticiens qui peuvent présenter leurs perceptions sur l'impact des amulettes protectrices sur la restauration de la santé infantile. Cette technique a

permis de recueillir des informations auprès des acteurs sur leurs sentiments, leurs impressions face aux pratiques des amulettes protectrices.

VI.4. Du traitement à l'analyse qualitative de données

Cette rubrique se subdivise en trois phases à savoir : la transcription, la catégorisation et l'analyse proprement dite

VI.4.1. la transcription

Cette partie a permis de reproduire et de saisir des données ou des informations collectées lors de nos entretiens et enregistrement sur le terrain mais aussi, d'enregistrer ces informations sur un magnétophone ou dans notre journal de terrain sur le support papier.

Sur le terrain, un magnétophone a été utilisé pour couvrir certains entretiens individuels approfondis.

Quant au journal du terrain, il a permis de noter tous les éléments, détails et attitudes des parents d'enfants porteurs d'amulette observés sur le terrain. Cette phase a commencé juste quelques jours après le début de collectes. Ainsi, après la transcription, nous avons effectué une autre tâche qui est la catégorisation.

VI.4.2. la catégorisation

Dans le processus d'analyser ce travail, la catégorisation est l'étape qui a suivi la transcription des données collectés sur le terrain. Cette catégorisation consiste à regrouper les données allant dans le même sens afin de nous permettre à faire une meilleure analyse. Après la transcription des données sur des papiers, nous avons procéder à un regroupement des données en fonction de leur sens pour non seulement permettre leur saisie en profondeur, mais aussi pour relever les occurrences dans les propos et les attitudes des personnes interrogées car l'utilisation des techniques qualitatives n'exclut pas le retour à la mathématisation des faits. Après cette étape s'en suivra la phase de l'analyse proprement dite.

VI.4.3. l'analyse

Nos données qualitatives ont été traitées et analysées à partir de l'analyse du contenu et de documents. Elle a pour rôle d'en dégager les significations, les intentions non directement perceptibles à la simple lecture des documents Aktouf, (1978). Tout chercheur en science sociale y aura recours à un moment ou à un autre de son travail. En effet, l'analyse de contenu ne se donne pas à première vue, tout dépend des objectifs du chercheur, de ce qu'il

veut démontrer, de ses intuitions et du type de document auquel il s'intéresse. L'analyse des données qualitatives est la technique la plus répandue pour étudier les interviews ou les observations qualitatives Muccheli, (1975). Elle consiste à retranscrire les données qualitatives, à se donner une grille d'analyse, à coder les informations recueillis et à les traiter. Étant donné que l'entretien ne parle pas de lui-même, il faut parvenir aux résultats de la recherche, effectuer une opération essentielle, qui est l'analyse du discours. Celle-ci nous a permis de sélectionner et à extraire des données susceptibles de confronter nos hypothèses aux faits. De ce fait, l'enquête qualitative repose sur cette analyse de contenu et contextuel puisque l'action sociale n'a de signification que dans une situation particulière. Ceci nous a permis à prendre en compte les lieux où se sont déroulés nos entretiens, le temps et les acteurs dans cette analyse sociologique qui repose sur la description et l'interprétation des conduites, des comportements afin de les comprendre pour mieux les expliquer sans les juger. Ainsi, nous avons eu recours à l'interdisciplinarité. Nous avons également pris en compte les occurrences qui ont un sens et une puissance dans cette recherche.

VII. Définitions des concepts opératoires

Afin d'éviter toute confusion dans l'explication et la compréhension des concepts opératoires utilisés dans notre travail, il est important que l'on fasse quelques clarifications conceptuelles des mots et expressions se rapportant à notre problématique. C'est d'ailleurs une des recommandations de Durkheim, (1987) père fondateur de la sociologie française qui annonçait que : « *toute investigation scientifique porte sur un groupe déterminé de phénomène qui répondent à une même définition. La première démarche du sociologue doit donc être de définir les choses dont il traite que l'on sache bien de quoi il est question. C'est la première et plus indispensable condition de toute épreuve de vérification* ».

Amulettes : par définition, les amulettes sont des objets portés ou tenus par une personne dans le but de le protéger contre le malheur, les maladies, les accidents ou d'autres formes de dangers. Elles sont souvent considérées comme ayant des pouvoirs magiques ou spirituels et sont utilisées dans de nombreuses cultures à travers le monde depuis des siècles. Les amulettes peuvent être fabriquées à partir de divers matériaux tels que des pierres précieuses, des métaux, des os, des coquillages, des plantes, etc. elles peuvent à cet effet prendre de divers forme de colliers, de bracelets, de bagues, de pendentif d'autres types d'objets portables. Dans les travaux de Lecouteux, (2005) « les amulettes magiques » il examine les amulettes à travers l'histoire et les cultures, en détaillant les différents types

d'amulettes protectrices et de leurs fonctions. Selon ce dernier, les amulettes sont des objets que l'on porte sur lui et croit à cela dans le but de le protéger. Dans le cadre de ce travail, nous pouvons définir comme un ensemble des objets portés ou utilisés dans le but de protéger contre les forces négatives. Ces amulettes sont souvent chargées d'un symbolisme particulier et peuvent être fabriquées à partir de divers matériaux. Ces amulettes également peuvent être associées à des croyances religieuses, magiques ou traditionnelles, et sont souvent considérées comme des objets de pouvoir qui apportent chance et protection à celui qui les porte.

Savoirs locaux : les savoirs locaux par définition comme son nom l'indiquent, font référence aux connaissances et aux pratiques développées par les communautés locales, souvent transmises de générations en générations. Ces savoirs locaux, sont spécifiques à un lieu géographique et sont basés sur l'expérience et l'observation des ressources naturelles, de l'environnement, de la médecine traditionnelle, de l'artisanat, de la cuisine, des coutumes, des croyances et des rituels. Ces savoirs locaux sont souvent profondément enracinés dans la culture et la tradition d'une communauté et joue un rôle essentiel dans sa survie et son développement. Ils sont souvent adaptés aux conditions locales et aux ressources disponibles, et peuvent donc varier d'une région à une autre. Les savoirs locaux sont considérés comme complémentaires aux savoirs scientifiques et peuvent fournir des informations précieuses sur la biodiversité, les pratiques, les remèdes naturels, la gestion de ressources naturelles etc. ces savoirs locaux sont également importants pour la préservation de la diversité culturelle et la tradition des traditions et des valeurs d'une communauté. Selon Lélé, et Norgrove, (2005) les savoirs locaux sont des connaissances et des pratiques développées par les communautés locales en réponse à leurs besoins et à leur environnement spécifique. Selon lui, ces savoirs locaux sont basés sur des expériences et la transmission intergénérationnelle, et sont souvent liés à des ressources naturelles spécifiques. En relation avec ce sujet, Berkes, (2009) définit les savoirs locaux comme les connaissances, les croyances, les valeurs et les pratiques développées par les communautés locales en relation avec leur environnement naturel. Ces savoirs locaux sont souvent adaptés aux conditions locales et sont transmis oralement de génération en génération.

Selon notre compréhension, nous pouvons définir les savoirs locaux comme un ensemble des connaissances, des pratiques et des croyances spécifiques développées par les communautés locales en réponse à leurs besoins et à leur environnement particulier. C'est savoirs sont basés sur l'expérience, l'observation et la transmission intergénérationnelle c'est-

à-dire de génération en génération, et sont souvent profondément enracinés dans la culture et les traditions d'une communauté. Ces savoirs locaux sont également souvent adaptés aux conditions locales et jouent un rôle essentiel dans la gestion et le maintien des traditions culturelles. Les savoirs locaux évoluent dans le temps et en fonction des changements environnementaux et sociaux, mais restent ancrés dans l'identité et la résilience des communautés locales.

Santé infantile : la santé infantile se réfère à l'état de bien-être physique, mental et social d'un enfant, depuis sa naissance jusqu'à l'adolescence. Cela inclut la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies, ainsi que la promotion de modes de vie sains et de comportements favorables à la croissance et au développement optimal de l'enfant. La santé infantile englobe à cet effet des aspects tels que la nutrition, l'accès à des soins de santé appropriés, l'éducation sanitaire, la vaccination la protection contre les maltraitances et les abus, ainsi que le soutien émotionnel et affectif nécessaire à l'épanouissement de l'enfant. La santé infantile est par là pour assurer un bon départ de l'enfant dans la vie et favoriser le développement futur de l'enfant en tant qu'individu sain et équilibré. Ceste dans cette directive que l'Organisation Mondiale de la Santé OMS, (1946) définit la santé infantile comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Pour sa part, Kaplan, (2001) définit à son tour la santé infantile comme l'état de bien-être général d'un enfant, qui est influencé par des facteurs biologiques, environnementaux et sociaux. Eu égard de notre contexte, nous définissons la santé infantile comme l'état physique, mental et social optimal d'un enfant, qui est influencé par des facteurs biologiques, sociaux et environnementaux. Cela comprend la prévention des maladies, la promotion de modes de vie sains, et le développement harmonieux de l'enfant, ainsi que sa protection. La santé infantile à cet effet ne se limite pas seulement à l'absence de la maladie mais vise à assure le bien être global de l'enfant afin qu'il puisse atteindre son plein potentiel.

VIII. CONSIDERATION ETHIQUE

Selon Nsangou (2014) citant les travaux de Droz, et Lavigne (2006) l'éthique se définit comme « un ensemble de règles ayant pour objet de soumettre l'activité scientifique au respect de valeur jugée plus hautes que la liberté du chercheur », ceci relevé que dans un travail de recherche, il y' a les codes et les principes qu'un chercheur a l'obligation de se soumettre et de se conformer. Par conséquent, l'enquêteur doit pouvoir bien prendre connaissance de ces principes. L'enquêteur doit également avoir l'habilité à attirer l'enquêté ou l'informateur sur des sujets important tels que : le respect de la confidentialité, la garantie de l'anonymat, et le consentement. Pour bien cadrer son enquête, il a été recommandé aux étudiants trois grandes étapes qui constituent le mobil de la recherche. La première est celle qui se nomme avant enquête : cette partie consiste pour nous d'être en possession de l'autorisation de recherche et qui a guidé nos pas au terrain auprès de la population. Cette autorisation a été délivrée au département concerné et auprès des personnes ressources. La seconde étape est appelée pendant l'enquête, celle-ci consiste à éclairer l'enquêteur sur le sujet de recherche. La troisième partie consiste à mettre en pratique les décisions ayant été prises lors de l'enquête en ce qui concerne la confidentialité et l'anonymat.



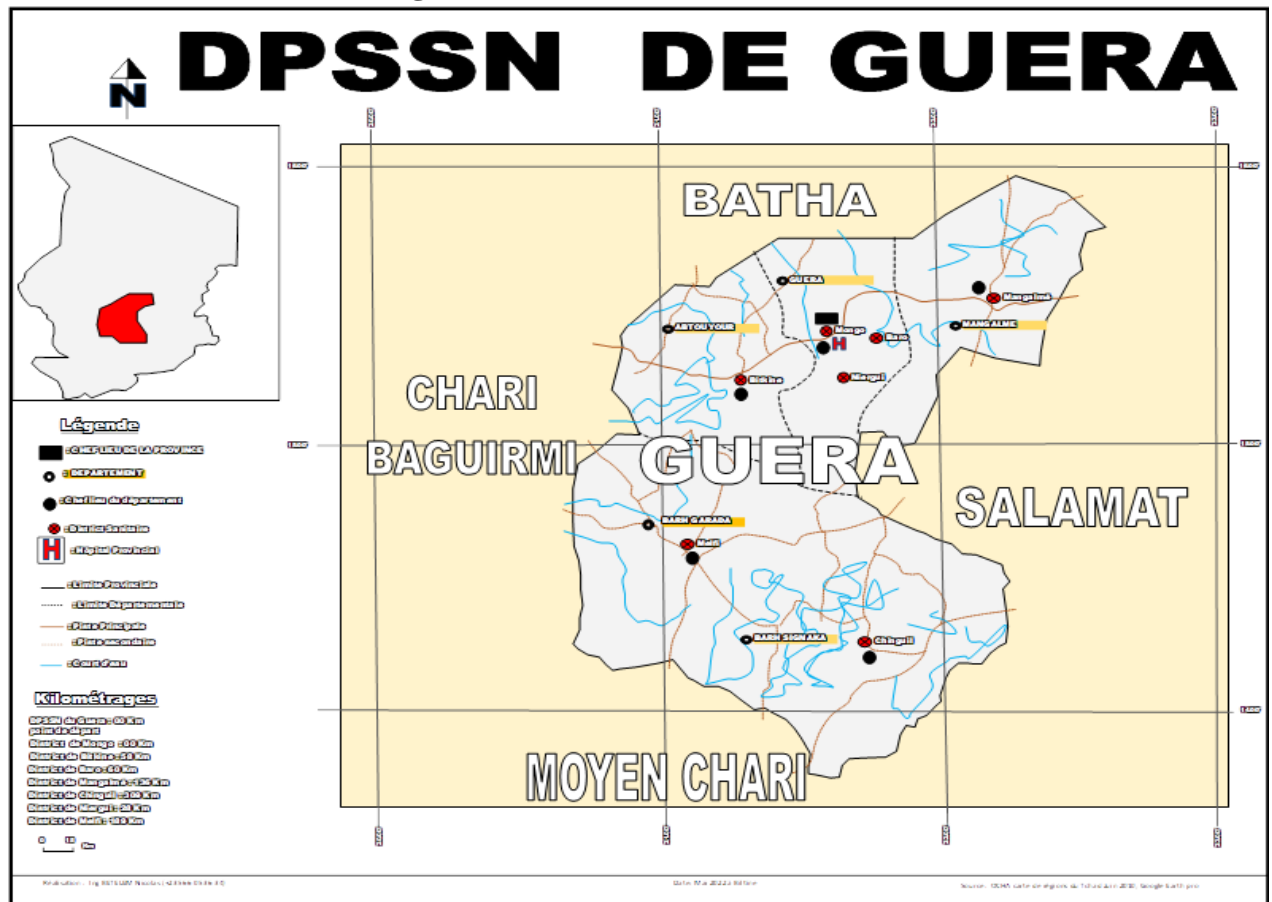
CHAPITRE I : PRESENTATION DE LA ZONE D'ETUDE

La présentation de la zone d'étude est à notre sens une étape importante dans un travail de recherche. Elle permet en effet la description du terrain d'étude et la mise en relief des aspects tant naturels qu'humains, en rapport avec la problématique de l'étude.

Tout phénomène social se déroule dans un cadre socio-environnemental précis et un terrain permettant au chercheur de contextualiser son objet d'étude selon (Ela, 2001). Le terrain de recherche comme relève (Huber, et Miles, 1991) permet au chercheur ou chercheuse d'être en contact avec les inattendues qui pourraient permettre au chercheur de contextualiser et de développer son objet d'étude non seulement pour concocter sa connaissance, mais surtout l'influence dudit fait ou phénomène. Le fait social étudié n'est jamais indépendant de son contexte socio-environnemental de naissance, d'où la nécessité de rappeler ce contexte-là. C'est à cette tâche que sera consacré le présent chapitre. Il sera précisément question de présenter le décor dans lequel se déploie le phénomène que nous nous proposons d'étudier (à savoir : savoirs locaux et santé infantile : impact de la perception et l'usage des amulettes protectrices sur la santé infantile à Mongo). De ce fait, cette présentation ne peut se faire qu'en inscrivant notre zone d'étude dans le cadre général de l'espace qu'occupe la région du Guera (Mongo).

La ville de Mongo est un espace géographique situé au Sud-Est du bassin du lac Tchad, entre 10° et le 14° degré de latitude Nord et le 17° et le 20° degré de longitude Est. Cette région a une superficie estimée à 58900km². Elle partage les frontières avec six régions dont le Bath au nord, le Sila et le salamat à l'est, le Moyen Chari au sud, le Chari-Baguirmi à l'Ouest et le Hajer-lamis au Nord-Ouest.

Photo 1: Carte de la ville de Mongo (Guera).



Source : Délégation Sanitaire de la ville de Mongo/Tchad.

I. ASPECTS PHYSIQUES DE LA ZONE D'ETUDE

Il sera question pour nous dans cette partie d'explorer le milieu physique qui constitue la région du Guera d'une manière générale et en partie celui de Mongo

1. Le climat

Selon le climatologue américain Hansen, (2014) le climat se définit comme un système complexe qui résulte de l'interaction entre l'atmosphère, les océans, la biosphère et les interactions humaines. Ainsi, le climat du Tchad est de type tropical sec avec deux saisons : une saison des pluies et une saison sèche. Cependant, à l'intérieur de ce climat, on distingue trois zones climatiques qui sont : le climat soudanien au sud, le climat sahélien au centre et le climat saharien ou désertique au nord. Chacune de ces zones est marquée par une diminution croissante de la pluviométrie au fur et à mesure que l'on remonte vers le nord (Pias, 1970 : 5 ; SNT 2006-2010).

La région du Guera qui est le chef-lieu de la province de Mongo se trouve à cet effet dans la zone climatique sahélo-soudanienne caractérisée par un régime tropical sec. La saison de pluies est courte, de 4 à 5 mois (mai-juin à septembre) ; et la saison sèche qui est longue d'environ 7 à 8 mois. La saison des pluies est marquée par une précipitation annuelle comprise entre 500 et 900mm (Pias, et al., 1964). La pluviométrie de cette zone est variable selon l'année et latitude. Elle va en augmentant vers le sud (Gillet, 1961) entre le 12° et 13° degré de latitude Nord et le 18° et 19° degré de longitude Est, zone qui fait partie intégrante de notre zone d'étude.

La précipitation annuelle enregistrée ces deux dernières années à Mongo varie entre 821 à 1124mm. Sur la même période, la précipitation de Melfi au sud entre le 11° et 12° degré de latitude Nord et entre les 17° et 18° degrés de longitude Est, variait entre 646 et 1045mm. Ces variations annuelles sont toutes homogènes avec des déficits en année de mauvaise pluviométrie et des excédents en année de bonne pluie (Gillet, 1962). Durant la saison de pluie, il faut noter que la température varie entre 30 à 35°C. En revanche, cette température augmente pendant la saison sèche jusqu'à 45° en journée et dans la zone située au Nord.

La saison sèche est marquée par une forte chaleur et par un vent sec, appelé harmattan qui souffle en direction d'ouest ou sud-ouest. Durant cette saison, les arbres perdent totalement leur feuillage, le sol devient nu et la végétation se raréfie.

2. L'hydrologie

Le réseau hydrologique du Guera est composé de Bahr Zerzer, de Bahr Zirkgo et de Bahr korom. Ce sont les principaux cours d'eau de la région qui alimentent le Batha et le Bahr Salamat. Il s'agit de rivières de régime saisonnier. Elles se dépendent de l'eau de pluie et sont actives seulement pendant la saison des pluies. Pendant la saison sèche, leurs lits deviennent secs. A ces principaux cours d'eau, s'ajoutent plusieurs ouadis qui alimentent les cours d'eau pendant la saison de pluies. Le Bahr Korom prend sa source dans la zone de Melfi et coule en direction sud-est pour alimenter le Bahr Salamat. Le Bahr Zirkgo à son tour prend sa source dans la zone de Melfi au sud et se subdivise en deux branches à partir de Bolong à l'ouest de Bitkine. Ces branches se rejoignent et traversent le cordon sableux au sud du Guera pour alimenter la fosse. Ces eaux au plus fort de la crue se déversent dans le lac Fitri. Le Bahr Zerzer, appelé encore Ridjil Adar ou Ridjil Djaya prend sa source au Nord de Bitkine. Ce cours d'eau alimentait autrefois une fosse située au nord du village de Guera. Cette fosse dispose d'un exutoire Nord qui rejoint les marécages du lac Fitri. En dehors de ces trois

principaux cours d'eau, il y a d'autres rivières qui prennent leurs sources dans les massifs montagneux de la région et qui servent de lignes de partage des eaux entre les affluents de Batha et les autres cours d'eau. Toutes ces rivières, dès leur sortie des massifs, s'épandent dans de vastes plaines d'inondation.

Dans les zones montagneuses où la pente est généralement forte, le lit des cours d'eau suit les cassures de la roche ou serpente entre les blocs d'altération des granites (Pias, 1964). Dans notre zone d'étude, en dehors de Bahr Zerzer qui constitue le principal cours d'eau de cette zone, on trouve dans cette zone huit rivières à régime temporaire et plusieurs ouadis qui alimentent ces rivières pendant la saison des pluies. Ces rivières ne sont pas actives que pendant 3 à 4 mois dans l'année. La majorité des rivières se trouve au nord et au nord-est de la zone. Elles prennent leurs sources dans les différentes localités de la zone et coulent en direction du nord pour déverser leurs eaux dans le lac Fitri. Les ouadis sont des cours d'eau d'une moindre importance qui coulent dans toutes les directions pour jeter leurs eaux dans les rivières les plus proches. Certains ouadis perdent leurs eaux dans des zones marécageuses.

II. Le relief et les différentes formations géologiques

Dans cette partie, il sera question pour nous de présenter les différentes formations géologiques.

a. Le relief

Le relief du Guera dans son ensemble se compose d'une vaste étendue de zones montagneuses qui constituent le « Massif Central Tchadien », dit encore Grand Massif des Hadjarai. Situé au cœur de la cuvette tchadienne, ce massif constitue une unité orographique groupant trois blocs avec des altitudes très variables. Le premier bloc est situé dans la zone de Melfi au sud de la région et regroupe les massifs de Bedi, Gagné et la chaîne entre Fandjalla et Silla. Le deuxième et le troisième bloc sont situés au nord et au nord-est et regroupent les massifs de l'Abou-Telfane et le Mont Guera.

En ce qui concerne notre zone d'étude, cette zone est marquée par les massifs de l'Abou-Telfane et du Guera qui forment les deux principaux massifs. Ils se divisent en deux blocs séparés par la dépression du Bahr Abali (Pias et Poisot, 1964). Il y a aussi de nombreux petits massifs secondaires et inselbergs séparés par des zones d'arènes sableux (Kusnir, 1995). C'est le prolongement du Mont Guera vers l'ouest de l'Abou-Telfane qui forme les massifs montagneux secondaires de Mongo, de Dadouar et d'Abtouyou. Tous ces massifs marquent nettement le relief et atteignent fréquemment 800 à 1000m d'altitude tandis que le niveau de

la plaine qui entoure cette ville varie assez peu, entre 400 à 500m. Ces massifs sont constitués de chaos de blocs granitiques qui sont caractéristiques des roches de la région.

b. Le massif d'Abou-Telfane

Situé au Nord-Est de notre zone d'étude et à l'Est de Mongo à 10km environ, le massif d'Abou-Telfane se trouve dans le territoire Migami. Il est constitué de plusieurs chaînes de montagnes allongées vers le Nord-sud. Le plus haut sommet de ce massif, le Guédi atteint 1506 m d'altitude (Vincent, 1962, Kusnir, 1995). L'intérieur du massif est une plaine basse couverte d'une végétation luxuriante de type soudanais (Gillet, 1962).

Photo 2: Le massif d'Abou-Telfane



Source : Photo prise le 11 juin 2023 à Mongo par Mendiguilembaye Frédéric Dionrang.

a- Le massif secondaire de Mongo

Situé au cœur de la ville de Mongo, dans le territoire Dadjo, ce massif secondaire est le prolongement du massif de l'Abou-Telfane vers l'ouest. Orienté suivant l'axe Nord-sud, ce massif s'étend sur 10km environs de long. Son sommet le plus haut atteint 200m environ. Ce massif est composé de gros blocs de grés avec de nombreux abris sous roche.

c. Le massif du Guera

Implanté en pleine zone sub-saharienne dans le territoire Kenga, le massif du Guera est situé au sud-ouest du massif d'Abou-Telfane, a 60km environ. C'est le plus haut massif de toute la cuvette tchadienne. Il est composé de plusieurs chaines de montagnes parmi lesquelles figurent Moukoulou et Banama. Son plus haut sommet est le Mont Mourgué atteignant 1700m d'altitude (pic du Guera), tandis que la chaine Moukoulou située un peu plus au sud culmine autour de 900m d'altitude. Le prolongement du Mont Guera vers le nord-ouest est séparé par des petites collines de massif secondaire dont Abtouyour qui atteint 899m d'altitude et celui de Mont Mataya. Ces massifs se prolongent jusqu'à une vingtaine de kilomètres vers le nord-est par des inselbergs pour former des massifs montagneux de basse altitude environ 200m autour de Korbo dans le territoire Dangléat de l'ouest. Orientés suivant l'axe est-ouest, ces massifs s'étendent sur une distance de 10km environ.

Photo 3: Massif du Guera.



Source : photo prise le 30 juin 2023 à Mongo par Mendiguilembaye Frédéric Dionrang.

d. Les massifs secondaires de Dadouar

Implanté dans la partie est du territoire Dangléat, le massif secondaire de Dadouar est situé entre les massifs du Guera et d'Abou-Telfane. Il s'étend à 25km à l'ouest de Mongo ou il culmine à environ 880m d'altitude. Ce massif est assez perturbé et semble être constitué en grande partie de granites très hétérogènes. Le paysage est loin d'être plat. L'érosion intervient de façon variable selon l'hétérogénéité du granite. En général, elle dissocie les massifs en blocs séparés les uns des autres par des thalwegs. (Gillet, 1962).

III. La végétation

Située dans la zone climatique sahélo-soudanienne, le Guera présente une végétation multiple et variée. Cette diversité se justifie d'une part, par une variation pluviométrique qui diminue en allant du Nord vers le Sud, et d'autre part, par la présence de massifs qui favorisent le maintien d'espèce soudanienne à la faveur de microclimat (Pias, et al., 1964). De façon générale, la savane arbustes du domaine sahélo-soudanien est formée d'une végétation basse de petits arbres ou arbuste qui occupent des sols hydro morphes, des sols ferrugineux tropicaux peu lessivés et des sols bruns ou brun-rouge subarides. Les espèces végétales les

plus fréquemment observées dans cette région sont composés d'*acacias sengal*, *acacia scorpiodes var*, *adrstringens*, *piliostigma refescens*, *Balanites aegytiaca*, *boscia senegalensis*, *Ziziphus mauritiana*, *cadamba farinosa*, *acacia seyal* (Pias, 1970). Toutefois, on distingue plusieurs types de savanes avec des espaces végétales variables à savoir la savane boisée et ses variantes en fonction des conditions climatiques et des sols, la formation en ilots, la végétation de sol dit de « naga », la savane dite armée, la galerie forestière et la steppe (Pias, 1964). Chacune de ces savanes est localisée dans une zone géographique et se compose de diverses espèces végétales spécifiques.

Ainsi, la savane arborée se trouve à l'intérieur des massifs du Guera dans la partie sud de Mongo. Elle se caractérise par des espèces végétales qui sont constitués d'*anogeissus leiocarpus*, *balanites aegytiaca*, *acacia nilotica* etc. la formation en ilots se localise dans la partie nord de la ville de Mongo, elle se caractérise par une végétation composée d'ilots très serrés et buissonnants de *Dalbevgia melanoxylon* et *acacia senegalensis*.

La végétation dite de « naga » est localisée dans différentes parties du Guera notamment à Bangbang dans le secteur de la ville de Mongo. Cette végétation se caractérise par la présence de *Balanites aegytiaca*, mais surtout par le *lannea humimilis*, *acacia senegalensis* etc.

La savane armée est très rependue sur l'ensemble de la région. Cette savane se caractérise par une dominance d'*acacia seyal* et la présence d'autres espèces végétales comme *anogeissus leiocarpus*.

La galerie forestière se trouve à l'Ouest de la ville de Mongo autour de Baanbang. Cette savane est composée de grands arbres comme les savanes précédentes auxquels s'ajoutent d'autres essences végétales parmi lesquelles on peut citer *Khaya senegalensis*, *tamarindus indica* *faidhelvbia albida* etc. la pseudo-steppe se trouve principalement dans la Nord de la ville de Mongo. Elle se caractérise par la présence de *schoenefeldias gracalis*, *cymbopogon giganteus* etc. ce bref aperçu sur la végétation permet de constater que le Guera dispose d'une végétation variée.

VI. PANORAMA SOCIAL ET HISTORIQUE DE LA ZONE D'ETUDE

Cette partie sera consacrée au fait social et historique de notre zone d'étude qui vise à présenter un bref aperçu de la population de notre zone d'étude. La présentation du peuplement de cette zone d'étude ne peut se faire sans l'inscrire dans le cadre global de l'histoire du Guera. La région du Guera est en effet un espace géoculturel peuplé de plusieurs

groupes de population. L'histoire du peuplement du Guera dans son ensemble a été depuis longtemps au centre des préoccupations des chercheurs comme Lebeuf, (1959) ou encore Vincent, (1962).

