

Document "Sciences sociales" n° 5

---

**Enquête socio-sanitaire  
dans le Gourma (1988-89)**

par Sara C. RANDALL,  
Birama Dian DIAKITÉ,  
Claude PAIRAULT

La présente étude a été réalisée à la demande et grâce à un financement de l'Aide de l'Église Norvégienne (AEN, Programme Mali), qui a passé à cet effet contrat avec l'Association pour la Recherche, l'Évaluation et la Formation Continue (AREFOC, Bamako).

Bamako, mai 1989

Cette étude a été confiée à l'équipe de recherche en sciences sociales de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) par l'Aide de l'Église Norvégienne (AEN, Programme Mali), sur la suggestion d'André MARTY (IRAM, Paris).

Sara C. RANDALL, assistée de Birama Dian DIAKITÉ, a préparé et dirigé le travail de terrain, exploité les données, élaboré une première version du rapport. Pour l'enquête dans le Gourma, entre décembre 1988 et février 1989, ils ont été aidés par  
Aly AG ABIDIN,  
Anasarat WALAT MOHAMED,  
Dudu WALET ELMOUSTAPHA,  
Rhissa AG MOHAMED AHMED.

Conduites sous la responsabilité des professeurs Joseph BRUNET-JAILLY et Claude PAIRAULT, la conception et la réalisation du travail ici présenté résultent d'une étroite collaboration avec les membres de l'AEN, notamment MM. Kåre LODE, Sidi Mohamed OULD ZAHABI, Torbjørn BERGANE, et les docteurs Tor JENSEN, Hamada MAIGA, Gunhild ROGNSTAD, ainsi qu'avec les consultants de l'AEN-Gourma, en particulier MM. Mohamed AG MAHMOUD et Ibrahim AG YOUSOUF.

# SOMMAIRE

	page
RÉSUMÉ .....	6
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	
1.1 Objectif général de l'enquête .....	8
1.2 Objectifs spécifiques .....	8
1.3 Les limitations de l'étude .....	8
1.4 Soins de santé primaires et amélioration de la santé .....	9
1.5 La médecine traditionnelle .....	10
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE	
2.1 Principes directeurs .....	12
2.2 Les outils de l'enquête .....	12
2.3 Le choix des campements .....	14
2.31 Échantillon initial .....	14
2.32 Campements supplémentaires .....	14
2.4 Le déroulement de l'enquête .....	17
2.5 Quelques désavantages de la méthode .....	18
2.6 Renseignements complémentaires .....	19
CHAPITRE 3 : PROFILS SOCIAUX ET SANITAIRES	
3.1 La population enquêtée .....	20
3.11 Les classes sociales .....	20
3.12 Richesse .....	20
3.13 Taille des campements et des ménages .....	21
3.2 Principaux problèmes de santé observés .....	21
3.21 Les décès .....	22
3.22 Les accouchements .....	23
3.23 Maladies pas ou peu rencontrées .....	23
CHAPITRE 4 : MÉDECINE POPULAIRE TAMACHEQ	
4.1 Les maladies surnaturelles .....	25
4.2 Les maladies naturelles .....	26
4.21 <i>Chaud et froid</i> .....	26
4.22 L'intérieur sale .....	28
4.221 <i>lahafnint</i> .....	28
4.23 Régime alimentaire et santé .....	29
4.24 Dieu .....	30
4.3 Les traitements .....	30
4.4 Comportement face aux maladies .....	31
4.41 Connaissance des traitements traditionnels .....	32
4.42 L'attentisme .....	33
4.43 Délai avant traitement .....	33
4.44 Caractéristiques démographiques .....	34
4.441 Age .....	34
4.442 Sexe .....	34
4.443 Classe sociale .....	36

4.5 Les spécialistes .....	36
4.51 Les tradithérapeutes .....	37
4.52 Les marabouts .....	37
4.53 Le dispensaire et le secouriste .....	37
4.54 La décision de consulter un spécialiste .....	39
4.6 L'aide à la naissance .....	40

## CHAPITRE 5 : DÉPENSES DE SANTÉ

5.1 Les sacrifices .....	42
5.2 Traitements domestiques .....	42
5.3 Traitements externes .....	43
5.31 Le niveau économique et les dépenses .....	44
5.32 Classe sociale et dépenses .....	45

## CHAPITRE 6 : DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET DES SOINS

6.1 Déterminations physiques .....	47
6.11 L'eau .....	47
6.12 Les transports .....	47
6.13 L'hébergement .....	47
6.2 Déterminants économiques .....	48
6.21 Illiquidité .....	48
6.22 La pauvreté .....	49
6.23 L'exode .....	49
6.24 Les rôles économiques à l'intérieur d'un ménage .....	49
6.3 Facteurs socio-culturels .....	50
6.31 La classe sociale et la structure du pouvoir .....	50
6.32 Absence de communication entre hommes et femmes .....	51
6.33 Pas de tradition coopérative .....	51
6.34 Fatalisme et résignation .....	51
6.35 Problèmes de communication .....	52

## CHAPITRE 7 : ORIENTATIONS D'UN PROGRAMME SANITAIRE

7.1 Objectifs à poursuivre .....	54
7.11 Les niveaux de décision et d'action .....	54
7.12 Remédier à l'hétérogénéité actuelle .....	56
7.2 L'action à mener .....	57
7.21 Les femmes .....	57
7.22 Ménages et individus .....	58
7.23 Vers une maîtrise communautaire de l'action .....	59

## CHAPITRE 8 : RECOMMANDATIONS

8.1 Information-formation de masse .....	61
8.11 Le contenu .....	61
8.12 Le personnel d'une équipe mobile d'information-formation ...	62
8.13 Le matériel .....	63
8.14 Emploi du temps .....	63
8.2 Les caisses de campement .....	64
8.21 Principe et fonctionnement .....	64
8.22 Extension de la caisse en pharmacie de campement .....	64
8.23 La caisse comme action coopérative .....	65



8.3	Personnel sanitaire supplémentaire .....	65
8.31	Les personnes salariées étrangères aux communautés .....	65
8.32	Les personnes issues des communautés elles-mêmes .....	67
8.33	Pour une proximité de l'accès aux soins .....	67
8.4	La prise en charge par la population .....	68
8.41	Différents systèmes de prise en charge .....	68
8.42	Contrôle et suivi .....	70
8.43	Séminaires et visites .....	70
8.5	Corollaires pour la section Santé .....	71
8.51	Ravitaillement en médicaments .....	71
8.51	Vente de médicaments dans des magasins ordinaires .....	71
8.52	La mobilité des agents de santé .....	71
8.53	Formation du personnel de l'AEN .....	72
8.54	Autres problèmes de formation, et recyclage .....	72
8.541	Présence des secouristes à l'information-formation de masse	72
8.542	Soutien général aux initiatives de base .....	72
8.543	Le dispensaire mobile .....	73
8.55	L'aide-soignant de Ouinarden .....	73
8.6	Une typologie des zones d'actions sanitaires .....	74
8.7	Calendrier .....	75

#### ANNEXES

A	Plantes médicinales traditionnelles .....	76
B	Données de base de l'enquête .....	78
C	Fiches d'enquête .....	80

GLOSSAIRE DE TERMES TAMACHEQ CITÉS .....	104
--	-----

BIBLIOGRAPHIE .....	105
---------------------	-----

TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX .....	106
---	-----

## RÉSUMÉ

Une enquête socio-sanitaire conduite chez les Kel Tamacheq de la zone intérieure du Gourma malien\* constitue la base des recommandations souhaitées par l'AEN pour la stratégie des actions de santé qui seraient indiquées dans cette zone durant les années à venir.

On explique en détail la méthodologie adoptée, pour qu'elle puisse être éventuellement reprise lors d'une évaluation ultérieure. Suit une présentation des données quantitatives concernant les maladies rencontrées, les causes perçues de ces maladies, le recours aux soins (traditionnels ou non) et les dépenses corrélatives, ainsi qu'une analyse des principes de la médecine tamacheq, principes qui gouvernent le genre des cures pratiquées. On décrit les conduites actuelles en matière de soins coutumiers parce que, traditionnellement maintenues dans les campements, ces conduites méritent d'être prises en compte pour la mise en œuvre d'actions pertinentes.

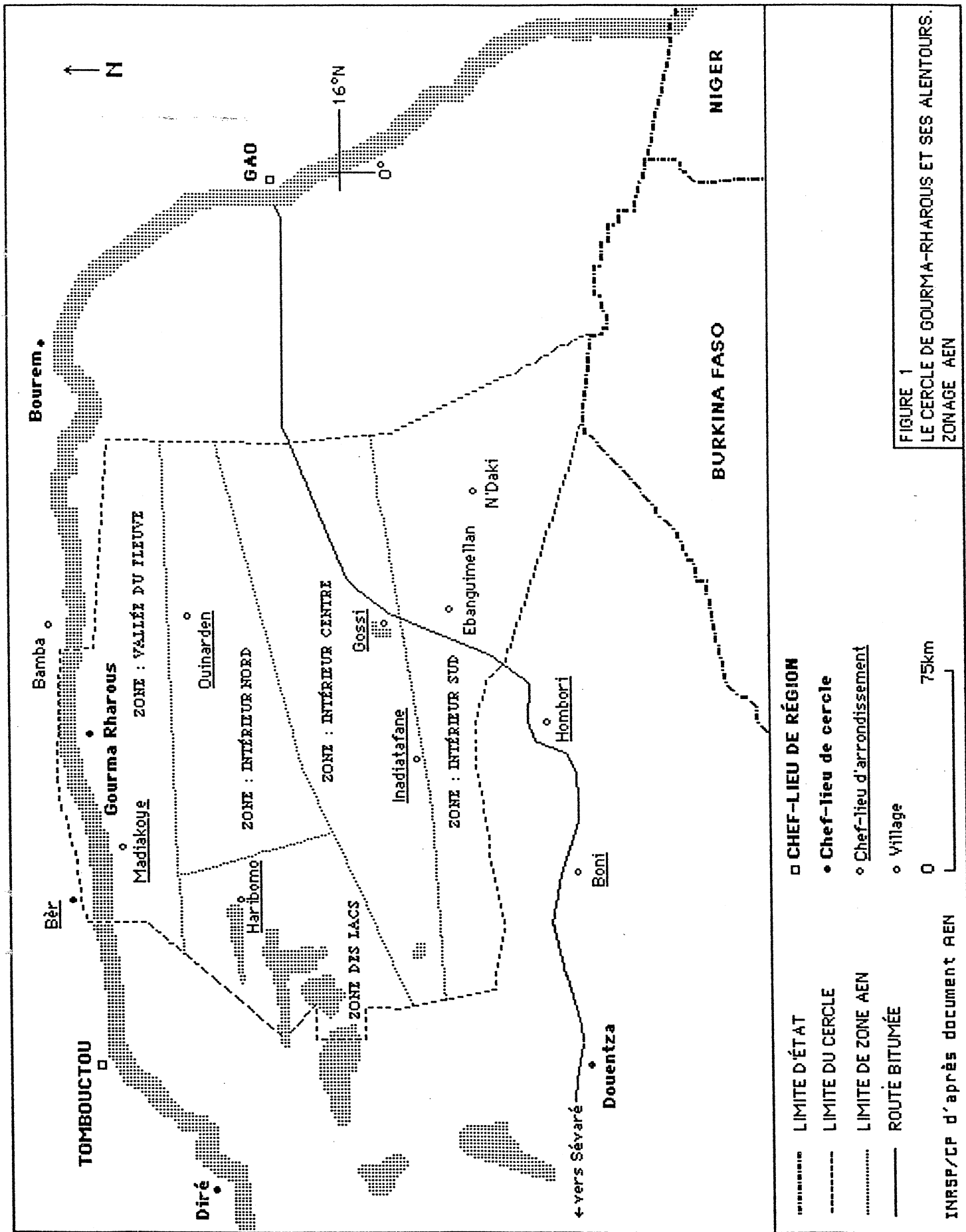
Le rapport souligne les contraintes affectant aujourd'hui les pratiques de santé. Ces contraintes, en effet, pèsent nécessairement sur le présent et l'avenir de la santé : toute action sanitaire ne peut qu'opérer dans les limites de quelques unes de ces contraintes, afin d'en surmonter d'autres.

L'ensemble des interventions recommandées se place en amont de celles que le système de santé publique peut fournir. L'objectif assigné est que toute la population puisse formuler de manière bien fondée ses propres décisions, puis les exécuter, de telle sorte qu'à long terme la prise en charge de la santé soit entièrement partagée entre les ressources locales et celles de l'État malien. À court terme, l'AEN doit alors investir et dans le domaine des informations à donner et dans un supplément d'agents de soins de santé primaires. L'efficacité d'une telle stratégie postule son intégration parmi d'autres actions économiques de développement, s'il est entendu que, d'une part, les actions de santé isolées réussissent rarement, et que, d'autre part, améliorer la prévention et les soins va de pair avec une sécurité économique mieux assurée.

L'action majeure proposée consiste dans une campagne d'information-formation de masse. Simultanément, il s'agit de mettre en place des "aides-sanitaires", de conduire les communautés déjà dotées d'un secouriste à en assumer la charge matérielle, d'encourager chaque groupe à créer sa propre caisse de campement. On s'efforce ainsi de répondre à trois questions pratiques : (a) Comment assurer des soins dans les campements éloignés ? (b) Comment rendre les soins moins dépendants des moyens de transport automobile et des interventions ponctuelles de l'AEN ? (c) Comment l'AEN peut-elle assurer les lendemains de son départ du Gourma ?

---

\* Arrondissements de Gossi, Inadiatafane, Ouinarden dans le cercle de Gourma Rharous, région de Tombouctou (voir carte de la page suivante).



## INTRODUCTION

Ce rapport présente les résultats d'une enquête socio-sanitaire entreprise parmi les nomades du Gourma central, entre décembre 1988 et février 1989, dans les arrondissements de Gossi, Inadiatafane et Ouinarden ("zone intérieure"). Suite à un avis formulé par André Marty (08.03.88), l'Aide de l'Église Norvégienne a demandé à la section des sciences sociales de l'INRSP de concevoir et organiser cette enquête, qui, dans son exécution, a bénéficié du personnel et de l'appui de l'AEN.

Les recommandations d'action viennent en conclusion de ce texte.

### 1.1 Objectif général de l'enquête

Fournir une information qui permette à l'AEN, et singulièrement à la "section santé", d'orienter ses interventions sanitaires dans la zone intérieure, de telle sorte que les activités menées soient pertinentes, efficaces et pérennisables.

### 1.2 Objectifs spécifiques

Recueillir, par une enquête directe auprès d'un échantillon de familles, des données sur :

- (a) les conduites actuelles en cas de maladie (faible fréquentation des services de la santé publique, recours aux thérapeutes traditionnels, auto-médication), les types de prestations (traditionnelles et modernes), les délais avant de recourir aux soins, les dépenses que ceux-ci entraînent ;
- (b) les interventions sanitaires souhaitées par la population, et celles qui sont souhaitables pour elle ;
- (c) les contraintes d'ordre physique et d'ordre économique dont la population est consciente, qui s'imposent à elle, et l'empêchent de faire face comme elle le voudrait à ses problèmes de santé ;
- (d) les contraintes d'ordre socio-culturel qui, non perçues par les intéressés, peuvent nuire à une amélioration de leur état de santé ;
- (e) les connaissances et les pratiques en matière de promotion de la santé et de prévention de la maladie ;
- (f) la prise en charge possible, par les communautés, des secouristes, aides-soignants, matrones, accoucheuses traditionnelles, -et cela en fonction des ressources locales présentement affectées à la santé, ainsi que des systèmes traditionnels de paiement.

### 1.3 Les limitations de l'étude

Compte tenu des conditions pratiques de l'enquête (moyens budgétaires, personnel, délai imparti), l'effectif retenu devait être restreint. D'autre part, pour explorer les modalités socio-culturelles de la santé, il était indispensable que la population concernée puisse s'exprimer dans sa propre langue devant des enquêteurs dont cette langue serait le parler maternel. En effet, on ne saurait atteindre à moindres frais la spécificité de concepts pour lesquels la traduction française représente déjà un rude exercice sémantique. Tenter cette

recherche dans les langues tamacheq, peul, arabe, songhay... aurait multiplié d'autant la difficulté, -d'où la décision de limiter l'enquête à des communautés parlant tamacheq. Celles-ci, du reste, forment la majorité de la population habitant la zone intérieure. Le travail de terrain a mobilisé le concours de deux enquêteurs -eux-mêmes formateurs employés par l'AEN dans ladite zone- et deux enquêtrices tamacheq.

Cela dit, les contraintes physiques et économiques mises en évidence demeurent valables pour l'ensemble des groupes de la zone intérieure du Gourma, mais l'analyse des facteurs socio-culturels ne saurait être indûment généralisée hors des campements tamacheq. L'approche stratégique proposée dans les recommandations finales supposera donc, pour les communautés non tamacheq, des ajustements dont les articulations restent à identifier.

#### 1.4 Soins de santé primaires et amélioration sanitaire

L'histoire des progrès de la santé humaine dans le monde atteste que les actions sanitaires -surtout les actions curatives- améliorent à peine les niveaux généraux de morbidité et de mortalité si elles restent isolées d'autres changements sociaux et économiques. Au contraire, leur effet devient manifeste quand elles sont intégrées dans des programmes de développement économique, d'augmentation de la sécurité alimentaire, d'hygiène publique et de fourniture d'eau potable, d'éducation (en particulier féminine).

En dépit du travail accompli par l'AEN depuis quelques années, les populations du Gourma restent marginales, soumises à un régime alimentaire aléatoire, à des conditions de santé précaires, à des ressources d'eau polluée. Le niveau d'éducation formelle est très bas, même dans les quelques rares agglomérations disposant d'une école. Hors de celles-ci, on rencontre peu d'hommes et aucune femme scolarisés. Par rapport à d'autres aires, le sous-développement du Gourma est donc manifeste. Cependant, il existe désormais des lieux où les actions déclenchées par l'AEN (cf. AEN/Gourma, *La programmation 1988*) -magasins, jardinage, puits, redistribution de cheptel, alphabétisation, etc.- ont déjà permis de surmonter plusieurs des contraintes décrites dans ce rapport. Ainsi, des "communautés non stabilisées"<sup>1</sup> sont en train de se sédentariser autour de points d'eau tels que Tin Badjawayn, Ebanguimellan, -d'où une amélioration dans la qualité de l'eau, un régime alimentaire plus varié à cause des jardins, un contact établi avec la santé "moderne" par le truchement du dispensaire mobile et des secouristes que l'AEN a mis en place. Paradoxalement, ce sont les "communautés relativement stabilisées" -dont la survie économique est moins dépendante des actions de l'AEN- qui, poursuivant leur mode d'existence nomade, posent les questions les plus difficiles pour l'élaboration d'une stratégie sanitaire qui leur soit appropriée. Autrement dit, on se trouve en présence d'une situation contradictoire : les populations les plus sécurisées économiquement ("CRS moins pauvres" et "CRS pauvres") présentent une problématique de santé plus compliquée que celle des "communautés non stabilisées", pour la simple raison qu'aujourd'hui la pauvreté conduit ces dernières à une sédentarisation où les modèles conventionnels de structures et d'actions sanitaires deviennent plus applicables.

---

1. Dans la typologie proposée par A. MARTY 1987 (pp.34-36), cette catégorie (abrégée en "CNS") est distinguée des "communautés relativement stabilisées" (CRS), elles-mêmes "pauvres" ou "moins pauvres". -Le présent rapport laisse de côté les problèmes sanitaires des "dénutris" et des "flottants". Tant que ces groupes demeurent dans un extrême dénuement, on ne saurait envisager qu'ils prennent en charge leur santé ; les premières actions dont ils puissent bénéficier sont d'ordre économique, pour les aider à lutter contre une malnutrition qui les accable.

Le paradoxe évoqué au paragraphe précédent conduit à une question importante : "Les interventions sanitaires de l'AEN doivent-elles être ciblées sur des groupes où les risques de morbidité et de mortalité sont les plus forts, alors que ces groupes ne sont ni les plus pauvres ni ceux que concernent la majorité des projets AEN, ou bien sur les communautés dans lesquelles ces interventions ont le plus de chance d'amorcer une action pérennisable, -c'est-à-dire là où s'exécutent des projets de développement, en conjoncture de semi-sédentarisation ?"

Au reste, ce dilemme existe au sein même des populations relativement stabilisées. Des études sur la mortalité des Kel Tamacheq au Gourma en 1982 ont montré que les niveaux de mortalité -enfants et adultes- étaient bien plus bas chez les bella que chez les nobles<sup>2</sup>. Avant la sécheresse de 1984, la classe sociale était plus étroitement liée que maintenant au bien-être économique, mais la comparaison des données démographiques manifeste qu'en milieu tamacheq la richesse n'est pas corrélative d'une mortalité moins précoce. Aujourd'hui, la richesse -toute relative- des "communautés relativement stabilisées" leur laisse la possibilité de continuer à exploiter des aires isolées, en nomadisant là où les risques sanitaires sont grands et quasiment immuables, étant donné l'isolement et les difficultés d'approvisionnement en eau<sup>3</sup>.

Quoi qu'il en soit, il faut se rappeler que -sauf quand il s'agit de vaccination- les effets d'un programme sanitaire se constatent seulement à long terme. Il y va, en effet, de changements de comportement, et ceux-ci ne s'effectuent vite que face à des urgences (par exemple : la production alimentaire après une famine), quitte à disparaître une fois la situation d'urgence dépassée... Dans le cas qui nous occupe, on doit s'attendre à un long délai entre le début d'une action de santé entreprise par l'AEN, et la réduction sensible des taux de mortalité et de morbidité dans la zone. C'est pourquoi, pendant quatre ou cinq ans, les seules évaluations profitables à la section santé de l'AEN ne peuvent être qu'internes : celles-ci considéreront surtout le contenu du programme mis en œuvre, l'amélioration des contacts entretenus avec la population, l'évolution (à espérer) des conduites en matière de prévention et de maladie. Des progrès quantifiables en taux de mortalité et de morbidité ne peuvent se discerner, au mieux, avant plusieurs années<sup>4</sup>.

## 1.5 La médecine traditionnelle

Lors des discussions préliminaires à l'enquête, l'AEN a souligné son intérêt pour la médecine traditionnelle, dans la double intention d'étayer son offre de soins par le recours éventuel aux tradithérapeutes, et d'être mieux informée des médications coutumières, en sorte

---

2. Voir RANDALL 1984, HILL & RANDALL 1985, HILDERBRAND & al. 1985.

La mortalité juvénile était estimée à 295‰ pour les bella, et à 411‰ pour les nobles (avec un taux intermédiaire de 376‰ dans le cas des illelan de bas statut). Après l'âge de quinze ans, les espérances de vie s'établissaient comme suit :

- pour une femme noble, moins de 30 ans ; pour une illelan, environ 32 ans ; pour une bella, environ 39 ans ;

- pour un homme noble ou bella, 33 ans ; pour un illelan, moins de 29 ans.

3. À noter toutefois que, dans ces conditions d'isolement où la population est très éparpillée, les épidémies sont moins fréquentes et moins étendues. Les Kel Tamacheq parlent souvent de rougeole, de coqueluche ou de varicelle atteignant des adultes, -ce qui indique qu'ils n'ont pas été exposés à ces maladies durant leur enfance (dans les populations villageoises et urbaines non vaccinées, il est habituel que chaque individu ait eu la rougeole avant l'âge de 15 ans : cf. GARENNE & CANTRELLE 1986). Ce fait peut rendre compte, en partie, d'une mortalité juvénile moins élevée et d'une mortalité adulte plus élevée dans le Gourma, par rapport aux populations villageoises (Bambara, Peul...) du Delta ; il a aussi des implications sur les limites d'âge à déterminer pour la campagne du PEV.

4. Vu le manque de données de base, une telle identification sera, du reste, difficile.

que puisse être encouragée l'utilisation de certains produits reconnus efficaces, ainsi que peut-être la culture de plantes médicinales devenues rares suite aux sécheresses.

Quand on parle de médecine traditionnelle, il convient de bien distinguer deux ordres de questions. D'une part, l'exercice de cette médecine va de pair avec un ensemble d'attitudes et de conduites sociales à son égard. Ainsi, lorsqu'un individu est malade : qui donne des conseils? quelle(s) personne(s) s'occupe(nt) des soins? quels critères déterminent le type et la qualité de la cure entreprise? D'autre part, des médications sont administrées : quels produits végétaux ou animaux? quel usage rituel des bénédictions, des sacrifices, etc.?

Le plus souvent, on ne prend en compte que ce second aspect de l'art médical traditionnel. Mais, quand une population donnée recourt à son propre système de soins, c'est le premier ordre de questions qui d'abord importe par rapport aux interventions potentielles. Aussi ce rapport insistera-t-il beaucoup sur les attitudes et les conduites sociales à l'endroit de la médecine traditionnelle. En revanche, la technique des traitements pratiqués réclamerait, pour être appréciée, d'autres études excédant le cadre d'une enquête socio-culturelle. Nous nous sommes ici bornés à recueillir, sur le terrain, des renseignements détaillés concernant les préparations végétales faites au sein des ménages : cette information est résumée dans l'annexe A. Il est fort possible que plusieurs des plantes recensées aient, aux yeux de la médecine conventionnelle, des effets bénéfiques, mais le simple fait qu'une espèce végétale soit souvent utilisée dans les campements, parce qu'on la considère efficace contre telle affection, ne suffit évidemment pas à légitimer sa prescription lors d'une campagne sanitaire. Des analyses pharmacologiques antécédentes et un contrôle clinique rigoureux restent indispensables.

Moyennant cette élémentaire prudence, nos recommandations finales prévoient l'intérêt d'une information sur l'efficacité de certains remèdes traditionnels. Quant aux données recueillies sur leur préparation, nous les tenons à la disposition des chercheurs intéressés, par exemple : Centre de Médecine Traditionnelle de l'INRSP, ou/et peut-être telle équipe de recherche de l'Université d'Oslo.

## 2. MÉTHODOLOGIE

Une enquête qui, dans une société donnée, se propose d'éclairer le domaine de l'action doit prendre en compte les conduites actuelles de la population, la gamme de ses pratiques dans des circonstances différentes, et la variété des obstacles auxquels se heurtent ces pratiques. Il s'agit, en somme, de sonder les réactions réelles à des événements réels.

### 2.1 Principes directeurs

Trois niveaux d'investigation sont à distinguer :

- (1) ce que les interlocuteurs disent qu'ils devraient faire ;
- (2) ce qu'ils disent faire en général ;
- (3) ce qu'ils font.

En matière de santé, c'est au troisième niveau qu'est directement imputable la situation rencontrée, bien que les conduites habituelles n'aillent pas sans référence aux niveaux (1) et (2). Idéalement, l'étude du troisième niveau suppose une patiente observation des événements et des réactions qu'ils provoquent. Cette observation demande d'autant plus de temps que les événements en question sont rares et durables, ce qui peut être le cas de maladies avec leurs traitements.

Disposant d'un laps de temps restreint, la présente enquête a concentré sa recherche sur la collecte d'événements récents. Cette méthode n'évite ni les réinterprétations ni les oublis, mais, à propos des situations évoquées, elle permet d'introduire des questions touchant aux niveaux (1) et (2), c'est-à-dire de scruter les rapports entre ce que les gens disent faire ou vouloir faire, et le comportement qu'ils relatent au sujet d'un épisode particulier. Ces rapports révèlent les contraintes existantes, en même temps que les degrés d'écart possible entre théorie et pratique. En menant les conversations, il reste, bien entendu, à se méfier de l'"effet d'intérêt" risquant d'affecter plus ou moins les dires des interlocuteurs : espoir de profiter de la conversation pour y gagner quelque chose, désir de donner bonne impression, etc.

Cette enquête a visé les "consommateurs" et non les tradithérapeutes spécialisés, parce qu'elle s'assignait l'exploration des conduites et représentations *populaires*. Les spécialistes ont peut-être beaucoup de connaissances, mais celles-ci restent dans quelques rares têtes. Par ailleurs, ces connaissances et leur soubassement théorique ont fait l'objet d'études récentes (LE JEAN 1986 ; AG HAMAHADY 1988) qu'il n'y a pas lieu de reprendre ici. Nous préférons insister sur les perceptions populaires largement diffuses et moins cohérentes.

Dans les paragraphes suivants, la méthodologie est décrite en détail : il nous semble qu'elle pourrait éventuellement servir pour une évaluation ultérieure du programme sanitaire.