A. L'histoire du Guera

La présence humaine dans le Guera remonte à la période préhistorique. Les sites néolithiques signalés par les administrateurs coloniaux. Certains auteurs comme Boujol, et al., (1941) Fuchs, (1997) et Pouillon, (1975) estiment que ces groupes ethniques ne sont pas autochtones de cette région. Leurs récits historiques et mythiques les font venir pour la plupart de l'Est, c'est-à-dire de l'actuel Soudan et parfois de l'Ouest de l'Égypte, venus en envahisseurs, ils se sont fondus avec les autochtones. Les légendes racontant la fondation des villages actuels sont à cet égard très révélatrices. Elles conservent le souvenir d'habitants solitaires rencontrés par les nouveaux arrivants, s'unissant ensuite à eux à travers des mariages. Ces premiers habitants semblent avoir connu une existence plus fruste et plus précaire que celle des envahisseurs. Leur nourriture était parait-il basée sur la cueillette et leur armement était moins perfectionné.

Durant la période médiévale, le territoire actuel du Guera appartenait successivement aux trois grands royaumes du Tchad. Chacun des royaumes tenta de soumettre les Hadjarai (natifs de la région du Guera/Mongo), mais grâce à leur position stratégique située sur ou aux pieds des montagnes, ils échappent à ces nouvelles incursions.

Au XIII^e siècle, le royaume du kanem s'entendit à l'Est jusqu'aux frontières du royaume Dadjo. A cette période, le Guera appartenait à la zone d'influence du royaume du kanem. La fondation du royaume de Barguirmi, qui s'est faite au début du XVI^e siècle et qui était d'une importance particulière pour le pays Hadjarai doit être vue dans le cadre de l'histoire de cette chaîne des royaumes qui s'étendait du Dar for jusqu'à l'Afrique occidentale. Au début du XVII^e siècle, le royaume du Ouaddaï situé à l'Est du Guera étendait son pouvoir jusqu'au lac Tchad et englobait le massif central du Guera après la conquête du Massenya en 1806 par le roi Saboun du Ouaddaï (Nachtigal, 1879-1889 ; Fuchs, 1998). La partie des Hadjarai située dans le territoire actuel du Guera supporta la domination de l'Ouaddaï grâce à ses montagnes qui étaient impénétrables.

A la fin du XIX^e siècle, le Guera tomba sous la domination de Rabeh. Après la destruction du pouvoir de Rabeh par les français, le Guera retomba sous la souveraineté du

sultan du Ouaddai jusqu'à ce qu'en 1909. Les français avançant vers l'Est se sont emparés de la région. En 1911, le poste de Mongo fut fondé (Fuchs, 1997). Durant cette période, le territoire actuel Guera était peuplé de divers groupes de population. A l'époque, ils ne s'appelaient encore Hadjarai. Les arabes qui sillonnaient la région rencontrèrent des populations qu'ils ne connaissent pas (Pouillon, 1958, 1962 ; Rouveur, 1962, Seli, 2013). Ils les nommèrent des Hadjarai c'est-à-dire les montagnards. Mais durant ce période, ce terme hadjarai, utilisé pour désigner l'ensemble des groupes ethniques habitant les massifs montagneux de ce territoire, est employé seulement par les arabes. Les populations Hadjarai eux-mêmes ignorent ce nom donné par les arabes.

Lorsque les colons français pénétrèrent dans cette région, ils rencontrèrent une population avec une hétérogénéité linguistiques (Greenberg, 1966) et une organisation politique se structurant autour du village (Chapelle, 1980). L'administration coloniale décida de les nommer Kirdis (qui fait référence aux peuples du Sud), à travers leurs pratiques culturelles et à leur appartenance religieuses (animistes). Ce n'est que dans les années 1950 que le terme Hadjarai apparaît dans les écrits des ethnologues qui parcoururent cette région (Aert, 1954 ; Leboeuf, 1959).

Quant au territoire du Guera, il devient une entité administrative à partir du 18 juillet à la suite d'un arrêté du haut-commissaire de la République de l'Afrique Équatorial Française (AEF). C'est en 1969 que le Guera a acquis ses limites administratives actuelles. Il peut être considéré à la fois comme un espace géographique et une entité administrative.

B. Les groupes ethniques du Guera

Le Guera regroupe plus d'une quinzaine de groupes ethniques autochtones. Principalement sédentaires et agriculteurs, chacun de ces groupes ethniques présente des caractéristiques linguistiques et culturelles qui les différencient. Il existe aussi d'autres groupes non Hadjarai.

Anciennement nomades, ils sont devenus sédentaires. Ils étaient éleveurs ou artisans spécialisés dans le travail du fer. On rencontre aussi quelques groupes sédentaires dans ces populations allochtones. Certaines sources les considèrent comme des fugitifs ou des affranchis. D'autres seraient venus des régions voisines du Guera à une époque très récente. D'après les données orales et écrites laissées par les explorateurs (Nachtigal, 1876 ; Garbou, 1912 ; Barth, 1927) les administrateurs coloniaux français (Bruehl, 1959, Rouveur, 1962)

témoignent que l'ensemble des populations allochtones semble venir de l'Est et cela suivant différentes vagues qui se sont succédées entre le XIV^e et le XVI^e siècle (Merot, 1951 ; leboeuf, 1959).

- **les autochtones**

Les autochtones, désignés sous le vocable Hadjarai, regroupent plusieurs groupes ethniques. Venus par différents vagues migratoires successives, chaque groupe est constitué de plusieurs clan appartenant à des lignages aux origines communes mais avec des ancêtres différents. Ils possèdent un territoire bien déterminé dont ils détiennent le pouvoir de contrôle. Selon le territoire qu'ils habitent, les autochtones sont classés en deux grands ensembles géographiques : les Hadjarai du Sud et ceux du Nord. L'organisation sociale et politique se limite seulement à l'échelle du village. Le village est en effet une grande entité politique traditionnelle dans la société traditionnelle Hadjarai (Fuchs, 1997). Chaque ville est placée sous l'autorité d'un chef de village dont le système d'accès aux fonctions est régit par les lois coutumières pouvant varier d'un village à une autre.

Du point de vue linguistique, les groupes ethniques du Guera sont classés suivant la terminologie de Greenberg, (1963) en trois grands groupes linguistiques ;

- Le groupe des langues « Nilo-Sahariennes » une langue qui est parlée par les Kenga et les dadjo situés dans la partie nord du Guera.
- Le groupe des langues « Afro-Asiatiques » parlée par les Dangleat, Djonkor Guera, les Migami, les Bidio, les Mogoum et les Maoua, appartenant aux groupes hadjarai du nord, et les Sokoro, les Saba appartenant aux groupes hadjarai du sud, situés dans la zone de Melfi.
- Le groupe des langues « Kongo-Kordofane » parlé par les Bolgo, les Koké, les Fanian, les Goula et Boa appartenant aux groupes hadjarai du sud.

En outre, l'arabe du Tchad (arabe local) est la seule langue parlée et qui permet aux différents groupes ethniques Hadjarai de se communiquer entre eux.

- **les Hadjarai du nord**

Constitués de huit groupes ethniques, les Hadjarai du nord sont les habitants les plus nombreux des massifs d'Abou-Telfane et du Guera. Ils sont composés des Dangleat, des Migami, des Kenga, des Mokilagui, des Dadjo, des Bidio, et des Mubi et des Maoua. Chacun

de ces groupes ethniques occupe un territoire bien délimité et possède sa propre langue qui détermine son identité.

La culture Hadjarai est fortement marquée par la tradition et les coutumes ancestrales. Les Hadjarai sont connus pour leur artisanat, notamment la poterie, la vannerie et la sculpture sur bois. Ils fabriquent également des tissus traditionnels, tels que le raphia, et pratique la teinture à base de plante. La danse et la musique occupent une place centrale dans la culture hadjarai. Les danses traditionnelles sont souvent accompagnées de tambours et d'autre instrument de musique, créant une ambiance festive et joyeuse. Les chants traditionnels racontent des histoires et transmettent des messages importants pour la communauté.

La religion joue un rôle important dans la vie quotidienne des hadjarai. la majorité de la population pratique l'islam, mais aussi des adeptes de la religion chrétienne, traditionnelles africaines. Les croyances animistes sont encore présentes, avec un fort lien entre les hadjarai et la nature. Le Guéra organise également des événements culturels pour célébrer et promouvoir sa culture. Les festivals traditionnels sont l'occasion de danses, de chant, de compétitions sportive et d démonstrations d'artisanat. Ces événements renforcent le sentiment d'appartenance à la communauté et permettent de transmettre les traditions aux générations futures.

- **les Dangleat**

Ils font partis des groupes ethniques de langue afro-asiatique. Ils occupent la partie nord du territoire actuel du Guera. Le nom Dangleat est une déformation du mot Dangal qui signifie en français Lit. Ce nom fait référence au premier homme Dangleat qui fit son lit sur la montagne de Korbo. Les Dangleat se composent de plusieurs clans établis chacun dans un village. Les données chronologiques sur la mise en place des Dangleat restent encore très confuses et les avis sur leurs origines sont divers et variés. Certains chercheurs font venir les Dangleat de l'Est, plus précisément du Ouaddai, et cela avant les Kenga (Rouvreur, 1962). En revanche, d'autres sources les font venir du sud et les rattachent aux populations boa originaires de la localité Korbol. Ils se seraient installés dans la région du Guera au siècle dernier (lebeuf, 1959).

- **les Migami**

Les Migami constituent le groupe ethnique numériquement le plus important. Ils occupent le pourtour de la chaîne de l'Abou-Telfane à l'Est. Ils font partis des occupant les

plus anciens (Lebeuf, 1959). Installés dans les montagnes qui constituent une forteresse dans laquelle ils se sont réfugiés, les Migami étaient les plus récents à la pénétration extérieure (Seli, 2013). Venus de l'Est, les Migami auraient une origine lointaine yéménite. Ils auraient quitté le Yémen à une période très ancienne. Leur migration serait liée à l'imposition de l'Islam. N'approuvant pas la pratique de l'Islam, les Migami quittèrent le Yémen sous la direction de leur chef du nom Mimay pour venir s'installer au Soudan. Par la suite, ils quittèrent le Soudan pour venir s'installer dans le Ouaddai avant de continuer la migration dans le Guera (Allamine). Leur mise en place dans la région du Guera remontait au XVII^e siècle. Ils seraient arrivés en plusieurs vagues successives.

Les premiers arrivants eurent la responsabilité des rapports avec des divinités locales et des sacrifices du cycle annuel. Les derniers arrivés furent chargés de la défense du village et par conséquent du pouvoir politique.

- **les Kenga**

Les Kenga occupent la partie Ouest du territoire Guera. Kenga dérive du nom d'un oiseau, le pélican, qui vit sur la montagne. Ces pélicans appelés Kenga ont installés leurs nids au sommet de la montagne d'Abtouyour. D'après le Rouvreur, (1962) la mise en place des Kenga dans le Guera serait postérieure à celle des Dangleat. Ils seraient venus de l'Est à une époque qui reste encore inconnue. Leroux nous rapporte que les Kenga seraient passés par Mongo à l'Ouest de Abou-Telfane. Au cours de leurs migrations, ils auraient conquis les Am Tcharlo, les Kouka qui occupaient Bolong, Mataya et Abtouyour, territoire actuel des Kenga. Ils vainquirent leur voisins Bilala et leurs imposèrent une tribu avant d'étendre leur domination dans le Guera. Par la suite, ils ont émigré au Fitri, région située à l'Est du Guera et principalement au Baguirmi (Leroux, 1912).

D'autres sources rapportent que les Kenga des populations Sara habitant la zone méridionale du Tchad, (Pouillon, 1975). Ces informations révèlent que les Kenga sont venus du sud pour se fixer dans la région du Guera afin de former les sous-groupes saba, mogoum, sokoro etc.

- **Les Bidio**

Les Bidio appartiennent au groupe de langues Afro-Asiatique. Leur territoire est localisé dans la partie sud du massif d'Abou-Telfane. Les sources écrites révèlent que ce groupe est rare à l'exception des travaux de Lebeuf et de la thèse de Seli. Selon Lebeuf, les Bidio seraient venus du nord du Tchad. Ils seraient apparentés aux populations bideyat, originaires de l'Ennedi (Lebeuf, 1959).

A cela s'ajoute, les Mubi, les Dadjo, les Maoua, les Arabes, les peulhs, les Yalnas, les Hadjarai du sud etc. Ces différents ethniques existaient à Mongo et pratique deux religions qui sont l'islam et le christianisme.

- **Les Mubi**

Les Mubi habitent la zone située à l'Est d'Abou-Telfane, dans le territoire Mangalmé, à la limite du territoire de l'actuel Guera. Leur présence dans cet espace semble être très ancienne. Ils appartiennent à une population qui d'après Rouvreur, (1962) est très proche des autres populations de l'Est précisément des Kadjakse (dans le Ouaddai). Ils partageraient d'ailleurs les mêmes origines selon Lebeuf, (1959). La différence fondamentale avec les autres ethnies hadjarai est qu'ils sont demeurés étrangers à la religion ancestrale. L'ignorance des Mubi à ces pratiques et leur arrivée dans le Guera en 1959 a poussé certains chercheurs à dénier toute identité hadjarai à ces populations (Chapelle, 1980).

- **Les Dadjo**

Les Dadjo occupent deux territoires bien distincts situés au nord-est de la région du Guera. Selon les sources orales et écrites, ils sont venus du Ouaddai géographique précisément de Sila. Ayant dominé le Ouaddai au cours de l'histoire, ces populations laissèrent au XVe siècle de la place aux conquérants Tounjour (Rouvreur, 1962). C'est à cette époque qu'ils se seraient divisés en deux groupes dont une partie aurait migré vers le Guera pour chercher refuge tout en gardant un lien de parenté très fort et une langue commune avec leur cousin de Sila. A la différence des autres tribus, la distinction des Dadjo aux autres groupes hadjarai ne s'arrête pas seulement sur la considération d'ordre linguistique et d'origine. Cette distinction est remarquable aussi bien dans leur organisation sociale, leurs mœurs et les valeurs religieuses qu'ils pratiquent. Comme c'est les Mubi, les Dadjo également sont restés indifférents aux religions ancestrales.

- Les Hadjarai du sud

Les Hadjarai du sud sont moins nombreux que ceux du nord. Ils se composent de sept groupes ethniques : les Soroko, les Barain, les Saba, les Bolgo, les Koké, les Fanian et les Goula.

Les Sokoro sont venus de L'Est. Une partie de ce groupe ethnique a migré vers Massenya pour former le royaume du Baguirmi (Moussa, 2012).

Les Saba, Mogoum, Sokoro, Barain, ils sont issus des Kenga, et plus précisément de la branche qui est dirigée vers le sud pour se fixer dans la région d'actuelle Melfi. En ce qui concerne les Saba, des sources orales rapportées par Vincent indiquent qu'ils auraient quitté le Soudan avec les Kenga après une querelle. Avant de venir s'installer dans leur territoire actuel, ils ont d'abord habité avec les Kenga à Mataya et à Abtouyou. Leur arrivée dans la région du Guera date de XIXe siècle selon Vincent, (1967).

- Les autres groupes non Hadjarai qui réside à Mongo

Les autres groupe non hadjarai que l'on peut trouver dans cette région du Guera sont constitués des groupes des nomades qui sont à la recherche de pâturage, des captifs ou des affranchis, et des groupes de population qui ont fui les incursions des royaumes voisins. Ils sont composés notamment des Arabes, de Yalnas, de Peulhs et des forgerons.

IV. ASPECT ECONOMIQUE

Au Tchad d'une manière générale, l'agriculture en particulier de substance et l'élevage puis la pêche occupent plus de 52% de la population active, pour 22,6% du PIB de l'économie du pays. (FAO, 2012). La ville de Mongo représente actuellement l'un des pôles de l'économie tchadienne pour le développement de cette région. Mongo est une ville commerciale. Dans cette localité, les activités les plus fréquentes sont le commerce, le développement de petites activités de loisir, l'agriculture et l'élevage qui constitue la mamelle de l'économie tchadienne.

A. L'Agriculture

L'agriculture à Mongo est une pratique agricole qui est spécifique à la région de Mongo qui se trouve dans le département du Guéra au Tchad. Cette pratique est adaptée aux conditions climatiques et caractérisée par un relief accidenté et des sols souvent arides. Cette agriculture repose principalement sur l'utilisation de techniques traditionnelles telle que le

labour à l'aide de charrues en bois tirées par des animaux (âne, cheval, bœufs...). La culture en terrasses pour lutter contre l'érosion des sols en pente, et l'utilisation de système d'irrigation rudimentaires tels que les canaux d'irrigation et les puits.

Les principales cultures pratiquées dans cette ville sont : le mil, le sorgho, le maïs, le riz et les légumes.

- **Le sorgho rouge et blanc** : le sorgho rouge est planté en juin selon les normes et que les récoltés sont souvent attendues en septembre. Il arrive qu'il soit coupé avant sa complète maturité physiologique et qu'il soit étendu sur des rochers dans le but d'obtenir une dessiccation plus rapide. Les rendements varient de 800 à 1500kg/ha.
- **Arachide** : la culture de l'arachide se fait un peu autour des petits centres de la population. On constate trois variétés de l'arachide parmi ces trois variétés, l'arachide rose de Cameroun semble meilleur dans cette région. Les terres qui les conviennent le mieux sont les terres alluvionnaires légères à quelques distances des ouadis, mais les autochtones le plus souvent recherchent la solution de facilité qui consiste à planter l'arachide sur les terres sablonneuses les plus proches de leurs villages.
- **Sesamum indicum I.** « soum soum » : est planté sur des terres sableuses et notamment sur les arènes fines aux pieds des montagnes où il donne de bon rendement. Il est semé à la volée en juin et en octobre, les femmes coupent ou arrachent les tiges desséchées et les battent pour faire sortir les graines des capsules.
- **Hibiscus esculentus « daraba »** : c'est un des légumes les plus répandus dans tous les jardins africain et en particulier à Mongo au Tchad. Il vient sur les terres à petit mil. Planté en mai-juin, il est mur en septembre-octobre. Une grande partie de la production de ce « gombo » est commercialisée et est vendue ou échangée avec les nomade.
- **Vigna sinensis endi** : ce haricot dont on extrait des fibres textiles fait l'objet de cultures conséquentes dans les villages d'Abou-Telfane, notamment à Taro. Les villageois fabriquent des ficelles souples à partir des tiges.
- **Nicotiana tabacum** : le tabac est très répandu en petit lopins dans ou autour des villages d'Abou-Telfane. Semé en pépinière, il est repiqué. Les diongor récoltent les feuilles, les font sécher sur de vastes claies puis les mettent en boule avant qu'elles ne soient entièrement desséchées et les vendent ainsi par la suite. Ce tabac est souvent envoyé dans la ville comme N'Djamena et Sarh pour la vente. Ces cultures sont

adaptées aux conditions climatiques de la région, qui connaît une saison des pluies courte et une longue période de saison sèche. L'agriculture à Mongo joue un rôle important dans l'économie du pays en générale et de la ville de Mongo en particulier fournissant des emplois et des revenus aux agriculteurs locaux. Cependant, cette agriculture est confrontée à des défis tels que la dégradation des sols dus à l'érosion, la sécheresse et le manque d'infrastructures agricoles moderne.

Pour faire face à ces défis, des initiatives de développement agricole sont mises en place à Mongo visant à améliorer les techniques agricoles à promouvoir l'utilisation de techniques de conservation des sols et d'eau, et à renforcer les capacités des agriculteurs locaux. Ces initiatives visent également à diversifier les cultures pratiquées à Mongo et à promouvoir l'agroforesterie pour lutter contre la dégradation des sols.

B. Élevage

Avec environ 94 millions de têtes de bétail, le Tchad est un pays où se pratique l'élevage. Le cheptel représente 30%. A Mongo, le marché de bétail de Oyo est construite sur une superficie de 36000m², cette partie est exploitée par le bétail est de 30000m² et cette structure accueille plus de 10000 têtes de bétail confondu, (Tchad Info, 2022).

Photo 4 : Marché du bétail d'Oyo.



Source : Photo prise le 24 juillet 2023 à Mongo par Mendiguilembaye Frédéric Dionrang.

L'élevage à Mongo au Tchad est une activité économique importante pour la population locale et tchadienne en générale. La ville de Mongo est une région située au centre du pays, caractérisée par un climat semi-aride. Les éleveurs mongoles pratiquent principalement l'élevage de bovins, de caprins et d'ovins. Les troupeaux sont souvent de taille modeste, mais ils jouent un rôle essentiel dans l'économie locale, fournissant de la viande, du lait et des produits dérivés tels que le cuir.

L'élevage à Mongo est souvent pratiqué de manière traditionnelle, avec des méthodes d'élevage extensives. Les animaux sont généralement laissés en liberté pour pâturer dans les vastes étendues de terres disponibles. Cependant, certains éleveurs commencent à adopter des pratiques d'élevage plus modernes, telle que la construction de clôtures pour protéger les troupeaux et l'utilisation de techniques d'alimentation plus avancés. En plus de l'élevage du bétail, l'élevage de volailles comme les poules et les dindes est également pratiqué à Mongo. Les volailles fournissent des œufs et la viande pour la consommation locale.

Cependant, l'élevage à Mongo est confronté à plusieurs défis. Les sècheresses fréquentes et les changements climatiques rendent les conditions de pâturage difficiles pour les animaux. De plus, le manque d'infrastructures adéquates, comme les abattoirs et les marchés de bétail, limite les opportunités commerciales pour les éleveurs en plus de cela s'ajoute les conflits agriculteur éleveur.

Malgré ces défis, l'élevage reste une activité vitale pour la population de Mongo, fournissant des moyens de subsistance et contribuant à l'économie locale. Les autorités du pays travaillent également à améliorer des conditions d'élevage dans cette ville tout en investissant dans des infrastructures et fournissant un soutien aux éleveurs locaux.

C. Le développement des petites activités de loisir

Après le commerce, l'on note également le développement des petites activités de loisir et de repos avec l'ouverture d'une demi-douzaine des auberges et deux grands bars dancing, chose non imaginable il y'a 8 ans dans cette ville. Cette animation urbaine est une réponse à la pression de travail et des humanitaires qui peuplent ce milieu pour leur distraction et des jeunes qui séjournent dans cette localité sans leur famille. L'ouverture de l'université polytechnique de Mongo est aussi l'un des facteurs qui contribue au développement de cette ville. Notons que la position fait partie des activités commerciales dans cette localité.

L'amélioration des liaisons avec N'Djamena a pour effet immédiat la multiplication des liaisons avec la capitale. Plusieurs compagnies de transport desservent quotidiennement la ville avec des bus de transport dont la capacité varie de 10 à 45 personnes. Dans une journée, au moins 10 grands bus et plusieurs véhicules font la navette avec N'Djamena.

VII. HIERARCHIE ADMINISTRATIFS ET LES DIFFERENTS SERVICES ADMINISTRATIVE A MONGO/TCHAD

Dans une société, il y a toujours une organisation. Ainsi, la ville de Mongo n'en a pas du reste, c'est-à-dire que cette ville a connu également le phénomène administratif. Ainsi, dans ce segment du chapitre, nous parlerons en premier lieu de la hiérarchie administrative et dans un second temps, nous parlerons des différents services administratifs que l'on peut trouver dans cette région.

A. Hiérarchie administratif

La hiérarchie administrative à Mongo comprend plusieurs niveaux : au niveau le plus élevé, il y'a la province du Guéra est dirigée par un gouverneur nommé par l'exécutif central. La province est ensuite divisée en départements, et Mongo est le chef-lieu du département de la Kabbia. Le département est dirigé par un préfet, également nommé par le gouvernement central.

Sous le niveau départemental, il y'a des sous-préfectures, qui sont des subdivisions administratives plus petites. Ces sous-préfectures sont dirigées par des sous-préfets, qui sont des subdivisions administratives plus petites. Ces sous-préfectures sont dirigées par des sous-préfets qui sont également nommés par le gouvernement central. En fin, il faut noter que Mongo compte des arrondissements qui sont les subdivisions les plus petites de l'administration locale. Les arrondissements sont dirigés par des chefs d'arrondissement, sont nommés par des autorités administratives supérieures.

Dans chaque niveau de l'administration locale, il y'a également des conseils locaux élus, tels que les conseils municipaux au niveau communal et les conseils régionaux au niveau départemental et provincial. Ces conseils ont des responsabilités en matière de développement local et de prise de décisions au niveau de leur juridiction respective.

Il convient de noter que cette hiérarchie administrative peut varier en fonction des reformes administratives et des décisions prises par les autorités centrales du Tchad.

B. Les différents services administratifs

À Mongo, il existe différents services administratifs qui sont responsables de divers aspects de la gestion publique. Voici quelques-uns des services administratifs présents à Mongo :

- Service de l'état civil : ce service est chargé de l'enregistrement des naissances, mariages et décès, ainsi, que de la délivrance des actes d'état civil.
- Service des impôts : ce service est responsable de la collecte des impôts locaux et nationaux, ainsi que de l'émission des certificats fiscaux.
- Service de l'urbanisme : ce service est chargé de la planification de la gestion du développement urbain, y compris l'octroi de permis de construire et la réglementation des activités commerciales.

- Service de la santé : ce service est responsable de la gestion des centres de santé et des hôpitaux locaux, ainsi que de la promotion de la santé publique et de la prévention des maladies.
- Service de l'éducation : ce service est chargé de la gestion des écoles primaires et secondaire, ainsi que de la supervision des programmes éducatifs et de la formation des enseignants.
- Service de l'agriculture : ce service est responsable de la promotion de l'agriculture locale, de la distribution de semences et d'engrais, ainsi que du soutien aux agriculteurs locaux.
- Service de l'eau et de l'assainissement : ce service est chargé de la gestion des infrastructures d'eau potable et l'assainissement, ainsi que de la sensibilisation à l'hygiène et à la protection de l'environnement.
- Service de la sécurité : ce service est responsable de la coordination des forces de sécurité locales, y compris la police et la gendarmerie, pour assurer la sécurité publique et maintenir l'ordre.

Ces services administratifs travaillent en étroite collaboration avec les autorités locales élues pour assurer une gestion efficace et efficiente des affaires publique à Mongo.

**CHAPITRE II : PERCEPTIONS DES AMULETTES PROTECTRICES, DE
LA SANTE
ET DE LA MALADIE CHEZ LES PARENTS D'ENFANTS A MONGO**

Aborder la notion de maladie ne saurait rendre peu visible le concept de santé qui lui est antérieur, parce qu'en cette matière, le comportement des personnes ne repose pas uniquement sur les connaissances scientifiques qui sont en leur possession. Ce comportement s'étend sur des représentations qui se nourrissent de croyances, d'images et de symboles, de discours scientifiques, de discours politiques sociaux et religieux, organisés dans une rationalité où se côtoient savoir empirique et données médicales. Ces représentations érigent une construction nouvelle à l'œuvre dans les stratégies de prévention. Ainsi la connaissance des modes de pensée et d'agir nécessite de tenir compte des écarts éventuels entre savoirs et pratiques de santé et de prévention, écarts au sein desquels les représentations sociales peuvent jouer un rôle majeur. La maladie est un concept complexe qui ne peut plus être abordé dans le seul champ de compétence des sciences biomédicales. L'apport des sciences sociales en général, de la sociologie et l'anthropologie en particulier dans l'analyse de la dimension sociale et culturelle de la maladie ont permis de recentrer les débats en focalisant sur le développement de l'approche centrée sur le patient. En effet, les malades tout comme leurs familles ou leurs thérapeutes expriment aussi la façon dont ils vivent les relations entre le corps physique et le corps social « *qu'il s'agisse d'interpréter une maladie par une (rupture d'interdit ou par une conduite à risque) et la manière dont ils pensent les rapports entre médecines et sociétés que ce soit dans l'interprétation commune de la plus part des sociétés dites traditionnelles, des domaines religieux, politiques, thérapeutiques, ou dans les débats ouverts, dans le monde occidental autour des questions d'éthiques* ». Fassin, (1990, page 287).

Dans ce chapitre, il est question pour nous d'explorer comment la population de Mongo définit la notion de la maladie, quel sens elle donne à la maladie et à la santé dans leurs esprits et dans leurs imaginaires collectifs. Ce chapitre se subdivise en IV grande partie : les sources de la maladie selon la perception collective à Mongo ensuite, la méconnaissance des origines microbiennes de la maladie de suite, la croyance en la santé comme un don divin et enfin la santé comme résultat de la bénédiction des parents.

Ce chapitre explore les perceptions des amulettes protectrices dans la communauté de Mongo et examine comment ces croyances influencent le sens de la santé et de la maladie. Les amulettes protectrices sont souvent utilisées par les parents et les soignants pour prévenir les maladies chez les enfants. Cependant, il est important de comprendre que ces pratiques peuvent parfois être inefficaces ou dangereuses. La perception des amulettes protectrices varie

d'une culture à une autre. Dans la communauté de Mongo, ces amulettes sont considérées comme des moyens de protection contre les maladies et les mauvais esprits. La plupart des parents et même un grand nombre de personnels médicaux croient fermement à leur efficacité et les utilisent régulièrement pour protéger leurs enfants.

I. PERCEPTIONS DE L'ORIGINE DE LA MALADIE A

Les sources de la maladie selon la perception collective à Mongo ont pu être considérées comme une survivance de l'état théologique en ce sens qu'il faut tout d'abord noter que l'état théologique se réfère à une période supposée de l'histoire ou les explications des phénomènes naturels et des maladies étaient attribuées à des forces surnaturelles ou divines. Cette vision du monde était dominante avant le développement de la science et de la médecine moderne. Dans l'imaginaire collectif à Mongo, la première source de la maladie est perçue comme étant d'origine surnaturelle. Les maladies sont souvent attribuées à des esprits malveillants ou à des forces occultes qui cherchent à punir ou à affecter les individus. Cette croyance peut être considérée comme une survivance de l'état théologique, ou les maladies étaient expliquées par des forces divines. Ainsi, la seconde source de la maladie dans l'imaginaire à Mongo est souvent associée à des pratiques traditionnelles et à des croyances ancestrales. Cependant, dans cette section, nous parlerons de long à large sur l'origine de la maladie à Mongo. De prime abord il est d'une grande importance pour nous de définir la notion de la maladie qui selon Durkheim c'est la première et la plus importante des choses pour un sociologue. Selon CNRTL, France, Pt. Pierre, (1918) la maladie chez l'homme est une altération de l'état de santé se manifestant par un ensemble de signe et des symptômes perceptibles directement ou non, correspondant à des troubles généraux ou localisés, fonctionnels ou lésionnels, dus à des causes internes ou externes et comportant une évolution. Cette section est sous sectionnée ; dans la première nous parlerons de la maladie comme un châtement ou une punition divine et qui vient des esprits, en second lieu nous parlerons de l'origine maléfique de la maladie et enfin aborder l'origine biologique de la maladie.

A. La croyance en l'origine spirituelle de la maladie

Le concept de l'origine spirituelle de la maladie est une croyance selon laquelle les problèmes de santé ont leur source dans des déséquilibres ou des perturbations au niveau spirituel. Selon cette perspective, les maladies physiques et mentales sont considérées comme le résultat d'un désalignement ou d'un blocage énergétique dans le corps, l'esprit, ou l'âme. Dans

cette approche que nous abordons ici, on considère que les maladies sont causées par des facteurs tels que des traumatismes émotionnels non résolus, des schémas de pensée négatifs, des conflits intérieurs, des blessures spirituelles ou déséquilibres énergétiques. Il en ressort dans cette partie, selon la perception de communauté de Mongo que la maladie est un châtement, une punition ou une épreuve qui vient des esprits pour s'abattre sur la population. La maladie vient des esprits et que les esprits infligent la maladie aux êtres humains. Dieu lui-même étant esprit aussi donne la maladie aux humains comme une punition, un rite de passation ou bien une épreuve. La maladie est donc intrinsèquement un mal, comme souligne Larchet, (1949, page : 154) « *elle apparait comme une conséquence du péché d'Adam et comme un effet de l'action démoniaque dans le monde déchu, une négation de l'ordre voulu par Dieu lors qu'il créa le monde et l'homme* ». Selon cette croyance, les maladies étaient considérées comme une punition divine ou des manifestations de forces surnaturelles. Les personnes malades étaient souvent perçues comme ayant commis des péchés ou ayant été maudites. Cette croyance a été particulièrement répandue avant l'avènement de la médecine moderne et de notre compréhension scientifique des maladies. Les traitements étaient souvent basés sur des rituels religieux, des prières, des offrandes ou des sacrifices pour apaiser les dieux ou les esprits.

Mais de ce mal, il peut découler un bien fait de Dieu (Genèse 50- 20). Cependant, la maladie peut contribuer à la recherche spirituelle de l'homme c'est pourquoi saint Grégoire de Nazianze (329-390) conseille ainsi à un malade dans sa lettre XXXI :

« Je ne veux pas et je ne considère bien que toi, excellemment instruit des choses divines, tu éprouves les mêmes sentiments que le vulgaire, et que tu fléchisses avec ton corps, que tu gémisses de ta souffrance comme d'une chose irrémédiable ; il faut au contraire que tu fasses la philosophie de ta souffrance « ... » que tu te révèles supérieur à tes chaînes et que tu vois dans la maladie un cheminement supérieur vers ton bien». Narthex, (2022, page : 162-163).

La maladie est un acte spirituel qui a été longtemps mentionnée dans la bible. Selon (2 Roi 5 -1-27) ; Naman le chef de guerre a été touché par une lèpre qui lui conduira par la suite d'aller en Israël pour se tremper 7 fois dans l'eau de Jourdain pour enfin être guéri. Ceci révèle que la maladie vient de Dieu et que des esprits sont à l'origine. D'après notre descente sur le terrain cette parole que révèle 2Roi semble être mise en pratique. Selon l'un de nos informateurs, interrogé lors d'un (EI- parent d'enfant à Mongo en date du 09 juillet 2023), dit

que la maladie est une punition divine il arrive s'explique cela en ces termes : « *toutes ces maladies là c'est envoyer par Dieu. Toutes ces maladies c'est apparue grâce à Dieu qui nous a connus. Ces maladies sont donc l'œuvre de Dieu et donc on ne connaît pas son origine directe ce qui relève donc de l'origine spirituelle. Dans la sourate il a été dit : je cherche la protection du seigneur de l'aube contre le mal qu'il a créé ; contre le mal de l'obscurité et de celle qui souffre sur les nœuds. Contre le mal de l'envieux, lorsqu'il porte envie. Ces choses nous montre que tous ce que nous subissons ici sont à la volonté de Dieu* ». Pour ce dernier, cette croyance, à ces maladies étaient considérées comme des punitions divines ou des manifestations de forces surnaturelles et que Dieu lui-même étant esprit a envoyé la maladie. Les personnes malades à Mongo étaient souvent perçues comme ayant commis des péchés ou ayant été maudites. Cette croyance a été particulièrement répandue dans cette ville de Mongo avant l'avènement de la médecine moderne et de notre compréhension scientifique des maladies.

En effet, si la maladie a pour cause d'origine spirituelle c'est parce qu'Adam a fait le choix d'user de son libre arbitre pour désobéir au commandement divin que la maladie est entrée dans le monde. Ce constat est fait selon saint Irénée de Lyon, (130-202) dans son fameux ouvrage contre les hérésies : « "C'est" à cause du péché de désobéissance que la maladie assaille les hommes » et quelques années plus tard Saint Nil de la Sora, (1433-1508) affirme dans sa règle : « après la transgression du commandement, Adam fut soumis à la maladie ».

Ces deux auteurs expliquent à leur manière comment la maladie a pris de l'ampleur dans le monde et souligne que c'est à cause de la transgression d'Adam que Dieu a répandu la maladie dans le monde. A leur suite, l'église reconnaissait aussi que la cause première de la maladie pouvait être une altération des humeurs corporelles provoquées par Dieu ou le diable comme un châtiment ou avertissement envoyé aux hommes soit individuellement, soit collectivement comme dans le cas de la peste de XVIe et XVIIe siècles, c'est aussi le cas de Naman personnage biblique. De même que dans les croyances africaines on pense que la maladie vient des esprits et les parents qui sont décédés donnent la maladie. Mais l'on peut se poser la question comment ? Chez les Bamiléké au Cameroun par exemple quand le défunt a donné sa dernière volonté surtout à son héritier ou à ses fils, il donne des consignes qu'il veut que ses derniers exécutent et si après sa mort l'enfant ne le fait pas, le père lui envoie une maladie qui lui torturera pendant des mois et des mois. Et quand ce dernier voudra savoir

pourquoi cela est ainsi, il ira donc voir à cet effet un voyant qui lui dira par la suite qu'il y'a une volonté de ton père que tu n'as pas exécutée.

Dans la communauté de la ville de Mongo, la croyance en origine théologique de la maladie est très répandue. Les habitants croient que les maladies sont causées par des esprits malveillants ou des forces surnaturelles liées à des divinités ou à des êtres supérieurs. Selon cette croyance, les maladies sont souvent considérées comme une punition pour des transgressions ou des comportements incorrects. Cette croyance théologique a un impact significatif sur la perception de la santé et de la maladie dans la communauté de Mongo. Les individus peuvent se sentir coupables ou responsables de leur propre maladie, pensant qu'ils ont commis une action qui a provoqué la colère des divinités. Par conséquent, ils peuvent chercher à se réconcilier avec des divinités à travers des rituels religieux ou des offrandes pour guérir de leurs maladies.

B. La croyance en l'origine maléfique de la maladie

Le concept de l'origine maléfique de la maladie est une croyance selon laquelle les problèmes de santé ont leur source dans des forces ou des influences maléfiques, telles que des esprits ou des entités négatives. Selon cette perspective, les maladies physique et mentale sont considérées comme le résultat d'une attaque ou d'une possession par des forces malveillantes. Dans cette approche, on considère que les maladies sont causées par des facteurs tels que des sortilèges, des malédictions, des mauvais sorts ou des influences néfastes provenant de l'extérieur. Contrairement à l'origine spirituelle de la maladie, l'origine maléfique de la maladie est ici le fait que la maladie est envoyée uniquement pour faire du mal ou nuire à quelqu'un. Dans l'origine maléfique de la maladie, il faut noter que la maladie peut venir des esprits mais il s'agit aussi des esprits démoniaques et maléfiques ; car en Afrique on a de bon et mauvais génies. Dans les religions africaines, Dieu est un esprit, des anges et même les démons sont des esprits voire Satan. Ces esprits mauvais, envoient la maladie pour nuire aux êtres humains. Mais les esprits bons, peuvent envoyer la maladie soit pour corriger soit pour purifier la personne. Dans la tradition africaine, il y'a des maladies qui sont d'origine maléfique qui sont envoyées par les sorciers ou bien par des jaloux qui partent consulter les charlatans pour qu'ils vous envoient par la suite le mauvais sort. La croyance en une origine maléfique de la maladie est également présente dans certaines cultures et religion dans le monde en particulier la ville de Mongo. Selon elle, les maladies sont causées par des forces maléfiques ou des esprits malveillants.

Les personnes malades sont souvent considérées comme victimes de mauvais sorts, de la malédiction ou de possessions démoniaques. C'est ce qui est relaté à cet effet par (EI- un père d'enfant, à Mongo en date du 05 juin 2023) en ce terme :

« Bon y'avait une femme de mon oncle qui est au village évidemment qui souffrait , on a donné, elle parte à l'hôpital tout, on voyait que c'était crise de palu mais quand on soine, ça commence par s'arrêter, sa fait semblant mais sa continue et les gens ont dit non ca là sa doit être les sorciers qui ont pris son âme peut-être on ne sait pas, mais il on amener chez un marabout qui lui a donné les produits et autres et depuis lors là, on a pas revue ca la jusqu'aujourd'hui à moins que c'est la maladie qui est partie ou bien c'est vrai que c'est les sorciers la aussi qui l'on lâché mais j'ai vu que évidemment sa soine. Et la y'a aussi la femme de mon oncle paix a son âme du côté maternel, elle était terriblement malade, coucher, elle ne peut pas se relever seule on l'a pris pour la mettre dans un taxi pour l'amener chez un marabout et quand elle est arrivée, le marabout a mis ses produits au feu des trucs aussi voilà on l'a couverte un peu et puis quelques soins, elle s'est levée elle-même, elle a marché, elle a quitté la maison, on l'a pris à moto pour l'amener déjà la maison chez mon oncle. je pense que ça aider quand même, il faut reconnaitre ».

Dans les communautés et les différentes cultures de la ville de Mongo tels que chez les Hadjarai, les Bido, etc., les traitements peuvent inclure des rituels, d'exorcisme, des amulettes de protection ou des pratiques de guérison spirituelle pour éliminer les influences néfastes et restaurer la santé. Cependant, concernant La maladie, tout homme bien portant est un malade qui s'ignore dit Jules Romain à Knock. Ainsi, l'homme étant malade fait l'objet de plusieurs causes. Ainsi, la maladie pouvait également résulter de l'action directe du diable, d'un sorcier ou d'une sorcière par l'emploi de diverses techniques maléfiques. Elles produisent toujours ces effets avec la permission de Dieu. Dans tous les cas de figures, la maladie était perçue comme une mise à l'épreuve sans équivoque de la force morale nécessaire à la conversion spirituelle. C'est dans cette perspective que Marquez, (1967) dans son roman « cent ans de solitude » dit avoir utilisé la croyance en l'origine maléfique de la maladie pour illustrer les thèmes de l'isolement et de la décadence dans une famille maudite. Dans ce roman, les personnages sont atteints de maladies mystérieuses et dégénératives, renforçant ainsi l'idée d'une malédiction qui pèse sur eux.

Selon l'interprétation religieuse, la maladie provoquée par l'esprit diabolique était une voie idéale pour l'expiation et la rédemption morale de l'individu. Dans la communauté de la ville de Mongo, la croyance en l'origine maléfique de la maladie est très répandue. Les habitants croient que les maladies sont causées par des esprits malveillants ou des forces surnaturelles liées à des divinités ou à des êtres supérieurs. Selon cette croyance, les maladies sont souvent considérées comme une punition divine.

C. La croyance en origine biologique de la maladie

L'origine biologique de la maladie est en elle également une croyance selon laquelle les problèmes de santé ont leur source dans le dysfonctionnement ou des altérations du corps humain au niveau cellulaire, génétique, physiologique ou biochimique. Selon cette perspective, les maladies sont considérées comme le résultat de processus pathologiques qui se produisent à l'intérieur du corps.

Dans cette approche, les maladies sont causées par des facteurs tels que des infections microbiennes, des mutations génétiques, des déséquilibres hormonaux, des réactions auto-immunes ou des défauts structurels des organes. C'est le cas Koch, médecin allemand qui a développé la microbiologie médicale, Koch parvient à identifier responsables de maladies telles que la tuberculose et le choléra, et a par la fin établis les critères pour prouver la relation entre un microorganisme spécifique et une maladie particulière. Ainsi, dans la ville de Mongo, a la question de savoir quelles sont les maladies les plus récurrentes dans cette ville lors d'un (EI- un parent dans la ville de Mongo en date du 12 juillet 2023), répond en ces termes : « *en premièrement position, on a le paludisme, nous avons aussi le problème de diarrhée c'est lier au problème d'eau. Y'a la typhoïde, les inspirations respiratoires, la poliomyélite et en fin le cholera* ». Pour ce parent d'enfant, depuis la nuit de temps c'est le choléra, la poliomyélite... sont donc des maladies qui se transmet de père au fils ou de la mère à l'enfant. Il faut comprendre que dans cette localité, ce n'est pas toute la population qui connaît l'origine biologique de la maladie mais quelques personnes instruites.

II. MECONNAISSANCE/IGNORANCE DES ORIGINES MICROBIENNES DE LA MALADIE

Dans cette section, il revient pour nous de parler de l'ignorance ou la méconnaissance des origines microbiennes de la maladie à Mongo ; car la population de Mongo fait face à une faible connaissance des origines microbiennes des maladies. Il faut noter que dans cette partie, ce n'est pas toute la population de Mongo qui méconnaît les origines microbiennes de la maladie mais il y'a également la minorité de la population qui croit à l'origine microbienne de la maladie. Il est vrai que dans le passé, avant la découverte des micro-organismes et de leur rôle dans les maladies, certaines cultures dans le monde attribuaient les maladies à des causes mystico-religieuses. C'est le cas de la lèpre qui était souvent considéré comme une punition divine pour des péchés passés. Cependant, une fois que la science a permis de comprendre les véritables causes des maladies, cette mentalité dite mystico-religieuses a été remise en

question. C'est donc le lieu pour nous de repréciser les causes de la méconnaissance des origines microbiennes de la maladie à Mongo.

A. Effet de la sous scolarisation

La sous-scolarisation par définition fait référence à une situation où une personne n'a pas reçu une éducation formelle adéquate ou n'a pas terminé les niveaux d'éducation attendu pour son âge ou son niveau de développement. Selon UNESCO, (2006) la sous scolarisation se réfère à la situation où les enfants en âge d'aller à l'école ne sont pas scolarisés ou n'achèvent pas leur scolarité.

En Afrique, plus précisément dans les villages et certaines villes du Tchad, la sous-scolarisation et la déscolarisation sont des problèmes importants qui entravent la concrétisation de l'éducation primaire universelle, notamment chez les jeunes filles. Plus de trois millions d'entre elles sont sous-scolarisées selon le rapport de UNICEF Tchad, (2019). Elles n'ont pas de soutien dans leur scolarité et cela cause un préjudice énorme à leurs droits fondamentaux. Leurs rêves et leur potentiel sont souvent minés par la discrimination, la violence et l'inégalité des chances, malgré le fait qu'elles débordent de talent et de créativité. La sous-scolarisation à cet effet s'explique par plusieurs facteurs : Les principales raisons sont la pauvreté, l'analphabétisme des parents, ou encore les normes culturelles, les conflits armés, les discriminations, les difficultés d'accès à l'éducation, etc. Bien que l'éducation au Tchad soit obligatoire, seuls quelques enfants, en particulier, les garçons, poursuivent des études après l'école primaire à Mongo, dans la région du Guera. Selon l'UNESCO, (2018) plus de 75% des enfants en âge d'aller à l'école primaire ne sont pas scolarisés. Ces chiffres qui ne datent que 6 ans sont plus estimés à 85% de la population non scolarisé.

Au Tchad, la population en âge d'être à l'école primaire représente 1.914.000 pour une population de 12.142.000 habitants, (PNEFP, 2014). Parmi les obstacles liés à l'éducation, plusieurs facteurs peuvent être soulignés : la pauvreté, les régions rurales, le manque de ressources, la qualité des services, le faible niveau de compétences des enseignants, l'absentéisme des enseignants, l'infrastructure et la surpopulation des classes avec une moyenne de 64 enfants par classe dans les régions urbaines et une moyenne de 100 enfants par classe dans les régions rurales.

Selon UNESCO, (2010) au Tchad, 34,4 % des enfants entre 6 et 11 ans sont déscolarisés, tandis que plus de 800.000 enfants entre 9 et 14 ans ne vont pas à l'école. Le taux de scolarisation varie en tout entre 95 % dans le Sud et de 20 à 40 % dans le Nord. En

2014, selon PNEFP, l'éducation de base au Tchad est marquée par une couverture quantitative insuffisante et inéquitable, car le taux brut de scolarisation était de 94% tandis que le taux net de scolarisation était de 65,6%, indiquant que 34,4% des enfants de 6 à 11 ans sont en dehors de l'école ; 800 000 enfants de 9 à 14 ans ne sont pas scolarisés.

Notons que la ville de Mongo depuis l'indépendance du Tchad ne compte qu'un seul grand lycée et quelques écoles primaires qui sont souvent en pailles et ne permettent pas souvent aux enfants de finir à bien une année académique. Cette sous scolarisation limite la population à l'accès aux connaissances scientifiques. Les individus qui ne sont pas scolarisés ou qui ont une scolarisation étroite peuvent être plus enclins à se tourner vers les croyances traditionnelles et des pratiques culturelles, telles que l'utilisation des amulettes protectrices. Cela est dû à un manque de compréhension des principes scientifiques et médicaux dans cette communauté ainsi qu'à un manque de sensibilisation aux risques potentiels de ces pratiques traditionnelles. Par conséquent, la sous-scolarisation contribue à perpétuer des pratiques qui peuvent ne pas être efficaces ou qui peuvent même être préjudiciables à la santé des enfants.

Dans de nombreuses familles à Mongo, l'accès à l'éducation est limité, en particulier pour les filles et les populations défavorisées. En conséquence, de nombreuses personnes n'ont pas la possibilité d'acquérir les connaissances nécessaires sur les origines microbiennes des maladies et les mesures préventives à prendre. Une méconnaissance des agents pathogènes et des moyens de préventions qui peuvent conduire à des croyances erronées selon lesquelles la maladie est inévitable ou qu'elle est causée par des forces surnaturelles. Cette ignorance a également entraîné une stigmatisation des personnes atteintes de maladies infectieuses, car elles sont souvent perçues comme étant responsables de leur propre maladie. En outre, la sous-scolarisation à entrainer la population de la ville de Mongo a un accès limité aux soins de santé et aux ressources nécessaires pour prévenir et traiter les maladies. Car dit-on, les individus qui ne sont pas éduqués sur les origines microbiennes des maladies peuvent ne pas savoir ou chercher de l'aide médicale ou comment prendre soin d'eux même et de leur proche et finissent par consulter les maitres de la tradition. A ce titre, le sociologue britannique Whitehead, (1991) a fait mention dans ses études les inégalités sociales en matière de santé et notamment la question de la sous-scolarisation et son impact sur la santé des individus. Selon lui, la sous scolarisation peut avoir des conséquences néfastes sur la santé des individus. La sous scolarisation selon ce chercheur britannique peut entrainer aussi à un manque de connaissance et de compétences en matière de la santé, ce qui limite à cet effet la capacité des individus à prendre soin d'eux-mêmes et à adopter des comportements sains. De plus, il

souligne que la sous-scolarisation est souvent associée à d'autres facteurs de risque pour la santé, tels que la pauvreté et le manque d'accès aux soins et aux services de santé.

B. Influence des maitres de la tradition

L'influence des maitres de la tradition fait référence à l'impact et à l'importance des enseignements et des connaissances transmises par les maitres d'une tradition ou d'un domaine particulier comme le relève Castaneda, (2012) dans son livre « l'herbe du diable et la petite fumée ». Considérée comme une ville à majorité musulmane, la population de Mongo fait face à deux poids. Ces deux poids sont celle de la tradition et celle de la modernité en ce qui concerne les soins médicaux et surtout la santé infantile. Depuis fort longtemps, la population de la ville de Mongo désespérée par les infrastructures sanitaires et aux efforts de la médecine moderne se retrouve face aux maitres de la tradition. La population de Mongo est influencée par les maitres de la tradition qui sont selon eux, les garants de la tradition qu'il ne faut pas désobéir. Cette population majoritairement sous scolarisée croit fermement à tout ce que ces maitres de tradition transmettent. Ces maitres de la tradition ont une influence significative sur l'usage des amulettes protectrices. En tant que détenteurs de connaissance et de pratiques ancestrales, ces maitres jouent un rôle central dans la transmission et la préservation des traditions culturelles. Leur influence se manifeste de différentes manières :

- **Transmission des connaissances** : les maitres de la tradition sont souvent les détenteurs des enseignements et de rituels liés aux amulettes de protection. Ils transmettent ces connaissances aux apprentis et aux membres de la communauté. Leur autorité et leur expertise légitiment l'usage des amulettes comme moyen de protection.
- **Conseil et recommandation** : les maitres de la tradition fournissent des conseils et des recommandations sur les amulettes appropriées à les utiliser dans différentes situations. Leur expérience et leur expertise leur permettent de déterminer les amulettes les plus efficaces pour répondre aux besoins spécifiques de protection.

Conservation des pratiques culturelles : les maitres de la tradition sont souvent les gardiens des coutumes et de rituels liés aux amulettes protectrices.

Symbolisme spiritualité : les maitres de la tradition possèdent une compréhension profonde du symbolisme et de la spiritualité qui entourent les amulettes protectrices. Leur interprétation et leur enseignement de ces symboles renforcent le pouvoir et l'efficacité perçus des amulettes

Bourdieu, (1970) a également développé l'idée que les maîtres de tradition ont un rôle central dans la reproduction des inégalités sociales et culturelles. Selon lui, les maîtres de tradition exercent un pouvoir symbolique qui leur permet de définir ce qui est considéré comme légitime et valorisé dans le champ culturel. Ils imposent ainsi des normes esthétiques et intellectuelles qui favorisent certaines pratiques et excluent d'autres, contribuant ainsi à la reproduction des inégalités sociales. Bourdieu souligne également que les maîtres de la tradition ont une position privilégiée dans le champ culturel en raison de leur capital culturel accumulé au fil de temps. Selon lui, les maîtres de tradition ont acquis un savoir et expertise qui leur confèrent une autorité et une légitimité dans la définition des goûts et des valeurs culturelles. Pour comprendre leur influence et comment ces maîtres ont acquis ce savoir au fil des temps, lors d'un (EI- un des tradipraticien à Mongo en date du 23 juin 2023), dit ceci :

« Les produits là ? Les produits là avant y'avait un foulata (fou foulbé) qui était l'ami de mon père il sortait de Cameroun pour ici. Il est venu chez nous puis il a fait quelques années avant de repartir. C'est depuis que Ngarta était président ce temps-là moi-même j'étais enfant. Et ce foulata était chez nous, il a fait 15 ans et ce foulata dès qu'il voulait parti à la Mecque pour devenir al hadji, il a donnée ça à mon père et mon père m'a à son tour remis ces écorces la (chadar).et la moi j'ai hérité de mon père car j'ai travaillé avec lui depuis que j'étais enfant et une fois à l'âge de 18ans il m'a laissé. Mon père lui a fait du bien et lui aussi à son tour il a remis à mon père ce chadar là. Et moi j'apprends aussi à mes enfants qui exercent aujourd'hui dans ça ».

Pour ce tradipraticien, il faut toujours conserver la tradition culturelle. A Mongo, ces maîtres de la tradition sont souvent des figures respectées au sein de la communauté et exercent une grande influence sur les croyances et pratiques culturelles. Ils transmettent généralement des connaissances et des pratiques traditionnelles de génération en génération, ce qui inclut l'usage d'amulette protectrice. Les parents et les membres de la communauté de Mongo ont été influencés par ces maîtres de la tradition et suivent leur conseil en matière de santé leurs enfants.

C. Le fort ancrage de la mentalité mystico-religieuse

La mentalité mystico-religieuse fait référence à une manière de penser et de percevoir le monde qui est fortement influencée par des croyances et des pratiques religieuses et/ou mystiques. Cette mentalité mystico-religieuse se caractérise par une vision du monde basée sur des concepts spirituels, métaphysiques ou surnaturels, et une propension à attribuer des phénomènes naturels ou des événements à des forces ou des entités divines. Dans la mentalité mystico-religieuse à Mongo au Tchad, les individus accordent une grande importance aux

rituels, aux prières, aux superstitions et aux interprétations symboliques. Face à cette mentalité mystico-religieuse, la population de la ville de Mongo cherche des réponses à des questions existentielles ou des problèmes de santé en se tournant vers des pratiques spirituelles, telles que la méditation du coran, la prière ou la guérison par les mains. Cette mentalité varie d'une culture à l'autre et d'une personne à l'autre, mais elle est souvent associée à une forme de spiritualité ou de religiosité. Mongo en tant région du Tchad a une forte influence de la mentalité mystico-religieuse.

Dans la mentalité mystico-religieuse de Mongo, on trouve une combinaison de croyances traditionnelles africaines et des pratiques islamiques. La population croit souvent en l'existence de forces surnaturelles et divines qui peuvent influencer leurs vies. Les pratiques mystico-religieuses sont souvent utilisées pour diverses raisons, notamment la guérison, la protection contre les forces négatives, la recherche de conseils et de réponses à des questions concernant l'avenir, et la communication avec les esprits ou les ancêtres. Les marabouts et les guérisseurs traditionnels occupent une place importante dans la société mongolaise. Ils sont considérés comme des autorités spirituelles et sont consultés pour leurs connaissances et compétences dans la divination, la guérison et la protection. Les amulettes protectrices font partie intégrante de cette mentalité mystico-religieuse. Elles sont vues comme des objets chargés de pouvoirs surnaturels capables de protéger ceux qui les portent contre le mal et d'apporter la chance. La croyance en efficacité des amulettes protectrices à Mongo est profondément ancrée dans la mentalité mongolaise et leur utilisation est courante dans la vie quotidienne.

Le fort ancrage de la mentalité mystico-religieuse à Mongo, au Tchad est une réalité qui influence la perception et l'utilisation des amulettes protectrices sur la santé infantile. Dans cette région, les croyances et les pratiques traditionnelles sont souvent étroitement liées à la religion et à la spiritualité à Mongo. Les maîtres de la tradition jouent un rôle important dans la transmission de ces pratiques aux membres de la communauté dans cette ville. Ils sont souvent considérés dans cette localité comme des guides spirituels et sont souvent respectés pour leur connaissance des rituels et des objets sacrés tels que les amulettes protectrices. Dans cette mentalité mystico-religieuse, il faut retenir que les amulettes sont perçues comme ayant des pouvoirs surnaturels et sont souvent utilisées pour protéger les enfants des maladies et des mauvais esprits.

Les parents et les membres de la communauté de Mongo ont donc souvent été influencés par ces croyances et utilisent les amulettes pour assurer la santé de leurs enfants c'est le cas de (EI- parent d'enfant à Mongo en date du 12 juin) qui dit ceci :

« je commence sur mes enfants parce que parfois il nous arrive qu'on attache par exemple laye au cou des enfants bien sûr que laye c'est conseiller par beaucoup de personne mais sa représente aussi les amulettes on dit mais quand l'enfant porte ça, ça peut lutter contre la toux sa peut lutter contre certains esprits et on a aussi l'habitude d'attache soit au cou, au pieds, à la hanche au bras des enfants ou bien sur la taille des enfants des cauris, on appel ca oula en Ngamabaye, les cauris parfois on dit que ça c'est pour écarter la vision des personnes mauvaises, sur l'enfant donc c'est aussi une autre raison. Bon je pense que les amulettes pour ceux qui portent et qu'ils ont croyance en ca, d'une part ça les protège. Mais ça ne protège pas aussi contre toute sorte de maladie ».