### 2.2 Les outils de l'enquête

L'enquête a principalement utilisé la technique de l'entretien structuré, dans le but



d'obtenir une information qualitative (un "itinéraire thérapeutique") sur le dernier épisode vécu par chaque personne de l'échantillon retenu. D'où l'emploi systématique de la fiche [C] <sup>5</sup>. Des entretiens complémentaires concernaient d'autres événements plus rares de l'année précédente, tels accouchements (fiche [E]) et décès (fiche [F]). Chaque adulte sélectionné devait décrire sa dernière maladie. Pour les enfants, l'entretien se déroulait avec la mère ou la personne ayant charge de l'enfant, parfois avec le père. En outre, chaque personne était priée de dire si, dans le cours de l'année passée, elle avait subi une maladie grave (c'est-à-dire une maladie l'ayant empêchée de vaquer à ses activités habituelles au moins pendant cinq jours) ; en cas de réponse positive, la maladie grave ne figurait pas sur la fiche [C], mais faisait l'objet d'un entretien spécial (fiche [D]).

Dans toute la première partie de l'entretien, l'enquêteur était tenu de se passer de fiche et de ne rien écrire, jusqu'à ce qu'il ait bien compris

- le nom tamacheq de la maladie, son évolution avec les différents symptômes, le moment où on a entrepris des soins ;
- les différents traitements pratiqués, ainsi que les changements dans l'alimentation et les liens de ceux-ci avec les catégories chaud/froid ;
- la genèse de chaque traitement : qui l'a suggéré, qui l'a préparé, d'où viennent les ingrédients ?
- les mesures matérielles et financières nécessitées par les consultations hors ménage, ainsi que le processus des décisions pour de telles consultations ;
- les idées sur la cause de la maladie, sur la manière d'empêcher son retour ;
- les contraintes qui ont interdit le recours à d'autres actions préférées.

Durant cette phase de l'entretien, il ne s'agissait pas pour l'enquêteur de procéder par questions-réponses, mais d'encourager une conversation où l'enquêté pouvait expliquer, à son gré, l'évolution de sa maladie et du traitement pratiqué. Les questions de l'enquêteur n'intervenaient que dans un second temps, si nécessaire, pour compléter les renseignements donnés. Arrivé à ce point, il pouvait commencer à remplir la fiche.

Cette attitude non directive a porté ses fruits ; elle a permis que se manifestent certains éléments pertinents, tels que des épisodes répétés de la même maladie, les épidémies, les attitudes envers les services de santé publique, etc.

Pour chaque maladie où des plantes locales ont été utilisées à titre de médication domestique, les détails de la préparation (cf. fiche [G]) ont été relevés auprès de la personne qui s'en est chargée. Dans les campements visités, des spécialistes ont été interviewés sur leur travail et leur rémunération (fiche [H]).

Sauf pour les fiches de campement [A], de ménage [B], de préparation [G], la technique mise en œuvre ne fut donc pas celle du questionnaire, mais plutôt celle du guide d'entretien. Les thèmes abordés se référaient aux objectifs ci-dessus indiqués en 1.1 et 1.2, avec un constant souci de repérer les dépenses, les contraintes monétaires et l'origine des sommes versées, qui sont autant de facteurs-clés pour une future prise en charge de la santé par la population elle-même. D'autre part, des recherches antérieures<sup>6</sup> ont montré que les classifications en *chaud* et *froid*, ainsi que les changements de régime alimentaire occupent une place importante dans la médecine traditionnelle tamacheq. Ces catégories ont retenu notre attention, car un futur programme sanitaire ne saurait les traiter par prétérition.

---

5. Les lettres entre crochets renvoient aux questionnaires-guides utilisés. Ceux-ci sont présentés dans l'annexe C.

6. RANDALL, 1984 ; HILL & RANDALL, 1985 ; LE JEAN, 1988.

Assurément, le fait de cacher tout papier jusqu'à compréhension complète du cours de la maladie a beaucoup amélioré la qualité des données. D'abord, dans un milieu de culture orale, le mystère de l'écriture risque de fausser ou de suspendre les confidences. Ensuite, dès qu'un enquêteur a écrit quelque chose, il lui devient difficile de le modifier, quand bien même la suite de la conversation rendrait nécessaires corrections ou ajouts (souvent, les enquêtés ont décrit dans un certain désordre la suite des événements relatifs à leur maladie). Enfin, dans la mesure où un interlocuteur se voit *écouté*, il est porté à donner des détails qui peuvent beaucoup importer à la compréhension de ses agissements. Certes, nombre d'inconsistances restent inévitables lorsqu'on fait appel à la mémoire des enquêtés, mais ce nombre est moindre si l'enquêteur n'est pas toujours en train d'écrire sur un sujet pendant que l'enquêté parle sur un autre...

## 2.3 Le choix des campements

Selon le protocole initial, l'enquête devait atteindre 36 ménages dans 12 campements autour de 4 points d'eau. Elle a finalement porté, pour les raisons qu'on va indiquer, sur 51 ménages répartis dans 16 campements.

### 2.3.1 Échantillon initial

Après discussion avec le personnel de l'AEN, les quatre sites ont été déterminés de manière à présenter une variété de situations spatiales et sanitaires (cf. figures 2 et 3). À l'exception de Gossi, ils correspondent à des zones uniquement exploitées par des nomades ; même à Gossi, l'enquête a concerné trois campements éloignés de l'agglomération et de sa mare. Au pourtour de chaque point d'eau, les campements ont été choisis au hasard. Arrivée au point d'eau, l'équipe se renseignait sur les directions où se trouvaient des campements ; elle partait dans l'une quelconque de ces directions, après avoir décidé d'un nombre de kilomètres à parcourir. Ce trajet effectué, elle s'arrêtait dans le premier campement rencontré. À l'intérieur de chaque campement, le tirage au hasard portait sur trois ménages dans la liste établie sur place. Pour assurer un équilibre dans la répartition des classes sociales<sup>7</sup>, des quotas avaient été préalablement fixés<sup>8</sup>, si bien qu'une fois tel quota obtenu après un certain temps d'enquête, l'équipe ne s'arrêtait pas dans un lieu habité par des résidents dont l'identité sociale aurait déséquilibré la répartition d'ensemble prévue.

### 2.3.2 Campements supplémentaires

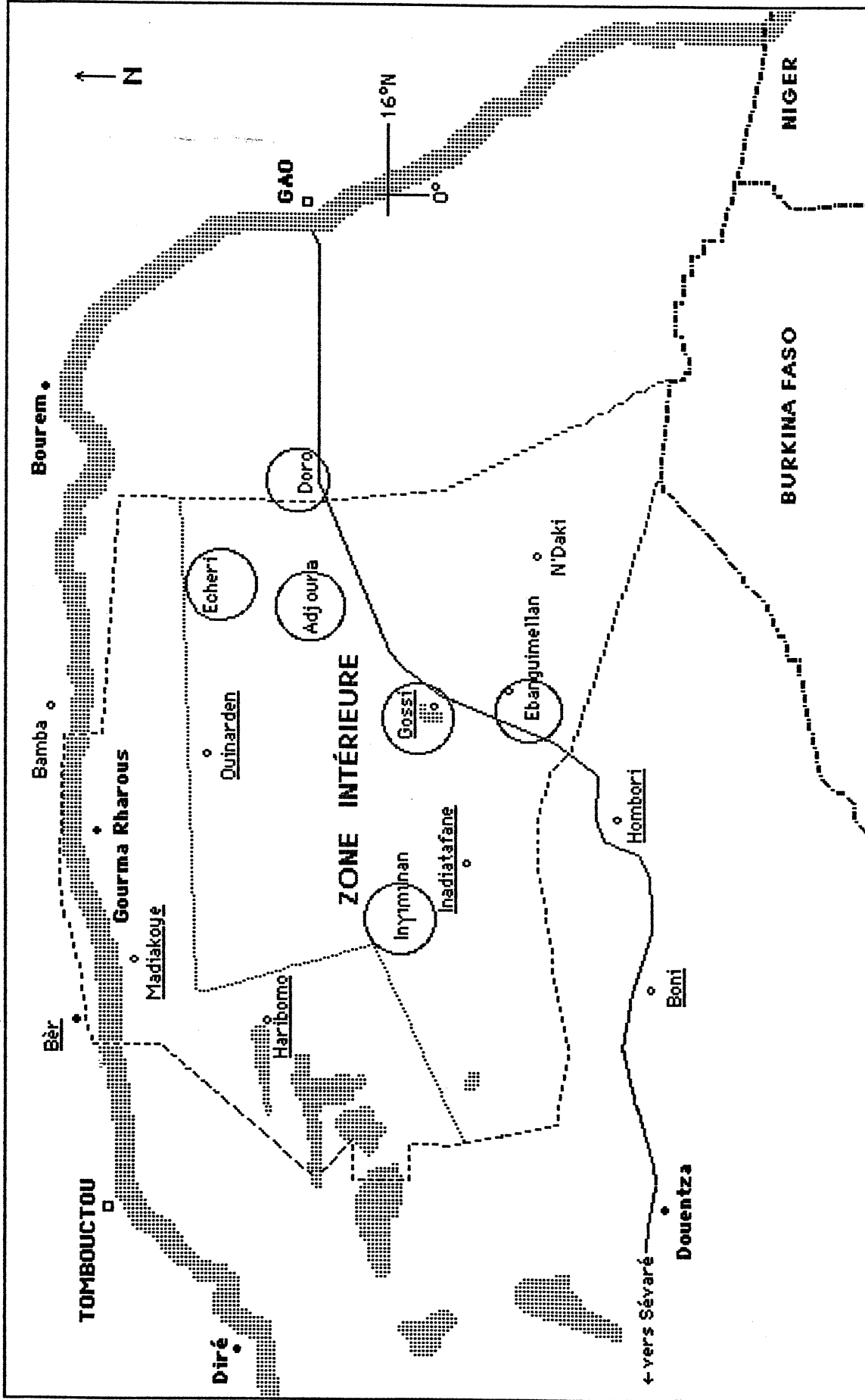
Dans les six premiers campements visités, il s'est trouvé que la présence de tradithérapeutes était plus rare qu'on ne pouvait s'y attendre. Le peu de consultations médicales enregistrées dans ces campements était explicitement rapporté, par les intéressés, à cette carence en spécialistes. Ayant appris, lors de notre passage à Echeri *via* Ouinarden (voir carte, p.16), que deux guérisseuses résidaient dans un campement à Adioura, nous avons jugé utile d'ajouter à l'échantillon ce campement (près duquel opère aussi un secouriste de l'AEN).

Au terme du travail de terrain, des conversations avec le personnel de l'AEN et André Marty nous ont incité à étudier les conduites sanitaires dans une aire où l'AEN est beaucoup intervenue en matière d'économie et de santé. D'où une autre extension de l'échantillon initial au site d'Ebanguimellan, où le secouriste en place est apprécié de tous. Le choix est tombé sur un campement de nobles où, près d'Ebanguimellan, commencent à se construire des maisons, et sur deux campements plus éloignés. L'un de ces deux campements (lui aussi composé de nobles) a refusé de se soumettre à l'enquête, et a, de ce fait, été remplacé sur le site par un autre (habité par des *bella* indépendants).

7. Au sujet des "classes sociales" tamacheq, voir 3.11.

8. On estime que, dans la zone enquêtée, la moitié des Kel tamacheq se compose d'*illelan* (nobles : 25% ; *illelan* de bas statut : 25%) et l'autre moitié d'*iklan* (dits *bella*). Cette estimation a servi de base aux quotas retenus.





<ul style="list-style-type: none"> <li>----- LIMITE D'ÉTAT</li> <li>----- LIMITE DU CERCLE DE GOURMA RHAROUS</li> <li>----- LIMITE DE LA ZONE INTERIEURE</li> <li>—— ROUTE BITUMÉE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ CHEF-LIEU DE RÉGION</li> <li>• Chef-lieu de cercle</li> <li>○ Chef-lieu d'arrondissement</li> <li>○ Village</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ SITE D'ENQUÊTE</li> </ul>
---	---	--

0 75km

**FIGURE 3**  
**LES SITES D'ENQUÊTE DANS LA ZONE INTERIEURE**

## 2.4 Le déroulement de l'enquête

Dès l'arrivée dans un campement, les hommes et, si possible, les femmes étaient tous invités à une réunion où les enquêteurs se présentaient, expliquaient le travail qu'ils venaient faire, répondaient aux questions éventuelles. Au cours de cette réunion était dressée la liste des chefs de ménage<sup>9</sup> installés au campement, et sur cette liste on choisissait trois noms au hasard.

Habituellement, les enquêteurs se répartissaient ensuite en deux équipes, composée chacune d'un enquêteur et d'une enquêtrice tamacheq accompagnés d'un observateur/superviseur. Ce dernier rôle, tenu par S.C. Randall et par B.D. Diakité, consistait à mettre en question certains concepts qui, dans le cours de la conversation, risquaient de passer inaperçus, mais aussi à vérifier le remplissage des fiches, et à suggérer quelques interrogations complémentaires. L'une des deux enquêtrices faisait seulement fonction d'interprète, et, dans ce cas, c'était l'observateur qui remplissait lui-même les fiches.

Dans un ménage donné, l'enquêteur se chargeait en général d'établir la fiche de ménage [B], puis il s'entretenait avec les hommes, pendant que l'enquêtrice travaillait avec les femmes. Celles-ci pouvaient être plus nombreuses que les hommes, et devaient en outre répondre pour leurs enfants, si bien que l'enquêteur était parfois amené à poursuivre des entretiens avec les femmes (ce qui posait surtout problème dans le cas de maladies gynécologiques).

Pour la conduite de ce travail, la présence de trois femmes (deux enquêtrices et S.C. Randall) a été manifestement fort bénéfique. Pour un certain nombre de femmes interrogées, c'était la première fois de leur vie qu'elles recevaient chez elles la visite d'"étrangères" s'intéressant à elles et à leurs problèmes ; elles ont beaucoup apprécié cette occasion de s'exprimer sur des sujets qu'elles n'auraient pu traiter aussi franchement avec des hommes, ni même seulement aborder.

Le fait d'interroger *tous* les membres d'un ménage a permis de bien observer comment le temps et les contraintes économiques jouent sur le recours aux soins, en fonction du rôle économique et social tenu par chaque personne au sein du ménage. Le fait, aussi, que l'équipe ait consacré une journée entière à converser dans le ménage a facilité le repérage et la correction d'inconsistances dans les données, surtout en ce qui concerne la situation économique de la famille. Cette manière de procéder supposait un certain temps passé dans chaque campement visité : deux nuits sur place fut la règle générale. Un tel rythme de présence importait à la réussite de l'enquête : les causeries du soir autour du thé, ont enrichi les relations entre l'équipe et la population, et par là même la qualité des informations recueillies ; elles ont aussi donné lieu à une meilleure explication des buts de l'enquête, et de sa raison d'être.

À plusieurs reprises, nous avons encouragé des discussions collectives et informelles sur les causes de certaines maladies, sur les attitudes de la population face aux services de la santé publique et la connaissance qu'elle en a, sur les souhaits et les principaux soucis en matière de santé. Le contenu de ces intéressants échanges a été pris en compte dans ce rapport, notamment dans les recommandations qu'il formule.

---

9. Par "ménage", il faut entendre le groupe des personnes économiquement solidaires, se partageant le même stock de grains. Qu'il soit homme ou femme, le "chef de ménage" est responsable du bien-être économique du groupe. Un ménage peut comprendre plusieurs tentes. Sur la taille du "campement" et celle du "ménage" tamacheq, voir 3.13.

## 2.5 Quelques désavantages de la méthode

Cette enquête n'autorise aucune conclusion épidémiologique sur la prévalence ou l'incidence des maladies spécifiques. Toute maladie était désignée et commentée par la personne interrogée, qui utilisait la terminologie tamacheq. Malgré notre insistance sur le "dernier épisode morbide" (fiche [C]), il est évident que les maladies petites et récentes ont souvent été remplacées par des maladies plus importantes, mais moins récentes. Nous soupçonnons aussi un sous-enregistrement des affections gynécologiques et des maladies socialement "honteuses"<sup>10</sup>.

Les données collectées sont tributaires de la saison pendant laquelle s'est déroulée l'enquête. À mesure que celle-ci progressait, nous nous enfoncions dans la saison froide, avec son cortège habituel de rhumes et d'affections respiratoires. Par ailleurs, durant le bon hivernage de 1988, l'abondance de l'eau a favorisé les attaques du paludisme dans chaque campement. Résultat : très peu de derniers épisodes morbides dans la saison chaude, et une prépondérance de "fièvres". L'utilisation des fiches [D] sur les maladies graves a un peu compensé ce biais. Par ailleurs, il existe certainement des états que les médecins considèrent comme pathologiques, mais que, de par leur fréquence dans la zone, la population estime normaux et ne mentionne pas : telles la diarrhée des enfants, une biharziose chronique, une fièvre ondulante pendant l'hivernage.

Toute étude procédant par entretiens vaut à proportion de la qualité des rapports qui s'établissent entre enquêteurs et enquêtés. Inévitablement, certains entretiens sont très détaillés et riches, d'autres restent assez superficiels et reflètent mal la gravité ou la complexité d'une maladie, parce que l'enquêteur n'a pu ou su créer les conditions propices à la parole.

La méthode utilisée pouvait demander toute une journée de travail avec une seule femme, quand celle-ci avait charge de nombreux enfants. En général, les femmes souhaitaient que tout soit traité dans un seul entretien, d'où un effet de fatigue s'il s'agissait de remplir plusieurs fiches avec la même interlocutrice : après la conversation sur son propre cas, elle devait ensuite passer aux enfants par ordre d'âge décroissant. La femme se rendait vite compte que, moins elle déclarerait de maladies graves, plus vite l'entretien serait achevé...

Au cours de l'enquête, beaucoup de campements étaient en pleine récolte de cram-cram, ce qui correspond à un travail très astreignant. Dans plusieurs ménages, qui vivent au jour le jour en récoltant durant la journée ce qui sera mangé le soir, prendre le temps d'un entretien dérangeait beaucoup. En pareils cas, les détails font défaut parce que nous ne pouvions empêcher une personne de chercher sa nourriture.

Étant donné la taille modique de la population enquêtée<sup>11</sup>, nous n'avons enregistré qu'un faible nombre de décès et de naissances. Dans ce domaine, comme dans les autres, nos conclusions ne reposent pas sur des données représentatives. Nous pouvons seulement espérer que celles-ci soient typiques. Ajoutons cependant que, pour ce qui concerne les accouchements, beaucoup de discussions informelles ont apporté un lot d'informations qui renforcent les données enregistrées sur les fiches [E].

---

10. Même avec le concours d'enquêtrices, il nous a fallu apprendre lentement les mots-clés qui indiquent l'occurrence d'une maladie "honteuse" (cf.3.23).

11. Au total : 316 individus (sexe masculin : 156 ; sexe féminin : 160).

## 2.6 Renseignements complémentaires

En plus de l'enquête proprement dite, plusieurs interviews et visites ont permis de mieux asseoir les recommandations à faire. Nous nous sommes entretenus avec l'infirmier et avec l'aide-soignant de Ouinarden, ainsi qu'avec le secouriste d'Adjoua. Nous avons rendu visite aux deux centres d'alphabétisation de Tin Badjawayn et Ebanguimellan : ce fut une bonne occasion d'aborder dans ces groupes les problèmes généraux de santé, les avantages de la présence des secouristes, la formation des femmes, la prise en charge communautaire de la santé.

De nombreuses discussions avec le personnel de l'AEN, des conversations avec André Marty, ainsi que, suite au travail de terrain, la réunion des 21 et 22 mars à Gossi avec des représentants de toutes les sections de l'AEN concernées nous ont aidés à formuler des propositions qui visent avant tout à être pertinentes. Lors des deux jours de réunion, nous avons beaucoup apprécié les commentaires et critiques présentés, et ce rapport essaie d'en tenir compte.

### 3. PROFILS SOCIAUX ET SANITAIRES

#### 3.1 La population enquêtée

Pour une population de 316 individus, les données recueillies présentent 305 cas de dernières maladies (fiche [C]), 67 cas de maladies graves (fiche [D]), 13 accouchements (fiche [E]) et 13 décès (fiche [F]). Six personnes ont refusé de répondre, et, pour cinq enfants, on a déclaré qu'ils avaient été exempts de toute maladie. Outre trois guérisseuses, rencontrées dans les campements (fiche [H]), une tradipraticienne a été visitée près de Gossi.

Dans beaucoup de campements, les discussions plus ou moins informelles ont apporté des renseignements supplémentaires très utiles.

En annexe B (p.78), les tableaux 12 à 14 résument la répartition de l'effectif par âge et par sexe, par zone d'enquête, par âge, sexe et classe sociale. Le tableau 15 donne la liste des fractions dominantes dans chaque campement. Il est à noter que les conduites de santé varient en fonction de la classe sociale (cf.3.11), mais qu'elles sont non moins diverses entre individus de même statut.

##### 3.11 Les classes sociales

Le milieu tamachek, composé de "fractions", se caractérise par une hiérarchie sociale bien marquée. Même si les groupes ont aujourd'hui perdu de leur homogénéité, l'appartenance sociale correspond à une variable probablement importante dans la comparaison des conduites de santé. Nous avons regroupé certaines classes sociales sous les rubriques suivantes.

nobles : parmi les "*illelan*", il s'agit des *imushar*, des *ineslemen*, des *imjad*.

*illelan* de bas statut : tout groupe d'origine libre ("*illelan*"), mais non noble, y compris les forgerons et des fractions telles que *Kel tarjelift*, *Ibohannen*, *Iboyelitan*.

bella indépendants : il faut entendre ici les *bella* (ou *iklan*) affranchis, et ceux qui, ne l'étant pas, vivent dans des campements plus ou moins indépendants et séparés de leurs maîtres.

bella dépendants : les *iklan* qui habitent toujours les mêmes campements que leurs maîtres, maîtresses.

##### 3.12 Richesse

Quoique sujette à erreurs par suite de dissimulations toujours possibles, une autre classification distingue dans ce rapport (cf.5.31) des ménages riches, moyens, pauvres. Tout ménage possédant plusieurs vaches ou chameaux, et le seul disposant d'une automobile, a été classé "riche". Entrent dans la catégorie "moyen" les ménages dont on a estimé qu'ils possédaient moutons ou chèvres en troupeaux dont la taille ne pouvait être facilement évaluée. "Pauvre" se rapporte à ceux qui n'avaient pas un âne pour les déplacements, ceux qui devaient se priver de nourriture le jour où la visite des enquêteurs les empêchait de faire la cueillette, et ceux qui manifestement ne possédaient que quelques petits animaux.

Dans chaque campement, les enquêteurs ont procédé à cette classification avec l'aide de quelques hommes de la communauté. Au bout du compte, on a constaté que toute famille "riche" est noble, à l'exception d'une seule, mais que tous les nobles ne sont pas "riches".



### 3.13 Taille des campements et des ménages

Dans la formation d'un campement, les individus d'une même classe sociale (cf. 3.11) ont tendance à se regrouper. On distingue ainsi des campements de *nobles*, d'*illelan de bas statut* et de *bella indépendants*. Les *inhaden* (forgerons), qui font partie des "*illelan de bas statut*", peuvent être rencontrés dans des campements de "nobles" ou de "*bella indépendants*".

Notre échantillon comportait 16 campements, avec un effectif de 188 ménages, soit une moyenne de 12 ménages par campement (minimum recensé : 4 ménages ; maximum : 24 ménages). La taille d'un campement n'est pas fonction du statut économique (cf. 3.12) des ménages qui le composent : des familles inégalement fortunées peuvent camper ensemble. Généralement, chaque campement a son chef, et ses déplacements annuels se font en groupe.

Quant au "ménage", la note 9 (p.17) a précisé le sens de cette unité à la fois économique et familiale, dont les membres dépendent les uns des autres pour la nourriture, les animaux, l'argent, etc. La principale activité des ménages nobles est l'élevage, celle des *bella* est la cueillette. Par rapport à d'autres sociétés rurales du Mali, les ménages tamacheq sont de petite taille. L'étude a porté sur 51 ménages formant une population de 362 individus (dont 46 absents), avec une moyenne de 7 personnes par ménage. La taille et la composition du ménage est fonction des statuts social et économique : en moyenne, un ménage noble est plus nombreux qu'un ménage *bella* indépendant, et un ménage riche plus nombreux qu'un ménage pauvre. Le seul chef de fraction rencontré avait un ménage de 26 personnes, comprenant sa femme, des neveux et nièces, ainsi que nombre de *bella* dépendants avec femmes et enfants. Un ménage de *bella indépendants* comprenait exceptionnellement 18 membres, dont plusieurs en Côte-d'Ivoire.

Voici, du reste, la taille moyenne des ménages par classe.

- (a) nobles : presque 9 personnes par ménage (133 individus pour 15 ménages)
- illelan de bas statut* : 7 personnes par ménage (69 individus pour 10 ménages)
- bella indépendants* : 6 personnes par ménage (160 individus pour 26 ménages)
- (b) riches : 9 personnes par ménage (84 individus pour 9 ménages)
- moyens : 7 personnes par ménage (162 individus pour 23 ménages)
- pauvres : 6 personnes par ménage (116 individus pour 19 ménages).

### 3.2 Les principaux problèmes de santé observés

Le tableau 1 (page suivante) montre la fréquence des affections enregistrées. Rappelons que toutes les maladies ont été classées selon le diagnostic déclaré par les intéressés, sauf pour ce qui concerne *amayras*<sup>12</sup>. Fièvres et jaunisses, peu séparables en tamacheq (voir 4.221 sur *tahafnint*), constituent les épisodes les plus fréquents. Viennent ensuite les diarrhées et les affections digestives, puis les rhumes et affections respiratoires.

Le plus souvent, les Kel tamacheq classent leurs maladies soit en fonction du symptôme dominant (*eq tenadi* = fièvre), soit en nommant la partie du corps douloureuse (*idmaren* = la poitrine ; *takma'n eyaf* = mal à la tête). Plusieurs maladies sont identifiées par leur cause ; tel est le cas d'*amayras*<sup>12</sup>, ou bien celui de *tikrikowen* (= sorciers). Ces principes de

---

12. "*amayras*" désigne une rupture dans le régime alimentaire, qui peut provoquer boutons, maux, furoncles, diarrhées, etc., ou bien aggraver un état morbide existant (telle une maladie d'yeux). Dans le tableau 1, les cas d'*amayras* ont été distribués selon leurs caractérisations morphologiques, lesquelles concernent surtout digestion/estomac, boutons/éruptions.

catégorisation aboutissent à ranger dans la même classe un ensemble de symptômes que la médecine moderne ne grouperait pas ainsi. Les maladies infectieuses et quelques autres affections portent des noms spécifiques, et l'on connaît, dans ce cas, les symptômes significatifs (par exemple : *sakaran*, la coqueluche).

Nature de l'affection	nombre de cas	% des cas
fièvre / jaunisse	142	37
diarrhée / ventre	54	14
voies respiratoires	43	11
maux des os / dos	18	5
furoncles/boutons/peau	16	4
mal aux yeux	12	3
ver de Guinée	11	3
obstétrique/gynécologie	7	2
béjel	5	1
autre	77	20

Les entretiens commençaient par cette question : "Quelle a été votre dernière maladie ?" La réponse donnée dépendait, bien entendu, de la perception qu'un Kel tamacheq se fait de la maladie. L'enquête a montré qu'en général une maladie (*torhunna*) est appréhendée comme telle après que la personne a dû modifier son comportement habituel. La manifestation de symptômes reconnus comme anormaux, mais n'obligeant pas à changer les occupations quotidiennes, n'est pas considérée comme "*torhunna*", tels les cas des diarrhées d'enfants qui n'empêchent pas ceux-ci de jouer, de l'urine rouge ou des vers de Guinée qui n'empêchent pas de travailler.

Après avoir nié toute occurrence de maladie au cours de l'année précédente, plusieurs personnes admettaient avoir été atteintes de fièvre pendant l'hivernage. "Mais tout le monde était alors couché", ou bien "J'ai la fièvre de l'hivernage chaque année" étaient des excuses fréquentes. Or, les profils de ces épisodes ont souvent montré que la personne, bel et bien malade, avait suivi plusieurs traitements. Un état anormal par rapport à celui des autres, et une anomalie par rapport aux situations saisonnières connues entrent donc aussi en ligne de compte dans la reconnaissance d'une "maladie".

### 3.21 Les décès

La petite taille de l'effectif n'autorise aucune conclusion générale sur les causes de décès dans la zone. Le tableau 2 se borne à résumer les résultats spécifiques de l'enquête.