Cependant, il est important de noter que l'efficacité réelle des amulettes protectrices n'a pas été scientifiquement prouvée ; mais dans cette localité, cette pratique est basée sur la croyance mystico-religieuse qui peut autre fois être même préjudiciable à la santé des enfants, car ces pratiques retardent l'accès à des soins médicaux appropriés c'est donc le cas lors d'un (EI- avec un médecin à l'hôpital régionale de la ville de Mongo en date du 09 juin), qui dit et nous citons :

« Oui c'est ce que je venais de dire. Ça peut justifier cela parce que si le parent de l'enfant par exemple ignore il ne pense pas que la maladie dont souffre son enfant pourrait avoir une cause biologique pourrait justement chercher à maintenir l'enfant longtemps à la maison a lui appliquées des pratiques d'amulettes pensant que peut être ça pourrait guérir l'enfant ou sa pourrait protéger l'enfant. Donc sa peut justifier le fait que les enfants, ils amènent tardivement l'enfant à l'hôpital ».

Notons que dans cette mentalité mystico-religieuse à Mongo, la santé est souvent perçue comme un don divin. Les maladies et les problèmes de santé sont considérés comme des épreuves imposées par les forces spirituelles et les mauvais esprits, par conséquent, les amulettes protectrices sont utilisées pour tenter de prévenir ces épreuves et de maintenir la santé des enfants. Ainsi, cette croyance en la santé comme don divin a des implications importantes sur la perception et l'utilisation des amulettes protectrices. Beaucoup de parents à Mongo et les membres de la communauté ont une confiance dans le pouvoir des amulettes et néglige d'autres mesures de prévention et de traitement médicaux c'est le cas de l' (EI- parent d'enfant à Mongo en date du 25 juillet 2023), qui dit ceci :

« yassalam ! (Ce n'est pas possible en arabe), la chose que mon cœur qui m'a indiqué la ça ne va pas sauver l'enfant là comment ? La varicelle ne va pas l'attrapé, les démons, les sorciers, les diables, le mal même de ventre ils en n'ont pas ; si mon enfant pleure mal de ventre, c'est qu'il a faim seulement ».

D. La mentalité fataliste face à la maladie et à la mort

La mentalité fataliste face à la maladie et à la mort est une attitude ou une croyance selon laquelle ces événements (maladie et la mort) sont inévitables et qu'il est inutile ou impossible de les combattre ou de les prévenir. Cette mentalité se manifeste par une acceptation résignée de la maladie ou de la mort, sans chercher activement des solutions ou des traitements.

La personne ayant une mentalité fatalité considère que la maladie ou la mort sont des destinées inévitables et qu'elles n'ont aucun control sur ces événements. Cette personne adopte le plus souvent une attitude passive ne cherchant pas à se soigner ou à prendre des mesures préventives, car elles estiment que leur sort est déjà scellé. Cette mentalité plus souvent à Mongo est influencée par des facteurs culturels, religieux ou sociaux. Par exemple, dans certaines cultures ou religions à Mongo, la maladie et la mort sont considérées comme des épreuves inévitables, imposées par une puissance supérieure. C'est ce qui fait dire l'un de des informateurs lors d'un (EI- parent d'enfant à Mongo en date du 16 juin 2023), en ce terme :

« Non y'a des cas de mort mais si c'est arriver c'est la volonté divine aussi. je ne crois pas que ma conviction; puisse me permettre de dire que si quelqu'un est mort d'une maladie parce qu'elle n'a pas les amulettes ou encore il a mais par contre si la personne est mort ou l'enfant c'est peut-être qu'on a pas puis l'amener à temps pour le guérir à l'hôpital, peut-être qu'on a osé aussi faire un recours chez les marabouts mais avec un retard aussi on peut dire que c'est aussi sa destinée si c'était prescrit d'avance pour toi que tu vas mourir tel jour, je crois que tu ne peux surement échapper ».

À cet effet il est donc préférable de les accepter que de lutter contre elles. Un autre d'ajouter que : (EI- parent d'enfant à Mongo en date du 16 juin 2023), *« oui même ce qui fabrique en meurt combien de fois ceux qui portent donc c'est pour dire que quand il s'agit de mourir on va mourir, mais il faut reconnaître que les amulettes protègent quelque part. Les amulettes protègent contre plusieurs maladies comme nous venons de le dire les maladies mystiques, les maladies causées par les sorciers etc.... ça protège et parfois les lancements ce que la médecine moderne ne connaît pas. Par exemple les lancements, c'est des choses qui existent alors les amulettes protègent contre ces maladies-là ».*

En plus de la croyance en origine maléfique de la maladie, la communauté de Mongo connaît également avoir une mentalité fataliste face à la maladie et à la mort. Dans les religions africaines d'une manière générale et du Tchad en particulier, on demande donc d'accepter une maladie et non pas de réagir. Selon cette religion, si Dieu t'a envoyé une maladie, il faut être fière et accepter puis prier. Cette mentalité fataliste consiste à accepter

sans réagir ce qui fut le cas dans cette étude. Les habitants de la ville de Mongo considère la maladie et la mort comme inévitables et prédestinées, pensant que leur destin est entre la main des forces surnaturelles. Les habitants peuvent croire que leur sort est scellé et qu'il n'y a rien à faire pour inverser leur état de santé. Cela conduit à un manque de motivation par les parents de chercher des traitements ou des solutions médicales. De plus, cette mentalité peut également affecter la façon dont les individus perçoivent les soins palliatifs ou les soins de fin de vie. Ils peuvent être réticents à accepter des soins qui prolongent leur vie ou à prendre des décisions concernant leur propre vie, car ils croient que cela va à l'encontre de la destinée. Dans certaines cultures à Mongo, il existe une mentalité fataliste face à la maladie et à la mort ; c'est ce que Camus explore dans son roman la peste. Camus, (1947) a donc expliqué la question de la maladie et de la mort à travers un exemple de l'épidémie de peste qui frappe la ville d'Oran en Algérie. Il décrit comment les habitants réagissent face à cette situation, certains adoptant une attitude fataliste tandis que d'autres cherchent à lutter contre la maladie. Cette mentalité est basée sur la croyance que la maladie et la mort sont inévitables et qu'il n'y'a pas grand-chose que l'on puisse faire pour les éviter. Dans ces cultures, on peut penser que la maladie est un destin inéluctable et que les tentatives de guérison sont inutiles. Les personnes peuvent accepter leur sort avec résignation et ne pas chercher de traitement ce qui fut le cas dans cette localité et amène lors d'un (El- parent d'enfant à Mongo en date du 12 Aout), à dire :

« Non ça c'est dieu. Même si tu portes milles gris-gris aussi tu vas mourir. Ton jour est fini la tu vas mourir. Que tu sois petit ou grand tu vas mourir. Ça c'est le chemin de tout le monde. Alors on ne croit pas au gris-gris et autre le ça c'est le dieu ».

Il est important de reconnaître que cette mentalité fataliste peut empêcher les individus d'accéder aux soins médicaux nécessaires et d'obtenir le soin dont ils ont besoin pour faire face à la maladie et à la mort.

III. CROYANCE EN LA SANTE COMME DON DIVIN

La croyance en la santé comme don divin est une conviction qui suppose que la santé est accordée par une puissance supérieure ou un être divin. Cette croyance est considérée comme un cadeau ou une bénédiction, et non simplement comme le résultat de facteurs biologiques et environnementaux. Cette croyance est présente dans différentes religions et cultures à travers le monde et en particulier dans la ville de Mongo. Dans l'islam par exemple, la santé est considérée comme un don de Dieu et il est recommandé aux croyants de prendre soin de leur corps et de leur esprit selon les enseignements de coran et de la sunna. Dans certaines

traditions de cette localité, on croit que la santé est un signe de faveur divine et que les maladies sont des épreuves ou des punitions infligées par les dieux en réponse à des comportements ou des actions néfastes. Cette partie sera centrée sur la santé comme récompense du bien fait à autrui, la santé comme réponse aux prières et en fin, la santé et la longévité comme résultat de la bénédiction des parents.

A. La santé comme récompense du bien fait à autrui

La santé comme récompense du bien fait à autrui est une croyance qui s'inscrit dans une mentalité mystico-religieuse. Dans cette perspective, la santé est considérée comme une récompense ou une bénédiction accordée à ceux qui agissent de manière altruiste ou vertueuse envers autrui. Cette croyance se repose à l'idée que les actions positives et bienveillantes envers les autres sont récompensées par une bonne santé physique, mentale et spirituelle.

A Mongo, dans certaines communautés, il existe la croyance que la santé est une récompense pour avoir fait le bien envers les autres. Cette idée repose essentiellement sur l'idée que si quelqu'un agit de manière vertueuse et respecte les normes culturelles, il sera béni par les dieux ou les esprits et jouira d'une bonne santé. Cette croyance est renforcée par des pratiques religieuses et des rituels de guérisons qui visent à obtenir la faveur divine pour préserver ou restaurer la santé. Par exemple, des offrandes qui sont faites aux dieux ou aux ancêtres pour demander leur intervention en cas de maladie. Hamilton, (2010) un auteur et conférencier britannique mentionne dans son livre intitulé « Why Kindness is Good for You », dans lequel il examine les effets positifs de la gentillesse sur la santé. Selon lui, l'acte de faire preuve de bonté envers les autres peut renforcer le système immunitaire, réduire le stress et favoriser une meilleure santé globale. De par son expérience, Northrup, (2015) un médecin américain aborde également le lien entre la bonté envers autrui et la santé dans ses écrits. Dans son livre « Goodness Never Ages : The Secret Prescription for Radiance, Vitality and Well-Being », qu'elle émet en avant l'idée que l'acte de donner et de prendre soin des autres peuvent contribuer à une vie saine et épanouissante chose que la communauté de Mongo partage le plus souvent grâce aux maîtres de la tradition. Il faut noter que Hamilton et Northrup sont des auteurs qui ont apporté une perspective sur la relation entre bonté envers autrui et la santé, en soulignant les bienfaits physiques, émotionnels et spirituels de l'altruisme.

Il faut aussi comprendre que la croyance en la santé comme récompense du bien fait à autrui peut être influencée par des facteurs culturels, religieux et éducatifs. Il est important de

considérer ces différentes perspectives lors de l'analyse des croyances sur l'origine et la signification de la maladie dans une société donnée.

B. La santé comme réponse aux prières

La santé come réponse aux prières est une croyance qui s'inscrit dans une mentalité mystico-religieuse. Selon cette perspective, la santé est considérée comme une réponse divine a des prières adressées à une entité supérieure. Cette croyance repose également sur l'idée selon laquelle les prières et la dévotion envers une divinité peuvent conduire à la guérison ou au maintien d'une bonne santé. Cette réponse aux prières implique donc que la santé est influencée par des forces spirituelles qui répondent aux demandes des individus. Ainsi, Dans la vie d'un croyant, la prière constitue son bouclier car dans la bible Mathieu 7 verset 7 il est dit : « Demandez, et l'on vous donnera ; cherchez, et vous trouverez, frappez, et l'on vous ouvrira », ainsi, pour obtenir une grâce un croyant doit nécessairement passer par la prière. Dans certaines cultures à Mongo, il existe cette croyance que la santé est la réponse aux prières et qu'en priant l'on peut obtenir l'intervention divine. Cette idée repose sur la conviction que les pierres sont entendues par les dieux ou les esprits et qu'ils peuvent accorder la guérison. Ces croyances sont souvent renforcées par des pratiques religieuses et des rituels de guérison qui impliquent des prières, des pèlerinages vers les lieux sacrés réputés pour leur pouvoir de guérison.

Matthews, (1998) un médecin américain a écrit un livre intitulé « The Faith Factor : Proof of the Healing Power of Prayer » dans lequel il examine les liens entre la spiritualité, la prière et la santé. Il présente des recherches scientifiques et les études de cas qui suggèrent que la prière peut jouer un rôle dans la guérison. C'est été le cas dans la communauté de Mongo. Notons que cet auteur à contribuer à la discussion sur le lien entre prière et la santé en explorant les aspects médicaux, psychologiques et spirituels de cette relation. A sa suite, Dossey, (1940) médecins américains de son état vient appuyer Dale dans son livre sur le pouvoir de la prière dans la guérison. Dans ses ouvrages tels que « Healing Words: The Power of Prayer Is Good Medicine » et « Prayer Is Good Medicine ». Ici, Larry Dossey présente des études et des témoignages qui suggèrent que la prière peut avoir un impact positif sur la santé physique et mentale d'une personne.

C. La santé et la longévité comme résultat de la bénédiction des parents

La santé et la longévité comme résultat de la bénédiction des parents est une croyance qui s'inscrit dans une mentalité culturelle ou religieuse spécifique. Selon cette perspective, il est considéré que la santé et la longévité d'une personne sont influencées par la bénédiction et les prières de ses parents ou de ses ancêtres.

Partout dans le monde et en Afrique en particulier, l'on considère que la santé est une bénédiction des parents. Cette croyance repose sur l'idée que les parents ont le pouvoir de transmettre des bénédictions spéciales à leurs enfants et c'est ce qui se traduit par une bonne santé et une longue vie. Cette bénédiction des parents implique que la santé et la longévité sont déterminées par des facteurs spirituels ou mystiques liés à la lignée familiale. Ainsi, Dans certaines cultures africaines d'une manière générale et tchadienne en particulier, il existe la croyance que la santé et la longévité peuvent être le résultat de la bénédiction des parents. Selon cette croyance, les parents peuvent influencer la santé et la durée de vie de leurs enfants en priant pour eux et en demandant la bénédiction divine. Cette idée repose sur la conviction que les parents ont un lien spirituel avec leurs enfants et qu'ils peuvent intercéder auprès des dieux ou des esprits en leur faveur. Les prières des parents sont considérées par ces derniers comme un moyen de demander la protection et la santé pour eux. Cependant, il faut noter que ces croyances sont souvent renforcées par des pratiques religieuses et des rituels spécifiques. Par exemple dans certaines cultures comme le cas des Hadjarai, les parents participent à des cérémonies religieuses ou ils effectuent des offrandes spéciales pour demander la bénédiction divine sur leurs enfants. Il y'a aussi ce genre de pratique culturelle et de la religion chez les juives avec la bénédiction des parents lors du Shabbat. Ces juives croient en l'importance de la bénédiction parentale pour la santé et le bien-être de leurs enfants. Ces croyances sont souvent basées sur des valeurs spirituelles et culturelles plutôt que sur des preuves scientifiques.

V. LA SANTE COMME RESULTAT D'UN COMBAT SPIRITUEL

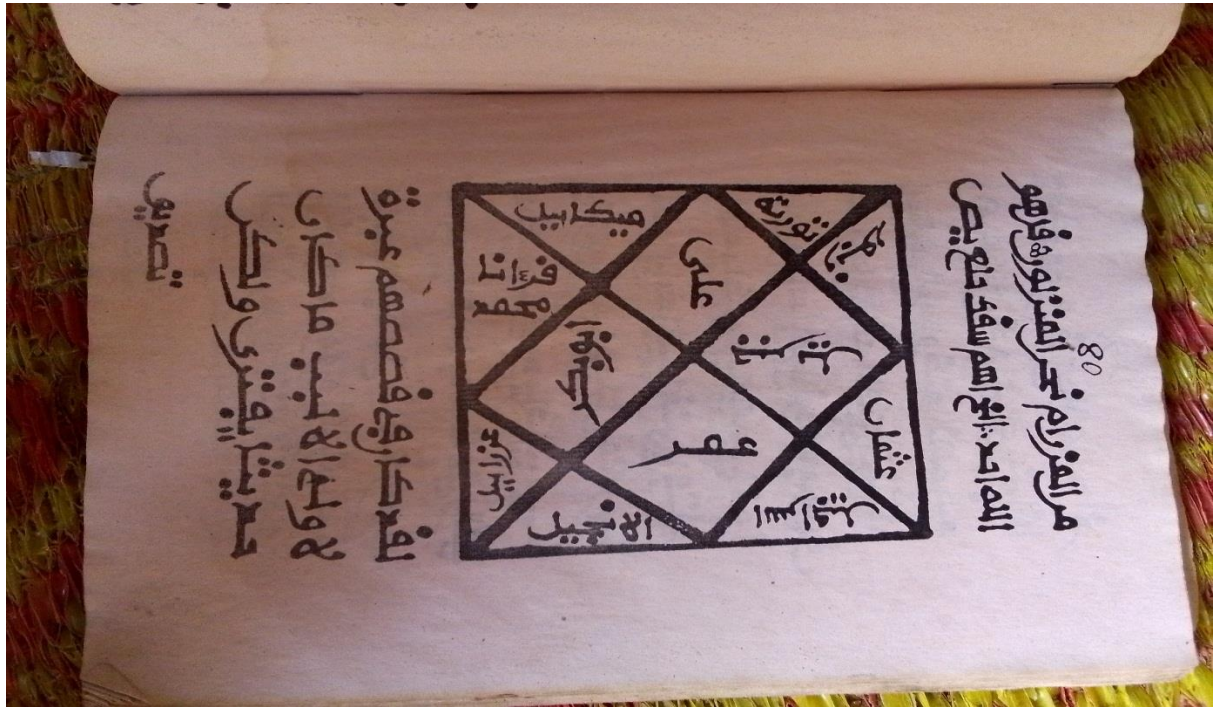
Selon Dyer, (2009) conférencier et auteur de nombreux ouvrages sur le développement personnel, Dyer a abordé tout au long de son livre la question de la santé spirituelle. Selon lui, les pensées et les croyances peuvent influencer notre bien-être physique et à sa suite propose des techniques de méditations et de visualisation pour favoriser la guérison. Parler de la santé comme un combat spirituel, il faut noter que dans la tradition chrétienne, certains théologiens comme saint augustin ont souligné l'importance de la lutte contre les tentations et

les péchés pour maintenir une santé spirituelle et physique de même dans la philosophie bouddhiste, on considère que la santé dépend de l'équilibre entre le corps et l'esprit, et que cette pratique de la méditation et du développement spirituel peut contribuer à maintenir cet équilibre. Ainsi, dans ce segment de chapitre, nous aborderons certains points comme prévenir et combattre le mauvais sort et la sorcellerie, prévenir et combattre les attaques démoniaques et enfin la purification rituelle des transgressions.

A. Prévenir et combattre le mauvais sort et la sorcellerie

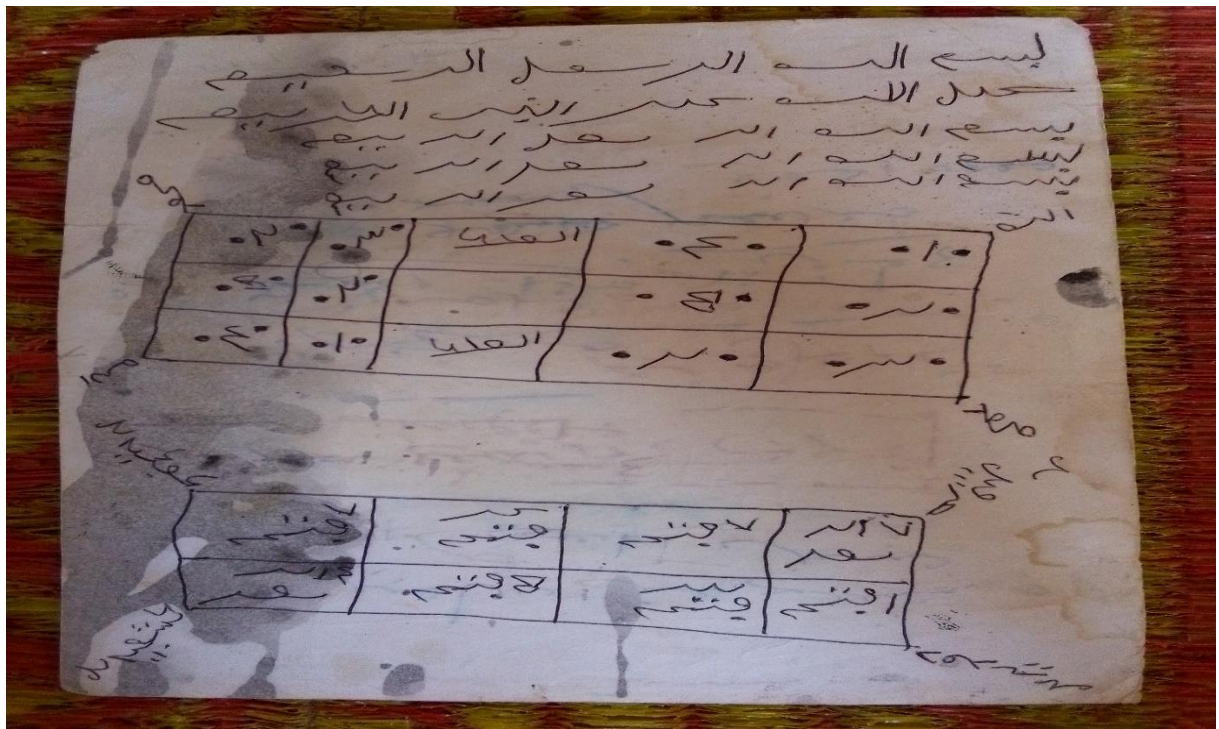
Durkheim, (1912) et Lévi-Strauss, (1964) ont parlé respectivement dans leur ouvrage intitulé « *les formes élémentaires de la vie religieuse* » et « *le Cru et le cuit* » le concept que nous analysons actuellement. Ces auteurs ont exploré la question de la prévention et de la lutte contre le mauvais sort et la sorcellerie d'un point de vue anthropologique, en analysant les croyances, les pratiques et les rituels associés à ces phénomènes. Ainsi, prévenir et combattre le mauvais sort et la sorcellerie est une croyance en la sorcellerie et en la malédiction qui n'est pas soutenue par des scientifiques. Cependant, dans certaines cultures et religions dans le monde et à Mongo précisément il existe ces croyances qui visent à prévenir ou à combattre le mauvais sort et la sorcellerie. Dans les traditions africaines, il est courant de consulter les guérisseurs traditionnels ou un chamane pour traiter les maladies causées par la sorcellerie. Ces pratiques impliquent les amulettes protectrices, les versets coraniques et l'utilisation de plantes médicinales. Voici quelque image des versets coraniques qui permettent de lutter contre ces maux.

photo 5: Versets coraniques utilisés pour la fabrication des amulettes.



Source : photo prise le 5 juin 2023 à Mongo par Mendiguilembaye Frédéric Dionrang.

photo 6: Versets coraniques utilisés pour la fabrication des amulettes.



Source : photo prise le 5 juin 2023 à Mongo par Mendiguilembaye Frédéric Dionrang.

B. Prévenir et combattre les attaques démoniaques

Prévenir et combattre les attaques démoniaques est une croyance en des forces ou entités démoniaques qui peuvent causer des troubles, des malheurs ou des problèmes dans la vie d'une personne. Selon cette croyance, il est possible de prendre des mesures préventives pour éviter d'être victimes de ces attaques. C'est le cas dans de nombreuses religions et cultures, qu'ils existent des rituels et des pratiques pour prévenir et combattre les attaques démoniaques. Par exemple, dans le christianisme, la prière, l'action de ces symboles religieux tels que le crucifix et l'eau bénite, ainsi que l'exorcisme sont utilisés pour protéger contre les attaques démoniaques. C'est le cas de Saint Augustin, (413-426) qui aborde dans son ouvrage « la cité de Dieu » la question du mal et des forces démoniaques, en proposant des réflexions sur la manière de les combattre. Pour ce chercheur, l'attaque démoniaque est une vérité qui existe qu'il faut le combattre pour vivre en paix. A sa suite saint d'Aquin, (1266-1273) théologien et philosophe médiéval a écrit sur la nature du mal et la lutte contre les forces

démoniaques dans ses ouvrages notamment dans sa « somme théologique » que le mal est une vérité et qu'il faut lutter contre ce mal.

C. Purification rituelle des transgressions

L'expression purification rituelles des transgressions fait référence à un processus ou à des pratiques visant à se débarrasser des conséquences négatives ou des impuretés causées par des actes ou des comportements considérés comme transgressifs ou immoraux. La purification rituelle des transgressions est une pratique qui existe dans de nombreuses cultures et religions à travers le monde. Cela implique généralement l'utilisation des rituels, des symboles et des gestes spécifiques pour se débarrasser des énergies négatives, des péchés ou des impuretés. Dans de nombreuses cultures et religions, il est considéré que certains actes ou comportements peuvent souiller ou contaminer l'âme, ou l'esprit d'une personne. Ces transgressions incluent des actions telles que le mensonge, la violence, le vol, la trahison, l'infidélité, etc. elles sont perçues comme allant à l'encontre des normes morales ou religieuses établies.

La purification rituelle des transgressions vise à cet effet à restaurer la pureté spirituelle ou morale de la personne qui a commis ces actes. Ces pratiques varient selon les cultures et les religions. Pour certaines traditions, cela implique des bains rituels, des prières, des méditations, des offrandes ou des actes de pénitence. Exemple, dans le judaïsme, il existe un rituel appelé le *mikvé* où une personne se plongeant dans une eau pure pour se purifier spirituellement. Dans l'hindouisme, les fidèles peuvent se baigner dans le Gange se libérer de leurs péchés. Il y'a également Turner, (1969) qui a étudié le concept de purification. Il a examiné comment les rituels de purification étaient utilisés dans certaines sociétés pour traiter les maladies et restaurer l'équilibre physique et spirituel. Mais à Mongo, il y'a une existence de l'eau bénite qui est essentiellement composée des écritures et des versets coraniques qui est offerte aux malades en guise d'onction cette pratique s'appelle *djine* en arabe.

photo 7: Djim ou huile de purification.



Source : Photo prise le 05 juillet 2023 à Mongo par Mendiguilembaye Frédéric Dionrang.

Les pratiques des amulettes protectrices sont souvent considérées comme un moyen de rétablir l'harmonie et l'équilibre spirituel, et de se libérer des conséquences négatives de nos actions passées. Elles peuvent également être utilisées comme un moyen de se préparer à des événements ou à des cérémonies religieuses. Il faut comprendre que la purification rituelle des transgressions est souvent une pratique personnelle et subjective, basée sur la foi et la spiritualité. Elle ne doit pas être considérée comme un substitut aux choix médicaux ou psychologique dans cette région en cas de problème de santé mentale ou émotionnelle. D'une manière brève, la purification rituelle des transgressions est une pratique culturelle et religieuse qui se passe à Mongo et cette pratique à un sens profond pour ceux qui la pratiquent. Cependant, il est important de respecter les croyances et les pratiques des autres.

CHAPITRE III : RECOURS AUX AMULETTES PROTECTRICES ET CHOIX MEDICAUX DES PARENTS A MONGO/TCHAD

Dans ce chapitre, nous aborderons le sujet du recours aux amulettes protectrices et des choix médicaux des parents pour leurs enfants à Mongo. Ce sujet est d'une grande importance car il met en lumière la manière dont les croyances et les traditions culturelles influencent les décisions en matière de santé et de bien-être des enfants à Mongo/Tchad. Les amulettes protectrices sont des objets chargés de symboles et de croyances qui sont utilisées dans de nombreuses cultures pour protéger les enfants contre les maladies et les mauvais esprits. Ces amulettes peuvent prendre différentes formes tels que pendentifs, des bracelets ou des talismans, et sont souvent portées en permanence par les enfants dans cette localité. Le recours aux amulettes protectrices est souvent lié à la médecine traditionnelle, qui joue un rôle important dans de nombreuses communautés. La médecine traditionnelle repose sur des connaissances et des pratiques transmises de génération en génération, et peut inclure l'utilisation de remèdes à base de plantes, de massages ou de rituels de guérison. Cependant, il est important de noter que le recours aux amulettes protectrices et à la médecine traditionnelle ne remplace pas les soins médicaux modernes. Ce chapitre vise à montrer comment l'existence et l'utilisation des amulettes protectrices influence les choix médicaux, c'est-à-dire les choix thérapeutiques, ou encore le choix des manières de se soigner par rapport à d'autres choix médicaux à Mongo et surtout par les parents d'enfants. Ce chapitre est subdivisé en IV grande partie : dans un premier temps, il s'agit de la crise de confiance envers la médecine moderne. Dans cette sous-section, nous parlerons du problème des infrastructures modernes, la qualité des soins et des services médicaux offerts par les infrastructures modernes et enfin souligné l'attitude des parents qui sont entre doute et l'indécision. Dans la deuxième sous segment, il nous revient de parler de l'information et de la sensibilisation ; ce sous segment fait l'objet de trois parties à savoir : une population peu au fait de la médecine moderne, insuffisance de la sensibilisation par les personnels de la santé et enfin le radicalisme des personnes du troisième âge. Dans la section III, on parlera du faible recours aux soins de santé moderne au niveau de l'identification de la maladie, du suivi médical et de la médication. Enfin notre IV s'articulera sur une tendance croissante vers le pluralisme thérapeutique. Cette partie est subdivisée en 3 parties : le pluralisme thérapeutique, la part non négligeable de la médecine traditionnelle et l'incontournable médecine moderne. Ce chapitre se terminera par une conclusion.