Age	nombre de cas	causes
< 1	1	<i>anajmort</i> : anthrax / charbon ?
1 - 4	4	1 fièvre, durée plusieurs semaines 3 diarrhées / problèmes gastriques
5 - 14	2	1 maladie de gorge très subite 1 diarrhée
15-44	2	1 fièvre élevée + convulsions (méningite?) 1 longue diarrhée + fièvre (homme revenu d'Abidjan)
> 45	4	4 bronchites / pneumonies / maladies de poitrine

### 3.22 Les accouchements

Des 13 accouchements enregistrés, 7 se sont passés normalement. 2 enfants étaient morts-nés (dont un prématuré de 6 mois), et 4 sont nés vivants, mais avec des complications au cours de, ou suite à l'accouchement. Des renseignements supplémentaires indiquent que la mortalité maternelle est perçue comme un grand problème<sup>13</sup>. Durant l'étape d'Echeri, nous avons appris que, dans les campements visités ou voisins (dont la population totale ne devait pas dépasser 1000 personnes), trois femmes étaient mortes des suites d'un accouchement pendant la semaine précédant notre passage ; les trois enfants étaient vivants, au moins provisoirement...

Au cours de l'enquête, les conversations avec les femmes ont révélé que chacune connaît une parente ou une amie récemment décédée à cause d'un accouchement. Un accouchement fait toujours peur : on nous a dit que "dès qu'une femme sait qu'elle est enceinte, elle ne doit plus rire jusqu'à quatorze jours après sa délivrance". Seulement alors, elle saura qu'elle va vivre.

### 3.23 Maladies pas ou peu rencontrées

Certaines affections, ici énumérées, ne sont pas représentées dans l'enquête, ou le sont plus rarement qu'attendu. Cela ne signifie pas qu'elles soient absentes, mais est plutôt imputable aux fantaisies du hasard au sein d'un échantillon restreint.

(a) Tuberculose.

Étant donné la méthode adoptée, nous pensons que les cas éventuels auraient été signalés. Il reste possible, cependant, qu'on nous les ait cachés, car la tuberculose est considérée comme une maladie honteuse.

(b) Lèpre.

Cf. la tuberculose.

(c) Rougeole.

Même dans les populations denses, les épidémies ne sont pas annuelles. Dans les populations éparpillées, elles peuvent être rares (cf. note 3). La campagne du "Programme Élargi de Vaccination" a peut-être joué un rôle.

(d) Coqueluche.

Cf. la rougeole.

(e) Diarrhée des enfants.

Voir ci-dessus (alinéa consécutif au tableau 1).

(f) Problèmes gynécologiques (et maladies vénériennes).

Les femmes ont honte d'en parler. Devant un homme, elles n'en disent rien. C'est au fur et à mesure du déroulement de l'enquête que certains mots-clés ont permis de mieux cerner ce genre d'affections. D'où une réinterprétation souhaitable -si elle était possible- de maladies identifiées dans les débuts de l'enquête (avec les rectifications corrélatives qui s'imposeraient dans le tableau 1).

(g) Bilharziose.

L'"urine rouge" fut fréquemment citée comme signe de la "chaleur" (voir 4.21), mais rarement comme manifestation d'une maladie.

---

13. La mortalité élevée des femmes, relevée dans l'enquête de 1982, suggère une surmortalité maternelle chez les nobles : dans ce groupe, la mortalité adulte féminine excède la mortalité adulte masculine, ce qui est une situation assez rare (RANDALL 1984).

(h) Maladies vénériennes masculines.

Aucun cas n'a été mentionné : on ne peut savoir si c'est parce qu'il n'y en avait pas, ou bien si les hommes avaient honte d'en parler.

Sur cette liste, on repérera deux sortes de "maladies honteuses". Les unes, comme la tuberculose et la lèpre, stigmatisent l'ensemble de la famille ou du campement (le sujet atteint peut être caché aux étrangers). Les autres entraînent une honte individuelle : il s'agit alors de maladies atteignant le sexe. De celles-ci on ne parle pas volontiers à des étrangers ; qui plus est, on n'en parle pas en présence d'une personne de l'autre sexe. Nous avons décelé plusieurs cas d'affections gynécologiques, mais aucune maladie sexuelle masculine : cela signifie peut-être que les femmes seraient plus enclines que les hommes à traiter de ces questions intimes quand les circonstances s'y prêtent, c'est-à-dire dans la compagnie d'autres femmes capables de sympathiser avec leurs problèmes.

## 4. MÉDECINE POPULAIRE TAMACHEQ

Les principes en sont ici présentés dans le détail, car, pour être efficace, une action de santé publique ne peut que gagner à les respecter quand c'est possible. Par ailleurs, non moins qu'un certain nombre de contraintes physiques, économiques et socio-culturelles (analysées dans le chapitre 6), ces principes déterminent les conduites de santé actuellement observées.

Rappelons (cf.2.1) que les données dont nous faisons état résultent des "profils" obtenus dans les campements visités, et non d'une investigation auprès des spécialistes en thérapie traditionnelle. Dans ce domaine, des recherches antérieures chez les Kel Antessar de Léré (RANDALL 1984) et les travaux existants (LE JEAN 1986, AG HAMAHADY 1988) ont plutôt servi de référence pour des clarifications éventuelles. Notre intérêt a porté sur les perceptions diffusées au sein d'une population qui, en fait, ne s'adresse guère aux guérisseurs et guérisseuses, et sur les conséquences pratiques de cet ensemble de perceptions.

### 4.1 Les maladies surnaturelles

Ce titre regroupe trois causes ou types principaux de maladies qui ne sont pas considérées comme naturelles :

(a) les diables (*alshinan*, *kel tenere*) qui provoquent les folies, les maladies mentales, convulsions et crises ;

(b) les sorciers (*tikrikowen*), capables de déclencher des maladies subites. Un pouls très faible est un signe de sorcellerie, mais celle-ci ne se traduit pas dans un genre d'affection spécifiquement imputable aux sorciers<sup>14</sup>.

(c) le mauvais œil (*teshort*). Ici, l'image associée est plutôt de manducation que de regard. L'expression entendue est "*teshort* m'a mangé(e)". Au cours d'une maladie, quelle qu'elle soit, *teshort* est soupçonnée si les traitements habituels se révèlent inefficaces.

À partir du moment où une cause surnaturelle est incriminée, les seuls intervenants que l'on considère comme habilités sont les marabouts, avec leurs bénédictions et leurs versets coraniques. Nous n'avons pas grand-chose à en dire, mais il importe de remarquer que, malgré l'importance idéo-logique de tels recours, les consultations maraboutiques paraissent peu fréquentes en pratique : pour 372 profils de maladie recueillis, nous avons noté 11 cas seulement d'appel au marabout. Nous avons aussi noté qu'en pareille circonstance, où *tikrikowen* ou *teshort* sont présumés, les symptômes repérés ne se différencient pas de ceux qui caractérisent des maladies "naturelles".

Dans toutes nos discussions à propos des maladies enregistrées sur les fiches (et à propos d'autres cas évoqués dans la conversation), on ne nous a jamais cité un marabout qui, après avoir vu le malade, aurait suggéré qu'il s'agissait peut-être d'une affection "naturelle". Au demeurant, il faut se rappeler que le marabout est toujours payé pour ses soins.

---

14. Les Songhay ont auprès des Tamacheq la réputation d'être souvent sorciers. Quelques femmes ont précisé que, pour cette raison, elles ne s'intéressent pas aux matrones songhay, mais seulement à des "sœurs" tamacheq.

## 4.2 Les maladies naturelles

### 4.21 *Chaud et froid (= tuxsi / tessumde)*

À l'exception des maladies surnaturelles, qui échappent à cette classification, la médecine tamacheq accorde une importance capitale à la polarité chaud/froid. Les aliments et les médications sont classés "chauds" ou "froids", sans que ce classement ait rien à faire avec leur température. Les éléments, les saisons, le climat entrent aussi dans la même catégorisation.

L'absence de douleur dans un organisme sain témoigne d'un bon équilibre corporel entre le froid et le chaud. En revanche, une douleur ou toute autre anomalie physique atteste un excès soit du chaud, soit du froid dans la partie atteinte. Quand une véritable maladie se déclare, ce déséquilibre affecte le corps tout entier. Soigner consiste alors à restaurer l'équilibre compromis: pour une maladie "chaude", les médications et aliments "froids" sont indiqués, et vice versa. Certaines personnes sont plutôt sujettes à des maladies "froides", d'autres à des maladies "chaudes".

En réalité, si populaire et généralisée que soit la terminologie en froid/chaud, le système est éminemment flexible. Il s'accommode d'interprétations multiples, de niveaux de connaissance et de compréhension très variables. Ainsi, les spécialistes (cf. LE JEAN 1986, AG HAMAHADY 1988) fournissent un schéma chaud/froid indépendant de la température, schéma selon lequel le régime alimentaire joue un rôle primordial dans la guérison en rectifiant les déséquilibres. Mais notre enquête montre qu'en la matière les connaissances populaires sont beaucoup plus estompées et moins consistantes. Chacun peut employer le vocabulaire du chaud et du froid, et plusieurs appliquent les conséquences de cette polarité dans l'automédication. Cependant, il est évident que nos questions incitaient certains à réfléchir pour la première fois sur l'application des catégories chaud/froid à la maladie qu'ils décrivaient. Pour d'autres, ces catégories ressortissaient surtout au domaine de la température. Bref, sauf pour quelques affections définies par une pure référence à la classification<sup>15</sup>, la plupart des gens ne commencent à recourir aux interprétations en "froid" et "chaud" qu'après l'échec de traitements préliminaires.

Dans ces conditions, le système ne repose donc pas sur une classification rigide. Que l'eau soit "froide", et par conséquent puisse provoquer les maladies froides et soigner les maladies chaudes, tel est à peu près le seul facteur constamment rencontré. Par ailleurs, certains aliments, "froids" chez une personne, sont "chauds" chez une autre ; une saison qui provoque les maladies chaudes chez l'une entraîne les maladies froides chez l'autre. Selon un tel, les maladies qui s'aggravent de nuit sont chaudes, et quelqu'un d'autre nous assure qu'elles sont froides... On peut, du reste, distinguer dans une telle flexibilité un aspect structurel et un aspect conjoncturel. D'une part, les spécialistes sont les premiers à dire que l'individu a sa propre réaction suivant la nature de son corps, d'où la raison d'être de classements individuellement pertinents ; d'autre part, il existe beaucoup de personnes qui, ne comprenant ni n'utilisant à bon escient la classification, n'en possèdent que le vocabulaire. Quelques exemples viendront ici à l'appui de cette remarque.

Dans l'évolution d'une même maladie, peuvent être distingués des stades "chauds" et d'autres "froids".

Une maladie consécutive à une journée passée dans l'eau est immédiatement interprétable en termes de froid, et doit alors être soignée avec des médications chaudes. Mais, face à la même

---

15 Tel est le cas de *tessumde* ("le froid"), une maladie qui se signale par des douleurs dans le bas ventre et au bas du dos ; elle renvoie, chez les femmes, à des affections gynécologiques ou vénériennes.

situation, une autre personne, au lieu de raisonner ainsi, se préoccupera de soigner les symptômes ; si on lui demande ensuite de classer la médication qu'elle a utilisée, elle dira : "Comme la maladie était provoquée par l'eau et que le traitement a réussi, c'est que le traitement administré doit être chaud." En pareil cas, c'est donc après coup seulement que la médication est identifiée comme chaude. De même, s'il s'agit d'une maladie supposée froide, mais ne s'améliorant pas avec un traitement chaud, on essaiera une médication froide. Ce genre de pratiques est assez habituel ; il atteste que souvent les maladies sont classées chaudes ou froides *a posteriori* selon la réaction aux traitements appliqués, et non pas *a priori* pour déterminer la médication à utiliser. En fait, une personne dont la maladie se guérit vite ne donne que peu d'attention aux classements en chaud/froid ; c'est après une mauvaise réaction à un premier traitement que plus de considération leur sera accordée.

Un sujet peut avoir des parties du corps qui sont chaudes, en même temps que d'autres sont froides. Par exemple, les vertiges indiquent une tête chaude et peuvent coexister avec des douleurs du bas ventre, qui sont en général froides.

Au reste, la souplesse du système le maintient opératoire, puisqu'il peut être appliqué à toute situation : si un classement initialement retenu se manifeste non pertinent, il suffit de réinterpréter la classification. Cela se vérifie dans la plupart des maladies, qui se présentent en forme chaude ou/et en forme froide selon la nature de la personne atteinte, ses réactions aux traitements, son régime préféré, le fait qu'elle se sente mieux après s'être lavée, après s'être promenée au soleil, etc.

D'une telle flexibilité émergent cependant quelques principes plus fermes. L'un d'entre eux concerne le sang. Une présence anormale ou un excès de sang sont un signe de chaleur. Un manque de sang signale le "froid". Ainsi, entrent dans la catégorie "*tuksi*" (chaleur) les saignements de nez, une sensation de pression sanguine derrière les yeux, les vomissements de sang, l'urine rouge, une hémorragie en cours de grossesse ou une perte de sang excessive *post partum*, un abcès ou un furoncle avec du sang dans le pus. En revanche, l'aménorrhée (sauf en période d'allaitement), une suite de couches sans saignement sont des signes de "*tessumde*" (froid). Si le corps produit des substances blanches ou ressemblant à de l'eau, la maladie est froide, -par exemple, les ampoules pleines d'eau, les cloques, les pertes blanches vaginales, une diarrhée avec des glaires blanches.

Le cas de la dysenterie offre, d'ailleurs, une exception au lien établi entre sang et *tuksi* : du sang dans les selles n'indique pas forcément la chaleur. Souvent, la présence de liquide blanchâtre ou de glaires conduit à considérer la diarrhée comme froide. Affecté d'une maladie "froide", le sujet risque alors d'être rationné en eau, voire même privé de cette boisson, puisque l'eau est de nature "froide"; d'où, dans ces conditions, une amélioration plutôt aléatoire de l'état de santé.

Étant donné la grande flexibilité que les alinéas précédents ont illustrée, le recours aux remèdes de la médecine moderne nous paraît, à tout prendre, compatible avec les communes représentations classificatoires du chaud et du froid. Par rapport à ces remèdes, la même diversité d'appréciations peut exister : quelqu'un déclare que "les médicaments du dispensaire sont toujours froids et ne soignent que les maladies chaudes", et un autre a constaté que "toute médication moderne est chaude"... Mais, en milieu populaire tamacheq, le fait qu'un remède soigne efficacement une maladie importe plus, au bout du compte, que sa qualité chaude ou froide, puisque le plus souvent cette qualité (quand on y prête attention) est elle-même déductible de l'effet produit par le médicament.

#### 4.22 L'intérieur sale

Beaucoup de maladies tamacheq sont provoquées par des "saletés à l'intérieur du corps". Pour que la maladie guérisse, les saletés doivent sortir. Celles-ci proviennent de ce qu'on mange. Ainsi incrimine-t-on certains produits de cueillette tels que feuilles d'*ajar* (*Mærua crassifolia*), fruits d'*anshannen* (*Boscia senegalensis*). Pour éliminer les saletés, il faut se nettoyer : les purges, les vomitifs et les lavements s'en chargent.

Quand il s'agit de boutons, de furoncles ou d'enflures infectées, c'est encore une affaire de saletés. Tous les traitements visent à ce que les boutons fassent éruption, à ce qu'éclatent les furoncles, etc. Si tous les boutons ne sortent pas, ils rentrent dans le corps et deviennent beaucoup plus dangereux. C'est pourquoi, dans le cas de la rougeole, un grand nombre de boutons est considéré comme bon signe. Une forme de béjel (*karzalay*) se manifeste par des pustules sur tout le corps, surtout dans la bouche. La population reconnaît que le seul traitement efficace consiste en une série d'injections. Mais la manière de recourir ici à la médecine moderne est conditionnée par la croyances populaire : il faut que la personne malade attende trois mois avant d'aller se faire traiter, afin que tous les boutons aient le temps de sortir. Faute de quoi, ils rentreraient insidieusement dans le corps<sup>16</sup>.

##### 4.221 *tahafnint*

Une manifestation spécifique et importante des saletés internes est *tahafnint*. C'est une substance que tout le monde possède en petite quantité dans le ventre. Il s'agit d'un liquide jaune-vert très amer, à distinguer de la bile (*agowsa* ou *aggerse*). Une quantité excessive de *tahafnint* dans le corps rend malade, en donnant des fièvres éventuellement accompagnées de vomissements du liquide. Les selles, jaunes ou vertes et mousseuses, traduisent une maladie provoquée par *tahafnint*. Les jaunisses, où la peau et les yeux deviennent jaunes, correspondent à des manifestations ultimes de *tahafnint*.

Beaucoup d'aliments contiennent la substance en question, mais la quantité en est surtout élevée dans les fruits de cueillette consommés pendant l'hivernage (*anshannen* et *ajar* déjà nommés), ce qui explique la haute incidence des fièvres lors de cette saison. Il est intéressant de noter que les groupes non consommateurs de ces fruits sauvages durant la période des pluies n'en interprètent pas moins à partir de leur alimentation l'excès des fièvres d'hivernage : pour les *imjad kel ayeris*, le grain (mil et riz) mangé par eux en saison chaude contient de la *tahafnint* qui provoque des fièvres au début de l'hivernage, parce qu'ils commencent alors à augmenter leur consommation de lait, et que ce lait relâche la *tahafnint* stockée dans l'organisme.

Pour se guérir de *tahafnint* (ou *tenadi n-tahafnint*, "fièvre de *tahafnint*"), il faut une purge ou un vomitif. On soigne la plupart des fièvres de cette façon, et, si la personne vomit du jaune ou bien est purgée d'un liquide jaune, on a la preuve que *tahafnint* a provoqué la fièvre. Toutes les personnes enquêtées ont assuré qu'une maladie de *tahafnint* ne peut guérir que lorsque l'excès de cette substance est sorti du corps.

Cette manière de voir les choses n'est pas sans répercussion sur l'effet imputé à la nivaquine pour le traitement des fièvres d'hivernage. Pour quelques uns, la nivaquine est un remède efficace, mais son action est temporaire : les fièvres risquent de revenir tant que *tahafnint* n'est pas sortie. Pour d'autres, la nivaquine est très puissante parce qu'elle réussit à

---

16. On imagine le risque de contamination entraînée, au sein du campement, par une telle attente de trois mois...



dissoudre et à faire disparaître la *tahafnint* dans le corps, à guérir sans purge. Mais, pour un autre groupe, les purges traditionnelles demeurent les seuls remèdes adéquats dans le cas de fièvres ou autres maladies provoquées par *tahafnint*.

#### 4.23 Régime alimentaire et santé

Le tableau suivant montre que, parmi les causes attribuées aux maladies, le régime d'alimentation arrive en première place : ce thème revient très fréquemment à propos de la classification chaud/froid, ainsi qu'à propos d'"intérieur sale" et de *tahafnint*.

Cause déclarée	nombre de fois	%
Alimentation	154	40
Aléas climatiques	58	15
Activités quotidiennes	37	9,5
Maladie liée à une autre	11	3
Diabes, <i>tashort</i> , sorciers	11	3
Dieu	9	2
Contagion	7	2
Accouchement difficile	4	1
Maladie héréditaire	2	0,5
ne sait pas	92	24
total : 385		100

En principe, des affections bénignes peuvent être soignées par simples changements de régime alimentaire ; en fait, nous avons rencontré fort peu de ces cas (peut-être parce que les actuelles conditions économiques ne permettent guère de tels changements...). En même temps qu'ils donnent leurs médications, les tradithérapeutes prescrivent toujours un régime strict (LE JEAN 1986 ; Mohamed AG MAHMOUD [communication personnelle]), afin d'aider le corps à retrouver son équilibre. Mélanges indus d'aliments, excès de nourriture chaude ou de nourriture froide (conçue aussi comme "lourde" ou "légère"), aliments de mauvaise qualité, changements d'alimentation : autant de facteurs susceptibles de rendre malade<sup>17</sup>, et cela de façon souvent trop grave pour que la seule correction du régime puisse alors suffire au rétablissement de la santé.

Peut-on en conclure que, dans ce milieu, les conseils nutritionnels seront très acceptables? Ce n'est pas évident, car les Kel tamacheq sont très conservateurs dans leur mode alimentaire, et leurs idées sur un régime idéal ne concorderont pas forcément avec celles du médecin nutritionniste. Par exemple, les groupes nobles rêvent aux jours de bonne chère, quand leurs femmes étaient gavées jusqu'au point de ne pouvoir plus guère marcher ni monter un âne. Le régime idéal tamacheq contient beaucoup de graisse, de beurre, de lait. Les fruits et légumes ne sont pas recherchés, mais plutôt considérés comme aliments médiocres, ceux qu'on mange lorsqu'on se trouve en ville (et on est en ville parce qu'on est pauvre).

17. Tout changement subit, soit dans le régime, soit dans l'ordinaire quotidien (ainsi : manque du thé habituel à midi, manque de lait le soir, repas avec sauce quand on est accoutumé à un repas sans sauce) peut provoquer la maladie *amarras*, dont la lèpre est la forme la plus grave. Les maladies existantes peuvent être aggravées par de tels changements de régime. Un nourrisson peut tomber malade si sa mère change de régime ou manque un repas.

Tous les Kel tamacheq s'accorderont, en revanche, pour reconnaître que, suite aux sécheresses, la détérioration récente –quantitative et qualitative– de leur régime alimentaire a favorisé l'écllosion de maladies. Il résulte de cela que toute opération visant à améliorer la sécurité alimentaire sera aisément considérée comme bénéfique à la santé.

#### 4.24 Dieu

Dominant la logique diététique ci-dessus exposée, un thème récurrent est celui de la toute-puissance de Dieu dans le domaine de la santé (comme dans les autres). Cette croyance se traduit en pratique par une attitude fataliste devant les maladies : le fait qu'une personne tombe malade, à un moment donné, est immédiatement rapporté à Dieu. Certes, des causes empiriques peuvent être identifiées –par exemple, *tahafnint*–, mais on voit d'autres personnes manger les mêmes aliments, vivre dans les mêmes conditions sans que la maladie les ait atteintes, ce qui prouve bien une intervention directe de Dieu. Ce genre de représentation vaut pour toute maladie, qu'elle soit contagieuse, provoquée par l'alimentation, ou d'autre nature.

C'est aussi à cause de Dieu qu'on guérit<sup>18</sup>. Les médicaments aident à la guérison si Dieu donne son accord (un signe, peut-être, que les traitements tamacheq sont plutôt aléatoires...). Deux conséquences principales découlent de cette idée.

D'abord, des ressources importantes peuvent être affectées à des sacrifices (*takuti*) avant, pendant et après une maladie. Les *takuti* sont considérés comme très efficaces pour la guérison des maladies graves et récalcitrantes. Théoriquement, les ressources qu'ils mobilisent seraient, au moins en partie, utilisables pour des soins proprement dits ; mais la question de choix ne se pose pas : quand un individu est gravement atteint, il est obligatoire de faire *takuti* à la mesure des ressources disponibles.

Seconde conséquence : un manque de connaissances et d'intérêt à l'égard des mesures préventives. Ici, commençons par noter que telle conclusion de Le Jean<sup>19</sup> à la suite de ses entretiens avec les spécialistes contredit nos données, recueillies en milieu populaire. Par exemple, nos dires sur la prévention des vers de Guinée ont provoqué des commentaires tels que : "À quoi sert tout cet effort s'il arrive que je ne sois pas attaqué l'année prochaine ?", "Mes vers de Guinée ne m'empêchent pas de travailler, donc à quoi bon faire du travail supplémentaire (=filtrer l'eau) ?", "Moi, ils ne m'attaquent pas." Sauf de rares références au bienfait d'une amélioration générale du régime alimentaire, nos données n'apportent rien qui mette en valeur la notion de prévention. Faut-il, sur ce point –parmi d'autres possibles– conclure à un écart entre l'opinion des spécialistes et les idées communes ?

### 4.3 Les traitements

La plupart des traitements se conforment aux théories que nous venons de passer en revue. Dans le cas d'une maladie "surnaturelle", les médications courantes n'interviennent pas nécessairement (même si, aux yeux d'un étranger, les symptômes peuvent sembler identiques à ceux d'une affection "naturelle"). Pareille maladie est toujours du ressort des marabouts, qui la traitent avec des bénédictions ou des versets du Coran. Souvent, l'encre des versets écrits est rincée et bue par le malade.

Une série de traitements comprend les médications aptes à faire sortir du corps saletés et

---

18. La mort est la guérison ultime !

19. "Encore une fois, la prévention est une notion primordiale en médecine traditionnelle." (LE JEAN 1986, p.66)

impuretés : purges, vomitifs, lavements, drains, préparations qui favorisent l'éruption et l'éclosion des boutons. Les autres pratiques de soins entendent remédier directement au mal : laver une personne fiévreuse, soigner un rhume avec du piment, utiliser les plantes pour arrêter une diarrhée, etc.

Peut servir de médicament presque toute substance qui se trouve dans le campement ou à proximité. Les urines animales, ramassées de plusieurs façons, ont quantité d'usages : elles sont utilisées pour purger, faire vomir, soulager une toux, laver une personne fébrile après qu'on les ait mélangées avec de l'eau. Du reste, chaque produit animal est une médication en puissance : bouse, corne, lait, beurre, viande, os... Il en va de même pour les plantes (cf. annexe A), et pour d'autres produits plus ou moins inattendus : eau, sel, sucre, sable, terre de termitière, colorant, morceaux de vieille tente ou d'outre brûlée, huile de moteur, poudre noire des piles électriques, etc. En somme, il n'y a guère de limite à ce qu'on peut considérer comme médicament, non plus qu'aux modes d'emploi ; tout est utilisable, certaines choses étant plus disponibles que d'autres.

Pour certaines maladies, il existe des médicaments préférés, mais ceux-ci peuvent être remplacés, à l'occasion, par n'importe quel produit végétal ou animal censé servir aux mêmes fins. Les maladies inconnues, ou celles qui ne réagissent pas aux traitements habituels sont de bons terrains d'expérimentation ; un traitement est mis à l'épreuve pendant trois jours, après lesquels on l'arrête si aucun mieux n'est constaté. En cas de nuisance visible, on l'arrête immédiatement. Tout produit connu pour la cure d'une maladie spécifique, et devenu de ce fait "médicinal", peut donc être essayé comme remède à propos d'une autre affection.

Comme de bien entendu, les traitements de la médecine moderne subissent le même sort que les médications traditionnelles. Les instructions données -qui, du reste, font parfois défaut- ne sont pas nécessairement suivies. Si l'on observe un bon résultat après quelques jours, on peut interrompre le traitement, conserver le remède pour une autre occasion, ou le donner à quelqu'un d'autre. Sans rien de bon après trois jours, on arrête. Quand il s'agit d'une série d'injections, on demande souvent que toutes les piqûres soient administrées à la fois, car se rendre à plusieurs reprises au dispensaire pose des problèmes de transport ; une telle requête montre que, si la médication inspire confiance, la posologie et les délais de consommation n'importent pas. On sait maintenant qu'il y a des comprimés (la nivaquine, par exemple) guérissant la fièvre ; ces comprimés seront donc recherchés pour toute maladie dont les symptômes incluent la fièvre<sup>20</sup>. Quoique l'enquête n'ait pas permis de l'observer, on nous a dit que souvent la dose d'un médicament est doublée lorsque le remède est jugé efficace. Au contraire, on diminue la dose si le médicament semble trop fort. Ce qui est sûr, en tout cas, c'est que l'introduction de médicaments dans un campement les transforme en bien commun : il est très difficile que quelqu'un refuse d'en donner à ses parents.

Une conclusion assez évidente ressort de ces attitudes et pratiques concernant les médicaments : à moins de contrôle très strict, l'établissement de pharmacies de campement ou de secteur est à déconseiller formellement.

#### 4.4 Comportement face aux maladies

Pour les maladies à causes "naturelles", un modèle général de comportement est le suivant:

---

20. Ainsi, une femme atteinte de dracunculose avait une forte fièvre accompagnée de douleurs, avec une jambe très enflée d'où coulait du pus. Elle a souvent envoyé des enfants chez le secouriste, en les chargeant de lui demander des comprimés pour la fièvre. Chaque fois, le secouriste a envoyé de la nivaquine, parce que la malade n'a jamais fait part des autres symptômes.