I. LA CRISE DE CONFIANCE A LA MEDECINE MODERNE

La population Mongo fait face à une crise de confiance envers la médecine moderne. Certains habitants ont des croyances traditionnelles en matière de santé et préfèrent consulter les guérisseurs traditionnels ou utiliser des remèdes à base de plantes. Cette méfiance envers la médecine moderne est renforcée par l'utilisation d'amulettes protectrices et d'autres pratiques traditionnelles. Dans cette partie nous expliquerons ce qui a poussé les parents d'enfants à Mongo de faire recours aux AP. Dans cette partie, il ressort un premier facteur qui influence les parents d'enfants à Mongo, et qui a renforcé leur préférence aux amulettes protectrices par rapport à la médecine moderne est la crise de confiance qui s'est développée entre les parents et la médecine moderne, c'est à dire les hôpitaux. Et comment se manifeste cette crise de confiance ? Dans un premier temps, nous parlerons de la rareté des infrastructures hospitalières, la qualité de soin et des services médicaux offerts par les infrastructures hospitalières modernes et enfin parler des parents entre le doute et l'indécision.

A. Le problème des infrastructures sanitaires

Le problème d'infrastructures se réfère généralement à la situation où les infrastructures existantes dans une société ou une région ne sont pas adéquates pour répondre aux besoins et aux demandes de la population. Le système de santé publique est peu performant, avec des mécanismes de financement peu fiables et ne répondant que partiellement aux besoins de la population affirme Noubaramadje, (2008) dans son mémoire. L'utilisation des services sanitaire reste faible au Tchad au regard de la norme de OMS qui est de INC/hbt/an. En effet, en 2020, l'utilisation de service au niveau du 1^{er} échelon au Tchad a atteint 0,28 NC/hbt/an. Cette faible utilisation des services trouve son explication dans les faits si après :

- Faible accessibilité de la population ;
- Faible couverture sanitaire due à une mauvaise répartition sanitaire sur l'étendue du territoire national ;
- Faible pouvoir d'achat des populations ;
- Rupture fréquente des médicaments et des consommable médicaux ;
- Mauvaise répartition de ressources humaines qualifiées, etc.

Le Tchad, est confronté à de nombreux défis en matière d'infrastructures sanitaires. Dans de nombreuses régions du pays, l'accès aux services de santé de base est limité, voire inexistant. Selon EDS Tchad, (2017) pour accéder à un centre de santé, la population doit en moyenne parcourir une distance de 17km à 60km. Ce problème de distance a tout d'abord des

conséquences négatives sur la vie des individus, sur le développement économique et social de cette région. Car la plupart des routes de cette ville ne sont pas bitumés ou soit dégradées et entraîne des retards dans le déplacement des populations vers les centres de santé et augmente des accidents de la route.

Dans la ville de Mongo, les équipements sont insuffisantes dans les hôpitaux et les centres de santé et il y'a manque d'un personnel qualifié. C'est ce qui amène lors d'un (EI- parent d'enfants a Mongo en date du 27 juin 2023) a dire ceci :

« Vous voyez? Ici depuis les indépendances c'est-à-dire au temps de Ngarta, on n'a seulement qu'un seul hôpital régional et trois dispensaires. Y'a un manque des personnels qualifier ici. Y'a pas les gens de l'imagerie. Et c'est difficile d'accéder au centre de santé ici. Parfois le traitement cout très cher. L'État doit penser à nous et créer les hôpitaux puis les équipées. La majorité des personnes qui ont l'argent partent se soigner seulement à N'djamena mais nous qui avons rien, on souffre seulement avec nos enfants ici sur place ».

Les infrastructures sanitaires de cette ville sont délabrées et insuffisantes pour répondre aux besoins de la population. Les infrastructures sanitaires de Mongo sont insuffisantes et ont un impact sur la capacité des professionnels de la santé à fournir des soins efficaces. Les équipements de pointe, tels que scanner et les machines d'imagerie EDS-MICS, (2014-2015) ne se retrouve aucunement pas dans cette région faute des spécialistes. De plus, le manque de personnel médical qualifié limite la disponibilité des services de santé dans cette zone. Selon les normes de OMS et en particulier les ressources humaines, (2022) en ce qui concerne le ratio médecin/habitants, infirmier/habitants, sagefemme/ habitants, il a été décidé qu'il faut 1 médecin pour 10000 habitants ; un infirmier pour 5000 habitants et 1 sagefemme pour 3000 habitants mais dans la ville de Mongo, il y' a 1 médecin 11937,78 habitants selon EDS, (2017).

En raison du manque d'infrastructures sanitaires adéquates, de nombreux enfants n'ont pas accès aux soins médicaux nécessaires et font face à une augmentation des maladies évitables et une baisse de l'espérance de vie. A cet effet, la population a de plus en plus recours à la médecine traditionnelle et au secteur privé, Noubaramadje, (2008).

B. De la qualité de soin et des services médicaux offerts par les infrastructures hospitaliers modernes

Un peu partout dans le monde, la qualité des soins constitue une préoccupation majeure des centres de soins Phaneuf, (2012). Elle est devenue une question de politique nationale et internationale Rubin, Pronovost, et Diette, (2001). Dans les pays en développement, la place

de l'usager de soins dans la société ayant évolué, celui-ci est devenu plus attentif et plus exigeant quant à la qualité des soins, compagnon et al., (2013). Selon l'Institute of Médecine (IOM), des états unis cité par Ferguson, (2014), la qualité des soins est la « capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment ». Elle repose en grande partie sur un personnel infirmier motivé, judicieusement déployé et qui exerce dans des conditions qui permettent d'optimiser leur expérience de travail, Filon-coté, (2014).

Au Tchad, en particulier la ville de Mongo, les soins offerts par les infrastructures modernes sont très faibles et ne « répondent aux critères de disponibilité constante, d'intégration, de continuité, de globalité et de satisfaction des populations », Ministère de la santé, (2003) et en raison du manque d'investissement et de ressources adéquates dans ce secteur de la santé. Les structures de santé à Mongo sont souvent sous-équipées et mal entretenues, ce qui limite leur capacité à fournir des soins médicaux adéquats. Cela entraîne le plus souvent une mauvaise perception des usagers à l'égard des établissements de santé comme le soulignent Jacquye, et al., (1999) cité par Phaneuf, (2012).

La qualité d'un soin se réfère à la mesure dans laquelle les services de santé répondent aux besoins et aux attentes des patients, en fournissant des soins sûrs, efficaces, centrés sur le patient, opportuns, équitables et axés sur la continuité des soins. Cela implique que les professionnels de la santé fournissent des traitements appropriés et fondés sur des preuves, communiquent efficacement avec les patients, respectent leur autonomie et leurs droits, assurent la sécurité des patients et coordonnent les soins de manière efficace.

La qualité des soins et des services médicaux offerts par les infrastructures hospitalières a été abordé par Leape, (2006) médecin américain et défenseur de la sécurité des patients. Il a écrit de nombreux articles sur les erreurs médicales et la qualité des soins, il a attiré par conséquent l'attention sur le problème des événements indésirables dans les établissements de santé. La qualité des soins et des services offerts par les infrastructures hospitalières modernes à Mongo au Tchad comme le souligne Leape est très faible en raison du manque d'investissement et de ressources adéquates dans ce secteur de la santé. Les structures de santé à Mongo sont sous-équipées et mal entretenues, ce qui limite leur capacité à fournir des soins médicaux adéquats. De plus le manque de personnel qualifié, de médicament et d'équipement médicaux essentiel contribue à une qualité de soins insuffisante. Les habitants

de la ville de Mongo sont confrontés à des problèmes de santé non traités ou mal traités en raison de ces limitations.

L'accès aux soins de santé est également un défi à Mongo, en particulier pour les populations rurales éloignées. Cette qualité de soin ne se limite pas seulement aux soins mais aussi de l'accueil car l'accueil dans ces centres de santé, hôpital, etc... est différent de celui de la médecine traditionnelle et que la population face à cet accueil fait un choix. C'est ce qui amène lors de ce (EI- un médecin à l'hôpital de Mongo en date du 5 juin 2023), à dire ceci :

«C 'est ça même que je voulais en venir, ce n'est pas les mêmes choses mais certain centre de santé ou hôpitaux l'accueil n'est pas bien conduit comme il se doit. Si l'accueil était bien conduit comme il se doit, les patients qui partaient là-bas ne doivent pas aller là-bas mais comme l'accueil à l'hôpital n'était pas uniforme, dans tous les centres de santé, l'accueil n'est pas bien quoi, sa fait que les patients sont obligés de recourir au maraboutage, Chez les marabouts là, ils sont bien accueillis. Comme la majorité des marabouts c'est été leurs frères, ils les accueillent avec des versets coraniques et compatissent avec eux chose qui les reconforte et les amène à être ouverte en vers eux. Tandis que qu'ici à l'hôpital, l'accueil n'est pas bien et beaucoup ne se confie pas à nous chose qui est difficile pour nous de détecter quel genre de maladie ils souffrent ainsi que leurs enfants ».

Selon ce dernier, le malade se sent bien à l'aise et confiant avec le tradipraticien que les médecins car pour lui, les tradipraticiens accueillent leurs patients comme les membres de leurs familles, en compatissant et en partageant la douleur avec cette personne avant de lui prescrire le traitement. À cela, dans certains centres de santé de la ville de Mongo, il y'a un manque de programme de formation médicale et de développement professionnel pour les personnels de santé ce qui entraîne donc la limite d'une capacité à fournir des soins de qualité et à rester à jour avec les dernières avancées médicales. La migration des professionnels de santé est également un phénomène sévit dans cette localité en raison des conditions difficiles et un manque d'opportunités d'emploi ce qui amène de nombreux professionnels de la santé à quitter Mongo pour travailler dans d'autres régions du pays ou à l'étranger. Ces conditions créent une pénurie de personnel médical qualifié dans cette région.

C. Les parents entre doute et indécision

Le doute par définition est un état mental dans lequel une personne remet en question la véracité, la validité ou la certitude d'une information, d'une croyance ou d'une décision. L'indécision quant à elle se réfère à l'incapacité de prendre une décision ou de choisir entre différentes options. Les parents à Mongo sont confrontés à un dilemme entre le doute et l'indécision qui planent souvent dans leur tête en ce qui concerne la santé de leurs enfants.

D'une part, les parents sont sceptiques quant à l'efficacité des traitements médicaux modernes et préfèrent des méthodes traditionnelles ou naturelles pour soigner leurs enfants. C'est le cas de ce (EI- médecin à l'hôpital de Mongo en date du 9 juin 2023), a dire :

« De deux, dans certain centre qui n'a pas des personnels qualifiés qui peut bien, conduire bien le traitement, si un patient vient et qu'il n'arrive pas à recouvrir rapidement sa santé, il met en doute les connaissances de cet infirmier et rapidement il fait recours au maraboutage. Donc ça doit interpeller aussi l'état pour la disponibilité des personnels là ou y' à les centres de santé et là ou y' à les structures de santé ».

Pour lui, y' à certains comportements et le manque d'expérience de certains infirmiers, médecin que la population se trouve dans ce doute. Cela est dû également à des croyances culturelles, à une méfiance envers les médicaments ou des expériences du passé négatif avec le système de santé.

D'autres parts, les parents sont indécis quant à la meilleure décision à prendre en matière de soins de santé pour leurs enfants. Les parents se sentent parfois dépassés par des nombreuses options disponibles et ne savent pas vers qui se tourner pour obtenir une guérison rapide de leurs enfants. Ceci les amène à faire leurs meilleurs choix face à la médecine traditionnelle et à la médecine moderne. Cette indécision est exacerbée par plusieurs facteurs :

- Manque de connaissance : certains parents à Mongo peuvent ne pas être conscients des besoins de santé de leurs enfants ou ne pas avoir accès à des informations fiables sur les pratiques de santé appropriées. Cela entraîne un retard dans la recherche de soins médicaux appropriés ou l'utilisation de remèdes traditionnels est inefficace.
- Croyance culturelles et religieuses : à Mongo, dans certaines cultures ou religions, il y'a des croyances ou des pratiques qui vont à l'encontre des soins médicaux modernes. Certains parents à Mongo préfèrent utiliser des méthodes traditionnelles ou spirituelles pour traiter les maladies de leurs enfants, ce qui compromet la qualité des soins.
- Contraintes économiques : les familles à faible revenu à Mongo ont du mal à accéder aux soins de santé en raison du cout élevé des services médicaux, des médicaments et du transport vers les centres de santé
- Peur du diagnostic ou de traitement : à Mongo, certains parents craignent d'entendre un diagnostic grave pour leurs enfants ou de subir des traitements médicaux invasifs. Cette peur les empêche de consulter un professionnel de la santé et d'obtenir les soins appropriés.

Ces facteurs, ont permis donc aux parents d'enfants d'être dans le doute et l'indécision. Les parents d'enfants à Mongo s'il faut souligner sont dans le doute par rapport à certains diagnostic et l'incapacité de guérir un patient a temps réel. Ils doutent également sur le comportement de certains tradipraticiens qui tentent plutôt que de poser un diagnostic nécessaire pour guérir un malade C'est le cas d'un parent d'enfant qui dit : « Même les tradipraticiens la de fois ils mentent ». Cette déclaration vient confirmer le doute et l'indécision que nous avons soulignés en amont.

II. LA FAIBLESSE DE L'INFORMATION ET DE LA SENSIBILISATION

Dans cette partie, l'une des raisons pour lesquelles les parents optent pour le traitement et la prévention des maladies par les AP est qu'ils ne sont même pas suffisamment informés sur les prouesses de la médecine moderne. Aussi restent-ils cantonnés à l'usage des AP qui ont toujours existé depuis le temps de leurs ancêtres. En outre, il est constaté qu'il n'y a pas de campagne de sensibilisation visant à ramener les parents à la raison et les inviter à faire également confiance à la médecine moderne. Ceci fait en sorte que le recours aux amulettes protectrices en lieu et place de/ ou en concurrence avec la médecine moderne perdure. C'est cet état de chose qu'il tente d'expliquer. Dans cette section, nous allons examiner les facteurs qui contribuent à la faiblesse de l'information et de la sensibilisation à Mongo.

A. Faible recours à la médecine moderne

La population de la ville de Mongo est une population qui s'intéresse peu au fait des rapports de la médecine moderne ; en ce sens que la population met au-devant de lui ce qu'on appelle la culture ou la tradition qui selon eux sont des pliées pour un croyant. Dans cette région, plusieurs raisons expliquent le fait que cette population s'intéresse peu au fait de la médecine moderne : tout d'abord, il y'a un manque d'infrastructures médicales adéquates, notamment des hôpitaux, des cliniques et des centres de santé. Les habitants de cette localité doivent d'abord parcourir de longue distances pour accéder à des services médicaux de base chose que cette population n'en supporte aucunement. De plus, il existe un manque de professionnels de la santé qualifié dans cette région. Les médecins et les infirmières sont peu nombreux dû à conditions climatiques telles que le climat, l'hydrologie et la cherté de vie ce qui rend difficile la prise en charge des besoins médicaux de la population.

En raison de ces contraintes énumérées, les habitants de la ville de Mongo ont tendance à se retourner vers des pratiques traditionnelles ou des remèdes naturels qu'ils jugent selon eux

nécessaires pour se soigner. Cette population fait souvent recours à des guérisseurs traditionnels ou à des herboristes locaux pour obtenir des traitements adéquats pour leurs enfants. Cependant, cette connaissance de la médecine moderne a des conséquences néfastes sur la santé des habitants car ils peuvent ne pas être conscients des traitements efficaces disponibles pour certaines maladies ou condition médicales, ce qui peut entraîner des complications ou une détérioration de l'état de santé de leurs enfants. En outre, Mongo a une population qui a peu de connaissance sur les rapports de la médecine moderne cela est dû principalement à l'accès limité aux soins de santé, d'éducation de base sur les avantages de la médecine moderne et au manque de professionnels de la santé infantile qualifié.

B. Communication et sensibilisation insuffisante de la population

La sensibilisation peut être définie comme le processus par lequel une personne devient consciente ou informée d'un problème, d'une situation ou d'une cause particulière. Cette sensibilisation consiste à informer les parents sur les problèmes de santé infantile, tels que les maladies évitables par la vaccination et l'importance des soins préventifs. Cela se fait à travers des campagnes médiatiques, des séances d'information sphérique par sphérique, dans des écoles et les centres communautaires, ainsi que des discussions individuelles avec des parents tout autour des maladies. Plusieurs facteurs justifient cette insuffisance de la sensibilisation des populations par les personnels de la santé voici quelques raisons possibles :

- Manque de temps : les personnels de santé peuvent être très occupés par leurs responsabilités cliniques, ce qui limite le temps qu'ils peuvent consacrer à l'éducation et à la sensibilisation des populations.
- Manque de ressources : les établissements de santé ne disposent pas des ressources nécessaires pour mener des activités de sensibilisation de manière efficace, notamment en termes de matériel pédagogique et de personnel dédié à cette tâche.
- Communication insuffisamment adaptée : les personnels de santé à Mongo rencontre des difficultés pour communiquer efficacement avec les populations à l'exemple de ceux qui se trouvent éloignés de la ville et également en raison de barrière linguistiques, culturelles ou éducatives. Il est important d'adapter la communication à chaque public pour qu'elle soit compréhensible et pertinente.
- Priorité et manque de formation : à Mongo, dans certains cas, les personnels de santé ne sont pas suffisamment formés ou valorisés dans leur rôle de sensibilisation des

populations. Leur priorité est axée davantage sur les soins cliniques, sur la recherche ou d'autres domaines de responsabilité.

- Accès limité aux ressources d'information : les populations de la ville de Mongo ont un accès limité aux ressources d'information tels que la radio, la télé, l'internet, etc., ce qui rend difficile la diffusion de connaissance et des conseils par les personnels de santé.

A la question de savoir s'il existe des sensibilisations par des médecins par rapport à l'usage des amulettes et encore la médecine moderne par les personnels de la santé, c'est ce qui amène lors d'un (EI- médecin à l'hôpital de Mongo en date du 19 juin 2023), à répondre en ce terme :

« Non aucune, aucune. « Plusieurs réunions de mobilisation ont été faites pour parler un peu de l'utilisation de service au faite. De faire recours d'abord en premier lieu dans les centres de santé et pas de recourir aux tradipraticiens c'est tous ce que nous avons à dire. Maintenant c'est à la population de prendre conscience aux risques. Parce que la communauté et les tradipraticiens sont de la communauté. Dans la famille ils sont là, c'est la confiance qu'on peut mettre en quelqu'un. C'est tout ce que je peux dire. Et ça ne revient pas à moi de prendre la décision mais ».

Il reconnaît que les personnels de la santé n'ont pas eu à sensibiliser la population toute fois, il faut retenir que cette localité et les zones reculés ne bénéficient pas de la sensibilisation car cette population est moins alphabétisée.

C. Le radicalisme des personnes du troisième âge

Le radicalisme des personnages du troisième âge est un phénomène qui peut être observé dans certaines sociétés. Il s'agit d'un comportement extrémiste adopté par des individus âgés, souvent en réaction à des changements sociaux, politiques ou culturels. Ce radicalisme peut se manifester de différentes manières telles que des discours haineux, des actions violentes ou des attitudes discriminatoires envers certaines communautés. Il peut être motivé par la peur du changement, la perte de privilèges ou l'incompréhension face à l'évolution de la société. Ainsi, à Mongo, les personnes de troisième âge manifestent leur opinion sur quatre points :

- 1- Expériences passées : les personnes âgées ont vécu des expériences médicales négatives dans le passé, ce qui les rendent prudemment sceptiques envers de nouveaux traitements. C'est le cas du tradipraticien qui compare les produits traditionnels avec les produits modernes. Ces expériences peuvent inclure des effets secondaires graves des médicaments c'est le cas d'un parent d'enfant qui dit : « la vaccination est

dangereuse pour les enfants. Ce sont des produits que les blancs ont fabriqué pour envoyer en Afrique et faire des expériences sur la population africaine. Moi mes enfants n'ont pas pris la vaccination depuis leur naissance. Il y'a un enfant de mon voisin qui a perdu les yeux par rapport à ces produit-là. Il y'a également la quinine que quand tu prends, sa t'amène a gratté le corps toute la journée... ». Dans les expériences du passé, il y'a aussi des erreurs médicales ou des traitements inappropriés. Cela engendre à cet effet une méfiance et une résistance à essayer de nouvelles options de traitement.

- 2- Inquiétudes concernant la sécurité : les personnes âgées à Mongo sont plus occupées par les risques et les effets secondaires potentiels des traitements, en particulier si elles ont des problèmes de santé sous-jacents ou prennent d'autres médicaments. Elles craignent les interactions médicamenteuses ou les complications liées à de nouveaux traitements, ce qui rend le plus fréquemment la réticence à les accepter.
- 3- Attachement à des pratiques traditionnelles : certaines personnes âgées ont une préférence pour les méthodes de traitement plus traditionnelles, basées sur des remèdes naturels ou des pratiques culturelles. Ses personnes perçoivent que le traitement moderne étant « inconnus » ou « artificiels » et donc refuse de les considérer.
- 4- Résistance au changement : certaines personnes âgées sont tout simplement fermement attachées à leurs habitudes et à ce qu'elles connaissent. Le fait d'essayer de nouveaux traitements représente un changement inquiétant et perturbant, ce qui peut susciter de la résistance.

Ces différents facteurs suscitent en quelque sorte le doute et l'indécision en ce qui concerne le radicalisme des personnes âgées face à la médecine moderne. Il est vrai que la majorité des personnes âgées à Mongo sont radicales en ce qui concerne les soins médicaux, toutefois, il y' d'autres qui ne sont pas radicales, car ils ont des expériences et connaissent les bien fondés de la médecine moderne.

III. LE FAIBLE RECOURT AUX SOINS DE SANTE MODERNE

Le faible recourt aux soins de santé moderne à Mongo est principalement dû au manque de connaissances et de compréhension de la population envers la médecine moderne. En effet, l'accès limité à l'éducation et aux ressources médicales joue un rôle majeur dans cette situation. La population de Mongo a souvent des difficultés à accéder à une éducation de

qualité, ce qui limite leur capacité à comprendre les avancées et les pratiques de la médecine moderne. De plus, les croyances traditionnelles et culturelles ont été également une influence significative sur les perceptions et les attitudes envers la médecine moderne. Ce qui conduira notre analyse dans cette partie du chapitre. Dans un premier temps, il sera judicieux pour nous de parler du niveau de l'identification de la maladie, parler au niveau du suivi médical et en dernier position au niveau de la médication.

A. Au niveau de l'identification de la maladie

L'identification de la maladie est un processus de reconnaissance et de diagnostic d'une maladie spécifique chez un individu. Cela implique une évaluation des symptômes, des antécédents médicaux et des examens médicaux tels que des tests de laboratoires ou des imageries médicales, pour déterminer la cause sous-jacente des symptômes et établir un diagnostic précis.

Au niveau de l'identification de la maladie, le faible recours aux soins de santé moderne par les parents à Mongo est attribué à plusieurs facteurs. Tout d'abord, l'on note dans cette communauté un manque de connaissance et de sensibilisation sur les symptômes et les signes avant-coureurs de certaines maladies. Les personnes âgées ne peuvent pas reconnaître les symptômes ou les considèrent comme des problèmes mineurs qui ne nécessitent pas une attention médicale immédiate et font recours à la médecine traditionnelle. De plus, il y'a une stigmatisation entourant les maladies et la recherche de soins médicaux. Les personnes âgées ou les parents d'enfants craignent souvent d'être jugées ou exclues socialement si elles admettent avoir une maladie ou si elles cherchent des soins médicaux nécessaires à leurs enfants. Cela a poussé à cacher les symptômes des maladies et à rechercher des remèdes traditionnels plutôt que des soins médicaux modernes. En plus de cela, il y'a des obstacles linguistiques ou culturels qui rendent difficiles pour les parents d'enfants âgées de communiquer leurs symptômes ou de comprendre les informations médicales fournies par les professionnels de la santé. Cela à entrainer un retard dans le diagnostic et le traitement des maladies.

B. Au niveau du suivi médical

Le suivi médical par définition est une pratique qui consiste à consulter régulièrement un professionnel de la santé pour évaluer l'état de santé d'une personne, surveiller l'évolution de certaines maladies ou conditions médicales, et prendre ou traiter problèmes de santé. Selon

OMS, (1977) le suivi médical est un processus continu d'évaluation de l'état de santé d'un individu, comprenant la surveillance de l'évolution de sa condition médicale, le suivi des traitements prescrits, la gestion des effets secondaires éventuels, et l'ajustement des interventions médicale en fonction des besoins du patient. Le suivi médical vise à assurer une prise en charge globale et la personnalisée de la santé, veillant à ce que les traitements et les interventions médicales soit adaptés et efficaces pour obtenir les meilleurs résultats thérapeutiques possibles. Le suivi médical inclu généralement des examens physiques, des tests de laboratoire, des consultations avec des spécialistes, des conseils sur le mode de vie et l'alimentation, ainsi que la gestion des médicaments et des traitements. Ici, l'objectif de suivi médical consiste à détecter les problèmes de santé le plus tôt possible, de prévenir les complications, d'optimiser le traitement et d'améliorer la qualité de vie.

Le suivi médical est le plus souvent effectué par différents professionnels de la santé tels que les médecins généralistes, les spécialistes, les infirmières et les pharmaciens qui recommandent généralement aux patients de prendre régulièrement des comprimés prescrits. Mais force est de constater que dans la ville de Mongo peu des parents d'enfants respectent ce suivi médical pour plusieurs raisons : économique, géographique, culturelles et religieuses. Par exemple, en ce qui concerne la distance, Les parents d'enfants ont des difficultés à se déplacer vers les centres de santé en raison de leurs mobilités et d'éloignement géographique des établissements de santé. De plus, dans cette zone, le coût des soins médicaux est très élevé et dissuade les parents de recourir régulièrement à la médecine moderne. Lors d'un (EI-médecin à la délégation sanitaire à Mongo en date du 15 juillet) a déclaré ceci :

« le suivi médical n'est rien d'autres que la prise des médicaments et le respect des doses prescrit par le médecin ou l'infirmier... l'heure de prise de comprimé, ramener l'enfant ou le malade de temps en temps à l'hôpital, prendre des médicaments et avoir à manger. Généralement les relais communautaires doivent faire le suivi médical des patients à domicile, c'est eux qui doivent faire le compte rendu au médecin de centre de santé mais force est de constater que ses gens ne font pas leur travail ».

Il ressort la volonté de faire le suivi approprié mais il semblerait que le personnel de santé est trop surchargé vu de multiple fonction qu'il exerce.

Ensuite, il y'a un manque de confiance envers les professionnels de la santé. Les parents d'enfants ont vécu des expériences négatives par le passé, tels que les diagnostics erronés ou des traitements inappropriés ce qui les rend méfiant à l'égard des soins médicaux modernes. De plus, à Mongo, il y'a une préférence pour les remèdes traditionnels ou les pratiques de

guérison alternatives. Les parents d'enfants ont une confiance très élevée dans des cultures ou croyances dont les remèdes naturels sont privilégiées et ils les considèrent très efficaces par rapport aux médicaments modernes. Cela à amener à éviter les soins médicaux conventionnels au profit de la méthode dite traditionnelle.

C. Au niveau de la médication

Selon OMS, (1977) la médication est définie comme « l'utilisation appropriée des médicaments, c'est-à-dire leur prescription, leur acquisition, leur distribution, leur stockage et leur utilisation en toute sécurité de manière à obtenir les résultats thérapeutiques escomptés ». La médication est l'utilisation des médicaments ou de traitements pharmacologiques pour prévenir, traiter ou soulager les symptômes d'une maladie ou d'un trouble de santé. Le recours aux soins de santé moderne au niveau de la médication est causé par plusieurs facteurs :

Tout d'abord, le manque d'éducation et de la sensibilisation sur l'importance de la médication conduit donc la population en générale et en particulier les parents d'enfants à Mongo à ne pas prendre leurs médicaments conformément aux prescriptions du médecin ou de l'infirmier. Certaines personnes à Mongo ne sont pas conscientes des effets bénéfiques des médicaments ou des risques liés à l'arrêt prématuré ou à la non-observance du traitement. Ensuite, les contraintes financières jouent également un rôle important. Les coûts élevés des médicaments ont donc rendu l'accès difficiles pour certaines personnes.

A cela, s'ajoute les effets secondaires des médicaments qui dissuadent certaines personnes ou des enfants de le prendre régulièrement. Certains médicaments selon les parents d'enfants ont des effets indésirables ou gênant c'est donc ce qui conduit à une non-observance du traitement.