(a) Un traitement est d'abord essayé à domicile<sup>21</sup>, à partir d'ingrédients disponibles dans le campement. En général, la décision sur la nature et les modalités de ce traitement est prise par les femmes de la famille, et ce sont elles qui, la plupart du temps, effectuent les préparations nécessaires. Les hommes disent éventuellement leur mot quand il s'agit de leur propre état de santé, et, parfois, dans le cas de leur enfant ; ce qu'ils connaissent et pratiquent eux-mêmes comme traitements, ils l'ont du reste le plus souvent appris de leur mère ou de quelques autres femmes de la famille. La décision de faire un sacrifice est prise par la personne malade ou, pour un enfant, par son père ou sa mère.

(b) Si la maladie s'aggrave ou persiste malgré les traitements traditionnels, on envisage d'aller voir un spécialiste. Mais, pareille consultation suppose des dépenses ; l'idée sera donc abandonnée si le ménage ne dispose d'aucune ressource. D'habitude, l'initiative des dépenses revient à l'homme<sup>22</sup>, bien que, dans quelques cas, la femme suggère à son mari qu'une consultation s'impose, si elle voit que ses compétences sont dépassées. Lorsqu'on se décide ainsi en faveur d'un traitement externe, les parents s'entraident beaucoup. Le système d'avances monétaires est fort peu pratiqué ; les parents s'assistent gratuitement parce qu'ils savent que le cas est très grave. Il ressort des données de l'enquête que les recours à un traitement externe sont rares, en partie à cause des problèmes logistiques et financiers que de tels recours entraînent.

(c) Si le traitement externe échoue, la personne rejoint son campement, et on attend la décision de Dieu, soit en reprenant à tâtons des médications traditionnelles, soit en y renonçant.

(d) Quand la maladie est jugée extrêmement grave, ou le malade considéré comme trop âgé pour qu'on le soigne, on le laisse chez lui, dans les mains de Dieu.

#### 4.41 Connaissance des traitements traditionnels

La plupart des femmes ont un assez large savoir empirique des manières de traiter traditionnelles. Les recettes sont transmises de mère à fille ou apprises auprès de femmes plus âgées ; on regarde ce que les autres font, et l'on se communique volontiers ses connaissances entre femmes de différents campements ou fractions. Chaque communauté a ses traitements préférés, qui ne sont pas forcément pratiqués ailleurs. Par exemple, dans l'un des campements, on utilise une purge à base de graines de *xabbanasse* (*Momordica charantia*) : mentionnée 9 fois sur des fiches différentes, cette purge y est pratiquée pour soigner diverses maladies. Ailleurs, ce sont les urines qu'on ramasse de façon particulière, ou telle plante qui a la cote. De telles recettes sont colportées par les femmes, au gré de leurs déplacements ; on écoute, à l'occasion, les conseils d'une visiteuse experte dans le traitement d'une maladie. Sans être, à proprement

---

21. Ce genre de traitement sera désormais désigné, dans le présent rapport, comme "traitement domestique", pour le distinguer du recours à une instance extérieure au ménage (tradithérapeute, marabout, infirmier, aide-soignant, secouriste). Lorsqu'intervient un recours de ce dernier type, nous parlerons de "traitement externe" (cf. par exemple tableau 5, p.35).

22. D'une part, les hommes peuvent accéder à l'argent en vendant une ou plusieurs bêtes au marché de bétail (les femmes n'y vont pas). D'autre part, même sur ses propres biens, une femme n'est pas accoutumée à engager quelque dépense que ce soit sans l'acquiescement de son mari, hormis le cas d'un animal offert par elle en sacrifice. Cependant, parmi les familles rencontrées durant l'enquête, nous avons noté le cas de certaines femmes qui, ayant des biens à elles, ont décidé de leur propre chef d'aller se faire traiter hors ménage. Ce sont d'habitude des femmes bella, faisant commerce de leurs produits de cueillette ou ayant travaillé en ville. Les femmes nobles ne disposent jamais d'argent, même si elles possèdent des biens ; en conséquence, elles ne prennent jamais l'initiative d'un voyage pour aller chercher des soins à l'extérieur.

parler, des tradithérapeutes (*enassafar, tenassafart*), certaines personnes –surtout des femmes nobles– ont la réputation de posséder un savoir plus étendu qui peut profiter aux autres (voir 4.51).

Les hommes ne sont pas pour autant ignares en matière de traitements traditionnels : ils les ont appris de leurs mères, de leurs sœurs, de leurs femmes. Ce qui montre bien le rôle prééminent des femmes dans la tradition médicale tamacheq.

#### 4.42 L'attentisme

D'habitude, on ne cherche pas des conseils médicaux hors du ménage ou du cercle des proches parents. Cependant, nous venons de l'indiquer, des conseils extérieurs sont bienvenus si et quand ils sont offerts. On profite alors de l'occasion qui se présente. Cet "attentisme" est assez constant : on ne fait pas grand effort pour aller au devant des soins, mais dès qu'une possibilité surgit, on en profite.

L'équipe des enquêteurs était utilisée de cette manière. Dès notre arrivée dans un campement, avant même les premières explications données sur notre travail, plusieurs malades nous étaient montrés, afin que nous leur donnions des médicaments. Souvent, il était clair que la maladie durait depuis longtemps, mais aucun effort n'avait été fait pour emmener le patient au dispensaire. Ce simple fait manifeste comment l'obstacle aux soins n'est pas un manque de confiance dans la pharmacopée moderne, mais plutôt une certaine apathie objective.

Pareil attentisme concerne aussi le recours aux médications en usage dans le campement. Quelqu'un est malade ; pour son cas, un traitement déterminé est reconnu comme efficace. On l'appliquera si les ingrédients nécessaires à la préparation sont aisément disponibles, mais plutôt que de partir à leur recherche s'ils font défaut sur place, on utilisera une autre médication à portée de main, fût-elle reconnue moins efficace. Ou bien le malade ne sera même pas soigné du tout.

Il est rare qu'une personne se déplace exprès, au marché ou en brousse, pour chercher un médicament. Toutefois, si quelqu'un doit se rendre au marché pour des achats obligatoires et que, ceux-ci terminés, un peu d'argent lui reste, il achètera un petit stock de produits recherchés, tels *aharjjim* (cf. annexe A) ou nivaquine, à garder pour les besoins futurs. Au retour dans le campement, le stock sera partagé (sans paiement) avec d'autres personnes qui auraient à utiliser les remèdes.

En résumé, les comportements analysés se caractérisent par trois traits importants, diffus en milieu tamacheq :

- (1) Il n'y a pas forcément un traitement spécifique pour une maladie donnée.
- (2) Solidaire du fatalisme évoqué en 4.24, l'attentisme prévaut.
- (3) Les connaissances médicales et les remèdes ne sont pas des biens personnels : on les partage avec les autres.

#### 4.43 Délai avant traitement

Nous avons vu que la consultation d'un spécialiste n'est pas une pratique habituelle tant que la maladie ne s'est pas aggravée. Cela dit, les automédications domestiques interviennent d'ordinaire assez tôt. Soins domestiques et soins externes confondus, le tableau 4 (page suivante) indique les délais observés avant les premiers soins : ce sont les seuls pris ici en compte, car plusieurs traitements peuvent jalonner –parfois à longs intervalles– le cours d'une même maladie. On admet assez volontiers que les Kel tamacheq ne se préoccupent de traitement que lorsque la gravité du mal est devenue manifeste ; les colonnes "immédiat" et "précoce" du tableau montrent qu'il n'en va pas toujours ainsi.

TABLEAU 4 : DÉLAI AVANT LE PREMIER TRAITEMENT (campements 4 à 16*)							
Maladies traitement >	Pourcentage des cas de la maladie						Nbre
	aucun	immédiat	précoce	tardif	après aggrav.	opportuniste	
fièvres / jaunisses	22	19	24	27	1	8	139
diarrhées / ventre	21	12	28	30	5	5	43
voies respiratoires	26	23	19	19	6	6	31
maux des os / dos	43	21	7	14	14	0	14
furoncles/boutons/peau	0	25	33	17	25	0	12
vers de Guinée	10	0	36	10	45	0	11
yeux	0	11	44	33	11	0	9
obstétr./gynécologie	14	14	14	43	14	0	7
"surnaturelles"	0	57	29	0	14	0	7
autres	25	25	28	10	8	5	40
% en ligne	21	19	25	23	7	6	313 (N. total)

\* Voir en annexe B (tableau 15, p.79) ce que signifie cette numérotation.

Note : Par "traitement opportuniste", il faut entendre que la maladie n'aurait pas été soignée sans l'arrivée fortuite d'une personne capable de suggérer un traitement.

#### 4.44 Caractéristiques démographiques

En regard d'une hiérarchie sociale fort complexe, la taille de notre effectif est trop modeste pour que le tableau 5 (page suivante) permette des conclusions assurées. Il autorise cependant quelques commentaires indicatifs, à partir des données recueillies sur les traitements -tant domestiques qu'externes- pour lesquels des frais ont été engagés, soit en espèces, soit en nature.

##### 4.441 Age

Entre enfants (0-14 ans) et adultes, la proportion des individus qui ne reçoivent aucun soin ne diffère guère : 16% d'enfants, 18% d'adultes. Le nombre de cures pour lesquelles on a effectué une dépense reste, lui aussi, à peu près le même, mais la tendance est au paiement en nature dans le cas des enfants.

En revanche, les soins externes sont plus souvent recherchés pour les adultes (26%) que pour les enfants (16%), et, pour ces derniers, on est moins enclin à dépenser une forte somme d'argent. Dans les deux campements proches d'un secouriste, l'écart entre enfants et adultes est très prononcé : 17% de ceux-là reçoivent des soins externes, par rapport à presque 50% d'adultes.

##### 4.442 Sexe (adultes seulement)

On constate peu de différence entre le comportement masculin et celui des femmes. On peut remarquer que 22% d'hommes ne reçoivent aucun soin, contre seulement 16% de femmes, mais ce genre d'écart est tout à fait compréhensible, si l'on se rappelle que les femmes délivrent elles-mêmes l'essentiel des soins domestiques traditionnels : il est donc normal qu'elles aient plus tendance que les hommes à traiter leurs petites maladies.

TABLEAU 5 : ACCÈS AUX SOINS PAR CLASSE SOCIALE									
Classe	Pourcentage des effectifs par classe							N	
	Aucun soin	Traitement domestique		Traitement externe payé					
		Paiement		%	en francs CFA		en nature		
		en argent	en nature		≤ 500	> 500			
<b>(a) Enfants</b>									
Nobles									
-échantillon initial	35	0	0	10	10	0	0	20	
-échantillon suppl.	8	0	0	17	17	0	0	12	
illelan bas statut	13	9	13	22	4	4	13	23	
bella indépendants	13	4	6	14	4	1	6	71	
bella dépendants	14	0	14	19	5	0	14	21	
<b>TOUS ENFANTS</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>147</b>	
<b>(b) Adultes</b>									
Nobles									
-échantillon initial	H 27	0	0	27	8	16	0	26	
	F 24	3	3	18	6	0	0	17	
-échantillon suppl.	H 0			50	40	10	0	10	
	F 7			47	27	0	7	15	
illelan bas statut	H 31	0	6	25	6	0	19	16	
	F 24	17	6	26	12	0	6	17	
bella indépendants	H 20	14	5	20	2	5	10	42	
	F 10	20	5	33	5	8	15	63	
bella dépendants	H 30	0	10	10	0	0	1	10	
	F 27	0	9	5	0	0	5	22	
<b>HOMMES</b>	<b>22</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>24</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>104</b>	
<b>FEMMES</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>27</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>134</b>	
<b>TOUS ADULTES</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>26</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>238</b>	
<b>total des épisodes déclarés</b>								<b>385</b>	

## 4.443 Classe sociale (cf.3.11 &amp; 5.32)

Le tableau 5 montre que la pratique des traitements, domestiques ou externes, varie en fonction de l'âge et du sexe ; il met en évidence l'importance d'une autre variable, qui est l'appartenance à une classe sociale.

Pour les enfants, on constate dans l'échantillon initial<sup>23</sup> que la proportion d'enfants nobles ne recevant aucun soin est plus de deux fois supérieure à celle des enfants de n'importe quelle autre classe sociale<sup>24</sup>. Pour les enfants nobles, pas d'argent dépensé en soin domestique, et peu en traitement externe (10% seulement d'entre eux ont reçu un traitement externe, qui a coûté moins de 500 francs CFA). La différence est moindre dans le cas des enfants appartenant aux autres classes, bien que la progéniture des bella indépendants reçoive proportionnellement moins de soins externes que celle des " *illelan* de bas statut" et des "bella dépendants".

Si l'on excepte le cas des nobles de l'"échantillon supplémentaire" et celui des bella indépendants, il faut compter quelque 25% d'adultes n'ayant reçu aucun soin<sup>25</sup>. Concernant les traitements externes, 6% seulement parmi les bella dépendants en ont bénéficié, contre une moyenne de 25% pour les autres classes, et près de 50% des nobles établis aux campements 7 et 15. Chez les bella dépendants, pour les adultes comme pour les enfants, le paiement de ces soins externes s'effectue en nature.

Certes, la variation des comportements selon la classe sociale atteste l'importance du facteur culturel en matière de santé ; néanmoins, le cas si particulier des campements 7 et 15 indique qu'un comportement n'est pas immuable. En toute hypothèse, il semble que le recours au traitement externe soit plus pratiqué pour des adultes que pour des enfants : à plusieurs reprises, l'enquête a révélé qu'efforts et dépenses paraissaient moins justifiés en faveur de ceux-ci que de ceux-là.

## 4.5 Les spécialistes (marabout, tradithérapeute, dispensaire/secouriste)

Nous avons noté (en 4.4) qu'à l'exception des maladies "surnaturelles", les spécialistes ne sont d'habitude consultés qu'en cas d'aggravation du mal, c'est-à-dire assez peu souvent. Le tableau suivant fait état de 90 consultations, pour 385 épisodes (dont 13 conclus par un décès).

TABLEAU 6 : LES CONSULTATIONS DES SPÉCIALISTES*				TOTAL DES
	marabouts	tradithérapeutes	disp/secouriste	MALADIES
maladies (fiches [C] & [D])	22	14	47	372
décès (fiche [F])	0	2	5	13
% total de ces événements	5,7	4,1	13,5	

\* (a) Les chiffres donnés dans ce tableau incluent les "traitements domestiques", c'est-à-dire, en l'occurrence, les soins dispensés par le spécialiste dans sa propre famille.

(b) Il est possible que les différents spécialistes aient été consultés pour une même maladie.

23. On a distingué, pour les nobles, l'effectif de l'"échantillon initial" (cf. 2.31 & annexe B, tableau 15) et celui des deux campements 7 et 15 inclus ensuite dans l'enquête au titre de l'"échantillon supplémentaire". En effet, l'un et l'autre de ces deux campements se trouvait à proximité d'un centre de soins primaires où la présence d'un secouriste change les conditions d'accès au traitement. Dans le cas des non-nobles, cette distinction n'est pas nécessaire.

24. Ce manque de soins est peut-être une cause directe de la mortalité juvénile élevée chez les nobles. Reste à savoir s'il révèle une attitude plus générale des nobles dans l'attention portée à leurs enfants.

25. Pour les nobles des campements 7 et 15, le pourcentage tombe à 4% ; pour les bella indépendants, il est de 14%.



4.51 Les tradithérapeutes<sup>26</sup>

On nous a dit, à plusieurs reprises, que ces spécialistes sont rares (cf.2.31), ce qui peut expliquer le faible pourcentage des consultations enregistrées auprès des guérisseuses durant l'enquête. Au reste, quatre types de situation se présentent :

(a) Certaines personnes, reconnues compétentes pour les soins, ne se disent pas *(t)enassaffar(t)*, "guérisseur/(euse)". Si l'on fait appel à leur expérience des médications traditionnelles, elles apportent leur conseil sans demander de rétribution. Elles sont plutôt consultées par leur entourage (voisins du campement ou de campements proches) et en vertu de liens sociaux. Souvent de classe noble (cf.4.41), elles répondent par exemple aux sollicitations des *iklan* affranchis de leur fraction, ou à celles de tributaires. Nous n'avons pas inclus cette catégorie de personnes dans le groupe des "spécialistes", car leurs traitements n'entraînent d'autre dépense qu'un éventuel cadeau souvent donné en remerciement.

(b) Les *(t)enassaffar(t)* proprement dit(e)s sont payé(e)s pour leur travail. Une guérisseuse ne se borne pas à soigner parents ou proches, mais accepte tout client, Kel tamacheq ou non. Les gens font de longs voyages pour la consulter. Outre ses connaissances générales en matière de traitement, elle est connue pour exceller dans telle spécialité. Surtout dans ce dernier cas, les prix sont assez élevés : une raison donnée est que, si le malade ne paie pas, la maladie risque d'attaquer la guérisseuse.

(c) Au campement et à l'égard des siens, une guérisseuse dispense ses soins en tant que membre de la famille, c'est-à-dire gratuitement. Ainsi, au campement d'Adjoura où habitent deux guérisseuses, presque chaque personne visitée par nous avait été soignée par l'une des deux, mais toujours à titre gratuit, par suite des liens de parenté ou de dépendance. En pareil cas, ces traitements n'ont pas été comptés comme des consultations de spécialistes.

(d) Dans une situation semblable à (c), mais pour certaines maladies seulement -par exemple les maladies oculaires-, la guérisseuse demande son prix habituel pour le traitement, même s'il s'agit de son frère ou de son mari ; si elle n'exigeait pas ce paiement, le mal qu'elle soigne risquerait, dit-elle, de l'atteindre elle-même. Dans notre analyse, ces cas (où les frais sont importants) ressortissent aux soins "externes" administrés par spécialistes.

L'art des guérisseuses est préféré à la médecine moderne pour certaines maladies, dont les plus fréquemment citées ont été *abuyis n-dedayn* et *tessumde*, deux affections gynécologiques pour lesquelles l'identité féminine des spécialistes entre peut-être aussi en ligne de compte dans la confiance qu'on leur accordait. Certaines sont renommées pour les maux d'yeux, pour les diarrhées d'enfants. L'une d'entre elles était réputée pour le traitement des bronchites et pneumonies infantiles. Elles peuvent avoir des tarifs onéreux (par exemple, 50.000 francs CFA pour soigner les yeux, 10.000 pour *abuyis n-dedayn*), mais les modalités de la rétribution sont très flexibles. Le malade doit payer une partie de la somme -souvent la moitié- avant le début du traitement ; le reste est versé après guérison, et ne l'est pas en cas de non-guérison ou de décès. Le délai du paiement peut être très long (jusqu'à plusieurs années) ; souvent le malade paie en nature, au fur et à mesure de ses possibilités. Seuls les riches sont obligés de payer tout de suite.

---

26. Pendant cette enquête, nous n'avons rencontré que quatre de ces spécialistes (dont l'une hors des campements retenus dans l'échantillon). Toutes les quatre étaient des femmes, c'est pourquoi le présent article parle de "guérisseuses". Mais il existe aussi des guérisseurs en pays tamacheq.

Il est possible de discuter les conditions de paiement, qui sont favorables aux parents, aux pauvres, à d'autres cas spéciaux : une guérisseuse a dit qu'elle traite parfois les pauvres pour rien, et qu'ainsi Dieu n'enverra pas la maladie sur elle, car il sait pourquoi elle n'a rien demandé. Mais les pauvres se présentent rarement, car tout le monde sait que, même s'ils acceptent un paiement en nature, les tradithérapeutes coûtent cher.

De fait, les guérisseuses que nous avons rencontrées n'ont pas une clientèle régulière (en dehors des parents du campement). Elles vivent d'élevage, comme les autres, et reçoivent petit à petit, en nature, leurs honoraires de façon assez inaperçue. La population apprécie ce mode de paiement qui, de surcroît, s'accommode de grands délais, comme chez les marabouts. Les guérisseuses disent qu'elles sont toujours payées : quelqu'un qui n'acquitterait pas sa dette à leur égard se couvrirait de honte, au point de ne pouvoir plus s'approcher du campement. Clients ou clientes demeurent sur place pendant le traitement, mais ne sont pas hébergés par la guérisseuse, sauf s'il s'agit de "son" bella ou d'un parent. Il arrive aussi que la guérisseuse joue seulement un rôle de conseil auprès de la parente d'un malade, parente qui, de retour chez elle, préparera la médication selon les conseils reçus.

#### 4.52 Les marabouts

Ils sont consultés non seulement pour des maladies "surnaturelles", mais aussi pour des maux ordinaires. Comme pour les guérisseuses, leur rétribution s'opère en deux étapes : la moitié approximativement avant traitement, et le reste après. Avec eux aussi, les discussions de prix, de modalités de paiement (espèces ou nature) sont fréquentes, et il semble que le montant des frais varie selon la nature de la maladie, les moyens du patient, les liens entre soignant et soigné<sup>27</sup>.

D'habitude, on consulte ~~son~~ marabout, celui que l'on connaît et qui entretient des relations avec le groupe. Sauf en cas de maladie surnaturelle, les consultations se font "à l'occasion" (cf. 4.42) : quand le marabout rend visite au campement, les personnes malades profitent de sa présence. Pour les maladies surnaturelles, le marabout expressément appelé se déplace toujours aux frais de la famille du malade. En cas de folie, il peut aussi accorder des facilités de paiement, mais la maladie ne sera pas guérie avant le règlement intégral de la dette.

Certains recours au marabout donnent un rare exemple de médecine préventive : on profite éventuellement de son passage pour demander des bénédictions protectrices. Ce genre de service n'est pas payant, mais, quand le destinataire possède quelque chose, il doit faire un don au marabout. Pareils relations et échanges conduisent au très long terme ; ils font partie d'un système de prestations et de contre-dons plus larges entre deux groupes.

Il reste qu'en dehors de maux "surnaturels" et d'occasions à saisir quand elles se présentent, on hésite à consulter le marabout, parce qu'il coûte cher. Son avantage sur le dispensaire est d'admettre, comme les tradithérapeutes, des paiements en nature possiblement différés.

#### 4.53 Le dispensaire et le secouriste

En général, les soins modernes sont considérés comme efficaces, mais chers : il faut se déplacer pour les quérir, et l'on doit payer en espèces, sans délai. De plus, l'information à leur

---

27. Les frais enregistrés pendant l'enquête vont de deux litres de beurre, ou d'une modeste quantité de fonio avec des nénuphars, jusqu'à un paiement de 2 chameaux + 10 vaches + 15.000 francs CFA à deux marabouts pour soigner une femme folle.

sujet circule mal. Dans beaucoup de campements, personne ne sait qu'un traitement au dispensaire coûte désormais 200 francs CFA par semaine, suite au système tarifaire instauré depuis trois ans en 6<sup>e</sup> Région<sup>28</sup>. En réalité, les débours effectués (voir tableau 8, p.44) demeurent dans l'ensemble modestes. Il n'en résulte pas moins, le plus souvent, qu'on recourt seulement aux soins modernes lorsqu'une maladie est grave. Ajoutons qu'un accueil médiocre et des problèmes de communication avec les agents de la santé publique découragent les nomades d'aller au dispensaire.

Le cas des campements près desquels opère un secouriste est différent : se rendre chez lui devient aisé, et l'on est alors informé du coût de 200 francs prévu pour les soins. Le tableau 7 montre que la fréquentation s'en ressent :

	pas de secouriste	présence de secouriste		TOTAL	
		échantillon initial	Adjoura (campement n°7)		campements d'Ebanquimellan n° 15   n° 14 & n° 16
	épisodes (fiches [C],[D],[F] )	305	31	23	26
dont : soins modernes	32	9	7	4	52
soit en %	10,5	28	30	15	13,5

\* Pour les numéros affectés aux campements, voir annexe B (tableau 15, p.79 ).

Ce tableau laisse donc entendre que la proximité d'un lieu de soins modernes joue un rôle certain dans le recours à ces soins. De plus, en analysant dans le détail ce qui se passe pour les campements n°7 et n° 15 -ceux pour lesquels l'accès au secouriste est le plus proche-, on constate que la consultation du secouriste est pratiquée assez tôt dans l'évolution de la maladie, et pour des affections moins graves que dans les autres campements.

#### 4.54 La décision de consulter un spécialiste

Consulter un spécialiste, et choisir à quelle catégorie de spécialistes se référer dépendent de plusieurs éléments :

##### (a) Familiarité ou peur.

On craint l'inconnu, or, dans les zones les plus isolées le dispensaire est une institution inconnue (et généralement aux mains d'un étranger) ; au contraire, le marabout et la guérisseuse sont des personnages familiers.

##### (b) Distance ou proximité.

La plupart du temps, un marabout est plus proche qu'une guérisseuse, et *a fortiori* qu'un dispensaire. Les campements n° 7 et n° 15 (cf. tableau 7) recourent volontiers au secouriste qui se trouve à proximité. A Adjoura, où deux guérisseuses sont disponibles, 93% des épisodes déclarés ont été soignés à domicile (contre 75% dans l'ensemble des autres campements).

28. La population vit plutôt dans l'idée des sommes plus élevées qu'on pouvait exiger auparavant, ou que l'on demande encore là où le nouveau système n'est pas pratiqué.

## (c) Le prix et le type de paiement.

Les marabouts et les guérisseuses coûtent cher, mais le prix est négociable, ainsi que le délai de paiement. Le coût d'un traitement au dispensaire n'est pas négociable, et doit être réglé en espèces avant le début des soins ; dans quelques campements, il est perçu comme très onéreux.

## (d) Le type de maladie.

Par exemple : les maladies surnaturelles vont aux marabouts ; les maladies gynécologiques vont aux guérisseuses ; le béjel va au dispensaire.

On peut supposer que, dans les campements proches d'un secouriste, le recours aux soins modernes est plus fréquent, parce que le secouriste est connu et n'effraie donc pas, parce qu'il peut être consulté sans grande difficulté de déplacement, et que tout le monde est informé du prix (200 francs CFA) qui paraît accessible.

## 4.6 L'aide à la naissance

Parmi les "spécialistes" traditionnels, il n'existe guère d'accoucheuses, et aucune grossesse à risque n'est confiée à la médecine moderne. Le domaine de la naissance est strictement féminin : une femme enfante chez elle ou, si possible, chez sa mère. Celle-ci ou d'autres proches parentes lui apportent un soutien moral pendant l'accouchement ; elles reçoivent l'enfant, coupent le cordon, lavent le bébé. Les aides physiques ou médicinales sont rares.

On reconnaît qu'un accouchement est dangereux pour la mère et pour l'enfant (cf.3.22). Aussi est-il d'abord considéré comme l'affaire de Dieu : les principaux soins donnés dans une situation difficile consistent en bénédictions et en sacrifices. À la différence d'autres sociétés, la tradition lamacheq n'a pas élaboré un savoir-faire de femmes spécialisées dans l'assistance aux parturientes. Sauf exception notable, chaque femme n'a que ses propres expériences et celles de ses proches parentes.

Moyennant quoi, certaines pratiques sont tentées pour faire face à des problèmes connus. Ainsi, une femme enceinte qui prévoit un accouchement avant terme doit encourager son enfant à rester dans son sein, en se couchant dans un trou creusé exprès. Une femme dont les douleurs durent trop longtemps doit changer de position pour encourager l'enfant à sortir. Les hémorragies *post partum* (qui entrent dans la catégorie du "chaud", *tuksi*) et tout saignement excessif sont soignés en attachant des liens autour des chevilles et des poignets, en vue de diminuer les pertes de sang. À l'inverse, un saignement insuffisant est considéré comme très inquiétant : tout le sang sale à l'intérieur doit s'écouler, faute de quoi la femme souffrira de *tessumde* (= le "froid" ; cf. note 15), une affection qui peut avoir des effets fort nuisibles à long terme. En pareil cas, il faut favoriser l'hémorragie par un régime alimentaire adéquat.

Pour toute parturiente, l'aspect le plus important de l'aide qu'on lui apporte est l'attention donnée à sa nourriture. En règle habituelle, l'accouchée a besoin d'aliments chauds, riches et lourds pour encourager l'écoulement du sang et pour faire qu'elle regagne ses forces. Tout de suite après l'accouchement, on égorge un animal, et la femme boit le bouillon de la viande. Ce régime doit continuer pendant une semaine, et plus longtemps si possible.

On ne pratique pas l'inspection du placenta. Si celui-ci ne descend pas, on leste d'un bracelet lourd le bout du cordon, qui est enterré cependant qu'on a mis la femme en position assise. On ne tire jamais le cordon : si le placenta ne sort pas, on le laisse pourrir à l'intérieur de l'utérus.

Quant au couteau servant à couper le cordon, l'idée qu'il doit être propre n'est pas répandue : on utilise n'importe quelle lame disponible. Cela étant, nous n'avons rencontré aucune

femme qui ait compris notre description du tétanos, ni pu donner un nom tamacheq pour le désigner. Cette maladie infectieuse ne sévit probablement guère. En revanche, la pneumonie néonatale était connue et redoutée<sup>29</sup>.