Les croyances culturelles et les pratiques traditionnelles de cette localité influencent le recours aux soins de santé moderne au niveau de la médication. Certaines personnes à Mongo préfèrent utiliser des pratiques alternatives plutôt que de prendre des médicaments modernes c'est donc le cas de (EI-tradipraticien à Mongo en date du 15 juillet) qui se justifie en ces termes : « *l'hôpital là c'est bon là-bas les produits la sont déjà transformés et pour nous là c'est comme ça seulement. Même a hôpital quinine ou l'aiguille c'est chadar (écorce en arabe local) donc le nôtre est plus efficace. Ca là, ils ont amené à l'hôpital mais le nôtre-là pas. Les médicaments, ils sont tous pareils ma part ce n'est pas juste transformé* ».

Enfin, le manque de confiance dans le système de santé a également contribué au faible recours au soin de santé moderne au niveau de la médication. Certains individus à Mongo ont

des doutes quant à l'efficacité ou à la sécurité des médicaments prescrits, ce qui les conduit à ne pas prendre ou à les prendre de manière irrégulière.

VI. TENDANCE CROISSANTE AU PLURALISME THERAPEUTIQUE

La tendance croissante vers le pluralisme thérapeutique fait référence à l'idée que de plus en plus de personnes recherchent et utilisent différents types de thérapies et de traitements pour prendre soin de leur santé. Cette pluralisme thérapeutique peut inclure à la fois des approches médicales modernes et des pratiques de guérison traditionnelles ou alternatives. Dans cette partie, il sera question pour nous de parler au tour du concept de pluralisme thérapeutique dans un premier temps et au second moment parler de la part non négligeable de la médecine traditionnelle avant d'aborder l'incontournable médecine moderne ou encore la médecine dite conventionnelle.

A. Autour du concept de pluralisme thérapeutique

Le pluralisme thérapeutique se réfère à la tendance croissante chez les parents d'enfants combinés avec les traitements médicaux modernes et avec des remèdes traditionnels ou des pratiques de guérison alternatives. Selon Benoist, (1993) le pluralisme thérapeutique est la coexistence de différentes thérapies médicales et non médicales, qui sont utilisées pour traiter une maladie ou une condition de santé. La notion du pluralisme thérapeutique s'est imposée comme une réalité incontestable dans la plupart des pays africains. Cependant, dans les régions rurales, l'accès à la médecine occidentale et aux services de planification familiale dans les dispensaires et autres centres de santé demeure très limité. Au Tchad et en particulier dans la ville de Mongo ce phénomène est attribué à plusieurs facteurs socio-économiques, culturels, géographiques et financiers. Le pluralisme thérapeutique est attribué à l'influence, au cours de l'histoire de l'Afrique, de diverses cultures et religions. Ainsi, l'islâm et le christianisme, par exemple, on y introduit de nouvelles pratiques thérapeutiques en Afrique subsaharienne (Brenner, 1985 ; Constatation, 1988 ; Gaffey, 1983) mais se sont aussi adaptés aux traditions locales « traditionnelles ».

Le pluralisme thérapeutique attire, depuis quelques décennies déjà l'attention des anthropologues. Le terme reste cependant vague, indiquant tantôt une diversification du système médical, tantôt la multiplication des stratégies employées par les populations urbaines et rurales dans le domaine de santé en quête d'un traitement adapté aux types de maladies dont elles craignent d'être atteintes.

Dans une revue internationale francophone d'anthropologie de la santé, (2019) Pierrine a parlé de l'automédication et du pluralisme thérapeutique. Pour mieux illustrer cela, il prend l'exemple suivant :

« Lalaina est une fille de 17 ans qui habite avec sa famille dans le village de Rantolava sur la côte est de Madagascar. Un jour, elle se rend avec une de ses cousines à une cérémonie de tsaboraha organisée dans son village. Ces cérémonies rassemblent, pendant les trois jours de fête, des centaines de personnes du lignage des organisateurs ainsi que des villageois alentour. Le soir, lalaina commence à ne « pas se sentir bien ». Sa condition s'aggrave lorsqu'elle retourne aux célébrations le lendemain matin. Elle est raccompagnée chez elle, soutenue par un ami car elle ne peut plus marcher. Elle est prise de maux de ventre et de diarrhées. Sa mère lui donne deux comprimés de métronidazole, et son père lui administre peu après une demi-cuillerée de ranomena, un remède traditionnel fabriqué à partir de corne de zébu et utilisé comme antidote contre les mosavy, les empoisonnements. Quelques heures plus tard, elle se rend chez une guérisseuse du village qui lui masse le ventre et lui donne des petits copeaux de bois de rose râpés à boire en décoction. La guérisseuse lui confirme le diagnostic de mosavy que la jeune fille et sa famille suspectaient. Après une deuxième séance de massage le soir, elle ressent plus la douleur le lendemain matin. D'après lalaina et sa famille, cette maladie a été provoquée par des bananes frite qu'elle aurait mangées au tasboraha le premier jour dans lesquelles aurait été mis le poison. Deux filles l'accompagnaient, elle et sa cousine, à ce moment-là. Lalaina dit ne pas savoir qui a pu lui causer ce tort, mais que « c'est peut-être une de ces deux filles qui aurait mis quelque chose dans sa nourriture ». Présente au moment de cette conversation, sa cousine ajoute que les mosavy sont fréquents pendant les tasboraha. Lalaina explique que désormais, elle se méfiera de ces deux filles et sera attentive à ne rien manger en leur présence », Pierrine, (2015, these de doctorat).

Cet exemple de la fille lalaina décrit par l'auteur met la lumière sur les différentes étapes possibles par lesquelles s'élabore une réponse thérapeutique à un épisode de maladie. Lalaina et sa famille ont fait le choix de ne pas aller consulter au centre de santé de base (CSB), à quelques centaines de mètres de leur domicile. Elle ne s'est donc pas vu prescrit, par un médecin, un médicament allopathique qui aurait pu être contraire à ses attentes et aux préconisations formulées à la suite de son autodiagnostic.

Tout comme le cas de Lalaina, Le pluralisme thérapeutique sévit également dans la ville de Mongo. La population de Mongo pour des raisons de soins, font recours à différentes méthodes pour se soigner c'est le cas du pluralisme thérapeutique. Ainsi pour savoir quelle est la meilleure méthode pour se soigner quand on est malade, lors de (EI- un parent d'enfant à Mongo en date du 27juillet), répond :

« La meilleure manière ou bien la logique voudrait qu'ont viennent d'abord à l'hôpital faire des examens savoir de quoi l'on souffre malheureusement chez beaucoup plus on vient d'abord chez les charlatans, chez les marabouts, on vient d'abord voir nos grands-parents qui a les remèdes, des racines, des décoctions on boit et si ça ne marche pas d'abord

en ce moment on vient à l'hôpital. Mais je pense que la meilleure manière voudrait d'abord qu'on vient à l'hôpital faire des examens savoir de quoi on souffre. Ils arrivent de fois pour moi par fois à l'hôpital on fait des examens, tous les examens possible on se rend compte que y'a rien qu'on trouve aucune maladie mais la personne souffre, dans ce cas, il est conseillé de voir aussi traditionnellement ».

Ce choix de parent explique ce que les pharmacologues appellent « pluri médication ». Le concept du pluralisme thérapeutique reconnaît que différents approches peuvent avoir leurs propres avantages et limites, et que chaque individu a le droit de choisir la méthode qui lui convient le mieux confère la théorie HBM. Il met à cet effet l'accent sur l'importance d'une approche holistique de la santé en considérant les aspects physiques, mentaux, émotionnels et spirituels.

B. La part non négligeable de la médecine traditionnelle

Dans de nombreuses régions du monde, les autorités, les professionnels de santé et la population se débattent avec des problèmes relatifs à la sécurité, à l'efficacité, à la qualité, à la disposition, à la préservation et à la réglementation de la médecine traditionnelle et complémentaire (MT/MC). La médecine traditionnelle est très ancienne. C'est la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et des 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 maladie physique ou mentales.

La MT/MC reste largement utilisée dans la plupart des pays, et son adoption s'accélère fortement dans d'autres. Dans le même temps, l'intérêt porté à la MT/MC dépasse désormais les seuls produits pour s'attacher aux pratiques et aux praticiens. C'est pour quoi OMS, (2001) a procédé à une analyse complète de la situation actuelle de la MT/MC à travers le monde et a collaboré avec des experts en vue d'élaborer la stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour l'année 2013-2014. En effet, lors de la 65^e Assemblée mondiale de la santé (AMS), le Directeur général de l'OMS a affirmé que :

« La couverture universelle est le meilleur moyen de préconiser les progrès réalisés au cours de la décennie précédente. Elle est l'expression ultime de l'équité. Elle permet d'ancrer l'action de l'OMS à mesure que nous (OMS) allons de l'avant). Cette déclaration intervient au moment où nous abordons la part non négligeable de la médecine traditionnelle », (Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle, 2013-2014, page : 76).

parallèlement ces dernières années, le peuple a pris conscience de ce qu'un plan national de santé qui ne devait pas s'appuyer exclusivement sur les médecins et les hôpitaux

et qu'il devait intégrer dans son fonctionnement une série de personnes du secteur paramédical. C'est donc dans ce cadre que l'organisation Mondiale de la Santé a voté lors de la 28^e assemblée mondiale de la santé en 1995, une résolution demandant que les politiques nationales de la santé de ses États membres s'orientent vers le secteur des soins de santé primaire en utilisant au maximum les ressources locales disponibles (résolution WHA 28,88). C'est dans cette logique que le Tchad s'inscrit et célèbre chaque 31 août une journée africaine de la médecine traditionnelle (Tchad infos, 2021).

Au Tchad, la médecine traditionnelle occupe une place importante dans la vie quotidienne a déclaré la secrétaire générale adjointe du ministère de la santé publique, Mbaidedji, (31 août 2021) sur Tchad infos. L'utilisation de la médecine traditionnelle au Tchad demeure un moyen sanitaire d'une partie de la population tchadienne.

En effet, La médecine traditionnelle occupe une place importante dans la région du Guera particulièrement à Mongo. C'est importance est due en raison de la confiance accordée aux remèdes traditionnels et de l'accès limité aux soins de santé moderne. Dans les quartiers de la ville de Mongo, l'on accorde une importance aux soins traditionnels. C'est dans ce sens que le ministère de la santé publique et de la solidarité nationale a donné un thème particulier : « la contribution de la médecine traditionnelle aux efforts de la riposte à la Covid-19 », lors de la célébration de la médecine traditionnelle africaine à N'Djamena dans la capitale tchadienne. A travers cette thématique, le département de la santé publique met en exergue le rôle important que la médecine traditionnelle joue dans le traitement des maladies et dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes souffrant des maladies bénignes et des certaines maladies incurables.

Les habitants de Mongo ont souvent recours à des pratiques telles que l'utilisation d'amulettes, de plantes médicinales et de rituels pour traiter les maladies cas de la varicelle, rougeole... c'est ce que stipule cet informateur :

« La médecine traditionnelle à Mongo joue un rôle important dans le processus de guérison pour de nombreuses famille bien qu'elle puisse différer de la médecine moderne ou occidentale, elle est souvent utilisée en complément ou en alternative à cette dernière », (Tchad Info, 31 août 2021).

Cette médecine repose sur des connaissances et des pratiques transmises de génération en génération et elle est souvent basée sur des remèdes naturels tels que des plantes, des régimes alimentaires spécifiques, des techniques de relaxation et des pratiques

spirituelles. De nombreuses cultures à travers le monde cas de l'Amérique, l'Afrique etc... ont leur propre système de médecine traditionnelle. Par exemple, l'Ayurveda en Inde, l'acupuncture en chine... la médecine traditionnelle est très souvent appréciée pour son approche holistique de la santé, c'est-à-dire elle considère le corps, l'esprit et l'âme comme étant interconnectés et cherche à rétablir l'équilibre entre ces éléments pour favoriser la médecine guérison. Dans cette localité, nombreux sont ceux qui préfèrent la médecine traditionnelle en raison de plusieurs facteurs :

- 1- Connaissance traditionnelle des plantes médicinales : dans la ville de Mongo, la majorité de la population a une connaissance approfondie des plantes médicinales et de leurs propriétés curatives. C'est le cas de Balick, (1952) qui est reconnu par ces travaux de l'ethnobotaniste qui a documenté et valorisé les connaissances des peuples autochtones sur les plantes médicinales.
- 2- Pratiques holistiques : la médecine traditionnelle à Mongo tout comme en Afrique met l'accent sur l'approche holistique de la santé, qui en effet prend en compte l'équilibre entre le corps, l'esprit et l'environnement. C'est le cas de la médecine traditionnelle chinoise (MTC) qui utilise des pratiques comme l'acupuncture, la phytothérapie et la médiation pour favoriser la guérison et le bien être selon Ted J. Kaptchuk expert en (MTC).
- 3- Traitement des affections courantes : à Mongo, l'amour, l'affection fait partie des premiers critères du choix des tradipraticiens. Ainsi, le traitement des affections courantes aborde ici est utilisé pour des affections courantes telles que les problèmes digestifs, les maux de tête et les douleurs musculaires. C'est le cas de la médecine traditionnelle indienne (MTI) qui utilise certaines herbes, massages et des pratiques de respiration pour traiter ces affections d'après Vasant Lad praticien ayurvédique.
- 4- Pratiques culturellement spécifiques : la MT joue un rôle important dans la préservation des pratiques culturelles et a une signification sociale et identitaire pour cette communauté par exemple, les soins de santé traditionnelle autochtones tels que les cérémonies de purification, l'eau bénite ou le Dine en arabe, et ainsi que des remèdes à base des plantes.

Toutefois, il est important de reconnaître que la médecine traditionnelle Mongo n'est pas opposée à la médecine moderne, mais plutôt considérée comme un complément, en fonction des besoins et des préférences individuels de cette population.

C. L'incontournable médecine moderne

Bien que le pluralisme thérapeutique soit en augmentation en Afrique et à Mongo précisément, la médecine moderne ou conventionnelle reste jusqu'à présent incontournable. Incontournable en ce sens que cette médecine moderne joue un élément essentiel de la prise en charge des maladies graves et complexes. La médecine moderne est considérée comme incontournable en raison de son évolution constante, de sa capacité à diagnostiquer et à traiter de manière efficace et de son impact significatif sur la santé et le bien-être de l'humanité.

A cet effet, la ville de Mongo bien que la population croit en la médecine traditionnelle dans cette ville, elle fait néanmoins recours à la médecine moderne. C'est le cas de (EI- parent d'enfant à Mongo en date du 04 aout 2023), qui déclare :

« Bon la meilleure méthode c'est d'aller à l'hôpital d'aller à l'hôpital on va t'examiner, tu as telle maladie tu vas soigner la maladie la avec les produit de l'hôpital. Mais si c'est le problème de diable, ça c'est ailleurs ; même si tu viens à l'hôpital on va te dire que ça c'est ça là on ne peut pas soigner ca ici à l'hospital.ca c'est au quartier on va trouver un marabout il va te faire dans un autre, ce qu'on appelle l'eau en arabe, il va t'écrire les versets dans un tableau comme ça il va laver et tu vas boire, et quand tu crois à ça, Sava partir. Mais si c'est le problème de palu et autre là, ça là-bas, ça va pas te soigner correctement mais il va te faire un peu léger seulement la souffrance que tu vas souffrir là ça va te sauver un peu. Et la meilleure solution, c'est d'aller à l'hôpital ».

Ces propos expliquent que les parents d'enfant à Mongo croient également en la médecine moderne qu'ils considèrent comme incontournable à un certain moment donné de la vie.

En effet, plusieurs facteurs expliquent donc le recours à l'incontournable médecine moderne qui fait preuve de sa grandeur à traiter les maladies :

- Progrès médicaux : la médecine moderne tout comme la médecine traditionnelle ont leur particularité. La médecine moderne apporte de nombreux progrès médicaux qui ont révolutionné les soins de santé c'est donc le cas dans le domaine de la recherche génétique qui ont permis de mieux comprendre les maladies héréditaires, d'élaborer des thérapies génétiques et de développer des médicaments personnalisés selon Francis Colin directeur des National Institutes of Health (NIH) des États Unies.

- Diagnostic précis : tout comme les diagnostics de la médecine traditionnelle, la médecine moderne utilise des nombreuses techniques telles que les techniques d'imagerie médicale, IRM et le scanner, ainsi que des tests de laboratoire sophistiqués pour diagnostiquer de manière précise et précoce les maladies. Par exemple la mammographie qui est un outil essentiel pour détecter le cancer du sein à un stade précoce et qui permet d'obtenir des taux de survie plus élevé d'après la radiologue Elizabeth A. Morris.
- traitements avancés : la médecine moderne offre à cet effet des traitements efficaces pour de nombreuses maladies qu'il s'agisse de médicaments, de la chirurgie ou de la thérapie innovante. C'est dans cette perspective que James P. Allison, avait développé l'immunothérapie qui a révolutionné le traitement du cancer en utilisant le système immunitaire du patient pour combattre la maladie.
- Prévention des maladies : la médecine moderne met également en évidence l'accent particulier sur la prévention des maladies. C'est donc le cas de Janet Elizabeth Hall qui a révolutionné le domaine de la santé avec les vaccins qui ont permis d'éradiquer ou de contrôler de nombreuses maladies infectieuses comme la polio et la variole.

De plus, La médecine moderne est essentielle pour fournir des soins médicaux complets et efficaces à la population de Mongo car elle offre des avancées scientifiques et technologiques qui permettent de diagnostiquer et de traiter efficacement de nombreuses maladies. En plus de cela, la médecine moderne offre également des services de dépistages et de prévention des maladies, tels que les vaccins et les examens de santé réguliers. Ces services aident à détecter les maladies à un stade précoce, ce qui permet de les traiter plus efficacement.

Il est donc important de reconnaître l'importance de la médecine moderne et de garantir l'accès à des soins de qualité à Mongo. Cela peut être réalisé en investissant dans l'infrastructure médicale, en fournissant des ressources adéquates aux établissements de santé et en formant des professionnels de la santé compétente.

**CHAPITRE IV : AMULETTES PROTECTRICES, MORBIDITE ET
MORTALITE INFANTILE A MONGO TCHAD**

Ce chapitre est consacré à la morbidité et à la mortalité infantile à Mongo au Tchad. Il est essentiel de comprendre que la santé des enfants est un indicateur crucial pour le développement et du bien-être d'une communauté. La morbidité et la mortalité infantile sont des problèmes de santé publique majeurs dans de nombreux pays en développement, y compris au Tchad. Mongo, étant une région d'intérêt particulier, il est important d'examiner de manière attentive les chiffres de la morbidité et de la mortalité infantile dans cette zone, ainsi que les facteurs qui y contribuent. Les enfants sont particulièrement vulnérables aux maladies et aux infections, et leur système immunitaire n'est souvent pas suffisamment développé pour lutter contre ces infections. En effet, il est connu que la morbidité et la mortalité infantile sont des problèmes préoccupants dans de nombreuses communautés à travers le monde et en particulier celle de la ville de Mongo au Tchad. Au sein de cette région, nous avons remarqué que les amulettes protectrices sont souvent utilisées par les parents et les familles pour prévenir les maladies et les dangers qui pourraient menacer leurs enfants. Les AP souvent utilisées dans cette région sont composées des pierres, de métaux, ou d'autres matériaux qui sont considérées par certaines personnes comme des talismans et qui peuvent offrir une protection surnaturelle aux nourrissons et aux jeunes enfants. Cependant, il est très important de se demander si l'utilisation de ces AP a réellement un impact positif sur la morbidité et la mortalité infantile dans cette région.

Comprendre la relation entre l'utilisation des AP et la santé infantiles est un aspect crucial pour cette recherche et le développement des solutions efficaces qui peuvent améliorer la santé des enfants à Mongo. Dans ce chapitre, nous examinons tout au long à large la notion sur la morbidité et la mortalité infantile qui pèse sur la population de la ville de Mongo. Pour mieux aborder ce chapitre une définition au préalable est la première des choses la plus importante pour un sociologue disait Durkheim, (1987) La morbidité infantile par définition est un ensemble des maladies et des problèmes de santé qui affectent les nourrissons et les jeunes enfants. La mortalité infantile, à son tour fait référence au nombre de décès survenus chez les enfants de moins d'un an.

Au Tchad, comme dans de nombreux pays en développement, la morbidité et la mortalité infantile demeurent des problèmes de santé importants. La mortalité infantile fait référence au nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans pour 1000 naissances vivante OMS.

Les amulettes protectrices par définition sont des objets traditionnels portés par certaines personnes ou communautés dans le but de protéger les enfants contre les maladies et les accidents.

I. DE LA MORBIDITE INFANTILE A MONGO

La morbidité infantile fait référence à l'indice des maladies chez les enfants, c'est-à-dire le nombre de cas de maladies diagnostiquées chez les enfants d'une certaine population ou d'une certaine région. La morbidité infantile à Mongo au Tchad fait référence à la fréquence des maladies et des problèmes de santé chez les enfants de cette région. La morbidité infantile peut inclure à cet effet des maladies infectieuses telles que la diarrhée, la pneumonie et le paludisme, ainsi que d'autres problèmes de santé tels que la malnutrition et les infections respiratoires.

La morbidité infantile à Mongo est influencée par plusieurs facteurs, notamment l'accès aux soins de santé, l'éducation sanitaire des parents, les conditions socio-économiques et environnementales, ainsi que les pratiques culturelles. Le recours aux amulettes protectrices est une des pratiques culturelles qui selon un médecin interrogé lors d'un (EI- médecin à l'hôpital de Mongo en date du 12 juin 2023) a un impact variable sur la morbidité infantile. Il s'explique en ce terme :

«Oui je peux répondre par oui. Au moment où nous on était des enfants à la maison sans rien faire han, ils envoient les enfants en dernier position donc c'est pour dire que même dans les structure sanitaire, c'est eux qui nous augmente le taux de la mortalité parce que si l'enfant déjà il est mort au niveau de structure sanitaire, on ne peut pas encore retourner pour dire que non avant c'est arriver en dernière position pour dire que la cause c'est telle telle. On accepte seulement et on pointe ce cas de décès. Et la cause lointain c'est eux. C'est ça le problème ».

De même, selon EDS Tchad, (2017) la morbidité infantile est élève environ. Selon DSSIS, (2020), les dix premières causes de morbidité à la consultation de référence chez les enfants de 0 à 11 mois, en 2020 sont : le paludisme simple, la malnutrition proteino-calorique, le paludisme grave, infection aigue des VRI, l'anémie, la diarrhée, la broncho-pneumopathie chronique, la diarrhée + déshydratation, la conjonctivite et l'infection cutanée.

A. Des maladies du péril fécal

Les maladies du péril fécal, également connues sous le nom de maladies liées à l'assainissement insuffisant ou hydriques, sont des infections causées par la contamination des eaux et des aliments par des matières fécales humaines ou animales. Ces maladies à Mongo

sont principalement transmises par voie oro-fécale, c'est-à-dire lorsque des matières fécales contaminées entrent en contact avec la bouche. Selon Belec, Hentgen, et Jauréguiberry, (2000), les maladies liées au péril fécal constituent l'une des principales causes de la morbidité et de la mortalité au Tchad et dans les pays en voie du développement. Voici en quelques exemples de maladies du péril fécal qui sévit dans cette localité :

- La diarrhée : c'est l'une des maladies les plus courantes liées à l'assainissement insuffisant dans la ville de Mongo. Elle est souvent causée par des bactéries telles que E. coli, salmonella ou campylobacter ; qui se propagent par la consommation d'eau ou d'aliments contaminés. Selon DSSIS, (2020) les centres de santé au Tchad ont notifié 145946 cas de diarrhées dont 91628 cas de diarrhée simple traités au SRO/Zinc et 46208 cas de diarrhées non traités au SRO et ZINC. Les diarrhées de forme sévère avec déshydratation ont été notifiées à hauteur de 8110 cas. Dans la région du Guera à Mongo, la variation du taux de notification de la diarrhée est de (558,27 traité au SRO/100000 hbts). Cette situation amène donc lors d'un (EI- un médecin à l'hôpital de Mongo en date du 28 mai) à dire ceci :

« Dans ma zone, la plupart des cas c'est la diarrhée. La diarrhée c'est un signe. Quand la diarrhée prend ou il devient chronique, du coup c'est une prise en charge par les tradipraticiens ».

Ainsi, ce médecin affirme que la diarrhée fait partie des maladies du péril fécal qui sévit dans cette raison et que pour lui, la plupart des parents ignorent les causes de cette maladie et consulte directement les tradipraticiens.

- La fièvre typhoïde : causée par la bactérie salmonella typhi, cette maladie se propage principalement par la consommation d'eau et d'aliments contaminés par des matières fécales. Elle provoque de la fièvre, des maux de tête, des douleurs abdominales et peut être mortelle si elle n'est pas traitée. La fièvre typhoïde est une maladie qui sévit dans la population à travers les différentes tranches d'âges au Tchad et n'épargne aucune province du pays. La fièvre typhoïde représente la sixième maladie dont souffre les tchadiens en générale et la population de Mongo en particulier. Elle représente 3, 70% chez les enfants de 0 à 11 mois et de 8, 87% de 1 à 4 ans puis 17,99% chez les enfants de 5 à 14ans après la fièvre typhoïde vient le paludisme simple, grave, traumatisme, accident, etc. selon DSSIS, (2020). Dans la région du Guera à Mongo, l'on notifie le cas de la fièvre typhoïde à 29,76 pour 100 000 habitants.

- La dysenterie : il s'agit d'une infection intestinale causée par des bactéries telles que *Shigella*, *campylobacter* ou *Salmonella*. Elle provoque des symptômes tels que des diarrhées sanglantes, des crampes abdominales et de la fièvre. Concernant la dysenterie à Mongo Tchad, il a été notifié selon EDS-MICS, (2020) que le taux de la dysenterie chez les enfants est de 4,35/100 000hbt.
- La poliomyélite : cette maladie virale est transmise par l'eau contaminée par le virus de la polio. Elle peut entraîner une paralysie permanente ou même la mort.
- Le choléra : c'est une infection bactérienne grave causée par *vibrio cholera*. Elle se propage principalement par l'indigestion d'eau ou d'aliments contaminés et provoque une diarrhée sévère, des vomissements et une déshydratation rapide.
- La schistosomiase : cette maladie est reçue dans cette localité et est causée par des parasites présents dans l'eau contaminée par des matières fécales, cette maladie est provoquée par des symptômes tels que des démangeaisons, la fièvre, des douleurs abdominales et des problèmes urinaires.

Ces maladies liées au péril fécal également connues sous le nom de maladies d'origines fécales, sont un problème très sérieux à Mongo. En effet, dans cette ville, l'on note un manque d'assainissement, hygiène personnelle dont fait preuve des populations qui vivent aux environs de la ville de Mongo, il y'a un manque d'eau potable, manque d'éducation et sensibilisation ainsi que la surveillance épidémiologique que connaît cette ville. Le problème de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement est un facteur qui augmente la vulnérabilité faces aux maladies, mais également est un problème pour les cultures. Selon un rapport de l'OMS/Unicef, 51% des tchadiens n'ont pas l'accès à l'eau potable. Et il y'a seulement 12% des citoyens qui ont accès à l'eau et à l'assainissement, (Alwihda Info, 2020).

B. Des maladies nutritionnelles

Les maladies nutritionnelles sont des affections causées par une alimentation insuffisante ou déséquilibrée, entraînant des carences en nutriments essentiels tels que les vitamines, les minéraux et les protéines. Ces maladies sont souvent incluses de la malnutrition, le rachitisme, le scorbut, le bérubéri et l'anémie ferriprive. Les maladies nutritionnelles sont également un problème majeur chez les enfants à Mongo au Tchad. Selon une étude réalisée par ACF, (2009), 3,2% des enfants de moins de cinq ans à Mongo souffriraient d'une malnutrition. D'après ACF et le représentant de l'UNICEF pour le Tchad, Marzio Babilie, les

problèmes de santé et de nutrition au Tchad et en particulier la ville de Mongo ont plusieurs causes profondes.

Le Tchad et la ville de Mongo en particulier subit les conséquences de facteurs multiples à savoir le changement climatique, la hausse des prix de des denrées alimentaires et les conditions post-conflit. On observe une hausse des taux de malnutrition infantile tant dans la communauté rurales qu'urbaine dans cette ville. La malnutrition infantile entraine un retard de croissance, une faiblesse immunitaire et une augmentation du risque de maladies fécales et d'autres infections chez les enfants à Mongo. Ces maladies nutritionnelles sont entre autre :

- Le scorbut : c'est une maladie causée par une carence en vitamine C. elle provoque des symptômes tels que des saignements des gencives, des douleurs articulaires et musculaires, et une faiblesse musculaire.
- Le rachitisme : cette maladie est causée par une carence en vitamine D, en calcium ou en phosphate. Elle affecte principalement les enfants et se caractérise par une déformation des os, un retard de croissance et une faiblesse musculaire
- Le bériberi : c'est une maladie causée par une carence en vitamine B1 (thiamine). Elle provoque des symptômes tels que la perte d'appétit, la fatigue, la confusion mentale et des troubles cardiaques.
- L'anémie ferriprive : cette maladie est causée par une carence en fer dans l'alimentation. Elle se caractérise par une diminution du nombre de globules rouges dans le sang, ce qui entraine une fatigue, une faiblesse et des problèmes de concentrations.
- L'obésité : il s'agit d'une maladie liée à un excès de poids corporel dû à une alimentation excessive et un manque d'activité physique. L'obésité entraine des problèmes de santé tels que le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires et l'hypertension.