Jamais une femme n'est évacuée dans un centre de santé pour un problème d'accouchement. Faut-il voir là une marque du "fatalisme" évoqué en 4.24, ou/et un refus d'être examinée par un homme ? Plusieurs femmes nous ont dit qu'elles préféreraient mourir plutôt que d'exposer leur accouchement devant un regard masculin ; et c'est un fait que beaucoup de femmes en couches sont mortes. Les réticences ne seraient sans doute pas les mêmes s'il s'agissait d'une femme étrangère au campement : quelques interlocutrices n'ont pas voulu en entendre parler, mais la plupart accueillaient favorablement l'idée que des femmes qualifiées puissent leur venir en aide.

En attendant, toute intervention traditionnelle d'ordre technique est suffisamment rare pour qu'elle mérite mention. Tel le cas d'une guérisseuse capable de manipuler le fœtus pour qu'il sorte. Celle-ci nous a parlé d'un accouchement lors duquel un bras du bébé était descendu ; en jouant sur les contractions, elle a fait rentrer l'enfant pour le tirer par les pieds. Celui-ci et sa mère ont survécu. Cas encore plus surprenant : dans un campement, on a cité un homme (absent au moment de la visite) ayant la réputation de savoir intervenir lorsque la naissance tarde au point de mettre en danger la vie de la mère. Cet homme tire, ou même coupe le fœtus afin de l'extraire. En nous racontant la chose, les femmes ont du reste insisté sur le fait que pareille intervention masculine est exceptionnelle, seulement concevable face à l'imminence d'une mort.

L'absence générale d'accoucheuses traditionnelles s'explique : la petite taille des campements et le mode de vie empêchent l'acquisition d'une expérience cumulative. Les quelques femmes possédant un savoir-faire ne l'utilisent qu'à l'intérieur de leur campement, donc avec leurs parents ou avec "leurs" bella. Dans ces circonstances, il n'est jamais question de paiement.

Suite à nos discussions, il apparaît que la présence d'une femme qualifiée en accouchements serait appréciée au titre de conseillère et d'aide dans les cas difficiles ; pourtant jamais une femme enceinte ne se déplacera exprès pour accoucher dans une maternité. Jamais non plus un déplacement ne sera effectué pour se soumettre à une consultation prénatale, même si cette idée semble acceptable. Les évacuations d'urgence ne seront admises, si elles le sont, qu'après une longue période préalable de sensibilisation. Enfin, nous avons cru remarquer chez les femmes bella une plus grande ouverture que celle des femmes nobles, à l'endroit d'initiatives médicales possibles dans le domaine de l'aide à la naissance.

---

29. Il est possible que ces deux faits se reflètent dans les données de l'enquête 1982. La mortalité néonatale était plus basse chez les Kel tamacheq que dans d'autres groupes où le tétanos était bien connu. Mais on constatait une forte variation saisonnière de cette mortalité néonatale, qui prévalait en saison froide (cf. RANDALL 1984).

## 5. DÉPENSES DE SANTÉ

Pour examiner la question des dépenses de santé, il convient de revenir sur les différents types de soins que le chapitre précédent a mis en évidence.

### 5.1 Les sacrifices (cf. 4.24)

Faire des sacrifices (*takuti*) est une pratique courante dont on attend qu'elle entretienne bonheur et santé. Accompagné ou non de soins, un sacrifice offert exprès pour la guérison d'une maladie est considéré comme très efficace. Sa nature dépend de la gravité du mal et des ressources personnelles disponibles. Idéalement, un sacrifice suppose immolation et sang répandu, mais, en cas de pauvreté, il consistera en distribution de grains ou de lait aux pauvres et aux enfants. La décision de sacrifier est personnelle et implique l'offrande d'un bien propre (sauf s'il s'agit d'un enfant, pour lequel les parents peuvent sacrifier l'animal d'un de ses frères ou sœurs). Aucun sacrifice n'est possible si l'on ne possède rien. Une femme peut sacrifier l'un de ses animaux sans consulter son mari ; un enfant peut agir de même sans l'autorisation de ses parents.

En général, on n'établit aucune commune mesure entre le coût d'un sacrifice et ce que coûterait un traitement : nous avons remarqué le recours au sacrifice dans plusieurs cas où aucune autre médication n'a été recherchée, faute -disait-on- de moyens. En fait, les sacrifices sont plus fréquents que la pratique de soins payants, domestiques ou externes : 27 % des maladies ont motivé un sacrifice (dont 62% de grands animaux, et 38% de coq, grains, beurre ou lait).

### 5.2 Traitements domestiques

80% des maladies ont été traitées à l'intérieur du ménage, moyennant une dépense nulle ou fort modique. En effet, pour 89% des soins ainsi dispensés, on a utilisé des produits gratuitement accessibles dans la brousse ou au campement. Parmi les épisodes pour lesquels le traitement fut onéreux, les cas de paiement en espèces (23) dépassent légèrement ceux de paiement en nature (19). L'ensemble des frais se répartit ainsi :

- achat de médicaments acquis pour la maladie en question (23),
- achats faits avant la maladie, pour laquelle on a puisé dans le petit stock existant (12),
- paiement et cadeaux pour ceux qui ont donné soins ou conseils (7).

Ces dernières dépenses sont rares au sein du ménage ; elles correspondent habituellement au cadeau offert par une bella à sa maîtresse qui l'a soignée, ou à la rétribution obligatoire d'un marabout de la famille qui a prononcé des bénédictions sur l'un des siens malade.

La plupart des paiements vont à l'achat de remèdes, soit lors d'une maladie précise, soit en vue de constituer une réserve. L'argent nécessité par ces achats provient de la vente de produits de cueillette, d'un travail rétribué, du commerce artisanal ou de l'exode. C'est d'ordinaire le malade qui assume les frais, ou ses parents dans le cas d'un enfant. Le montant de la dépense est très faible : pour les 23 épisodes payants, onze ont coûté moins de 100 francs CFA, cinq entre 100 et 250, sept plus de 300. La valeur des dépenses en nature est plus variable ; souvent il s'agit d'un animal (coq ou chèvre) immolé pour la préparation d'un bouillon servi au malade, ou bien d'un don de graines sauvages offert par un bella dépendant.

Contrairement à l'attente, les dépenses en argent et en nature sont moins courantes dans les ménages riches (seulement 2% de leurs maladies ont entraîné un paiement) que dans les ménages moyens et pauvres (12% des maladies). Le comportement varie aussi d'une classe sociale à l'autre<sup>30</sup> : en soins domestiques, les nobles ont engagé une dépense pour 2% de leurs maladies, les *illelan* de bas statut pour 16% des leurs, les *bella* indépendants pour 14%, et les *bella* dépendants pour 11% (ceux-ci ont toujours payés en nature). Peut-on en conclure que les nobles sont moins disposés à fournir des efforts pour se soigner, ou bien qu'ils savent davantage recourir à des soins traditionnels qui ne coûtent rien ?

### 5.3 Traitements externes (cf. 4.5)

Les dépenses varient en fonction de modalités qui se classent ainsi :

(1) Conseil informel donné par une personne informée, mais non "spécialiste", ou bien aide occasionnelle (tel le don de nivaquine par un chauffeur de l'AEN).

Le cas ne s'est présenté que pour quelques ménages pauvres ou moyens, et aucune dépense ne s'en est suivie.

(2) Secouriste (dans les seuls campements d'Adjoua et d'Ebanguimellan).

7 des 9 consultations déclarées proviennent des deux campements les plus proches du lieu où opère le secouriste. À l'exception d'une maladie qui a nécessité plusieurs consultations, la dépense se monte à 200 francs CFA ou moins.

(3) Dispensaire.

Les centres de santé concernés se situent plutôt en 6<sup>e</sup> Région (dispensaire mobile de l'AEN, Gossi, Ouinarden, Rharous, Madiakoye, Tombouctou), mais certaines consultations ont eu lieu à Gao, à Hombori, ou en Côte-d'Ivoire. Ces dernières sont toujours chères : 1000 francs CFA et plus. Les sommes payées en 6<sup>e</sup> Région varient de moins de 200 à 15.000 CFA. On compte quatre cas de soins dispensés gratuitement : trois fois, la personne malade a profité d'un passage de l'infirmier venu au campement pour soigner quelqu'un d'autre (qui, lui, a payé), et il s'agissait une fois du dispensaire mobile de l'AEN.

(4) Tradithérapeutes.

Les guérisseuses sont généralement payées en nature, bien qu'elles précisent leur prix en argent. Par exemple, un homme qui doit 50.000 francs CFA pour s'être fait soigner les yeux règle sa dette petit à petit, chaque fois qu'il a quelque chose : un peu de fonio ou de cram-cram, un coq, etc. Les tarifs pratiqués sont très variables : un peu de fonio avec du tabac... jusqu'à 50.000 francs CFA.

(5) Marabouts.

Ils sont toujours rétribués en nature, sous forme parfois d'animaux ou tout simplement de grains. D'habitude, c'est tout un mélange de produits qui leur revient. Comme pour les guérisseuses, les prix oscillent beaucoup (cf. note 27).

D'après le tableau 8 on constate que, sur 74 maladies ayant fait l'objet d'une consultation externe de la part d'un spécialiste (soit 19% des 385 maladies enregistrées pendant l'enquête), 7% des soins étaient gratuits, 28% ont coûté 200 francs CFA ou moins. Par rapport au total des

---

30. A une exception près, les ménages "riches" sont nobles (cf.3.12), mais on rencontre aussi des nobles parmi les "moyens" et les "pauvres".

385 maladies, on compte 5% de traitements externes spécialisés payés en espèces à plus de 500 francs CFA. Si l'on considère les seuls règlements en nature (y compris des cas où s'associaient nature et espèces), ils représentent 38% des 74 maladies traitées en consultation externe par des spécialistes : 11 de ces traitements équivalent à de petites sommes (grains, beurre, tabac), 11 à un prix moyen de la valeur d'une ou deux chèvres, et 6 seulement à des frais plus élevés.

Bien que la majorité des dépenses soit exigée par le ou la spécialiste au titre de rétribution, nos données comportent plusieurs cas de grands ou petits cadeaux offerts : 5.000 francs CFA à un agent de santé, 5000 CFA et un pagne de bazine à un marabout, deux chèvres à un infirmier...

Les sommes versées pour soins externes proviennent de sources très variées, telles surtout que vente de produits de cueillette, artisanat, maraboutage, animal vendu exprès pour la circonstance. On puise aussi dans l'argent de l'"exode". Les prêts entre parents et voisins sont rares, mais l'entraide entre parents fonctionne sans remboursement ni obligation.

### 5.31 Le niveau économique et les dépenses

Le tableau 8 atteste une variation des comportements selon le niveau économique des ménages :

TABLEAU 8 : DÉPENSES POUR SOINS EXTERNES (SPÉCIALISTES) SELON LA RICHESSE DU MÉNAGE

ménage	gratuit	espèces (francs CFA)					don en nature			Nbre
		≤200	200   -500	500   -2000	2000   -5000	>5000	petit	moyen	grand	
riche	2	2	-	-	3	4	1*	-	-	12
moyen	1	13	4	2	1	1	5	5	2	34
pauvre	2	6	1	2	2	-	5	6	4**	28
total	5	21	5	4	6	5	11	11	6	74

\* Bella dépendant dans un ménage noble et riche.

\*\* L'une de ces quatre dépenses, au profit de deux marabouts, correspond à 2 chameaux + 10 vaches + 15.000 francs CFA : ce paiement a réduit ledit ménage à la pauvreté.

Les dépenses en nature sont plus fréquentes dans les ménages pauvres et moyens : ce fait est certainement lié à leur préférence des soins traditionnels (voir tableau 10). Les paiements importants en espèces (plus de 5000 francs CFA) adviennent surtout chez les riches, et comprennent près de la moitié de leurs consultations externes auprès de spécialistes. Ces grandes sommes reviennent surtout aux marabouts et exigent des ventes d'animaux. Cependant, si la richesse est corrélative de grosses sommes payées aux spécialistes, les taux de consultation (voir tableau 9) indiquent qu'elle ne se traduit pas dans des recours externes proportionnellement plus nombreux que ceux des moyens ou des pauvres. Le tableau 10 met en évidence la préférence des riches pour les soins modernes, mais il est difficile d'estimer dans quelle mesure cet effet est lié à la classe sociale (voir 5.32), et jusqu'à quel point il relève du fait que les soins traditionnels payables en nature attirent plus les pauvres.



m é n a g e	A. aucun soin	B. soins gratuits	C. soins payants	D. % soins externes	E. % des soins payants	F. % des soins modernes
riche	74	2	10	14	83	10
moyen	128	5	34	23	89	15
pauvre	99	7	26	25	79	11
t o t a l = 385	301	14	70			

Note : Toute maladie ayant fait l'objet d'une consultation traditionnelle et d'une consultation auprès d'un agent de la santé est comptée deux fois.

m é n a g e	A. dispensaire ou soins de santé primaires	B. spécialiste traditionnel	rapport A/B
riche	10	2	5,0
moyen	25	14	1,9
pauvre	14	19	0,9
t o t a l = 84	49	35	

Des trois tableaux précédents, il ressort que les pauvres, si démunis soient-ils, arrivent à payer des soins de santé hors ménage. Mais leur pauvreté les empêche peut-être de recourir aux soins "modernes" autant qu'ils le souhaiteraient. Le fait que ce type de soins externes soit beaucoup plus sollicité là où interviennent des secouristes montre, en tout cas, l'importance du facteur "proximité".

### 5.32 Classe sociale et dépenses

Le tableau 11 (page suivante) présente la répartition des paiements en fonction des différentes classes sociales. Pour le motif indiqué dans la note 23(p.36), les nobles ont été distribués, comme pour le tableau 5 (p.35), en deux groupes : "échantillon initial" et "échantillon supplémentaire". On constate que les nobles du premier de ces échantillons, ainsi que les bella dépendants vivant dans les mêmes campements recourent moins souvent à des soins externes que les *illelan* et les bella indépendants. Quand il s'agit de consultations auprès d'un spécialiste, le rapport A/B (c'est-à-dire le nombre de recours "modernes" divisé par celui des recours traditionnels : tableau 11(c), dernière colonne) est nettement plus élevé chez les nobles que dans les autres groupes<sup>32</sup>, notamment celui des bella dépendants.

31. Les pourcentages D, E, F de ce tableau sont calculés comme suit:  $D = (B+C)/(A+B+C)$  ;  $E = C/(B+C)$  ; F = pourcentage, par rapport à C, des soins dispensés par un secouriste ou dans un dispensaire.

32. La vitalité des soins traditionnels est plus forte chez les nobles, lesquels comptent en leur sein nombre de marabouts ; il est donc possible que, chez eux, beaucoup de recours traditionnels ne correspondent pas à des traitements *externes*. Le fait était manifeste au campement (noble) d'Adjoura où, malgré le nombre élevé des paiements relatifs aux soins "modernes", tous les malades sauf deux avait reçu des soins *domestiques* d'une guérisseuse ou de son frère marabout.

TABLEAU 11 : CARACTÉRISTIQUES DES SOINS EXTERNES SELON LA CLASSE SOCIALE DES PERSONNES

## (a) Dépenses pour soins externes dispensés par spécialistes

	gratuit	e s p è c e s (francs CFA)					n a t u r e			Nbre global mal.
		≤200	200-500	500-2000	2000-5000	>5000	petit	moyen	grand	
Nobles										
-échantillon initial	2	4	1	-	2	2	-	-	-	63
-échantillon supplémentaire	1	8	2	-	-	1	-	-	1	37
Illelan de bas statut	-	3	-	-	2	-	-	4	3	56
Bella indépendants	1	5	2	4	2	2	7	7	2	176
Bella dépendants	1	1	-	-	-	-	4	-	-	53
<b>total (= 74)</b>	<b>5</b>	<b>21</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>385</b>

## (b) Types de soins externes (toutes catégories)\*

	A. aucun soin	B. soins gratuits	C. soins payants	D. % soins externes	E. % soins ext. payants	F. % soins modernes
Nobles						
-échantillon initial	51	3	9	19	82	17
-échantillon supplémentaire	23	2	12	38	86	35
Illelan de bas statut	43	1	12	23	92	11
Bella indépendants	137	6	32	22	85	10
Bella dépendants	47	2	5	11	71	4
<b>total (= 385)</b>	<b>301</b>	<b>14</b>	<b>70</b>			

\* Cf. note 31 de la page précédente.

## (c) Nombre de consultations spécialisées

	A. Dispensaire ou soins de santé primaires	B. spécialiste traditionnel	rapport A/B
Nobles			
-échantillon initial	11	2	5,5
-échantillon supplémentaire	13	1	13
Illelan de bas statut	6	7	0,9
Bella indépendants	17	21	0,9
Bella dépendants	2	4	0,5
<b>total (= 84)</b>	<b>49</b>	<b>35</b>	

## 6.2 Déterminants économiques

Ces facteurs ne sont évidemment pas indépendants de l'environnement qui conditionne l'économie pastorale. Pour la raison évoquée en 1.4, une attention particulière sera ici accordée aux "communautés relativement stabilisées"<sup>33</sup>, lesquelles sont moins démunies que d'autres, malgré une "richesse" dans l'ensemble toute relative.

En fonction de la situation économique des ménages, le schéma de la figure 4 résume typologiquement les différentes hypothèses qui se présentent dans la réalité lorsqu'on met en relation possibilités économiques et attitudes à l'endroit des soins de santé, que ceux-ci soient traditionnels ou "modernes".

---

FIGURE 4 : DÉPENSES DE SANTÉ CONSENTIES SELON LA SITUATION ÉCONOMIQUE DU MÉNAGE

<b>p a u v r e</b>	(a) ne peut pas payer et ne paierait pas ; (b) ne peut pas payer, mais paierait si possible ; (c) arrive à payer en se privant d'autres biens nécessaires.
<b>m o y e n</b>	(d) quelques ressources disponibles, mais ne veut pas les utiliser pour la santé ; (e) a des ressources potentielles, mais ne dispose d'aucune liquidité ; (f) utilise des ressources disponibles pour payer les soins de santé.
<b>r i c h e</b>	(g) ne veut pas payer les soins de santé ; (h) manque d'argent liquide, mais paierait ; (i) ressources disponibles et paie ; (j) ressources disponibles utilisées pour le ménage, et pour en aider d'autres.

---

On trouve, dans tous les groupes économiques, certaines personnes et certains ménages qui, même s'ils disposaient ou disposent de ressources pour payer les soins de santé, ne considèrent pas ces soins comme une priorité : ce sont les types (a), (d), (g). Mais on a noté avec intérêt que, parmi ceux-ci, beaucoup sont tout à fait prêts à accepter des soins gratuits qui leur seraient proposés à domicile... A notre avis, le plus grand service à rendre à ces personnes est de ne pas céder à leur manière de voir les choses ; or il faut reconnaître que, dans un certain nombre de cas, la simple présence de l'AEN risque d'encourager ce genre d'attentisme (voire de mendicité).

### 6.21 Illiquidité

(b) et (e), puis (c) et (f) représentent les types le plus fréquemment rencontrés lors de l'enquête. Quant aux ménages "riches", tous les types y coexistent. Cependant, qu'un ménage soit riche ou pauvre, des problèmes de liquidité se posent à lui, au moins à certaines époques de l'année. Pour les familles établies loin des lieux de marché - comme c'est le cas vers Ouinarden -, ce problème de liquidité est critique, et explique la faible fréquentation du dispensaire. De manière générale, le manque d'argent liquide, et le fait que les soins conventionnels requièrent un paiement préalable en espèces constituent un obstacle pour le recours à ces soins. Il n'en va pas de même pour les soins traditionnels, où délai et mode de paiement sont plus flexibles.

---

33. Cf. note 1 (p.9).

### 6.3 Facteurs socio-culturels

Les déterminations physiques et économiques ci-dessus présentées sont communes à tous les groupes ethniques qui, au Gourma, ont un mode de vie pastoral. En revanche, les facteurs socio-culturels dont il va être question concernent plus précisément les Kel tamacheq. Un éventuel programme de santé ne peut rallier leur adhésion que dans la mesure où il tiendra compte des normes culturelles en vigueur.

#### 6.31 La classe sociale et la structure du pouvoir

Certes, la hiérarchie sociale traditionnelle des communautés tamacheq a subi l'importante érosion des sécheresses et de la politique de l'État malien. Il n'en demeure pas moins que l'accès aux soins de santé ne saurait être le même pour toutes les couches de la population. Distinguons quelques cas typiques.

##### (a) Bella dépendants dans les campements nobles.

S'ils sont séparés de leur mère, les enfants sont à la merci de la maîtresse. Quant aux adultes, ils sont libres de recourir à l'automédication, mais toute consultation hors ménage tombe sous le contrôle du maître, qui, selon son propre caractère et l'utilité du malade, la facilitera ou l'interdira. Certains nobles prennent grand soin de leurs dépendants, même au prix de dépenses importantes ; d'autres les négligent. Or, ces dépendants n'ont aucun pouvoir social ni économique de se décider personnellement (les conséquences en sont lisibles sur le tableau 11(b), p.46).

##### (b) Les femmes nobles

disposent de tout leur temps, exercent en général un grand pouvoir dans le domaine des soins domestiques, mais ne peuvent décider de se déplacer en vue d'un traitement externe. Qu'il s'agisse de consultation pour elles-mêmes ou pour leurs enfants, elles doivent être accompagnées par un homme. Dans les fractions très religieuses, certaines femmes sont presque recluses, au point qu'il leur devient particulièrement difficile de se faire consulter par un agent de santé masculin. Mais, bien qu'une femme n'ait pas l'autonomie de décision pour se rendre ailleurs afin de se faire soigner, nos interlocutrices s'accordaient à dire que, si elle en fait la demande, son mari ne peut lui opposer un refus.

Selon un canon d'esthétique tamacheq, plus une femme est grosse, plus elle est belle ; il convient donc de la gaver, et cette suralimentation peut entraîner de gros problèmes de santé. En outre, ces femmes obèses - toujours nobles- ne font aucun exercice, puisqu'elles disposent de bella qui exécutent tout le travail. Pareille obésité se voit moins souvent aujourd'hui, mais c'est une cause certaine de la mortalité plus élevée des femmes nobles par rapport aux femmes bella (voir Randall 1984).

##### (c) Chefs de fraction et bella affranchis.

Les bella affranchis continuent fréquemment à être recensés au sein de la fraction noble où ils avaient auparavant le statut de dépendants, mais leur voix compte peu dans les décisions touchant à la vie collective. Or, dans le cas d'un système de santé qu'on souhaite voir pris en charge par la population, l'accord de *tous* dans la communauté est requis. L'aval de chefs prétendant représenter l'ensemble de leur communauté ne suffit pas. En réalité, il nous a paru évident que la communication était tenue entre les chefs de fraction et leurs sujets périphériques ou localement éloignés.

##### (d) Les marabouts.

À leurs propres yeux et aux yeux des autres, ils sont personnages très puissants et importants. Quand ils se considèrent et sont considérés comme des spécialistes en soins de santé, ils pourraient fort bien regarder d'un mauvais œil des initiatives sanitaires qui risqueraient de

réduire leur puissance et leurs revenus. L'enquête a montré qu'ils sont, en fait, moins consultés qu'on pouvait le supposer, et que, de surcroît, ils le sont pour des maladies "surnaturelles" dont le traitement n'entre pas en concurrence avec des soins modernes. Mais une action de santé ne sera acceptable que si, au lieu de porter atteinte à la puissance et à l'efficacité des marabouts, elle respecte la confiance populaire dont ils sont entourés. Autrement dit, il faut essayer de composer avec eux, et non pas travailler contre eux.

### 6.32 Absence de communication entre hommes et femmes

À l'intérieur d'une même classe sociale, la communication verbale ne fonctionne guère entre hommes et femmes. Même quand il s'agit de la santé d'un enfant, ils ne parlent guère ensemble de la décision à prendre. Et si une nouvelle venant de l'extérieur est communiquée aux hommes, il est peu probable qu'elle parvienne jusqu'à l'oreille des femmes<sup>34</sup>; or, en matière de santé, c'est d'elles que dépendent la plupart des décisions. Entre femmes – même entre femmes de différentes fractions, classes et campements – la communication semble meilleure.

La même distance entre hommes et femmes se manifeste dans le refus féminin de traiter des problèmes obstétricaux ou gynécologiques avec un agent de santé masculin. Cela ne regarde pas un homme.

### 6.33 Pas de tradition coopérative

Les Kel tamacheq partagent volontiers ce qu'ils possèdent, mais l'idée d'une gestion *commune* des biens ne les effleure pas. Peut-être est-ce là une conséquence de leur ferme hiérarchie sociale et de l'absence d'identification à un lieu fixe. En dehors d'Ebanguimellan (où plusieurs opérations AEN sont en cours), nos discussions sur d'éventuelles activités coopératives visant la prise en charge communautaire d'un agent de soins de santé primaires se heurtaient d'emblée à des réactions telles que : "Impossible !", "Si nous payons, les autres ne paieront pas", "Je ne donne pas mes biens pour que les autres en tirent un bénéfice." Entre groupes distincts la confiance ne règne guère, et si, à l'intérieur de chaque groupe, existe une solidarité capable de secourir les pauvres du groupe, personne n'est enclin à subventionner les pauvres des autres.

Dans le domaine de la santé proprement dite, les comportements observés par rapport aux soins (cf. 4.4 et 4.5) n'ouvrent pas non plus les perspectives d'une action coopérative aisée à mettre en train. Les femmes, certes, échangent entre elles renseignements, recettes et ressources médicinales, mais les marabouts ni les tradithérapeutes ne soignent pour rien, et leurs services ne sont pas accessibles à tous. Au reste, ces spécialistes opèrent en vertu de connaissances et de pouvoir personnels, et quand ils demandent une rétribution élevée, c'est moins pour le profit que pour protéger leur statut ; il n'empêche qu'une telle manière de faire ne mène pas assurément vers "la santé pour tous"...

### 6.34 Fatalisme et résignation

Ces deux attitudes vont de pair. Admettre qu'en fin de compte Dieu (cf. 4.24) directement décide (a) si une personne tombe malade, (b) si elle guérit, (c) si un traitement sera efficace,

---

34. Par exemple, deux jours avant notre visite à un campement, une équipe du Programme Élargi de Vaccination (PEV) était passée sur les lieux ; elle avait fourni à quelques hommes des explications sur l'utilité de cette action. Les hommes n'en avaient rien dit aux femmes, qui n'avaient aucune idée des maladies couvertes par la vaccination reçue.

cela légitime ou l'inaction ou le recours à quelque intervention facile (alors même qu'une autre serait connue comme plus utile). Ce genre de résignation fataliste va aussi à l'encontre d'actions préventives autres que sacrifices et port de grigris. Le raisonnement est à peu près celui-ci : l'expérience atteste que les maladies attaquent au hasard, deux personnes qui mangent la même nourriture dans la même situation n'en subissent pas le même dommage, à quoi sert-il donc de faire un effort pour éviter que la maladie survienne ?

La résignation de certains va jusqu'à les dispenser de prendre toute initiative, puisque la mort leur semble ultime guérison, et cette manière d'appréhender la situation n'est pas condamnée par l'entourage. Nous avons parlé d'"attentisme" (4.42), de traitements "opportunistes" (tableau 4, p.34) ; ces attitudes renvoient au même fatalisme pragmatique : "Dieu vous a envoyé l'argent ou la personne idoine au bon moment, il veut par conséquent que vous en profitiez". A Doro, le dispensaire mobile de l'AEN est perçu dans cette optique, si bien que sa présence a pour effet pervers de renforcer une sorte de paresse : "Heureusement, je suis tombé malade le jour du dispensaire", "Ma maladie ne coïncidait pas avec le jour du dispensaire, donc je n'ai rien fait". En somme, si le dispensaire n'est pas là, c'est signe que Dieu veut que rien ne soit fait.

À Doro, une conversation portant sur de possibles actions coopératives a conduit au dialogue suivant avec un chef :

(chef) - "Pourquoi faut-il que nous fassions un effort pendant que l'AEN, avec toutes ses ressources, peut nous doter d'un secouriste ?"

(nous) - "Un de ces jours l'AEN s'en ira, et un système qui fonctionnerait à ses frais ne pourra plus alors continuer."

(chef) - "Dieu nous enverra encore des toubab."

Ce chef, d'ailleurs, a probablement raison...

Pour une part, le fatalisme sur lequel nous insistons résulte de l'ignorance. Prenons le cas des accouchements : même si le risque est grand, une intervention est très rare parce qu'il s'agit là du domaine de Dieu. Mais toute la santé, dans son ensemble, relève de Dieu, ce qui n'empêche pas les recours à des médications traditionnelles. Tandis que, pour un accouchement, on pense qu'il n'y a rien à tenter, aussi ne fait-on rien. Quand nous expliquons que la vie de mères et d'enfants peut être sauvée par des actions efficaces, toutes les femmes voulaient en savoir plus, et se sont positivement intéressées à l'idée que des femmes qualifiées puissent être affectées dans leur zone, même à leurs frais.

### 6.35 Problèmes de communication

Ce n'est pas seulement entre hommes et femmes (cf.6.32) que la communication laisse à désirer. Elle fait encore défaut entre groupes de la société tamacheq, ainsi qu'entre les nomades et les sédentaires, y compris les "sédentaires" des services de santé et d'autres services publics. Certes, des conduites traditionnelles sont ici en jeu (homme/femme, noble/bella, campement de chef / campements périphériques), mais aussi d'autres facteurs physiques, langagiers et sociaux. Dans la zone, peu de fonctionnaires (parmi lesquels les agents de santé) parlent tamacheq ; peu de Kel tamacheq parlent une autre langue que la leur. Les "gens de la brousse" sont très mal informés sur le fonctionnement des services sanitaires, sur les maladies qui peuvent être aisément traitées, etc. Un tel manque d'information augmente leur peur de l'inconnu. Notons qu'ils ne sont pas davantage au courant de leurs droits légaux, et leur crainte des autorités fait qu'on peut très facilement les exploiter (le service des Eaux et Forêts est réputé pour savoir pratiquer cet art).

Quitte à nous répéter, rassemblons ici quelques exemples glanés durant l'enquête.

1) Dans un campement de Doro, deux femmes bella dépendantes n'ont jamais entendu parler du dispensaire mobile qui vient sur ce site tous les quinze jours. Des hommes du même campement le connaissent et utilisent ses services.

- 2) Peu après le passage des agents du PEV, la population de quelques campements n'a aucune idée des maladies contre lesquelles les enfants sont protégés, ni de l'obligation de les présenter à nouveau lors de deux passages suivants de la même équipe.
- 3) À Inyiminan, les femmes pensent que le dispensaire fonctionne uniquement pour les hommes. Elles n'ont jamais su que les enfants peuvent y aller.
- 4) Une vieille guérisseuse à Adjoura (près du campement où est installé un secouriste, et à proximité du lieu où s'arrête régulièrement le dispensaire mobile) estime impossible que des vies soient sauvées par une intervention lors de l'accouchement. "Des femmes meurent aussi chez vous", dit-elle.
- 5) Dans les campements visités autour de la mare de Gossi, on n'a jamais entendu parler du tarif de 200 francs CFA, fixé pour les soins du dispensaire. Les patients qui s'y rendent ont encore payé récemment entre 1.000 et 5.000 francs pour une ou deux injections.
- 6) Cas de visites à l'infirmier : celui-ci fait une piqûre dans la fesse, et ne dit rien. Aucune explication sur la maladie, ni sur les autres soins nécessaires, ni sur la poursuite éventuelle du traitement.
- 7) Une femme atteinte d'une affection gynécologique, avec suppuration vaginale et fièvre, est allée voir l'infirmier, mais elle n'a parlé que de sa fièvre.
- 8) Le cas signalé dans la note 20 (p.31).

Ces exemples montrent comment il est non moins nécessaire d'informer que de soigner. Ils montrent aussi que, si l'on veut dispenser une large information, il faut passer par *toute* la population. Autrement, l'information risque de rester le seul privilège des premiers informés.

## 7. ORIENTATIONS D'UN PROGRAMME SANITAIRE

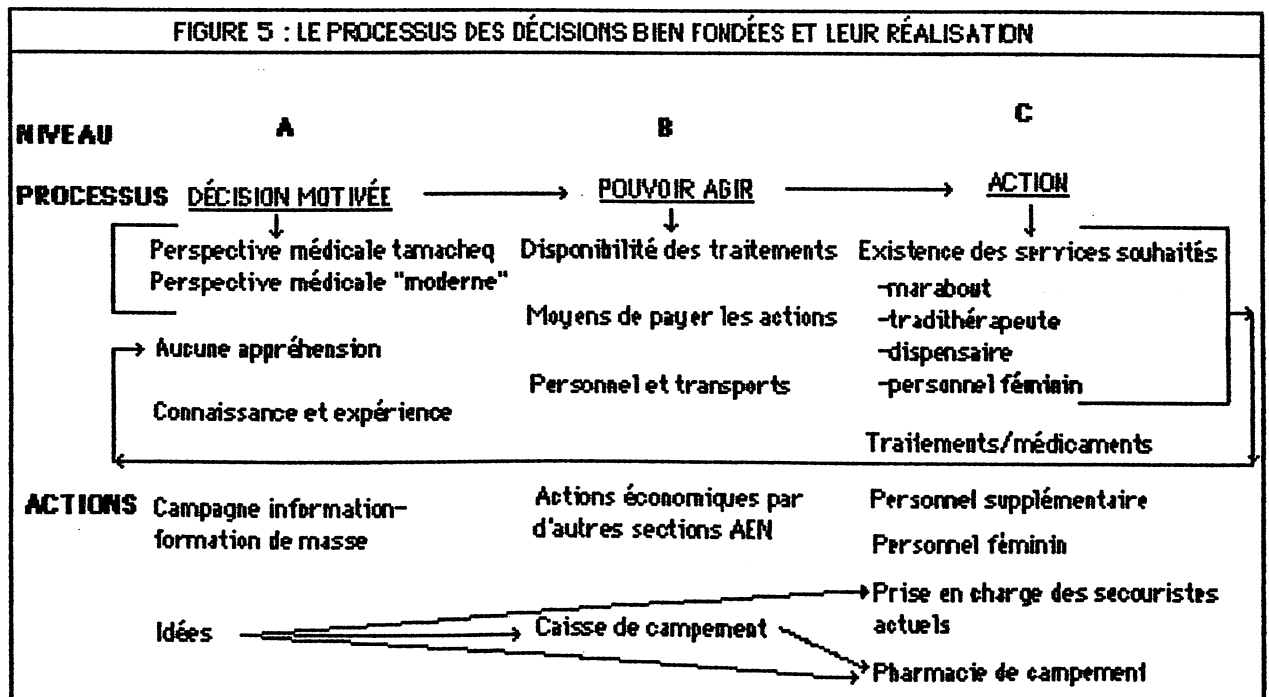
Ces orientations et les recommandations qui s'ensuivront, à l'intention de la section Santé de l'AEN, se fondent sur la prémisse qu'idéalement une personne ou une population doit pouvoir (a) formuler à bon escient ses propres décisions sur les actions proposées, (b) réaliser ces décisions.

Pour ce faire, il faut que les personnes en question aient les moyens de choisir, en connaissance de cause, entre des voies qui leur sont ouvertes. Une intervention extérieure ne prend son sens que dans la mesure où elle n'est pas imposée, mais correspond à des avantages espérés par ses destinataires, non uniquement par ses auteurs.

### 7.1 Objectifs à poursuivre

Par rapport à l'amélioration de la santé dans le Gourma, cette enquête a démontré que la mise en œuvre de notre prémisse rencontre, à tous les niveaux, des carences à surmonter. Dans le domaine sanitaire, les innovations proposées seront d'abord estimées par la population destinataire selon ses propres représentations traditionnelles de la médecine (cf. chapitre 4), et il ne peut en aller autrement quand bien même la pertinence de ces représentations semblerait discutable. Ces dernières ne constituent pas la seule limite pour une formulation autonome des choix, qui sont eux-mêmes limités par les manques de ressources et de liquidité, par la faible diffusion des connaissances en médecine tant traditionnelle que conventionnelle. La figure 5 représente les trois niveaux (A, B, C) de décision et d'action, chacun marqué par quelques conditions déterminantes.

#### 7.1.1 Les niveaux de décision et d'action

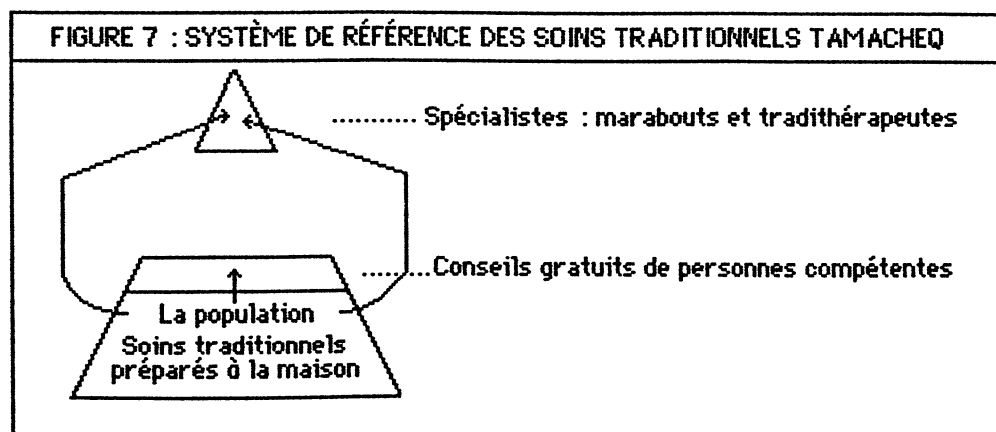
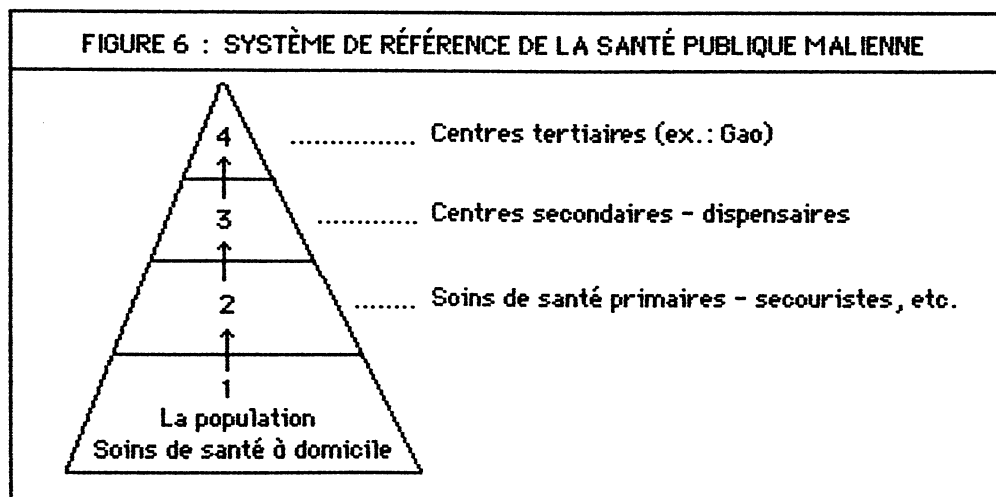




Une décision motivée (A) reste vaine quand les carences en B et C empêchent qu'on la réalise. Même dans le cadre de la seule médecine traditionnelle, ce schéma laisse entendre comment de telles carences contrecarrent le passage à l'action : les décisions motivées sont possibles, mais souvent les moyens de réalisation (B) font défaut, et, dans certains endroits, les services (tradithérapeutes, plantes médicinales) du niveau C n'existent plus. Quelques unes des actions proposées dans le chapitre 8 pourraient augmenter les possibilités de réalisation, aussi bien dans le domaine de la médecine traditionnelle que dans celui de la médecine moderne.

Par rapport à cette dernière, il convient de chercher à rendre disponible une correcte information sur les soins préventifs et curatifs, afin que le niveau A puisse fonctionner, c'est-à-dire que la population devienne apte à formuler, dans ce domaine, des décisions qui soient les siennes. Nos propositions atteindront aussi les capacités (B) et les modalités (C) de l'action.

Il importe obligatoirement que soit en même temps pris en compte le système de référence pyramidal adopté au Mali pour la santé publique (figure 6). Celui-ci diffère du système de référence traditionnel tamacheq, dont la figure 7 présente une schématisation. Dans le système



national, chaque niveau se réfère théoriquement au niveau supérieur quand un problème dépasse ses compétences. Au Gourma, le niveau 2 existe à peine, et le niveau supérieur est trop lointain. Consulter un moderne agent de santé relève donc d'une intention difficile à réaliser. Dans ces conditions, il ne vaut pas la peine de travailler à accroître connaissances et pouvoir de décision

populaires, si l'on n'augmente pas en même temps les possibilités d'exécuter les décisions. Par ailleurs, et très généralement, une personne préfère à l'inconnu ce qui lui est familier. Plus demeurent distants et peu accessibles les soins de santé modernes, plus les dispensaires et leur personnel conserveront une auréole de mystère, et moins ils seront consultés. Comment peut-on désirer quelque chose qu'on ignore ?

Puisque le but est d'aider la population à formuler elle-même des décisions motivées, il nous faut en admettre les conséquences. Si, par exemple, après avoir été dotée d'un secouriste rétribué par l'AEN pendant deux ans, la population décide qu'un tel agent ne mérite pas qu'elle le prenne en charge, son choix doit être respecté. Encore faut-il qu'elle ait eu préalablement l'occasion de pouvoir mesurer *d'expérience* les avantages et les inconvénients d'une telle présence. On ne saurait attendre d'une population marginalisée qu'elle prenne sur ses propres ressources pour payer un service dont elle ne reconnaît pas le bénéfice.

Ainsi, en vue d'obtenir des améliorations à long terme dans le Gourma, l'AEN doit agir aux trois niveaux A, B, C indiqués sur la figure 5, c'est-à-dire : l'information permettant que des décisions motivées se formulent, la capacité d'agir, la présence effective de services. Dans une phase ultérieure, ces services dépendront directement de la Santé Publique malienne et de la population. Mais, pour que se déclenche dès maintenant une véritable participation populaire, l'investissement de l'AEN à court terme paraît indispensable. En présumant que l'État jouera son rôle, nos recommandations entendent préciser les modalités d'un tel investissement.

Les propositions faites insistent sur l'aspect curatif : pouvoir accéder à des soins est, en effet, ce que veut d'abord la population, et si une action sanitaire échoue à les rendre largement disponibles sous forme de soins de santé primaires, l'intervention n'aura aucun succès en matière de prévention et de promotion de la santé. C'est pourquoi, en même temps que la diffusion de ces soins, doit être mis en place un système fonctionnel de stocks pharmaceutiques appropriés, régulièrement fournis en quantité adéquate<sup>35</sup>.

#### 7.12 Remédier à l'hétérogénéité actuelle

Par rapport aux niveaux A, B, C (fig.5), les différentes communautés de la "zone intérieure" se situent diversement, et cette remarque vaut particulièrement du niveau C. Quant au niveau B, la manière dont il se présente dans ces communautés dépend de la condition économique des ménages, alors que le niveau A (information et connaissances acquises) varie en fonction de la classe sociale, du sexe, des contacts entretenus hors Gourma, de l'isolement à l'intérieur du Gourma, et des possibilités actuelles d'accès aux services de santé.

Il résulte de cela que, surtout pour le personnel à fournir, l'approche pratiquée doit se montrer très flexible, l'idée fondamentale étant que chaque communauté puisse expérimenter la présence - à sa disposition - d'une personne formée, dotée de médicaments. On peut considérer qu'après deux ans d'une telle expérience, un groupe est capable de prendre, en connaissance de cause, le genre de décisions qu'on attend de lui, concernant :

- (a) la volonté d'investir dans la formation sanitaire d'un membre du groupe appelé à y devenir secouriste/matrone ;
- (b) le choix de cette personne ;
- (c) les modalités de sa prise en charge.

Dans les cas où la communauté se trouve loin d'un dispensaire et ne dispose pas d'un secouriste déjà affecté, aux frais de l'AEN, la section Santé de l'AEN assurera la formation et le financement de la personne.

---

35. Cf. M.MAMDANI & G.WALKER 1985.

## 7.2 L'action à mener

De l'enquête émanent plusieurs thèmes majeurs, dont l'articulation doit être reprise dans les actions proposées. Ils se résument à trois :

- (a) la position centrale des *femmes*,
- (b) l'importance des soins curatifs et des mesures préventives au niveau du *ménage*,
- (c) la capacité, pour la population, d'*exécuter* ses décisions motivées.

### 7.21 Les femmes

Pour atteindre les femmes et les aider, une condition essentielle est d'augmenter le personnel féminin qualifié : seul un personnel de cette sorte peut améliorer la communication avec les femmes et l'aide qu'il convient de leur apporter.

Pourquoi cibler les femmes ?

- 1) En matière de santé, ce sont elles qui prennent la plupart des décisions relatives aux premiers soins.
- 2) Dans la société, elles sont les éléments stables, alors que les hommes ont tendance à voyager et à migrer.
- 3) Les problèmes obstétricaux et gynécologiques sont les leurs, et posent à la santé de graves questions spécifiques.
- 4) Elles sont en général responsables de la santé des enfants.
- 5) Des ménages sans homme sont fréquents ; les ménages sans femme n'existent guère.
- 6) Les connaissances sanitaires se transmettent surtout par les femmes. Acquisées par quelques unes d'entre elles, ces connaissances sont communiquées aux autres, ainsi qu'à la génération suivante. Il s'agit là d'une "tradition" qui peut s'étendre à la communication de nouvelles connaissances.
- 7) Les femmes (et même les hommes) parlent d'un besoin de personnel féminin qualifié dans le domaine de la santé.

Certes, travailler prioritairement avec et par les femmes ne va pas sans un certain nombre d'obstacles à surmonter :

1. Les femmes rurales manquent de confiance en elles-mêmes. Elles s'estiment spontanément incapables de suivre une formation et d'assumer de nouvelles responsabilités<sup>36</sup>.
2. A l'exception de celles qui sont nobles et riches, les femmes sont très occupées par les besognes de l'économie domestique. Il ne sera donc pas aisé pour une femme de dégager du temps en vue de suivre une formation ou de travailler hors du ménage.
3. En principe, les hommes ne sont pas hostiles à voir une femme de chez eux formée pour la santé. En pratique, peu souhaiteraient que ce soit leur épouse.
4. Il n'y a pas de femmes scolarisées dans les campements.

Etant donné ces difficultés, commencer le travail avec des femmes "extérieures" est peut-être la seule solution envisageable. On peut attendre d'une femme ainsi recrutée qu'elle incite ses sœurs des campements à prendre confiance en elles-mêmes, qu'elle identifie sur

---

36. Cependant, le cas d'Ebangumellan appelle ici réflexion. Nos entretiens sur place ont manifesté que la population -hommes et femmes- désire en son sein la présence d'une femme qualifiée, et pense qu'il est possible d'en trouver une à former pour la santé. L'accueil donné à cette idée vient-il en conséquence de plusieurs projets concernant les femmes, et de l'intégration de celles-ci dans la plupart des autres opérations en cours dans la zone d'Ebangumellan ? Si oui, on peut être optimiste, pour l'avenir, sur l'évolution d'autres communautés actuellement plus conservatrices.

- À noter que, à propos du cercle de Gao, les soins de santé primaires ont été présentés comme "une chance de promotion féminine" (M. MARTY 1984, p.195sq.).

### 7.23 Vers une maîtrise communautaire de l'action

L'orientation proposée suppose une *intégration* des activités de la section Santé dans les autres programmes de l'AEN. En effet, les actions entreprises par cette section peuvent bien tenir compte d'un déterminant économique tel que le problème de liquidité (cf.6.21). Mais l'ensemble des facteurs économiques conditionnant la santé seront mieux pris en considération si les activités sanitaires sont effectivement connectées avec les programmes AEN ayant pour but d'assurer la sécurité économique de la population. Le fait que le régime alimentaire (et donc une certaine prospérité économique) compte beaucoup dans les représentations médicales tamacheq (cf.4.23) rend particulièrement souhaitable et logique cette étroite liaison du programme sanitaire avec les autres actions de l'AEN.

Dès l'introduction (cf.1.4), nous avons évoqué cet aspect du travail à poursuivre. La figure 5 (p.54) a elle-même illustré, au début de ce chapitre, le rôle central du "niveau B" dans la relation qui obligatoirement s'établit entre A et C.

Nous précisons ci-dessous, sur quelques exemples, les liens qui peuvent ainsi se nouer entre le programme sanitaire et l'évolution en cours, au sein des communautés participant aux activités économiques développées par l'AEN.

#### 1. Les puits.

- Autour d'un nouveau puits, un accroissement de la population ambiante est probable. Le puits sert de point de convergence pour l'éventuelle émergence d'une "communauté".
- La présence du puits soutient tout naturellement une approche vivante des concepts d'hygiène, de qualité de l'eau, de maladies liées à l'eau.
- Le puits est perçu par ceux qui en profitent comme une action positive, et ne peut qu'améliorer les dispositions favorables à une campagne sanitaire.

D'où l'intérêt de concentrer les actions de santé autour d'un puits nouvellement creusé.

#### 2. Les magasins.

- Ils encouragent les actions coopératives et communautaires, et donnent par là une bonne occasion de montrer comment une coopération peut servir la santé.
- Les magasins sont liés à la sécurité alimentaire.
- Il y a possibilité d'ouvrir le magasin à des produits autres que le grain : sel, sucre, aspirine, nivaquine.
- Le magasin peut augmenter la disponibilité en argent liquide.

D'où l'intérêt de concentrer les actions de santé dans des communautés possédant déjà un magasin, ou de rendre ces actions solidaires de la création d'un magasin.

#### 3. Les activités féminines.

Il convient certainement d'y incorporer les activités sanitaires. Un agent de santé *féminin* pourrait aussi animer des activités économiques féminines ; réciproquement, une "formatrice" inclurait avantageusement dans son travail la formation sanitaire.

Le fait est que, là où des activités féminines ont pris corps,

- un groupe de participantes n'a pas à être constitué : il existe ;
- un travail permettant aux femmes d'accroître leur revenu augmente leur pouvoir ;
- la sécurité nutritionnelle est en voie d'amélioration ;
- les jardins peuvent être utilisés pour la culture de plantes médicinales.

#### 4. Redistribution du cheptel.

Si l'on prend pour cible les communautés qui en ont bénéficié, on est assuré de rencontrer des personnes dont la sécurité économique est devenue moins précaire. En outre, il y a toutes les chances que cette action positive ait créé dans les esprits un préjugé favorable à l'égard de ce que peut encore proposer l'AEN.

#### 5. L'alphabétisation.

S'opérant dans un groupe, l'alphabétisation enrichit la convivialité d'une atmosphère communautaire. Parmi les nouvelles idées qu'apporte l'exercice de la lecture, des documents écrits dans un langage approprié peuvent être d'une grande utilité. Enfin, les néo-alphabétisées sont des candidates potentielles à une formation d'agent de santé.

Avant de clore ce chapitre sur les orientations d'un programme de santé, nous devons cependant répéter que les communautés sanitairelement les plus exposées correspondent aux groupes les plus isolés, ceux dans lesquels le moins de programmes économiques sont en cours actuellement.

## 8. RECOMMANDATIONS

En fonction des orientations discutées au chapitre précédent, nous proposons quatre actions principales : chacune devra être adaptée aux différentes zones et communautés selon leur situation actuelle.

### 8.1 Information-formation de masse

But : Fournir des renseignements relatifs à la santé, et une formation élémentaire dans quelques activités curatives et préventives. Suggérer de nouvelles idées pour les actions communautaires et coopératives liées à la santé.

Cette information-formation de masse est au cœur des actions proposées. Elle visera toutes les personnes de toutes les zones et communautés choisies.

#### 8.11 Le contenu

Une équipe mobile passe trois jours et trois nuits dans chaque campement autour d'un point d'eau choisi. Pendant ces trois journées, l'équipe remplira le programme suivant.

1. Conduire des entretiens sur la structure actuelle du système de santé publique, et sur son fonctionnement, en abordant des points tels que

- le tarif des 200 francs CFA,
- les maladies pour lesquels les soins de la médecine conventionnelle sont efficaces,
- le Programme Élargi de Vaccination (PEV),
- l'efficacité des comprimés par rapport aux injections,
- les principes des soins "modernes" : nécessité que le malade (ou son accompagnant) commence par expliquer *tous* les symptômes, que le traitement indiqué soit suivi pendant tout le temps indiqué, que les médicaments prescrits ne soient pas partagés avec l'entourage.

2. Discuter de traitements élémentaires, en faire la démonstration, former à la pratique de ces traitements. Par exemple :

- solution sucrée/salée pour pallier la déshydratation,
- soins des plaies infectées,
- eau salée pour traiter les yeux infectés,
- utilisation de quelques plantes médicinales (?).

3. Parler de prévention, surtout pour ce qui concerne :

- ver de Guinée,
- bilharziose (?),
- déshydratation,
- moustiques et paludisme,
- régime alimentaire (avitaminose A, etc.),
- maladies vénériennes (traitement simultané de mari et femme).

4. Converser avec les femmes sur les conditions de l'accouchement, sur les problèmes gynécologiques, sur les maladies vénériennes. Expliquer notamment :

- le régime souhaitable pendant la grossesse,
- les symptômes à partir desquels une évacuation ou l'assistance d'une personne qualifiée peuvent éviter un décès,
- le traitement du cordon.

5. Lancer l'idée d'une "caisse de campement" (cf.8.2), et rester sur ce sujet aussi longtemps qu'il le faut.

6. Émettre l'hypothèse d'un(e) agent(e) de santé choisi(e) dans et par la communauté, avec prise en charge de cette personne par la communauté elle-même.

7. Dispenser des soins aux malades qui se présentent. L'administration de ces soins est à mettre en relation avec le point 2. Par exemple :

- préparation de la solution sucrée/salée,
- laver un enfant fébrile,
- nettoyer les infections avec de l'eau bouillie salée.

Les thèmes ci-dessus indiqués le sont à titre de suggestions. Le contenu précis de la campagne doit être élaboré par les membres de la section Santé, compte tenu de leur connaissance des situations réelles, et des résultats détaillés fournis dans le présent rapport. Par exemple, on pourrait envisager de recourir à la théorie du chaud et du froid (cf.4.21) pour présenter les bons effets d'une solution réhydratante : si le sel est chaud et que l'eau est froide, le traitement vaut et pour les diarrhées chaudes et pour les diarrhées froides. Etc.

Ajoutons qu'une telle campagne ne se limite pas forcément aux questions sanitaires. Par la présence du formateur et de la formatrice, d'autres sujets seront avantageusement abordés. À cette fin, une proche collaboration de la section Santé avec les autres sections est indispensable.

#### 8.12 Le personnel d'une équipe mobile d'information-formation

L'unité d'intervention comprend six membres : le chauffeur, un médecin ou une sage-femme, deux hommes et deux femmes.

L'équipe féminine comporte une "formatrice" de bon niveau scolaire (minimum : 10<sup>e</sup>). Celle-ci a les capacités intellectuelles de distinguer les étiologies tamacheq et les étiologies scientifiques, et de pouvoir *traduire* (réciproquement) la langue des unes dans celle des autres, de manière suffisamment fiable. Elle doit aussi pouvoir établir une bonne communication dans plusieurs domaines, à commencer par celui des activités féminines. Elle aura participé très sérieusement à la préparation de la campagne, afin de bien maîtriser les objectifs de l'action entreprise. L'autre femme est une "aide-sanitaire"<sup>37</sup>. Scolarisée jusqu'en 6<sup>e</sup>, elle a été ensuite formée comme matrone ou comme secouriste (ou -ce qui serait de beaucoup préférable- les deux). A l'issue de la campagne, elle sera installée dans la communauté (voir 8.3). Durant la campagne, elle participe à tous les entretiens ainsi qu'à la formation des femmes ; elle assiste le médecin ou la sage-femme dans les soins donnés, pour lesquels elle sert d'interprète.

La présence de deux personnes dans l'équipe féminine permet une entraide efficace pour attirer les femmes du campement et aboutir avec elles à des échanges stimulants. L'une des deux au moins est une Kel tamacheq. Toutes les deux doivent pouvoir parler couramment le tamacheq lorsque la campagne se déroule chez des Kel tamacheq.

---

37. C'est à dessein que nous recourons ici à un nouveau vocable, pour signifier que la responsabilité de cette femme et le travail attendu d'elle combinent des tâches classiquement réparties entre "hygiéniste-secouriste", "aide-soignant(e)", "matrone". Il n'en saurait aller autrement si l'on veut mener une action pertinente en milieu nomade.

L'équipe masculine est équivalement composée : un "formateur" instruit dont le travail ultérieur dépasse celui de la santé, et un homme moins instruit, mais formé en santé. En fin de campagne, ce dernier sera installé dans la zone. Dans les sites où il existe déjà un secouriste, nous proposons que le second homme de l'équipe soit ce secouriste.