Toutes ces maladies sont provoquées par la malnutrition. A cet effet, la malnutrition quant à elle est causée par un manque d'accès à une alimentation adéquate et diversifiée, ainsi que par des pratiques alimentaires inappropriées, telles que le sevrage précoce ou l'utilisation de substituts du lait maternel. Par conséquent, la malnutrition entraine des graves retards de développement à long terme. Considérant la prévalence de la malnutrition aigüe sévère (MAS), la situation nutritionnelle au Tchad en particulier à Mongo est très urgente selon le seuil défini pour les urgences humanitaires. Au niveau de la province, la situation

nutritionnelle va d'acceptable à urgente. Il est à noter que la malnutrition aigüe touchait deux fois plus les enfants de 6 à 23 mois (14,3%) que les enfants de 24 à 59 mois (7,6%). Dans la région du Guera chef-lieu Mongo, selon Enquête Smart (2020) l'on note un fort taux de la malnutrition qui s'élève à (601enfants), soit la cinquième ville après les provinces du Bahr-El Gazel (607), Tibesti (370), Batha (591), Salamat (511). Seulement trois (3) provinces (N'Djamena, Mandoul, Moyen Chari) présentent des prévalences du retard de croissance inférieure à 20% les classant dans une situation nutritionnelle précaire.

Ces prévalences élevées de la malnutrition aigüe et chronique dans les provinces du Tchad en générale et de la ville de Mongo en particulier correspond à une situation structurelle engendrée et entretenue par l'effet combiné de plusieurs facteurs dont : le niveau d'instruction du chef de ménage, l'état de santé des enfants, les pratiques d'allaitements et d'alimentation des enfants. Notons que de même la prévalence de la malnutrition chronique au niveau national (30,5%) est très élevée selon la classification de l'OMS, (2019) d'où une situation nutritionnelle critique. Voici en image quelques enfants dans un état de malnutrition sévère et modéré :

Photo 8:Un enfant dans un état de malnutrition sévère



Source : Photo prise le 11juin 2023 à Mongo par Mendiguilembaye Frédéric Dionrang.

C. Des maladies héréditaires

Les maladies héréditaires également appelées maladies génétiques, sont des affections causées par les altérations ou des mutations dans le matériel génétique d'une personne. Ces maladies sont transmises d'une génération a une autre et incluent des maladies telles que la

mucoviscidose, la drépanocytose, la phénylcétonurie, la dystrophie musculaire de Duchenne, la trisomie 21, et de nombreuses autres conditions génétiques.

Prenons le cas de la drépanocytose : selon Elion, (2020) la drépanocytose aussi appelée anémie est une maladie génétique héréditaire touchant les globules rouges (ou hématies). Elle se caractérise par une anomalie de l'hémoglobine, principale protéine du globule rouge. Pour sa transfusion, l'hémoglobine transporte l'oxygène depuis les poumons qui exporte vers les tissus et participe à l'élimination du dioxyde de Carbone. La drépanocytose est une maladie génétique qui est très répandue dans le monde et concerne plus de 300 000 naissances par ans selon Eloit, (2020). Selon OMS, (2004) il y aurait environ 5 millions des personnes atteintes de la drépanocytose dans le monde. Selon un collectif des médecins tchadiens Health sciences and disease : vol.22 No 10 (2021) une étude a été menée de 2011 à 2018 nous montre que la drépanocytose est une maladie qui sévit au Tchad et que les arabes étaient les plus affectés avec 46,1.

La trisomie 21 : l'expression « trisomie 21 » a été proposée par le professeur Lejeune dans les années (1960), puis validée par un groupe international de scientifiques. Il désigne l'ensemble des manifestations physiques découlant de la présence du chromosome 21 en trois exemplaires au lieu de deux. Cette maladie est causée par l'excès des chromosomes dans l'organisme de l'homme. Notons que l'homme normal possède 46 chromosomes (cf. lexique), mais c'est la présence supplémentaire (chromosome 21) qui déséquilibre l'ensemble du fonctionnement du génome et donc de l'organisme. Les maladies héréditaires ont des effets sur la croissance, le développement, le système immunitaire, le fonctionnement des organes et d'autres aspects de la santé.

II. DE LA MORTALITE INFANTILE A MONGO

La mortalité infantile à Mongo, au Tchad, est un problème grave qui nécessite une attention et des mesures pour être réduit. Malheureusement, les taux de mortalité infantile au Tchad sont parmi les plus élevés au monde. D'après la dernière enquête EDS-MICS, (2014-2015) le niveau de mortalité des enfants de moins de 5ans est estimé à 72% (quotient de la mortalité infantile) et 133% (quotient de la mortalité infanto juvénile). Plusieurs facteurs contribuent à la mortalité infantile à Mongo et est estimé à 2,5% soit 6eme région parmi les 25 régions que compte le Tchad DSSIS (2020). Parmi eux, on peut citer la malnutrition, les maladies du péril fécal et les maladies héréditaires.

A. Mortalité infantile liées aux maladies du péril fécal

Les maladies du péril fécal sont des maladies qui sont causées par la contamination de l'eau et des aliments par des matières fécales. Ces maladies comprennent en générale, la diarrhée, le choléra, la fièvre typhoïde et l'hépatite A, entre autre. Au Tchad, le taux de la mortalité infantile dû aux maladies du péril fécal est estimé à plus de 19000 tchadiens donc notamment 15900 enfants de moins de 5ans meurent chaque année. A Mongo, au Tchad, il est nécessaire de souligner que l'accès à l'eau potable et aux installations sanitaires sont très limité et les maladies du péril fécal constituent un problème de santé important en particulier chez les enfants dans cette localité. Ces maladies sont presque à 90% directement attribués à l'impureté de l'eau et au manque d'assainissement et d'hygiène Wash, (2012).

Le taux de mortalité infantile liée aux maladies du péril fécal a Mongo selon EDS, (2017) s'élève à plus de 17,3%. Sur une population de 598889 habitants enrôlés, le taux de détection des maladies du péril fécal est de 1543.

La mortalité infantile liée aux maladies fécales, telles que la diarrhée est un problème majeur à Mongo, au Tchad. Ces maladies sont souvent causées par une mauvaise hygiène et un accès limité à l'eau potable et aux installations sanitaires adéquates.

Les enfants à Mongo sont particulièrement vulnérables aux maladies fécales et c'est ce qui amène un médecin à déclarer ceci : ceci est en raison de leur système immunitaire encore en développement et de leur tendance à toucher des surfaces contaminées et à mettre leurs mains dans leur bouche. La diarrhée sévère peut entraîner une déshydratation rapide chez les nourrissons et les jeunes enfants, ce qui peut entraîner la mort si elle n'est pas traitée rapidement.

B. Mortalité infantile liées aux maladies nutritionnelles

Les maladies nutritionnelles sont également une cause majeure de la mortalité infantile c'est ce qui fait déclarer un médecin en ce terme : les carences en nutriments essentiels tels que les vitamines, les minéraux et les protéines entraînent un retard de croissance, une faiblesse immunitaire et des complications graves chez les nourrissons et les jeunes enfants dans cette localité.

La malnutrition est l'un des principaux facteurs de la mortalité infantile à Mongo. Les principales maladies chez les enfants À Mongo comprennent la kwashiorkor, le marasme, la carence en vitamine A, la carence en fer et la malnutrition aiguë sévère. Ces conditions

entraînent un affaiblissement généralisé du corps, une susceptibilité accrue aux infections, des retards de développement et même la mort.

En définitive, les maladies nutritionnelles sont une cause importante de la mortalité infantile à Mongo et dans des nombreuses régions du monde. C'est ce qui fait confirmer lors de cet (EI-un médecin nutritionniste à l'hôpital de Mongo en date du 13 juillet 2023), a dire :

« oui moi je pense que oui parce que les parents par exemple de l'enfant étant peut être ignorant de l'état de santé de leur enfant pensant que ce sont les attaques des sorciers ou des esprits alors que l'enfant souffrirait d'une maladie ayant une cause organique ils vont vouloir maintenir l'enfant, retenir l'enfant pendant longtemps à la maison avec ces histoires pensant que c'est sont des attaques des sorciers ou bien des mauvaises esprits et cela pourrait jouer défavorablement sur l'état de santé de l'enfant pourquoi pas l'induire dans une situation de malnutrition. Moi je pense que cela est possible les croyances en ces histoires peut plus conduire l'enfant dans un état de malnutrition. On peut estimer le taux de mortalité liée à la malnutrition a environ 5%. 5% parce que je ne connais pas la prévalence exacte mais sa peut aussi aller au-delà».

Selon DSSIS, (2020) le taux de la malnutrition à Mongo est de 3046,26/100000hbs. La prévention de ces maladies nécessite une alimentation adéquate et équilibrée, ainsi qu'un accès à des soins de santé appropriés pour le diagnostiquer et traiter les carences nutritionnelles dès leur apparition. La situation nutritionnelle est urgente selon le seuil défini pour les urgences humanitaires à Mongo. Au niveau de la province, la situation nutritionnelle va d'acceptable a urgente car le taux de la mortalité liée aux maladies nutritionnelles a atteint 19,6%, dépassant ainsi le seuil critique de 15% fixé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

C. Mortalité infantile liées aux maladies héréditaires

La mortalité infantile liée aux maladies héréditaires est une préoccupation importante dans de nombreux pays, y compris le Tchad. Les maladies héréditaires sont des résultats de la mutation génétique transmises de génération en génération.

La mortalité infantile liée aux maladies héréditaires est causée par plusieurs facteurs notamment la mutation génétique, la consanguine les soins de santé inadéquats, les complications liée à la grossesse et à l'accouchement.

Parlant des mutations génétiques, il faut noter que certaines maladies héréditaires sont causées par des mutations génétiques qui agitent le développement normal du fœtus. Ces mutations à leur tour peuvent entraîner ce que l'on appelle malformation congénitales ou des troubles du développement ou des maladies graves qui peuvent entraîner la mort. En ce qui

concerne la consanguinité, dans certaine culture comme chez les arabes du Tchad, (EDS/2017) les mariages entre les membres de la famille proche sont courants. C'est ce qui augmente le risque de tradition des maladies héréditaires car les parents ont plus de chances de porter les mêmes gènes défectueux.

Pour les soins de santé inadéquats, dans les pays en développement ou dans les communautés défavorisées, l'accès aux soins de santé est très limité. Comme le cas du Tchad qu'il faut faire 15km à 60km (EDS/2017) pour accéder à un centre de santé. Cette situation empêche les parents d'obtenir un diagnostic précoce et un traitement approprié pour prévenir leurs enfants des maladies héréditaires. A cela, s'ajoute les complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Il est évident de comprendre que certaines maladies héréditaires entraînent le plus souvent des complications pendant la grossesse ou l'accouchement. C'est l'exemple du saignement excessif, une insuffisance cardiaque ou une détresse respiratoire pour le nouveau-né.

Ainsi, au Tchad d'une manière générale l'on constate une existence des maladies héréditaires. C'est le cas de la drépanocytose ou de la trisomie 21. Cependant, le taux des maladies telles que la drépanocytose au Tchad d'une manière générale est estimé chez les enfants drépanocytaire de 8% avant l'âge de 1ans et 19% avant l'âge de 5ans. Ainsi, La mortalité infantile liée aux maladies héréditaires est un grave problème qui sévit dans la région du Guera à Mongo. Ces maladies causent un problème de santé chez les nourrissons voir entrainer leurs morts qui selon EDS Tchad, (2017) l'on peut estimer à plus de : 3,5%. La mortalité infantile liée aux maladies héréditaires est une réalité qui sévit dans la ville de Mongo mais la majorité de la population ignore ou encore ne connaît pas son origine par manque d'éducation et d'alphabétisation.

III. AMULETTES PROTECTRICES ET PROPAGATION DES MALADIES INFANTILES

Dans cette partie, il est question pour nous de démontrer l'impact du recours aux amulettes protectrices par les parents d'enfants à Mongo et comment cette population contribue à la propagation de certaines maladies infantiles. C'est donc le lieu de montrer plus les parents au lieu d'aller traiter ces maladies à l'hôpital donc en ayant recours à la médecine moderne vont plutôt utiliser les amulettes protectrices ce qui fait en sorte que certaines enfants continuent par tomber malade et même de se contaminer les uns aux autres. Ainsi, dans ce sous chapitre, nous parlerons d'ancrage culturel en problématique et une observation macabre.

A. Un ancrage culturel problématique

Selon UNESCO, (1982) la culture est définie comme « l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Là elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyance ». La culture est considérée à cet effet comme un élément essentiel du développement humain, favorisant la diversité, le dialogue interculturel et la cohésion sociale. Ainsi, dans la ville de Mongo force est de constater que la population s'adonne à la culture et à la religion car tout ce dont cette population fait, met en premier lieu la culture. Ainsi lors de la descente sur le terrain, un nombre des parents et des familles refusaient de répondre à nos questions en disant ceci : « c'est la religion, c'est la culture, je ne peux pas m'exprimer car ça va à l'encontre de notre culture » fin de citation. Cela nous montre comment cette population est accro à la religion et à la culture. Mongo est jusqu'à la considère comme un laboratoire de culture. Le laboratoire est un lieu où se partage les connaissances, des vécus etc. A Mongo, il a été constaté que la pratique des amulettes protectrices est ancrée dans la tradition de cette communauté. Voici en image quelques amulettes et pratiques culturelles de cette communauté.

Photo 9 : Grenier de conservation des amulettes.



Source : photo prise le 05 juin 2023 à Mongo par Mendiguilembaye Frédéric Dionrang.

Dans cette première photo, l'on aperçoit un panier tissé, ceci représente un grenier pour la conservation des produits locaux c'est-à-dire les écorces, et les poudre des plantes.

Photo 10: Oignons sauvages



Source : photo prise le 12 juin 2023 à Mongo par Mendiguilembaye Frédéric Dionrang.

Dans cette photo on peut voir les oignons sauvages que selon ce dernier permet de chasser les serpents, les sorciers etc.

Photo 11: Bébé porteur d'amulettes.



**Source : photo prise le 06 juin 2023 à Mongo par Mendiguilembaye Frédéric
Dionrang**

Sur cette photo, on aperçoit un enfant ayant porté les amulettes au cou.

Photo 12: Les amulettes en état de confection.



Source : 11 juin 2023 à Mongo par Mendiguilembaye Frédéric Dionrang.

Sur cette image, il ressort quelques amulettes en état de préparation. En blanc, c'est un verset coranique qui a été ensuite couvert des files puis mise dans une peau de bœuf qui sera ensuite cousu par les spécialistes.

Ces images prises lors de la descente sur le terrain expliquent le fait que cette population est attachée aux croyances et à leurs cultures ou leurs religions.

B. Une observation macabre

Lors d'une observation à Mongo, au Tchad, des amulettes protectrices ont été associées aux propagations des maladies infantiles créant une situation macabre au sein de la communauté. En effet, de nombreux enfants portant ces amulettes ont été touchés par des maladies telles que la rougeole, la varicelle et d'autres infections infantiles.

Les amulettes protectrices sont largement utilisées dans certaine société ou région d'Afrique pour se protéger contre les maladies et les mauvais esprits. Cependant, dans la ville de Mongo, il semble que ces amulettes aient contribué à la propagation des maladies infantiles plutôt qu'à leur prévention. C'est dans ce cadre que lors de cet (EI-un médecin à l'hôpital de Mongo en date du 20 août 2023), déclare :

« Vous voyez, prenons l'exemple du choléra, la majorité des parents ici ne connaissent pas les signes au lieu qu'ils amènent leurs enfants à l'hôpital dès que l'enfant commence à faire la diarrhée ou à vomir, préfère garder leurs enfants longtemps à la maison en lui prescrivant les produits traditionnelles pendant ce temps, d'autres personnes en contact avec l'enfant partagent avec lui les symptômes et finissent par être contaminés par la suite. C'est aussi le cas de la méningite, la tuberculose etc. ».

Cette observation a par la suite soulevé des préoccupations quant à l'efficacité et la sécurité des pratiques traditionnelles qui sévissent dans cette localité pour la protection contre les maladies.

VI. MONGO : UN LABORATOIRE DE PRODUCTION DES PRATIQUES CULTURELLES LIEES A LA SANTE

Dans cette partie, il est important de mettre en lumière l'importance de comprendre et de respecter les pratiques culturelles locales tout en veillant à ce qu'elles ne compromettent pas la santé des populations, en particulier celle des enfants. Il est crucial dans ce travail de présenter les facteurs de la production des pratiques culturelles liées à la santé à Mongo et de parler également de la faiblesse des dynamiques favorables aux changements de mentalité dans cette zone.

A. Les facteurs de la production des pratiques culturelles liées à la santé à Mongo

Considéré comme un lieu où on produit les pratiques culturelles liées à la santé, Mongo fait face à plusieurs facteurs qui justifient la production des pratiques culturelles liées à la santé. Ces facteurs sont entre autres :

- Contexte socio-économique : le niveau de développement socio-économique de cette ville comme Mongo, influence les pratiques culturelles liées à la santé. Des conditions de pauvreté, un accès limité aux ressources et aux services de santé rend difficile la mise en place de pratiques saines.
- Éducation et sensibilisation : le niveau d'éducation et de sensibilisation de la population joue un rôle crucial dans l'adoption de pratiques culturelles liées à la santé. Car une population éduquée et bien formée est plus susceptible de comprendre et de mettre en pratique des comportements sains.
- Croyances culturelles : les croyances, les normes et les valeurs culturelles de cette localité influencent les pratiques de santé. Par exemple, certaines croyances traditionnelles conduisent à des pratiques néfastes pour la santé, comme la méfiance

envers les interventions médicales modernes ou les tabous entourant certains problèmes de santé tels que le VIH/SIDA.

- Les infrastructures de santé : l'accès aux services de santé et la qualité des infrastructures de santé disponible jouent un rôle majeur dans les pratiques culturelles liées à la santé. Des installations de santé bien équipées et facilement accessible peuvent encourager les individus à adopter des comportements sains.

A cet effet, il faut comprendre que ces différentes pratiques liées à la santé jouent un rôle dans la mortalité due à la diarrhée. Par exemple, certaines croyances ou traditions culturelles qui influencent les choix de traitement ou de prévention de la diarrhée, et c'est ce qui a un impact sur la santé des individus dans cette localité.

B. La faiblesse des dynamiques favorables aux changements des mentalités

Les dynamiques en science sociale sont des facteurs qui entraînent le changement, c'est-à-dire tout fait social qui par son action, peut entraîner un changement social, une transformation d'une situation A vécue dans une situation B. Comme le souligne Balandier, (1967) la dynamique du changement social est le résultat de diverses forces en interaction, telles que les conflits, les mouvements de population, les innovations technologiques, les changements politiques et économique, les interactions culturelle, etc. Force est de constater que dans la ville de Mongo les mentalités parentales n'ont pas beaucoup évolué et c'est l'une des raisons pour laquelle le recours aux amulettes protectrices persiste à Mongo et que l'impact sur la santé des enfants va en grandissant. Plusieurs facteurs expliquent donc cette faiblesse des dynamiques du changement des mentalités à Mongo à savoir :

- Tradition et conservatisme : comme l'avait si bien souligné Durkheim, (1987) dans les règles de la méthode sociologique, le fait social exerce une contrainte ou une coercition dans la vie des êtres humains. Ainsi, les mentalités de la population de la ville de Mongo sont largement influencées par les traditions, les normes et les coutumes qui sont établies depuis longtemps et transmises par les maîtres de la tradition qui sont les gardiens des traditions dans cette localité.

La population de Mongo est à cet effet réticent à changer leurs attitudes, et leurs croyances en raison de confort et de la stabilité que procure cette tradition.

- Peur de l'inconnu : l'arrivée de certaines communautés dans cette localité a donc amené la population à avoir peur vis-à-vis d'eux. Selon eux, ses communautés sont

capable de changer de changer leur mentalité et donc de les détourner vis-à-vis de leur tradition ou de leurs cultures ce qui amène donc certaines personnes à se méfier des inconnus.

- Structure sociale rigide : dans la ville de Mongo, la structure sociale est rigide et hiérarchique, et qu'il est très difficile pour qu'une idée progressiste s'impose, car les normes sociales strictes et les rôles assignés limitent la capacité des gens à remettre en question les mentalités qui sont déjà établies.
- Manque d'éducation ou d'accès à l'information : le manque d'éducation et d'accès à l'information est un maux très crucial qui sévit aux Tchad malgré les avancées technologiques. Ces manques d'éducation et d'accès à l'information limitent donc la capacité de cette population à remettre en question leurs croyances et adopter de nouvelles mentalités. Car lorsque l'éducation et les sources fiables d'informations sont limitées, il est très difficile de susciter un changement significatif.
- Pression culturelles et socio-économiques : à Mongo, il faut retenir que les mentalités sont souvent influencées dans cette région par des facteurs culturels et socio-économiques tels que la religion, les valeurs familiales, et les conditions économiques.

En effet, ces pressions fournissent un cadre rigide et décourage parfois les changements de mentalité, car la population n'a pas le droit de contredire ce qui a été établi et transmis d'une génération a une autre. Ainsi, l'ensemble de ces facteurs font en sorte que les mentalités parentales de la population de Mongo reste très faibles et donc favorise un certain nombre de propagations des maladies étant donné qu'ils sont contraints de respecter la tradition d'où le Coran.

Toutefois, si 3,5% de la population meurent à Mongo au Tchad suite à des maladies héréditaires, il faut comprendre que c'est dû à la méconnaissance des germes et les différentes manières de transmission de ces maladies héréditaire. Car, en effet, il y'a une insuffisance de scolarisation, l'analphabétisme des certains parents, sont donc un ensemble des causes ou d'ignorance de l'existence de ces maladies héréditaires bien que quelques catégories de la population a des connaissances sur leur transmission.



CONCLUSION

En définitive, cette recherche portant sur les savoirs locaux et santé infantile : perception et l'usage des amulettes protectrices sur la santé des enfants a Mongo/Tchad est assigné de montrer comment la population de la ville de Mongo au Tchad perçoivent la notion des amulettes protectrices. Pour cette analyse, l'on a déployé plusieurs sources de collectes notamment documentaires, suivi de quelques entretiens. Rappelons ici que les AP sont des objets de protection qui a existé depuis l'antiquité Gréco-romaine et qui continu encore jusqu'à nos jours que ça soit en Europe, aux Usa, en Afrique et particulièrement au Tchad.

Dans cette recherche, il a été formulé comme question principale à savoir : Quel est l'influence des savoirs locaux sur la santé infantiles dans la localité de Mongo/Tchad ? Ceci a conduit à la formulation d'une hypothèse en rapport avec cette interrogation en ce terme : Les savoirs locaux exercent une influence significative sur la santé infantile à Mongo/Tchad. Cette question à donner lieu à trois questions secondaires corollaires à celle-ci. Ces questions ont produit à leur tour trois hypothèses que les entretiens, les discussions de groupe ou encore la recherche documentaire réalisée sur le terrain ayant permis de confirmer. Cette vérification des hypothèses a été effective avec l'appui des cadres théoriques et méthodes de collectes des données mises en œuvre. Sur le plan théorique, la théorie dit HBD (Model de Croyance en Santé) a permis de comprendre le sentiment d'usage des amulettes protectrices sur la santé des enfants à Mongo ; et le théorème de Thomas a favorisé à son tour de compréhension des motivations et les représentations sociales autour de l'usage des amulettes protectrices.

Quant aux méthodes de collectes des données, il a été retenu les entretiens semi-directifs. Que ceux-ci ont permis d'appréhender des phénomènes complexe et rarement exprimé afin de comprendre leurs motivations, leurs sentiments, normes et attitudes des enquêtés au sujet de la perception et l'usage des AP.

D'après les résultats obtenus, les populations font preuve d'un embrigadement entre le dilemme de la tradition et de la modernité. Le maintien de la tradition est souvent considéré par cette communauté comme l'une des raisons pour justifier la pratique ou l'usage des AP liées à la santé des enfants.

Outre cela, les résultats soulignent également que les facteurs socio-culturels tels que l'ethnie, la religion, la tradition, le niveau d'instruction sont fortement corrélés à la pratique des AP à Mongo au Tchad. Le résultat obtenu a montré que la pratique des AP est une affaire de toute personne dans la région, Hommes, Femmes, Enfants, Vieillards, tous sont concernés par cette pratique. En effet, l'exigence de cette pratique et le poids de la tradition de passage sont des principales raison d'usage des AP en ce qui concerne la santé par les enquêtés. Au

cours de cette recherche, quatre chapitres ont été élaborés respectivement aux questions de recherche. Le premier chapitre s'intitule comme suit : Présentation de la zone d'étude. Dans ce chapitre, une présentation géographique de la zone a été faite, ainsi que l'aspect politique, économique et physique de cette ville.

Le deuxième chapitre qui s'intitule perceptions des amulettes protectrices, de la santé et de la maladie chez les parents d'enfants à Mongo a fait donc l'objet de différentes perceptions au tour des amulettes protectrices. Cette perception se situe donc à plusieurs niveaux ou nous avons en premier lieu parlé de la perception de l'origine de la maladie. Dans la ville de Mongo, il a été constaté que la population croit à l'origine spirituelle de la maladie, maléfique de la maladie, et biologique. Tout cela a été vérifié grâce aux entretiens. Il a été aussi mentionné dans ce chapitre la méconnaissance/ ignorance des origines microbienne de la maladie. La population de la ville de Mongo, méconnaissent l'origine microbienne de la maladie faute de sous scolarisation et un fort ancrage à la culture.

En ce qui concerne le troisième chapitre, recours aux amulettes protectrices et choix médicaux des parents à Mongo/Tchad, il ressort dans ce chapitre que les parents d'enfants dans cette ville ont divers préférence pour soigner leurs enfants. D'aucun estime passer de l'hôpital vers les tradipraticiens, d'autres des tradipraticiens vers l'hôpital et d'autres ne savent pas vers ou se tourner et donc ce retrouve entre le doute et l'indécision, c'est dont ce qui nous amené a intitulé le quatrième chapitre amulettes protectrices, morbidité et mortalité infantile à Mongo/Tchad.

D'après quelque médecin que nous avons interrogé dans la ville de Mongo a la question de savoir si le recours aux AP ne favorise-t-il pas la mortalité ou la morbidité infantile ? Ceux-ci ont mentionnés que 5% des enfants meurent à cause de recours aux AP. en plus de cela, Mongo fait face aux maladies du péril fécal, ainsi que nutritionnelle. D'après les informations relayées par Alwhida info, la population tchadienne et particulièrement ceux de la ville de Mongo souffre d'un manque d'eau potable.

Eu égard de cette recherche, il convient de noter que la perception des amulettes protectrices semble occupée une place de choix dans cette communauté. Les amulettes sont perçues dans cette communauté comme un ensemble des moyens curatif et préventif des maladies chez les enfants voir même les grandes personne dans cette localité. Il a été également constaté dans cette localité que les amulettes ayant un pouvoir surnaturel pour protéger les enfants des maladies et des forces surnaturelles.

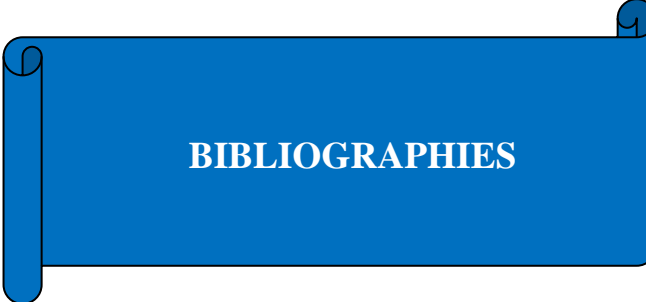
L'usage des amulettes protectrices est à cet effet un fait social comme disait Durkheim, (1987) dont c'est partagé par la majorité de cette communauté. Ces pratiques traditionnelles sont ancrées dans la tradition culturelle de cette communauté. Les parents d'enfants à Mongo utilisent souvent ces amulettes comme une technique dite « pluri-médication », pour assurer la santé de leurs enfants. Ces pratiques à Mongo sont influencées par des croyances locales et une perception de l'efficacité des amulettes protectrices sur la santé infantile.

En effet, l'utilisation de ces amulettes protectrices a un impact sur les soins de la santé des enfants. Certains parents dans cette ville comptent spécifiquement sur ces amulettes pour protéger ou guérir leurs enfants, ce qui entraîne un certain nombre de retard ou un manque d'accès aux soins médicaux modernes. Ce dernier cause la mort des enfants a plus de 15,3% des maladies liées au péril fécal, 3, 5% des maladies liées à la malnutrition et plus de 19,6% des maladies héréditaires selon EDS-MICS/Tchad, (2017).

Les résultats suggérer ici existe en effet un besoin d'éducation, d'information et de la sensibilisation sur des pratiques de santé infantile basées sur des preuves scientifiques. Il faut aussi noter que les savoirs locaux et les croyances traditionnelles jouent un rôle crucial dans la santé des enfants à Mongo au Tchad.