Le médecin fait des consultations à certaines heures déterminées : consultations pour les femmes (avec l'interprète femme), et consultations pour les hommes. Ces consultations servent plutôt de prétexte pour attirer la clientèle et pour améliorer l'ambiance. Dans la mesure du possible, les soins donnés doivent être simples et illustrer ce qui a été traité dans les conversations, par exemple :

- pour un enfant diarrhéique, préparer publiquement la solution réhydratante, avec de l'eau, du sel et du sucre disponibles sur place, et non pas avec les sachets UNICEF ou autres,
- nettoyer les yeux infectés avec de l'eau salée, et ne pas insister sur la pommade ophtalmique,
- pour les avitaminoses, conseiller l'emploi de plantes ou les aliments locaux, au lieu de prescrire des comprimés de vitamines.

### 8.13 Le matériel

- Deux tentes, à installer à deux bouts du campement : une pour les femmes, l'autre pour les hommes.
- Des supports visuels, préparés avant la campagne par la section Santé, avec le concours de la section Formation. Ils doivent être appropriés à la situation. D'après notre expérience, la population a beaucoup de peine à comprendre les dessins, et il se peut que la présentation de photographies très simples soit plus efficace. Recourir à des supports visuels importe beaucoup pour attirer interlocuteurs et interlocutrices, pour provoquer et animer les discussions, à condition que les documents utilisés soient réellement pertinents. De ce point de vue, l'emploi de supports fabriqués à distance (UNICEF, *Child to Child Programme* ...) demande un filtrage attentif, sous forme de tests devant indiquer si les images sont clairement interprétées, et acceptables dans ce milieu illettré et musulman.
- Beaucoup de thé et de sucre (et même du tabac local).

### 8.14 Emploi du temps

Pendant la journée, chaque équipe reste dans sa tente, où les gens du campement sont invités à venir librement causer. Dans quelques campements, il sera possible de convoquer des réunions ; dans d'autres, il faudra attendre que des petits groupes de visiteurs se présentent.

Dans chaque campement, le formateur et la formatrice prendront des notes détaillées : réactions aux idées émises, problèmes soulevés, succès des supports visuels, centres d'intérêt, problèmes de santé... Une fois quittée la zone du point d'eau, ces notes serviront de base pour évaluer la campagne et améliorer progressivement les méthodes.

Enfin, la campagne menée autour d'un point d'eau appelle une conclusion. Avant de quitter le site, il convient d'aller dire au revoir à chaque campement. Cet au revoir occupera une demi-journée ou une journée entière ; il consiste à reprendre les thèmes débattus, à clarifier au besoin les idées, à répondre aux questions suscitées par la visite, à seconder éventuellement la mise en place d'une caisse de campement (cf. 8.2). Dans ce dernier cas : convoquer une réunion pour que tout le monde manifeste un accord explicite et s'entende sur le choix de la gestionnaire, puis ne pas oublier de fournir la boîte qui servira de caisse.



### 8.23 La caisse comme action coopérative

L'absence de tradition coopérative en milieu tamacheq (cf. 6.33) ne peut que lentement faire place à une solidarité organisée. Une petite expérience comme celle de la caisse, entreprise au sein du campement, c'est-à-dire dans les conditions de moindre méfiance, démontrera plus efficacement les avantages de la coopération que beaucoup de paroles et d'explications. Il sera dès lors plus facile d'admettre qu'une prise en charge coopérative d'un(e) aide-sanitaire peut apporter des bénéfices personnels.

## 8.3 Personnel sanitaire supplémentaire

But : Rendre proche et facilement accessible un service de santé jusqu'à maintenant lointain (cf. 6.12 et 6.13).

### 8.31 Les personnes salariées étrangères aux communautés.

Nous reconnaissons que la proposition d'engager un supplément de personnel est sujette à forte controverse, étant donné le sort aléatoire prévisible pour ce personnel quand l'AEN aura quitté le Gourma. Néanmoins, étant donné les énormes carences du système en place (telles que commentées et illustrées dans la section 7.11, en même temps que les "niveaux" à atteindre), il nous paraît que ces engagements à court terme sont justifiés.

Revenons sur ce qui a déjà été dit :

- Il ne vaut pas la peine d'encourager les individus à formuler des décisions bien fondées, s'ils ne peuvent les mettre à exécution.
- La population considère comme une priorité de vaincre ses maladies. C'est par l'exercice d'une activité curative que les autres aspects de la santé ont chance d'être atteints.
- La campagne information-formation de masse sera d'autant plus efficace qu'on y consacra du personnel qualifié. Il est impensable, dans l'état de choses actuel, que le renforcement de personnel nécessaire au succès de cette campagne provienne des ressources de l'État malien.

Quand la campagne information-formation de masse concerne une zone où il n'existe aucun agent de santé, nous proposons que l'AEN y installe en fin de campagne une aide-sanitaire, et que cette personne soit de préférence l'une des femmes qui a participé à la campagne (cf. 8.12). Elle est ainsi au courant des particularités locales, elle a rencontré tous ses clients potentiels, elle connaît le sens et le contenu d'une campagne dont elle doit renforcer les effets par son travail quotidien. Réciproquement, la population la connaît et l'a entendue lui parler.

La note 37 (p.62) a justifié l'appellation "aide-sanitaire". Il s'agit, en effet, que cette personne accomplisse un travail polyvalent, en fait d'aide aux soins et à la prévention. Si c'est une femme, elle s'occupera aussi des problèmes de grossesse et d'accouchement. On l'équipera d'un âne comme moyen de transport, car, basée dans un campement déterminé, elle doit se déplacer dans les divers campements du site pour y consolider les résultats de la campagne qui les a touchés. Elle disposera, pour les soins, d'un petit stock de médicaments essentiels (à utiliser contre paiement), et doit savoir envoyer au dispensaire les cas dépassant sa compétence. Une de ses fonctions capitales est d'aider les communautés à identifier des personnes susceptibles de recevoir une formation d'accoucheuse, de matrone ou de secouriste, de sorte qu'un relais local lui succède.

Durant la campagne d'information-formation, la population aura été bien avertie qu'une telle personne demeurerait sur le site pendant deux ans seulement, le temps que l'ensemble des

campements de ce site expérimente la présence d'une aide en soins modernes, et puisse se prononcer sur le choix d'une succession "endogène" effectuée à la charge d'une ou de plusieurs communautés bénéficiaires. La population doit aussi savoir que l'"étrangère" qui leur est venue en aide pendant deux ans partira ensuite dans une autre site dépourvu, pour y faire la même chose.

Il est évident que l'emploi d'une telle personne suppose, de la part de l'AEN, un soutien constant et très attentif, tant moral que matériel (rémunération et ravitaillement en remèdes). Si, comme suggéré, l'action sanitaire s'effectue dans un lieu où fonctionnent d'autres activités AEN, le support donné à l'aide-sanitaire sera aisément couplé avec celui des actions économiques en cours.

Le projet d'employer un agent étranger à la communauté rencontrera probablement un certain nombre d'objections, auxquelles nous nous efforçons ci-dessous de répondre.

- (a) Cet emploi suppose le paiement d'un salaire. Si l'AEN commence par en assumer les frais, la population n'acceptera plus jamais une prise en charge.

Réponse :

-La communauté ne paiera jamais pour l'emploi de *cette* personne, dont la mission est d'aider provisoirement la population à percevoir la nécessité de s'organiser pour choisir *en son sein* un(e) aide-sanitaire à former.

-La personne en question tient un rôle plus large que celui de matrone ou de secouriste ; elle doit assurer la liaison avec d'autres projets AEN, et sensibiliser la communauté à des mesures préventives. On ne peut attendre d'un membre de cette communauté qu'il fasse ce travail.

- (b) La personne ainsi engagée par l'AEN considérera ce travail en brousse comme un pis-aller, et cherchera sans cesse une occasion de retourner en ville.

Réponse :

-Cette personne sera tamacheq, et donc moins déracinée que les fonctionnaires affectés dans la zone.

-Il faut la choisir avec soin.

- (c) Il/elle aura des problèmes à s'établir dans un campement.

Réponse :

-Il suffit que son statut soit bien clair dès le début, que tout le monde (à commencer par elle) en soit explicitement informé.

-Peut-être sa présence sera-t-elle mieux acceptée (et plus efficace) si elle chevauche sur plusieurs campements de base.

-Les campements tamacheq sont hospitaliers et s'adaptent facilement aux visiteurs.

- (d) Comme "étrangère", cette personne risque d'exploiter la communauté.

Réponse :

-Tout dépend ici de la manière dont elle sera choisie, puis suivie et supervisée.

- (e) À plus long terme, c'est-à-dire après le départ de l'AEN, la rétribution d'un personnel exogène ne sera plus possible. Il ne faut donc pas se lancer dans cette voie.

Réponse :

-Il s'agit d'un recours prévu à court terme, dans le but que s'ébauchent ainsi les changements à long terme qui suivront. Un investissement pour l'avenir est une entreprise raisonnable.

Finalement, l'objection majeure est peut-être que la personne souhaitée restera introuvable.

- Résumons ainsi son profil idéal : femme d'âge mûr (25 ans et plus), ayant eu au moins un enfant, actuellement veuve, divorcée ou séparée. Elle a été scolarisée jusqu'en 6<sup>e</sup>, et a suivi une formation sanitaire (que l'AEN peut lui fournir après son engagement). Elle doit être tamacheq, appréciée par les femmes pour sa conversation et sa disponibilité, prête à travailler en brousse en voyageant à dos d'âne.
- L'enquête nous a permis de faire la connaissance d'une femme à laquelle s'appliquent bien ces critères, ce qui nous confirme dans la présomption qu'il en existe d'autres... Nous avons noté (au dernier alinéa de 7.21) qu'il ne manque pas de femmes tamacheq veuves, divorcées ou séparées. Si elles sont instruites, de telles femmes sont d'habitude disponibles pour le travail. Au reste, à défaut du profil idéal, on peut envisager des variantes dont l'acceptabilité doit être testée, - par exemple : une femme plus jeune, une femme plus instruite, un couple marié.

### 8.32 Les personnes issues des communautés elles-mêmes

Dans un environnement comme le Gourma, c'est parmi ces personnes qu'existent les meilleurs candidats aux fonctions d'aide-sanitaire. Le problème est, bien entendu, de les trouver (surtout les femmes), et de convaincre leurs communautés de les prendre en charge. Un candidat local présente les avantages suivants :

- il ne cherche pas à quitter la zone, car il est *chez lui* ;
- la population exerce un contrôle social sur son travail ;
- il bénéficie déjà d'une base économique au sein de la communauté ;
- sa rétribution est assurée *de l'intérieur*, sans intervention externe.

En regard de ces grands avantages, il faut mentionner un certain nombre d'inconvénients auxquels le Gourma n'échappe pas :

- peu de candidats sont instruits, ce qui exige leur formation en langue locale ;
- sans une convenable prise en charge par la communauté, les soucis économiques quotidiens empêcheront l'aide-sanitaire de se déplacer pour rendre visite aux malades plus éloignés ;
- la personne vit dans un réseau d'obligations traditionnelles qui la détourneront, voire lui interdiront de demander à ses parents le prix des médicaments qu'elle doit rembourser.
- dans les communautés plus isolées, la formule de l'aide-sanitaire *interne*, si désirée soit-elle, ne pourra que très lentement se réaliser.

En vue d'une plus étroite liaison médecine traditionnelle/médecine moderne, et aussi pour minimiser les risques de rapports conflictuels, certains ont suggéré que l'aide-sanitaire choisi soit un marabout ou un(e) actuel(le) tradithérapeute. À notre avis, et pour plusieurs raisons, cette idée n'est guère à encourager, ne serait-ce que parce que l'un des buts de l'action est d'augmenter l'effectif du personnel spécialisé : si l'on ne forme que les spécialistes existants, on n'augmente pas cet effectif.

### 8.33 Pour une proximité de l'accès aux soins

Un point semble bel et bien acquis : les problèmes de santé du milieu nomade ne peuvent être sérieusement affrontés que par constellations de campements. C'est donc à ce niveau que devait se situer la campagne d'information-formation de masse (cf. 7.22). C'est aussi à ce niveau que la présence d'aides-sanitaires devient opérante, car elle permet que se rapproche un accès aux soins, autrement très aléatoire à cause des distances à parcourir jusqu'aux centres secondaires de santé.

Instaurer, sous la forme que nous décrivons, un système démultiplié de soins de santé primaires peut assurer, pendant l'hivernage, une relative proximité de l'aide-sanitaire, même si la dispersion des campements crée alors des difficultés qui ne seront jamais complètement surmontées. Accompagnant sa communauté, l'aide-sanitaire sera basé(e), durant la saison chaude, aux alentours d'un point d'eau qui attire une affluence de population plus stable.

Cependant, si notre stratégie est plus propre que d'autres à réduire la longueur et le coût des déplacements, elle n'enlèvera jamais l'obligation d'en faire. Au reste, malgré les contraintes de distance et de transport, les nomades savent mieux que d'autres ne pas reculer devant un voyage qui leur apparaît nécessaire...

#### 8.4 La prise en charge par la population

But : Assurer des actions de santé pérennisables au Gourma.

Tant que la population imagine possible l'existence d'une alternative<sup>38</sup> à *son propre* engagement, elle aura toutes les raisons de ne pas consentir à s'engager elle-même. Mais, à partir du moment où, ayant expérimenté chez elle les avantages de l'aide-sanitaire, une communauté se rend compte que la seule manière d'en retenir le bénéfice consiste à prendre cette personne en charge, la perspective se modifie. La communauté commence alors à chercher une solution. D'où la nécessité –redisons-le au passage– qu'elle ait auparavant eu le loisir suffisant pour apprécier, sur place, la présence d'un(e) aide-sanitaire employé(e) par une instance extérieure.

Dès le début, il faut donc qu'il soit clair que l'AEN ne subventionne ses agents que pendant deux ans sur les sites choisis. Ce message doit être souvent répété. Passé le délai, l'AEN ne pourra faire plus et mieux qu'aider chaque communauté à mettre au point sa solution : à l'élaboration de cette mise au point contribueront déjà, au cours des deux ans, les formateurs, les formatrices et les aides-sanitaires rétribué(e)s, en collaboration avec les cadres de la section Santé.

##### 8.41 Différents systèmes de prise en charge

Plusieurs possibilités de prise en charge sont concevables. Dans tous les cas, nous présumons qu'une tarification de la semaine de traitement est appliquée par les aides-sanitaires, et que l'argent ainsi recueilli sert au renouvellement des stocks de médicaments. À ce propos, signalons que le tarif régional des 200 francs CFA semble, en l'occurrence, excessif, étant donné la simplicité des soins dispensés par l'aide-sanitaire. Ailleurs, au Mali, il existe des échelles tarifaires réglées sur la qualification de l'agent qui dispense les soins. Dans le cas présent, un tarif fixe de 100 francs CFA paraît mieux adapté à la situation. Cela dit, passons en revue quelques hypothèses.

1) Le prix de la consultation (avec traitement) est augmenté de 100 francs, et l'aide-sanitaire garde ce supplément à titre de rétribution.

Avantages > - système facile à gérer,  
- dans deux sites visités durant l'enquête, la population l'a suggéré.

Désavantages > - le manque de liquidité (cf. 6.21),  
- la pauvreté : pour certains ménages, trouver 100 francs de plus fait problème.

---

38. L'"alternative" dont il s'agit est une intervention exogène, soit gouvernementale (celle de l'État malien), soit non gouvernementale (celle de l'AEN).

- la commercialisation du rapport entre la communauté et son aide-sanitaire, ce qui n'encourage pas cette personne à "donner" son temps pour des conseils de prévention.
- tendance possible à un surcroît d'augmentation du tarif en cas de déplacement de l'aide-sanitaire,
- le recours aux soins de santé primaires coûte au moins aussi cher qu'une consultation au dispensaire.

2) La communauté verse<sup>39</sup> chaque année à l'un de ses membres, choisi comme gestionnaire, un montant forfaitaire qui permettra une rétribution mensuelle de l'aide-sanitaire.

Avantages > - l'aide-sanitaire est vraiment employé(e) par la communauté, qui peut exiger la qualité de son travail,  
- le système est éventuellement géré à travers le magasin, là où il en existe.

Désavantages > - collecte et gestion annuelle de l'argent,  
- certains chefs de ménage diront qu'ils n'acceptent de payer qu'en cas de maladie.  
- cette solution suppose un haut niveau de coopération communautaire.

3) Création d'un troupeau communautaire, dont l'aide-sanitaire tire sa subsistance tout le temps que dure son service de la communauté.

Avantages > - même base économique que le reste de la population,  
- les animaux resteraient la propriété de la communauté, qui peut ainsi exercer un contrôle sur le travail de son aide-sanitaire,  
- le troupeau se perpétue.

Désavantages > - organisation délicate : les individus ne sont pas habitués à donner leurs animaux pour le bénéfice d'autrui (mais, si la communauté est nombreuse, la contribution de chaque ménage serait petite),  
- difficulté de mettre au point une gestion communautaire.

4) Paiement en espèces ou en nature, avec possibilité de crédit.

Avantages > - système conforme à la coutume des tradithérapeutes et marabouts,  
- les pauvres n'ont pas à payer sur-le-champ,  
- pas de problème de liquidité,  
- pas de gestion,

Désavantages > - risque que la population soit exploitée,  
- les parents de l'aide-sanitaire demanderont toujours des soins gratuits.

5) Utiliser les bénéficiaires d'autres entreprises communautaires (là où l'AEN en a favorisé l'émergence) pour verser un salaire mensuel à l'aide-sanitaire.

Avantages > - la population ne ressent pas le poids d'une dépense,  
- intégration de la santé au sein d'autres activités,  
- la communauté est responsable,

Désavantages > - il faut la présence d'une entreprise bénéficiaire,  
- problème de gestion.

6) Aucune prise en charge de l'aide-sanitaire, qui travaille gratuitement pour la communauté.

Avantages > - pas besoin d'organisation communautaire,

---

39. Suivant ce que la population décidera, un tel versement s'effectuera par *ménage*, ou par *fraction*, ou par *campement*. De telles modalités doivent elles-mêmes être précisées par un commun accord réalisé sur le site (et non par quelque "comité" ou "conseil" de développement géré administrativement). Notre insistance sur l'unanimité à obtenir laisse cependant ouverte la question de l'homogénéité communautaire d'une population établie, en plusieurs campements, autour d'un point d'eau : s'agit-il d'une "communauté" de campements, ou d'un "groupe" de campements ? Selon la réponse donnée -peut-être variable selon les lieux-, l'unanimité devra être recherchée à des niveaux différents. Et les limites de cette unanimité détermineront, au moins en partie, celles de l'action qui suivra.

- le paiement demandé aux consommateurs des soins de santé primaires n'excède pas le prix du dispensaire (il en coûte même la moitié seulement, si le traitement d'une semaine est tarifé à 100 francs CFA),
- Désavantages >- le travail accompli par l'aide-sanitaire dépend entièrement de sa bonne volonté,
- aucun contrôle possible de ce travail,
  - obligé de suivre ses propres affaires, l'aide-sanitaire aura moins de liberté pour se déplacer.

Dans certains lieux fonctionne ce dernier système. Par exemple, à Karwassa (cercle de Douentza), l'aide-soignant n'est pas payé, mais reçoit un pourcentage sur le prix de vente des médicaments. À Ebanguimellan, le secouriste en place nous a dit qu'il continuerait son travail même si l'AEN cessait de le rétribuer, car il estime normal d'utiliser ses connaissances au service des autres ; Ebanguimellan est son lieu, et travailler pour les siens lui convient. De fait, si la communauté n'attend de son aide-sanitaire que l'octroi de médicaments adaptés, une telle formule est viable. Mais, sur un site spacieux, la demande de visites sous la tente entraînera des frais de déplacements, et les campements éloignés seront à nouveau désavantagés.

Pour une prise en charge par la communauté, la tâche la plus difficile sera d'en réunir tous les membres, hommes et femmes, afin qu'ils puissent arriver ensemble à une décision. La voix des femmes, on l'a vu (cf.7.21), compte beaucoup en matière de santé ; dans l'ensemble, elles nous paraissent d'ailleurs plus coopératives que les hommes. Par rapport aux solutions 2, 3, 5, un argument à souligner est la maîtrise que garde la communauté sur le travail de son aide-sanitaire : elle a les moyens d'en exiger la qualité, puisque, en cas d'insatisfaction, elle peut suspendre le salaire ou reprendre son troupeau.

En toute hypothèse, un conflit de devoirs est prévisible pour l'aide-sanitaire quand il s'agira des consultations demandées par sa parenté. On peut tout à fait admettre que ces consultations soient données gratuitement, mais, dans la mesure où les médicaments doivent faire l'objet d'un remboursement, il y a fort à parier qu'il devra souvent payer de sa poche...

#### 8.42 Contrôle et suivi

Quel que soit le système adopté par les communautés concernées, il incombe à l'AEN d'assurer contrôle et suivi pendant les deux premières années de fonctionnement. Elle a compétence pour le faire, car :

- comme instance étrangère, elle est capable d'aider avec désintéressement la population à résoudre les problèmes qui se présentent ;
- elle peut vérifier qu'il n'y a pas d'abus dans l'application du système ;
- apte à évaluer les avantages et les inconvénients des solutions choisies, elle peut ensuite donner à d'autres communautés des conseils d'autant plus pertinents.

#### 8.43 Séminaires et visites

Quand un système de prise en charge aura commencé à fonctionner au sein de quelques communautés, il est indiqué que l'AEN envisage l'organisation de séminaires réunissant des représentants de ces communautés, pour qu'ils puissent échanger leurs opinions et leurs expériences. Ce genre de séminaires (ou même des visites collectives dans lesdites communautés) pourraient aider d'autres groupes à concevoir leur propre système de santé. De telles initiatives se sont révélées très utiles et appréciées à Douentza, où la *Near East Foundation* a rassemblé des représentants de villages pour discuter du fonctionnement de leurs banques de céréales (NEF 1988).

Dans la même optique d'échange d'informations et d'expériences, l'AEN peut organiser des visites plus lointaines, grâce auxquelles représentants de communautés et aides-sanitaires auraient l'occasion d'observer ce qui se fait ailleurs au Mali, dont le territoire est fertile en projets (gouvernementaux et non gouvernementaux): en *voir* les points forts et les points faibles apporterait sans nul doute de précieux éléments aux réflexions et orientations des communautés du Gourma.

## 8.5 Corollaires pour la section Santé

### 8.51 Ravitaillement en médicaments

Sans un système adéquat de fourniture régulière en médicaments, il ne vaut pas la peine (cf.7.1) de mettre en place un personnel supplémentaire. Dès lors, une tâche importante de la section Santé de l'AEN consistera dans la création et la gestion d'un système de médicaments à destination des aides-sanitaires. Élaborer et faire fonctionner ce système suppose une étroite liaison avec ce qui se pratique dans la 6<sup>e</sup> Région, et plus précisément dans le cercle de Gourma-Rharous : c'est là une condition *sine qua non* de la pérennisation des actions entreprises.

Pour instaurer une procédure viable à long terme, il est d'ores et déjà exclu que la fourniture des médicaments dépende de véhicules AEN quittant Gossi tous les quinze jours, car une telle méthode ne durerait pas plus longtemps que la présence de l'AEN dans le Gourma. Il faut donc prévoir un système de dépôt(s) où les aides-sanitaires viendront eux-mêmes se ravitailler. Le prix d'achat et de vente des médicaments doit lui-même se régler sur les tarifs en vigueur dans la Région, de manière que soient harmonisées les pratiques de l'AEN et celles des autres services sanitaires.

#### 8.511 Vente de médicaments dans des magasins ordinaires

La ligne esquissée en 8.22 donne matière à réflexion. D'une part, l'extension possible d'une "caisse de campement" présente l'avantage d'un auto-ravitaillement de la communauté ; d'autre part, ce ravitaillement concerne trois produits seulement (nivaquine, aspirine, pommade ophtalmique), de manière à éviter certaines utilisations dangereuses auxquelles sont enclins les gens des campements (cf.4.3).

Si l'on trouve opportun, dans les lieux à magasin, d'ouvrir un étal pharmaceutique, la même prudence nous incite à conseiller qu'il se compose seulement des trois remèdes mentionnés :

- (a) ces produits sont déjà disponibles sur les marchés,
- (b) l'utilisation en est assez bien définie, et relativement connue de la population,
- (c) il répondent à des besoins fréquents en milieu nomade,
- (d) la présentation de leur efficacité et de leur mode d'emploi peut faire partie d'une formation-information de masse.

### 8.52 La mobilité des agents de santé

L'absence de moyens de transport est un handicap aux actions préventives, et interdit un certain nombre de soins à dispenser dans les familles. De ce point de vue, les secouristes de l'AEN et les agents de la santé publique se trouvent aussi défavorisés les uns que les autres.

La section Santé doit sérieusement penser à la possibilité d'équiper en ânes ce personnel de santé, y compris les infirmiers de Ouinarden et d'Inadiatafane, de manière à réduire la discrimination qui joue à l'encontre des campements éloignés. Il conviendrait d'obtenir que soient notés le nombre et le motif des déplacements pour lesquels l'animal est utilisé, afin d'évaluer au bout d'une année l'efficacité de cette intervention.

### 8.53 Formation du personnel de l'AEN

De plusieurs façons et à maintes reprises, ce rapport a montré qu'un programme de santé dans le Gourma se doit d'insister sur la prévention et sur des soins donnés à partir d'ingrédients disponibles.

Les messages déterminés par cette orientation élargiraient leur impact si tout le personnel de l'AEN qui travaille dans les campements (Norvégiens et Maliens), y compris les chauffeurs<sup>40</sup>, reçoit une formation recouvrant, en substance, celle dont on entend faire bénéficier la population.

Une telle formation vise plusieurs buts :

- (a) renforcer la diffusion des mêmes idées, reprises par des personnes différentes ;
- (b) diminuer la disparité des conseils et avis dispensés au passage ;
- (c) la section Santé sera moins isolée des autres sections de l'AEN, en démontrant que ses interventions s'effectuent "at the grass-roots", et sont l'affaire de tout le monde.

### 8.54 Autres problèmes de formation, et recyclage

Tant que durera dans la zone l'appui apporté par l'AEN aux services de santé, cet appui implique un soutien continu du travail demandé aux agents de la santé, même et surtout à partir du moment où les actuels secouristes auraient été pris en charge par les communautés dans lesquelles ils résident.

Cela oblige à prévoir des recyclages spéciaux, ou bien une pratique originale d'entraînements informels.

#### 8.541 Présence des secouristes à la campagne information-formation de masse

Quand la campagne (cf. 8.1) se déroule dans un site déjà pourvu d'un secouriste, celui-ci doit y participer à titre d'aide-sanitaire (cf. 8.31, 4<sup>e</sup> alinéa). Cette campagne lui offrira le temps privilégié d'un recyclage sur la théorie et la pratique de son métier. En outre, sa présence permettra à la population d'apprécier le profit à tirer des simples techniques dont il sait faire usage ; les campements plus éloignés apprendront à le mieux connaître, sinon à le connaître. De son côté, il aura l'occasion d'observer la réalité des situations sanitaires, alors qu'il a seulement l'habitude de celles qu'on lui présente. Le fait qu'il appartienne au personnel de la campagne renforcera la liaison entre cette campagne et la progression des soins de santé primaires.

Objectera-t-on que, pendant ce temps-là, le secouriste ne sera pas présent à son poste ? L'objection ne tient guère, puisque la campagne à laquelle il participe a lieu dans les environs de son lieu normal de travail : sur le site, l'équipe d'information-formation passe lentement de campement en campement, et les malades désireux de consulter le secouriste peuvent toujours venir là où l'équipe s'est arrêtée.

#### 8.542 Soutien général aux initiatives de base

Conformément aux orientations proposées, l'AEN a pour mission d'encourager toute initiative des communautés qui se montreraient disposées à choisir l'un(e) des leurs pour remplir sur place les fonctions d'aide-sanitaire. Dans les sites où opèrent d'autres projets AEN, les dispositions favorables de la communauté à l'endroit de cette innovation peuvent être

---

40. Au cours de l'enquête, nous avons rencontré plusieurs cas d'aide médicale offerte par les chauffeurs de l'AEN, soit en espèces, soit en médicaments.