Il est donc essentielle de prendre en compte ces croyances qui sont des connaissances vulgaires c'est-à-dire qui ne sont pas fondés sur des preuves scientifiques et des pratiques locales dans les programmes de la santé infantile afin de mieux comprendre et répondre aux besoins des communautés. Cet acte nécessite en effet une approche respectueuse et inclusive qui intègre les savoirs locaux dans les interventions de santé publique afin d'assurer les résultats positifs pour la santé des enfants.

Nous ne prétendons pas avoir fait une étude exhaustive, c'est la raison pour laquelle nous invitons d'autres chercheurs à creuser davantage sur la question de la perception et l'usage des AP sur la santé des enfants dans les localités de Mongo au Tchad.



BIBLIOGRAPHIES

Ouvrages généraux

- ABAYOMI SOFOWORA., 2010, *Plantes médicinales et médecine traditionnelle d'Afrique*, Karthala, éd.
- AKTOUF Omar., 1987, *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations : introduction à la démarche classique et une critique*, Presses de l'Université de Québec.
- BADO Jean-Paul., 2006, *Les conquêtes de la médecine moderne en Afrique*, Karthala, éd.
- BALANDIER Georges., 1967, *Anthropologies politiques*, Paris, PUF.
- BEAUD Stéphane., et WEBER Florence., 2013, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, Edition la découverte.
- BLANCHET et A. GOFFMAN., 2015, *l'Enquête et ses méthodes : entretien*, Paris, Armand colin, 2e éd. Coll. 128.
- CHAPELLE Jean., 1986, *Le peuple tchadien ses racines et sa vie quotidienne*, l'Harmattan.
- DUMEZ Hervé., 2012, *Méthodologie de la recherche qualitative*, Paris, Vuibert.
- DURKHEIM Émile., 1912, *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, PUF.
- DURKHEIM Émile., 1995, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1995.
- GHIGLIONE Rodolphe et MATALON Benjamin., 1978, *Les enquêtes sociologiques. Théories et pratiques*, Paris, Armand Collin.
- GRAWITZ Madeleine., 1996, *Méthode de science sociale*, Paris, Dalloz.
- GRAWITZ Madeleine., 1999, *Lexiques des sciences sociales*, Paris, Dalloz.
- LINDSAY David., 2011, *Guide de rédaction scientifique*, éd. Quae.
- MENDRAS Henry., 1965, *Éléments de sociologie*, Paris, Armand Colin 1965.
- QUIVY, Raymond et CAMPENHOUDT, VAN Luc., 1995, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris Dumod.

Ouvrages spécifiques

AERT C.F., 1964, *La race du Tchad*, Inédit.

ANDRONIKOF Constantin., 1988, *Le sens de la liturgie*, Paris, éd. Cerf.

ARAKAWA, A. et MURAKAMI, K., 2006, *Les fonctions du port d'amulette : observation des relations entre donateur et récipiendaire*, société japonaise de psychologie sociale.

Assemblée Nationale Mondiale de la santé, résolution WHA.28-88.

BABOUR, R. et KITZINGER., 1999, *Develloping focus group research : politics, theory and pratice*, Londres, Sage, p.47-64.

BALICK Michael J., 1996, *The science of ethnobotany*, review of plants people and culture.

BALICK, Michael J., 1980, *The biology and economics of the Oenocarpus-Jessenia (palmae) complex*, Hollis, Harvard University Library.

BARTH H., 1927, *Origine de sultanat du Barguirmi*, Bulletin de recherche congolaise.

BENOIST, J., 1993, *Anthropologie médicale en société créole*, Paris, PUF.

BOURDIEU Pierre., 1979, *La distinction*, France, éd Minit.

CAMUS Albert., 1947, *La peste*, France, Gallimard.

CASTENEDA Carlos., 2012, *l'Herbe du diable et la petite fumée*, littérature étrangère, presses Universitaire du Midi.

Chapelle J., 1980, *Nomade noirs du Sahara, les Toubous*, Paris, l'Harmattan.

Chapelle J., 1986, *Le peuple tchadien : ses racines, sa vie quotidienne et ses combats*, Paris l'Harmattan.

CHETCHA, CHEMEGNI, B, BAMZOK, EK, Ola'a, NGO SACK F, NGOUADJEU, E, MBANYA, D., 2018, *Morbidité et mortalité chez les patients drépanocytaires au service d'hématologie de l'hôpital central de Yaoundé*, the journal of médecine and Heath sciences.

DAQUIN Saint Thomas., *somme théologique*.

DASEN Véronique., 2003, *Les amulettes d'enfants dans le monde gréco-romain*, Oxford, Oxford University Press.

DOZON, Jean-Pierre, et SINDZINGRE., 1990, *Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle en Afrique contemporaine*, Italie, la Vie mutualiste.

ESTACHE Antonio., 2006, *Les infrastructures de l'Afrique : problèmes et perspective*, Ecares, Université libre de Bruxelles.

EZEMBE Ferdinand., 1994, *Représentation de la relation thérapeutique : explication du processus de guérison en médecine moderne et en médecine traditionnelle par les médecins européens et les...*, Paris 10.

FUCHS P., 1989, *Les Kenga et l'histoire du Baguirmi*, Paris, l'Harmattan.

FUCHS P., 1997, *Les religions hadjaray*, Paris, l'Harmattan.

GASPARD Claude., 2019, *Étude qualitative : définition, techniques, étapes et analyse*, publié le 22 octobre.

Gilet H., 1962, *Végétation et sol du centre du Tchad, Feuilles de Mongo-Melfi-Bokoro-Guera*, Journal d'agriculture tropical et de botanique appliquée.

Gilet H., 1964, *Agriculture, végétation et sol du centre du Tchad, feuilles de Mongo-Melfi-Bokoro*, ORSTOM, CRT, Fort-Lamy.

HARKANI Abdellatif., l'infection néonatale : expérience du CHU Mohammed VI de Marrakech, thèse, Marrakech 2010.

JAUREGUIBERRY Stéphane, BELEC Moise, RAHOLINIANA Nicole, ROSOLOMAHEFA Dieudonné., les caractéristiques épidémiologiques, Madagascar, 2000.

KAPLAN David., 2001, *Nomadisme scientifiques et nouvelle géopolitique du savoir*, Revue Internationale des sciences.

KOUAKOU BAH J-P., 2000, *La santé infantile dans la puériculture africaine : cas de la Côte d'Ivoire*.

LAD Vasant., 2002, *Āyurveda science de l'auto-guérison*, éd. Turiya.

LE ROUVREUR A., 1962, *Sahélien et saharien du Tchad*, Paris, éd Berger-Levrault.

Lebeuf-Annie M. D., 1959, *Les populations du Tchad*, Paris, PUF.

LECOUTEUX Claude., 2005, *Le livre des talismans et amulettes*, Paris, éd Imago.

LEVIS-STRAUSS Claude., 1964, *Mythologiques, le Cru et le Cuit*, Paris, Plon.

LOSCHER Valentin., 1697, *Istorumena de Ordine Elephantino*, Kreusigus.

LOVELL Nadia., septembre 1995, *Pluralisme thérapeutique et stratégie de santé chez les Evhé du Sud-Est Togo*, Paris.

MATTEWS, D.A., 1998, *Religion and spirituality in the care of patients with chronic renal failure, dialysis and transplantation*, p.136-140.

NACHTIGAL G., 1876, *Sahara und sundan*, éd. Weltgeist-Bucher.

NACHTIGAL G., 1889, Voyage en Afrique centrale, Bulletin de la société de géographie, 1879-P. 129-155.

PIAS J., 1970, *Notice explicative n° 41 pédagogique du Tchad*, Paris OSRTROM,.

PIERRINE Didier., 2019, *Automédication et pluralisme thérapeutique : la construction du choix du remède et du thérapeute dans une localité rurale à Madagascar*, Anthropologie & Santé.

POUILLON J., 1964, *La structure du pouvoir chez les Hadjarai*, l'Homme, Tome 4, 3.

POUILLON J., 1976, *Rite, histoire, structure chez les Kenga*, l'Homme, XV, 1, p.29-41.

RASHIM, AHLUWALIA, et MECHIN, Bernard., 1979, *la médecine traditionnelle au Zaïre : fonctionnement et contribution potentielle aux services de santé*, Ottawa, Ont, CRDI, p. 63.

SEIDI Martin., 2022, les maladies hydriques et le péril fécal comment les éviter par la promotion de l'hygiène.

SHEILA Paine., 2004, *Amults a world of secret power charms and magic*, Londres Thames and Hudson.

STEVENSON, R.G., 1994, *Dragon as amulets, dragon as talismans, dragon as counselors*, Death studies, p.219-228.

TALCOTT Parsons., 1970, *La médecine libérale et société*, Paris-La Haye, Mouton.

TED J. KAPTCHUK., 2013, *Medical school placebo*, Harvard Magazine,.

Terre des hommes 1960.

TREMBLAY, Marc-ADELAR., 1983, *l'Anthropologie de la santé en tant que représentation*, Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval, Volume 23 number 3.

TURNER Victor., 1967, *The forest of symbols: aspects of Ndembu ritual*, Ithaca, Cornell University Press.

Vincent J.-F., 1962, *Les margai du pays (Tchad), contrition à l'étude des pratiques religieuses*, Bulletin de recherche scientifiques au Congo, p.63-113.

WALLIS Budge., amulets and superstitions, Binding Hardcover, 1930.

WALSH, J.J., 1912, *Amulets, talismans. The application of Energies derived from the mind to the treatment of disease*, New York, VIII- 60-63.

WAYNE W.Dyer., 2009, *Il existe une solution spirituelle a tous vos problèmes*, Éditeur, J'ai Lu, aventure secrète.

Articles scientifiques

AHMED-YAHIA, Adel, CHAMIEH, Raïssa, MACHINET, Antoine., 2015, *Santé-les maladies nutritionnelle*.

ASCH SUSAN MACGAFFEY., (Wyatt) Modem Kongo prophets, In : archives de sciences sociales des religions, n° 57/2,1983. pp.253-254.

Borgen projet NW opportunities : 10key fact about pouverty in Chad, 2018.

HANSEN James, climat science and advocacy project under way, sur science, AAAS, février 2014, consulté le 28 juillet 2023.

Japanese charms and amulets, 1916.

OCHA, aperçu des besoins humanitaires, 2016.

Organisation Mondiale de la Santé., 1946, *Équité en santé*, anaales des sciences de la santé.

Organisation Mondiale de la Santé., 2014-2023, *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle*.

Partenaria Mondial pour l'éducation, l'Education au Chad, 2012.

POPAT Maël., 2022, *L'histoire des amulettes de protection : rôle et symbole*, 2022, consulté le 25 novembre.

Rapport de l'atelier interrégional de l'OMS sur l'utilisation de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaire, Genève, OMS, 2009.

Rapports

Rôle de la médecine traditionnelle dans les soins de santé, New Delhi, bureau régional de OMS pour l'Asie du Sud-Est, 2010.

Saint Augustin., la cité de Dieu, 413-426.

Santé de la mère et de l'enfant au Sénégal : exemple de la magie.

THIERRY F., 2022, *Amulettes et talismans de la Chine ancienne*, consulté le 25 novembre.

UNESCO, impact of conflict on children's health and disability, 2010.

World Health Organization, WHO, guidelines on the management Genève, 2016.

Thèses et mémoires

ADIRDIR Souleymane., 2022, *Accès des populations à l'eau potable dans la ville d'Ati au Tchad, mémoire de master*, Université de Yaoundé I.

BOUCON Valery., 2010, *Les garantis : objets à la croisée des chemins entre monde profane et monde sacré, mémoire de maîtrise*, Université de Paris 8, Paris, France.

BOUCON Valery., 2018, *Les objets inanimés : facteurs de protection dans le processus de résilience*, thèse, Paris VIII, Paris, France.

MARABE NGAR-ODJILO., 2006, *Voyages et voyageurs dans le bassin du Tchad aux marges du tourisme, thèse*, Université de Grenoble.

NOUBARAMADJE Moise., 2006, *Système de santé au Tchad et l'appui du projet santé 8e FED : Bilan et perspectives, mémoire de master*, ENAM/N'Ndjamena-Tchad, DESS.

NSANGOU, MBOUEMBOUE, Moustapha, Mohammed, Moncher., 2010, *Les comportements sexuels et reproductifs des femmes vivant sous antirétroviraux au Cameroun, mémoire de master II*, Université de Yaoundé 1, avril.

PAFADNAM Yacouba., 2018, *l'influence du surveillant d'unité de soins dans l'amélioration de la qualité des soins au centre hospitalière universitaire pédiatrique Charles De Gaulle, mémoire de master 2 en science infirmières, Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Éducation (FRISSE), Burkina Faso.*

Journaux et autres documents

Dictionnaire de sociologie

Dictionnaire Larousse 2008.

Dictionnaire le petit Larousse illustré 2007.

Dictionnaire Robert 1992.

Enquête démographique et de santé 1996-1997.

Enquête démographique et de santé et à indicateur multiples au Tchad (EDS-MICS), 2017.

Enquête démographique et de santé et à indicateur multiples au Tchad (EDS-MICS), 2014-15.

Enquête démographique et de santé Tchad, 2014-2015.

Enquête smarte Tchad 2020.

Institut national de la statistique, des études économiques et démographique (INSEED), 2014-2015.

Jérôme Lejeune, la découverte de la trisomie 21, mythe et fait.
<http://www.Flickr.com/photos/12513982@N04/>

La revue prescrire, octobre 2005, Tome 25 N° 265, p.698-699.

Le petit Robert 1986.

Malnutrition : institut national de la statistique au Niger (INSN), 2022.

MBAINAISSEM Gédéon., médecine traditionnelle, mythe ou réalité ? Alwihda Info, 14 juillet 2021.

Ministère de la santé du Tchad, santé de la mère et de l'enfant, 2023.

Ministère de la santé publique, annuaire des statistiques sanitaires, Tchad, Tome A, 2022, 34em Edition,

Ministère de la santé publique, enquête nutritionnelle et de mortalité rétrospective au Tchad, 2017.

Ministère de la santé publique, plan multisectoriel de lutte et de contrôle des maladies non transmissibles, janvier 2017.

Tchad Infos, santé : la 21e journée africaine de la médecine traditionnelle, 30 août 2021.

Webographies

Histoire de l'Inserm (<http://histoire.inserm.fr>).

http://doi.org/10.4000/encyclopedie_berbere.2487

<http://www.Jstor.Org/stable/534353>

http://www.uqac.quebec.ca/zone_30/classique_des_sciences_sociales/index.html

<https://www.humanitarianresponse.info/en/system/files/documents/files/tchad-hno-2016>

<https://doi.org/10.1111/j.1540-6261.1985.tb02384>

Information télévisé de la santé 2023.

INSEED –Tchad. <https://www.inseed.td>, mortalité, consulté le 25 juillet 2023.

WHO Global Health Atlas cholera cause 2006-09.

www.medicinetropicale.com



ANNEXES

Annexe 1: Attestation de recherche

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

FACULTÉ DES ARTS, LETTRES
ET SCIENCES HUMAINES

DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

BP : 755 Yaoundé
Siège : Bâtiment Annexe FALSH-UYI, à côté AUF
E-mail : depart.socio20@gmail.com



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS, LETTERS
AND SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur **LEKA ESSOMBA Armand**, Chef de Département de Sociologie de l'Université de Yaoundé I, atteste que Monsieur **MENDIGUILEMBAYE Frédéric Diornang**, Matricule **21N101** est inscrit en Master II, option Population et développement. Il effectue, sous la direction du Docteur **NSANGOU Moustapha Moncher**, un travail de recherche sur le thème : « **Savoir locaux et santé infantile : perceptions des amulettes protectrices sur la santé des enfants à Mongo/Tchad** ».

Dans le cadre de cette recherche, il aura besoin de toute information non confidentielle, susceptible de l'aider à bien conduire sa recherche.

En foi de quoi, la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Yaoundé, le 23 DEC 2022



Le Chef de Département

Armand LEKA ESSOMBA
Maître de Conférence

Scanné avec CamScanner

Annexe 2: GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour/Bonsoir Mr/Mme, je suis étudiant en master 2 de sociologie à l'Université de Yaoundé/Cameroun. Dans le cadre de notre formation, il nous a été demandé de produire un mémoire de fin d'études. C'est ainsi que nous cherchons à rassembler des informations précises sur notre thème à savoir : Savoirs locaux et santé infantile : perception et l'usage des amulettes protectrices sur la santé des enfants a Mongo/Tchad.

En effet, cet entretien est un outil nécessaire à l'aboutissement de mon travail. Toutes les données recueillies seront sous couvert de l'anonymat et seront confidentielles. Je vous remercie de votre participation.

I- Identification

Nom et prénom :

Sexe :

Age :

Profession :

Religion :

Date et heure :

Question adressées aux parents d'enfants porteurs des amulettes

Section 1 : de la perception des maladies et soins médicaux

- 1- Selon vous, quelle est l'origine des maladies ?
- 2- Selon vous, quelle est la meilleure méthode pour se soigner quand on est malade ?
- 3- Selon vous, quelle est le meilleur moyen pour se prémunir contre les maladies ?
- 4- Une de vos connaissances a-t-elle déjà souffert d'une maladie d'origine mystique ?
Comment l'avez-vous su et comment l'avez-vous traité ?
- 5- Les amulettes peuvent-elles selon vous protéger ou soigner toutes les maladies ? Sinon les quelles échappent à leur pouvoir ?

Section 2 : recours aux amulettes protectrices et propagation des maladies infantiles

- 1- Votre enfant porteur d'amulette a-t-il jamais souffert d'une maladie ? Ou joui-t-il au contraire d'une santé de fer depuis qu'il porte des amulettes ?

- 2- Avez-vous déjà perdu un enfant dans votre famille des suites de maladies ? Si oui, comment expliquez-vous que l'amulette protectrice n'ait pas pu le sauver ?
- 3- Quelles sont les maladies infantiles les plus récurrentes dans votre localité ?

Questions adressées aux tradipraticiens

Section 1 : perception des maladies et des soins

- 1- Recevez-vous des témoignages de satisfaction de vos clients ? Si oui, à quelle fréquence ?
- 2- Êtes déjà allé à l'hôpital pour vous soigner ? Avez-vous eu de satisfaction ?
- 3- Selon vos propres années d'expériences, les amulettes sont-elle plus efficaces que les soins hospitaliers ? Ou est-ce l'inverse ?
- 4- Les amulettes protègent elles les enfants contre tous les types de maladies ? Sinon, lesquelles échappent à leur pouvoir ?
- 5- Depuis combien de temps fabriquez-vous des amulettes et de qui détenez-vous ce pouvoir ?

Questions adressées aux personnels de la santé

Section 1 : perception des amulettes par les personnels de santé

- 1- Avez-vous des collègues dont leurs enfants portent des amulettes protectrices ? Comment peut-on justifier cela ?
- 2- Pensez-vous que les amulettes protectrices puissent être efficaces contre certaines maladies ? Si oui lesquelles ?
- 3- Existe-t-il un partenariat entre vous et les tradipraticiens ? Si oui, de quelle nature est ce partenariat ?
- 4- Croyez-vous aussi en existence des maladies mystiques ? Pourquoi ?

Section 2 : impact du recours aux amulettes sur la propagation des maladies

- 1- Le recours aux amulettes protectrices ne se justifie-t-il pas l'arrivée tardive de certains enfants à l'hôpital ?
- 2- Quelles sont les maladies infantiles les plus rependues dans votre circonscription ? Parmi elles, lesquelles sont souvent prises en charge par les tradipraticiens ?
- 3- Selon vos années, le recours aux amulettes protectrices a-t-il à voir avec la hausse de la mortalité et morbidité infantile ?

4- Y-a-t-il des actions entreprises par votre structure pour combattre le recours aux amulettes protectrices avec quel taux de réussite ?

Annexe 3: Liste des personnes enquêtées

Noms et prénoms	Âges	professions	Lieu d'enquête
Mamahat Gadayo	45ans	tradipraticien	Mongo
Ahmat Allahdji	50ans	tradipraticien	Mongo
Abakar Abderaman	39ans	médecin	Mongo
Youssouf Ahmat	40ans	médecin	Mongo
Yadji Florent	43ans	infirmier	Mongo
Hissein Adam	47ans	médecin	Mongo
Mahamat Nour	37ans	nutritionniste	Mongo
Issa Saleh	30ans	pédiatre	Mongo
Bachar Abakar	29ans	Cultivateur	Mongo
Fatimé Adam	24ans	Ménagère	Mongo
Halimé Zara	30 ans	Cultivatrice	Mongo
Daoud Souley	44ans	Commerçant	Mongo
Ali Mahamat	31ans	Commerçant	Mongo
Amine Alhadji	41ans	Chauffeur	Mongo
Idriss Brahim	66ans	Mécanicien	Mongo
Nassour Ahmat	57ans	Cultivateur	Mongo
Fatimatou Habiba	37ans	commerçante	Mongo
Ibrahim Ibidou	48ans	Militaire	Mongo
Hassan Nouradine	36 ans	Clandomen	Mongo
Abrass Djongo	45ans	Chauffeur	Mongo
Barka Bechir	39ans	Technicien	Mongo
Boukar Tidjani .M	51ans	Berger	Mongo
Ahmat Mahamat. A	49 ans	Cultivateur	Mongo
Menga Jean-Baptiste	29ans	Coiffeur	Yaoundé
Abdoulay Rachid	28ans	Travailleur	Mongo

*SAVOIRS LOCAUX ET SANTE INFANTILE : PERCEPTION ET L'USAGE DES AMULETTES
PROTECTRICES SUR LA SANTE DES ENFANTS A MONGO/TCHAD*

Hadjidja Adoum	34ans	Ménagère	Mongo
Aminou Alhadji	40ans	Commerçant	Mongo
Djimbay Luc	65ans	Agriculteur	Mongo
Brahim Idriss	39ans	Éleveur	Mongo
Aminata djamila	28ans	Ménagère	Mongo

Annexe 4: Autorisation de recherche par le service de santé a Mongo

RÉPUBLIQUE DU TCHAD
PRÉSIDENCE DE LA TRANSITION
PRIMATURE DE LA TRANSITION
MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA PREVENTION
SECRÉTARIAT D'ÉTAT
SECRETARIAT GÉNÉRAL
DELEGATION PROVINCIALE DE LA SANTE ET DE LA
PREVENTION DU GUERA
SERVICE ADMINISTRATIF

Unité-Travail-Progress



N° 299 /RT/CMT/PC/PM/MSPP/SE/SG/DPS/PG/SA/23

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Dr. HOULBERE JOEL**, Délégué Provincial de la Santé et de la Prévention du Guéra, autorise **Monsieur MENDIGUILEMBAYE FREDERIC DIONRANG**, étudiant en Sociologie Master II, option : Population et Développement à l'Université de Yaoundé I, à effectuer une recherche sur le thème : « *Savoirs locaux et santé infantile : perceptions des amulettes protectrices sur la santé des enfants à Mongo* ».

En foi de quoi la présente autorisation lui est établie pour servir et valoir ce que de droit.

Mongo, le 29 mai 2023

Le Délégué Provincial de la Santé
et de la Prévention du Guéra.



Dr. HOULBERE JOEL

Scanné avec CamScanner

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	ii
ABREVIATION ACRONYMES ET SIGLES	iii
LISTE DES PHOTOS	i
LISTES DES ANNEXES.....	ii
RESUME	iii
ABSTRACT	iv
SOMMAIRE	1
INTRODUCTION	2
I- PROBLEME	3
II. PROBLEMATIQUE	9
III – Questions de recherche	19
III-3- LES HYPOTHESES DE RECHERCHE	19
III.1. Hypothèse principale :	20
IV. OBJECTIFS DE RECHERCHE	20
Objectif principal	20
Objectifs spécifiques	20
V. INTERET DE L'ETUDE	20
Intérêt scientifique de l'étude	21
Intérêt social	21
Intérêt personnel	21
VI. METHODOLOGIE	21
VI.2. Heath belief model HBM (Model de croyance en santé	22
VI-1.3. Théorème de Thomas	23
Méthode qualitative	25
VI.2.2.1- Recherche documentaire	25
VI.2.2.2- Entretien	26
VI.2.2.3- Focus group	27
VI.4. Du traitement à l'analyse qualitative de données	28
VI.4.1. la transcription	28

VI.4.2. la catégorisation	28
VI.4.3. l'analyse	28
VII. Définitions des concepts opératoires	29
VIII. CONSIDERATION ETHIQUE	32
CHAPITRE I : PRESENTATION DE LA ZONE D'ETUDE	33
I. ASPECTS PHYSIQUES DE LA ZONE D'ETUDE	35
2. L'hydrologie	36
II. Le relief et les différentes formations géologiques	37
a. Le relief	37
b. Le massif d'Abou-Telfane	38
c. Le massif du Guera	39
d. Les massifs secondaires de Dadouar	40
III. La végétation	40
VI. PANORAMA SOCIAL ET HISTORIQUE DE LA ZONE D'ETUDE	41
A. L'histoire du Guera	42
B. Les groupes ethniques du Guera	43
IV. ASPECT ECONOMIQUE	48
A. L'Agriculture	48
B. Élevage	50
C. Le développement des petites activités de loisir	52
VII. HIERARCHIE ADMINISTRATIFS ET LES DIFFERENTS SERVICES ADMINISTRATIVE A MONGO/TCHAD	52
A. Hiérarchie administratif	53
B. Les différents services administratifs	53
CHAPITRE II : PERCEPTIONS DES AMULETTES PROTECTRICES, DE LA SANTE	55
ET DE LA MALADIE CHEZ LES PARENTS D'ENFANTS A MONGO	55
I. PERCEPTIONS DE L'ORIGINE DE LA MALADIE A	57
A. La croyance en l'origine spirituelle de la maladie	57
B. La croyance en l'origine maléfique de la maladie	60
C. La croyance en origine biologique de la maladie	62
II. MECONNAISSANCE/IGNORANCE DES ORIGINES MICROBIENNES DE LA MALADIE	62
A. Effet de la sous scolarisation	63
B. Influence des maitres de la tradition	65

C.	Le fort ancrage de la mentalité mystico-religieuse	66
D.	La mentalité fataliste face à la maladie et à la mort.....	69
III.	CROYANCE EN LA SANTE COMME DON DIVIN	70
A.	La santé comme récompense du bien fait à autrui	71
B.	La santé comme réponse aux prières.....	72
C.	La santé et la longévité comme résultat de la bénédiction des parents.....	73
V.	LA SANTE COMME RESULTAT D'UN COMBAT SPIRITUEL	73
A.	Prévenir et combattre le mauvais sort et la sorcellerie	74
B.	Prévenir et combattre les attaques démoniaques	76
C.	Purification rituelle des transgressions	77
	CHAPITRE III : RECOURS AUX AMULETTES PROTECTRICES ET CHOIX MEDICAUX DES PARENTS A MONGO/TCHAD	79
I.	LA CRISE DE CONFIANCE A LA MEDECINE MODERNE	81
A.	Le problème des infrastructures sanitaires.....	81
B.	De la qualité de soin et des services médicaux offerts par les infrastructures hospitaliers modernes	82
II.	LA FAIBLESSE DE L'INFORMATION ET DE LA SENSIBILISATION.....	86
A.	Faible recours à la médecine moderne	86
B.	Communication et sensibilisation insuffisante de la population	87
C.	Le radicalisme des personnes du troisième âge	88
A.	Au niveau de l'identification de la maladie.....	90
B.	Au niveau du suivi médical.....	90
C.	Au niveau de la médication.....	92
VI.	TENDANCE CROISSANTE AU PLURALISME THERAPEUTIQUE	93
A.	Autour du concept de pluralisme thérapeutique	93
B.	La part non négligeable de la médecine traditionnelle	95
C.	L'incontournable médecine moderne	98
	CHAPITRE IV : AMULETTES PROTECTRICES, MORBIDITE ET MORTALITE INFANTILE A MONGO TCHAD	100
I.	DE LA MORBIDITE INFANTILE A MONGO	102
A.	Des maladies du péril fécal	102
B.	Des maladies nutritionnelles.....	104
C.	Des maladies héréditaires	106
II.	DE LA MORTALITE INFANTILE A MONGO	107

A. Mortalité infantile liées aux maladies du péril fécal.....	108
B. Mortalité infantile liées aux maladies nutritionnelles	108
C. Mortalité infantile liées aux maladies héréditaires.....	109
III.AMULETTES PROTECTRICES ET PROPAGATION DES MALADIES INFANTILES	110
A. Un ancrage culturel problématique	111
B. Une observation macabre	114
VI. MONGO : UN LABORATOIRE DE PRODUCTION DES PRATIQUES CULTURELLES LIEES A LA SANTE.....	115
A. Les facteurs de la production des pratiques culturelle liées à la santé à Mongo	115
B. La faiblesse des dynamiques favorables aux changements des mentalités.....	116
CONCLUSION.....	118
BIBLIOGRAPHIES	122
ANNEXES.....	- 131 -
TABLE DES MATIERES	- 138 -