éveillées à l'occasion du travail mené en commun, surtout par les formateurs et les formatrices. Ensuite, à partir du moment où une candidature se préciserait, il revient à l'AEN d'assurer formation, suivi et soutien ultérieur de l'aide-sanitaire (fourniture régulière en médicaments, supervision, recyclages). Au cas où une campagne d'information-formation de masse serait plus tard organisée dans les parages, cette personne est toute désignée, bien entendu, pour faire partie de l'équipe.

#### 8.543 Le dispensaire mobile

Cette unité de la section Santé poursuit actuellement un double objectif : d'une part fournir des soins dans des zones dénuées d'un service de santé (exemple : Doro), d'autre part soutenir le travail des quelques secouristes en place, et seconder leur formation.

Quelques remarques ici méritent attention :

- (1) Ce dispensaire relève d'une technique assez sophistiquée, dont le fonctionnement est onéreux ; chaque consultation revient cher. C'est pourquoi le départ de l'AEN sonnera sûrement le glas du dispensaire mobile.
- (2) La formule s'inscrit en marge du système public de référence pyramidale (voir fig.6, p.55) dont, sans le vouloir, elle retarde peut-être une meilleure implantation.
- (3) Dans un site tel que Doro, le passage du dispensaire mobile renforce plutôt un certain attentisme qui s'oppose à l'attitude de prise en charge qu'il conviendrait de développer (cf. 4.42 & 6.34).
- (4) Ses interventions actuelles semblent peu adaptées au rythme de vie des communautés : ne sachant pas le jour précis de son passage, les clients commencent à se mettre en train après avoir entendu le bruit du véhicule. Quand ils arrivent au dispensaire, ils trouvent trop souvent que la voiture a déjà disparu. Reprochera-t-on à un nomade de ne pas aligner sa journée de travail sur les horaires de la fonction publique ( 07h30 - 14h30 ) ?
- (5) Au site d'Adjoura, les visites du dispensaire sont appréciées de la population, parce qu'elle y accède aisément et profite d'un stock de médicaments toujours bien fourni.
- (6) Les secouristes ont besoin de cet appui, notamment pour leur ravitaillement en produits pharmaceutiques (mais, à ce sujet, voir 8.51).

La raison majeure pour conseiller un revirement stratégique est la suivante : le dispensaire mobile dépend entièrement de la présence de l'AEN, et le genre de services qu'il propose contredit l'orientation désirable vers une prise en charge de la santé par la population elle-même. Sauf pour ce qui concerne la formation et le suivi des secouristes, les tournées du dispensaire mobile ne représentent donc pas un travail à long terme ; elles évitent même aux communautés nomades d'apprendre à utiliser les structures de la santé publique.

Tenant compte de cette analyse, il nous apparaît convenable de recommander que dans une zone sans secouriste (tel le site de Doro), et dans celles où opère déjà un infirmier de santé publique, le dispensaire mobile interrompe ses tournées de soins. En revanche, dans les lieux présentement dotés d'un secouriste auquel il faut fournir des médicaments, le dispensaire mobile continuera ses activités jusqu'à ce qu'ait été mis en place un système de ravitaillement pharmaceutique plus autonome (cf. 8.51). En somme, la raison d'être du dispensaire mobile devient désormais le soutien et le suivi des secouristes, au lieu de consister en épisodique saupoudrage de soins.

Le concept d'"équipe mobile" n'en disparaît pas pour autant : il mérite d'être dorénavant transféré à chacune des unités qui se chargeront de la campagne information-formation de masse.

#### 8.55 L'aide-soignant de Ouinarden

À Ouinarden, chef-lieu d'arrondissement, fonctionne un dispensaire public placé sous la responsabilité d'un infirmier rétribué par l'État. Étant donné la fréquentation apparemment

faible de ce centre de santé, l'assistance d'un aide-soignant semble assez superflue, alors que cette personne excellerait comme aide-sanitaire dans la campagne information-formation de masse (à supposer que celle-ci ne se déroule pas dans un site déjà pourvu de secouriste).

Autre possibilité : affecter l'actuel aide-soignant de Ouinarden sur un site aujourd'hui démunie de personnel de santé (Doro, Inyiminan ou Kazey-kazey, par exemple), en lui apportant là les appuis nécessaires. Son efficacité y sera d'autant meilleure que le site en question aurait été préalablement parcouru par une campagne d'information-formation.

En toute hypothèse, les conditions de son installation doivent être celles d'un "aide-sanitaire" (cf.8.31) : aux frais de l'AEN pendant deux ans, pendant lesquels la population identifiera, si elle le souhaite, un membre de la communauté qui sera lui-même formé comme aide-sanitaire et pris en charge localement.

## 8.6 Une typologie des zones d'actions sanitaires

On peut identifier cinq types de sites ou zones d'action, définis à partir de la situation qui prévaut en saison sèche. Durant l'hivernage, la population est trop éparpillée et les déplacements trop difficiles pour qu'on puisse envisager à pareille époque une campagne d'information-formation de masse.

### 1. Point d'eau semi-sédentaire, avec présence actuelle d'un secouriste et actions de développement menées par l'AEN.

- Viser la prise en charge du secouriste par la communauté.
- Inciter la population à choisir, en son sein, une femme appelée à devenir son aide-sanitaire.

### 2. Point d'eau semi-sédentaire sans secouriste, mais avec actions économiques de l'AEN.

- Affectation d'un(e) aide-sanitaire AEN pendant deux ans, *puis* aide-sanitaire pris(e) en charge par la communauté ;
- *ou bien*, si possible (par exemple, à Tin Badjowayn ?), aide-sanitaire local(e) immédiatement pris(e) en charge sur place.

### 3. Sites proches d'un centre de santé gouvernemental.

Une aide-sanitaire au compte de l'AEN pendant deux ans, *puis* une aide-sanitaire choisie et prise en charge par la population.

### 4. Grands points d'eau en saison sèche.

Aide-sanitaire au compte de l'AEN pendant deux ans, *puis* choix de la population sur la suite.

### 5. Petits points d'eau en saison sèche.

Encourager les initiatives de base (cf.8.542).

Concernant toutes les zones :

- formation-information de masse (8.1),
- inciter les communautés à la création de caisses de campement (8.2),
- soutenir les initiatives de base, et assurer la formation des candidat(e)s proposé(e)s pour une prise en charge locale à titre d'aides-sanitaires (8.32 & 8.42).
- organiser un système de ravitaillement en médicaments (8.51).

Une tâche immédiate pour la section Santé est d'identifier les différents points d'eau relevant des catégories présentées ci-dessus<sup>41</sup>.

---

41. Exemples : type 1 > Ebanguimellan, N'Daki, Adjoua ; type 2 > Tin Badjowayn ; types 3 et 4 > Doro, Inyiminan.

## 8.7 Calendrier

On ne saurait songer à couvrir simultanément toute la "zone intérieure" (fig.3, p.16); les priorités à établir se guideront sur les critères suivants :

- population importante,
- difficultés d'accès aux soins,
- présence de projets AEN, offrant une meilleure chance de réussite.

Dans la mesure où ces priorités paraissent recevables, on choisira donc pour cibles les sites des types 3 et 4 (cf.8.6), en se rappelant qu'il est souhaitable aussi de travailler sans retard à la prise en charge locale des secouristes établis dans des sites du type 1.

Nous avons indiqué, dans l'article précédent, qu'une campagne formation-information de masse est possible seulement en saison sèche (soit entre décembre et juin), c'est-à-dire quand les campements deviennent plus stables et commencent à se regrouper autour des points d'eau. Puisque deux campements peuvent être visités en une semaine, un point d'eau rassemblant 30 campements prendra 15 semaines pour le premier passage et 4 semaines pour le passage des "au revoir" (cf.8.14, 3<sup>e</sup> alinéa). Avec une seule équipe mobile, on ne pourrait couvrir qu'un grand point d'eau ou deux petits durant une saison sèche.

Il ne faut pas essayer d'augmenter le nombre de sites atteints, en écourtant la durée du séjour dans chaque campement. L'expérience de notre enquête montre que le travail débute réellement le deuxième jour : si l'on veut bien communiquer, trois jours et trois nuits sont nécessaires.

La période de l'hivernage sera utilisée pour :

- concevoir et préparer le contenu de la campagne (8.11), les supports visuels (8.13), et autres éléments de l'opération ;
- procéder à la formation et/ou au recyclage des secouristes actuels, du personnel AEN travaillant sur le terrain, des membres de l'équipe mobile (ou des équipes mobiles) qui s'investiront dans la prochaine campagne d'information-formation de masse ;
- accorder les congés annuels ;
- au terme de la première année, évaluer la campagne précédente et ses résultats pratiques, avant d'entreprendre la préparation de la suivante.

Quant à la prise en charge locale des secouristes existants, elle pose certes une question urgente, mais il convient peut-être de ne l'aborder qu'à partir de la prochaine saison sèche, car l'éparpillement des campements durant l'hivernage ne permettrait pas qu'un maximum de personnes participe, comme il le faut, aux décisions que cette prise en charge suppose.

## Sources des identifications :

- EL MEHDI AG HAMAHADY, thèse de pharmacie soutenue le 30.11.88 à l'E.N.P.M. du Mali
- H.-J. von MAYDELL, Arbres et arbustes du Sahel, Eschborn, GTZ, 1983, 532 pp.

(La première colonne indique le nombre d'occurrences du nom de la plante dans le cours de l'enquête)

Nbre	Nom tamechek	Identification	But	Usage	Partie utilisée	Autres plantes souvt associées
37	aharjəjjəm(+) aharjijim	Cassia italica	purger	interne	feuilles	ahijar ashejdeja alhana
30	ajar adiar	Maerua crassifolia	soigner purger vomir arrêter diarrhée soulager	int/externe	feuilles	takamənt emadiernis piment
24	asejdeja tahajard	Acacia nilotica - var. adansonii - idem (ou tomentosa)	soigner purger arrêter diarrhée vomir	int/externe	graines	aharjəjjəm piment
18	izikimba	piment	purger soigner soulager	interne	fruits	takamənt tahajard ajar akarkara
15	takamənt akamən	Zornia glochidiata	purger soulager vomir soigner	interne	feuilles graines	ahkak piment ajar
12	tadhant	Boscia senegalensis	purger soulager vomir soigner	int/externe	feuilles	tahahist
9	xabbənnəs xabanəse	Momordica charantia	purger	interne	graines	
	torsa	Calotropis procera	soigner	int/externe	bois, feuilles racines, sève	
8	taborayt	Balanites aegyptiaca	purger soigner	int/externe	feuilles	akamən
	tanafiyakt	?	soigner	int/ext	graines	piment temadiardiawest

+) Cette plante fait l'objet d'une étude détaillée dans EL MEHDI AG HAMAHADY, 1988, pp.71 sqq.

Nbre	Nom tamachek	Identification	But	Usage	Partie utilisée	Autres plantes souvt associées
7	tikinden	nénuphar	soigner	int/externe	tubercules	
6	tajalatt tedjalatt	Mitragyna inermis	purger	interne	fruits	
5	temadiar- diawest	?	soulager soigner les yeux	externe	graines	tanafiyakt
4	tahahist	Cadaba glandulosa	purger	interne	feuilles	tadhant
3	tayhalt	Euphorbia balsamifera	soigner, purger	int/externe	bois, sève, racines	
2	emajjernes emijernich	Aristida sieberiana	soulager, soigner	externe	feuilles	ajar
	ahkak	Combretum aculeatum	soigner	interne	feuilles	takamant
1	ajeruf ajerof	Tribulus terrestris	faire sortir les boutons internes	interne	graines	
	afarak	Chrozophora brocchiana	soigner	interne	feuilles	
	afazo	Paniculum turgidum	soigner	externe	bois	
	akarkara	Anogeissus leiocarpus	purger	interne	feuilles	piment
	alhana anhalla	Lawsonia inermis (henné)	purger	interne	fruilles	aharjjim
	asubara	Guiera senegalensis	soigner	externe	feuilles	
	balasa	Commelina forskalei	purger	interne	?	
	deje	Grewia bicolor	vomir	interne	branches feuilles	
	ewar war	Acacia senegal	soigner	externe	feuilles	
	nim	Azadirachta indica	soigner	externe	feuilles	
	tabakat	Ziziphus mauritiana	soigner	externe	feuilles	
	tilay	?	arrêter diarrhée	interne	feuilles, tiges	

**ANNEXE B**  
**DONNÉES DE BASE**

**Note :**

L'enquête a porté sur une population de 316 individus (156 hommes et 160 femmes). Parmi ceux-ci, 305 ont fait l'objet d'une fiche [C], 5 n'avaient aucun épisode de maladie à déclarer, 6 n'ont pas voulu répondre. La fiche [E] concernait 13 personnes. La fiche [D] a donné lieu à 67 réponses, et la fiche [F] à 13, d'où le total [C]+[D]+[F] de 385 maladies enregistrées (dont 13 ont entraîné un décès).

Âge	Fiche C		Fiche D		Fiche E	Fiche F		sans maladie	refus		
	M	F	M	F	F	M	F	M	M	F	
1	6	1	0	0	-	1	0	2	-	-	
1-4	23	20	2	1	-	2	2	2	-	-	
5-14	43	37	3	4	-	1	1	1	-	-	
15-44	53	73	18	21	13	2	0	-	3	3	
45+	23	26	8	10	-	1	3	-	-	-	
total	148	157	31	36	13	7	6	5	3	3	= 409

Âge	Inyemenan		Ouinarnden		Adjoura		Doro		Gossi		Ebanguimellan		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
1	1	2	4	0	0	0	0	0	1	1	0	0	
1-4	3	2	4	6	3	0	4	6	8	4	1	2	
5-14	8	5	11	2	4	3	10	10	9	9	1	8	
15-44	18	13	4	12	2	6	13	20	9	14	7	7	
45+	4	2	4	6	1	5	6	3	4	4	4	7	
total	34	23	27	26	10	14	33	39	31	31	13	24	= 305

Âge	noble		illelan de bas statut		bella indépendant		bella dépendant		
	H	F	H	F	H	F	H	F	
1	0	0	3	0	3	1	0	0	
1-4	3	4	4	6	12	8	4	2	
5-14	9	10	11	2	20	17	3	8	
15-44	18	17	10	12	18	35	7	9	
45+	5	8	5	4	13	9	0	5	
total	35	39	33	24	66	70	14	24	= 305
	24%		19%		45%		12%		

TABLEAU 15 : LES FRACTIONS DOMINANTES DANS CHAQUE CAMPMENT VISITÉ *	
s i t e s	
INYIMINAN	1. Imyad Kel Serere / Kel Terditt (N) 2. Ineslemen Kel Inokindar (N) 3. Iklan Kel Alhorma / Kel Tachahart (BI)
ECHERI	4. Iklan Chiokhane Attayoub (BI) 5. Kel Taryelift (IBS) 6. Cherifen (N) + Eyawel (IBS)
ADJOURA	7. Ineslemen Chiokhane Attayoub (N)
DORO	8. Imushar Kel Tabankort (N) + Kel Hanane (IBS) + Iboyelitan (IBS) 9. Norben (BI) 10. Imyad Kel Eyeris (N)
GOSSI	11. Iklan Kel Alhorma / Kel Tekessit (BI) 12. Iklan Kel Serere / Iyanayassan (BI) 13. Iklan Tangakli (BI)
EBANGUIMELLAN	14. Iklan Kel Tababount (BI) 15. Imyad Imakalkalane (N) 16. Iklan Imididayan 1 / Idarfane (BI)

\* La classe sociale est indiquée par N (=nobles), IBS (=illelan de bas statut), BI (=bella indépendants)

**ANNEXE C****FICHES D'ENQUÊTE**

- Fiche A Fiche de campement (1 page)
- Fiche B 1. Fiche de ménage (1 page)  
2. Fiche de ménage - informations complémentaires (1 page)
- Fiche C Dernier épisode morbide (4 pages)
- Fiche D Maladie grave au cours de la dernière année (4 pages)
- Fiche E Accouchements au cours de l'année passée (3 pages)
- Fiche F Décès au cours de l'année (4 pages)
- Fiche G Recettes de médications préparées à la maison à partir des plantes (2 pages)
- Fiche H Spécialistes dans les campements (3 pages)



[A]

Enquête sur les services de santé adaptés au Gourma: AEN/INRSP

Fiche A: FICHE DE CAMPMENT

campement

Date \_\_\_\_\_

--	--

Source d'eau: \_\_\_\_\_

Endroit spécifique: \_\_\_\_\_

Mettre un croix (X) devant les ménages choisis:

CHEF DE MENAGE	STATUT SOCIAL / FRACTION	RICHE/MOYEN FAUVRE
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

[B] 1. Enquête sur les services de santé adaptés au Gourma: AEN/INRSP


campement

ménage

FICHE DE MENAGE

nom	lien de parenté	prés ou abs	sexe	âge	marie? C, M, V, D, S	ethnie	fraction / classe sociale	activité économique principale	langues parlées	accouchée pendant l'an passé	fiches faites C   D   E   G
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

nombre de fiches F

Nombre de décès

Y a-t-il eu des décès (y compris des petits bébés) dans le ménage au cours de l'année passée?

[B] 2.

Enquête sur les services de santé adaptés au Gourma: AEN/INRSP

Fiche B:            Fiche de ménage - informations complémentaires

**1. Habitation et migrations:**

- moyens de déplacement
- où?

**2. Possessions:**

- type de tente et condition
- tassoutit?
- couvertures?
- radio?
- outils?

**3. Bétail:**

- chameaux
- vaches
- anes
- chèvres
- moutons

**4. Parents à l'exode?**

- qui?
- où?
- argent?

**5. Activités économiques supplémentaires:**

**6. Les enfants sont-ils vaccinés?**

- combien d'enfants?
- quand?
- choix ou obligation?
- attitudes?

[C]

Enquête sur les services de santé adaptés au Gourma: AEN/INRSF

Fiche C: DERNIER EPISODE MORBIDE

Fiche à remplir pour CHAQUE MEMBRE des ménages sélectionnés

Campement

Ménage

Personne


Nom de la personne \_\_\_\_\_

Noms et liens de parenté de la (des) personne(s) qui a fourni des renseignements pour un enfant \_\_\_\_\_

Interroger la personne elle-même et, en cas de maladie grave, les personnes qui se sont occupées du malade. Pour les enfants de moins de 10 ans - demander à leur mère, leur gardien ou les deux. Les questions indiquées ci-dessous fournissent un guide des renseignements minimum à rechercher. Où possible, toute une étude de cas doit être fournie pour chaque personne.

Nous voudrions vous parler de la dernière maladie que vous avez eue: qu'elle ait été grave ou non.

1. MALADIE: NOM FRANCAIS

NOM TAMASHEQ

2. Quand l'avez-vous eu?

3. Evolution de la maladie avec durée des symptômes.

[C]

#### 4. Soins au sein de la famille

##### 4.1 Maladie chaude ou froide?

- comment le sait-on?
- changements
- condition de la personne

##### 4.2 Modifications de l'alimentation

- quelles modifications?
- pourquoi?
- efficacité?
- qui a conseillé?

##### 4.3 Médications (Pour les médicaments préparés à la maison à base de plantes, inscrivez les détails sur la fiche G)

- de quels types?
- qui les a suggérées?
- qui les a préparées?
- a-t-on payé?
  - combien? argent ou espèces?
  - qui a payé?

##### 4.4 Avez-vous fait des sacrifices?

- quoi?
- qui a payé?

## 5. Consultations en dehors du ménage

### 5.1 Qui a-t-on consulté?

- parent/herboriste/marabout/dispensaire/autre?
- pourquoi cette personne?
- s'est-on déplacé pour la consultation?
- comment s'est-on organisé?
- distance?

### 5.2 Qu'est-ce qui a été conseillé/prescrit par la personne consultée?

- a-t-on suivi son avis?
- si non, pourquoi?

### 5.3 A-t-on payé: la consultation?

: les médicaments?

: le traitement?

- combien et comment?
- discussion des prix?
- comment a-t-on réuni l'argent?
  - vente d'animaux?
  - crédits? de qui?
  - terjit? de qui?
  - delai de paiement?

[C]

6. Aurait-on consulté quelqu'un dans des circonstances différentes?
- qui?
  - quels étaient les obstacles?

7. Quelle était la cause de cette maladie?
- comment le sait-on?

8. Y a-t-il des mesures préventives qui peuvent empêcher cette maladie?
- lesquels?
  - qui les fournit?
  - paiements?
  - Avez-vous pris ces précautions?
  - si non, pourquoi pas?

9. Autres remarques

(Ecrivez vos opinions sur les idées de la personne au point de vue santé)

Enquête sur les services de santé adaptés au Gourma: AEN/INRSP

Fiche D: MALADIE GRAVE AU COURS DE LA DERNIERE ANNEE

Avez-vous souffert d'une maladie grave au cours de la dernière année: c'est à dire d'une maladie qui vous a empêché complètement de travailler/de faire vos activités habituelles pendant au moins cinq jours? Dans le cas de plusieurs maladies graves, prenez la plus récente sauf si elle figure sur la fiche 'C'; dans ce cas prendre l'avant-dernière maladie grave.

Campement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom de la personne \_\_\_\_\_

Noms et liens de parenté de la (des) personne(s) qui a fourni des renseignements \_\_\_\_\_

Interroger la personne elle-même et, en cas de maladie très grave, les personnes qui se sont occupées du malade. Pour les enfants de moins de 10 ans - demander à leur mère, leur gardien ou les deux. Les questions indiquées ci-dessous fournissent un guide des renseignements minimums à rechercher. Si possible, toute une étude de cas doit être fournie pour chaque personne.

1. MALADIE: NOM FRANCAIS NOM TAMASHEQ

2. Quand l'avez-vous eu?

3. Evolution de la maladie avec durée des symptômes.



[D]

#### 4. Soins au sein de la famille

##### 4.1 Maladie chaude ou froide?

- comment le sait-on?
- changements
- condition de la personne

##### 4.2 Modifications de l'alimentation

- quelles modifications?
- pourquoi?
- efficacité?
- qui a conseillé?

##### 4.3 Médications (Pour les médicaments préparés à la maison à base de plantes, inscrivez les détails sur la fiche G)

- de quels types?
- qui les a suggérées?
- qui les a préparées?
- a-t-on payé?
  - combien? argent ou espèces?
  - qui a payé?

##### 4.4 Avez-vous fait des sacrifices?

- quoi?
- qui a payé?

[D]

## 5. Consultations en dehors du ménage

### 5.1 Qui a-t-on consulté?

- parent/herboriste/marabout/dispensaire/autre?
- pourquoi cette personne?
- s'est-on déplacé pour la consultation?
- comment s'est-on organisé?
- distance?

### 5.2 Qu'est-ce qui a été conseillé/prescrit par la personne consultée?

- a-t-on suivi son avis?
- si non, pourquoi?

### 5.3 A-t-on payé: la consultation?

- : les médicaments?
- : le traitement?
- combien et comment?
- discussion des prix?
- comment a-t-on réuni l'argent?
  - vente d'animaux?
  - crédits? de qui?
  - terjit? de qui?
  - délai de paiement?

[D]

6. Aurait-on consulté quelqu'un dans des circonstances différentes?

- qui?
- quels étaient les obstacles?

7. Quelle était la cause de cette maladie?

- comment le sait-on?

8. Y a-t-il des mesures préventives qui peuvent empêcher cette maladie?

- lesquels?
- qui les fournit?
- paiements?
- Avez-vous pris ces précautions?
- si non, pourquoi pas?

9. Autres remarques

(Ecrivez vos opinions sur les idées de la personne au point de vue santé)

[E]

Enquête sur les services de santé adaptés au Gourma: AEN/INRSF

Fiche E: ACCOUCHEMENTS AU COURS DE L'ANNEE PASSEE

Interroger chaque femme âgée de 15 à 50 ans dont on sait (par la fiche B) qu'elle a accouché au cours de l'année passée.

Nom de la femme _____	Campement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nous voudrions vous parler de votre dernier accouchement:

1. Issue de l'accouchement:

- né vivant, toujours vivant
- né vivant, mort par la suite
- mort-né
- avortement

2. Où avez-vous accouché?

- au campement de votre mari?
- au campement de vos parents?
- à la maternité?
- ailleurs?
- avez-vous voyagé exprès pour accoucher?
  - distance?
  - pourquoi?

3. Qui vous a aidé pendant l'accouchement?

- parents/accoucheuse traditionnelle/secouriste/maternité etc
- pourquoi l'avez-vous choisi?
- l'avez-vous payé?
  - combien?
  - comment?

[E]

4. Quels soins avez-vous reçus pendant cet accouchement

- massages?
- médicaments?
  - les quels?
  - paiements?
- autres

5. Changements d'alimentation après l'accouchement?

- lesquels?
- qui les a conseillés?
- pourquoi?
  - chaud/froid?

6. L'accouchement, s'est-il passé normalement ou avec des problèmes pendant ou après?

- quels problèmes?
- comment les avez-vous soignés?
- qui vous a conseillée?

[E]

7. Que pensez-vous des accouchements à la maternité?

- avantages?
- désavantages?

8. Autres observations

Enquête sur les services de santé adaptés au Gourma: AEN/INRSP

Fiche F: DECES AU COURS DE L'ANNEE PASSEE

Interroger un proche parent de la personne décédée. Pour les enfants - demander à leur mère, leur gardien ou les deux. Les questions indiquées ci-dessous fournissent une guide des renseignements minimum à rechercher. Si possible, toute une étude de cas doit être fournie pour chaque décès.

Campement


Ménage

Personne fournissant les renseignements \_\_\_\_\_

Lien de parenté avec le décédé \_\_\_\_\_

Personne décédée: âge \_\_\_\_\_ sexe \_\_\_\_\_

Nous voudrions vous parler des soins qu'a reçu 'le décédé' au cours de la maladie qui a mené a son décès:

1. MALADIE: NOM FRANCAIS

NOM TAMASHEQ

2. Quand l'avez-vous eu?

3. Evolution de la maladie avec durée des symptômes.

[F]

#### 4. Soins au sein de la famille

##### 4.1 Maladie chaude ou froide?

- comment le sait-on?
- changements
- condition de la personne

##### 4.2 Modifications de l'alimentation

- quelles modifications?
- pourquoi?
- efficacité?
- qui a conseillé?

##### 4.3 Médications (Pour les médications préparées à la maison à base de plantes, inscrivez les détails sur la fiche G)

- de quels types?
- qui les a suggérées?
- qui les a préparées?
- a-t-on payé?
  - combien? argent ou espèces?
  - qui a payé?

##### 4.4 Avez-vous fait des sacrifices?

- quoi?
- qui a payé?



## 5. Consultations en dehors du ménage

### 5.1 Qui a-t-on consulté?

- parent/herboriste/marabout/dispensaire/autre?
- pourquoi cette personne?
- s'est-on déplacé pour la consultation?
- comment s'est-on organisé?
- distance?

### 5.2 Qu'est-ce qui a été conseillé/prescrit par la personne consultée?

- a-t-on suivi son avis?
- si non, pourquoi?

### 5.3 A-t-on payé: la consultation?

- : les médicaments?
- : le traitement?
- combien et comment?
- discussion des prix?
- comment a-t-on réuni l'argent?
  - vente d'animaux?
  - crédits? de qui?
  - terjit? de qui?
  - délai de paiement?

[F]

6. Aurait-on consulté quelqu'un dans des circonstances différentes?

- qui?
- quels étaient les obstacles?

7. Quelle était la cause de cette maladie?

- comment le sait-on?

8. Y a-t-il des mesures préventives qui peuvent empêcher cette maladie?

- lesquels?
- qui les fournit?
- paiements?
- Avez-vous pris ces précautions?
- si non, pourquoi pas?

9. Autres remarques

(Ecrivez vos opinions sur les idées de la personne au point de vue santé)

[G]

Enquête sur les services de santé adaptés au Gourma: AEN/INRSF

Fiche G: RECETTES DE MEDICATIONS PREPAREES A LA MAISON A PARTIR DES  
PLANTES

Interviewez la personne qui a préparé la médication

Campement

Ménage


Renseignements fourni par: \_\_\_\_\_

1. Nom de la préparation:

2. Pour quelles maladies/symptômes?

3. Qui vous a appris cette préparation et quand?

4. Tous les détails de la préparation:

[6]

5. Est-ce que cette médication est chaude ou froide?

6. Y a-t-il des problèmes à trouver des ingrédients?

- lesquels?
- pourquoi?
- où les trouve-t-on?
- peut-on les acheter au marché?
- dans quelle saison trouve-t-on les ingrédients?

[H]

Enquête sur les services de santé adaptés au Gourma: AEN/INRSP

Fiche H: Spécialistes dans les campements

Interviewez la personne intéressée seulement

Campement

--	--

Nom de la personne \_\_\_\_\_

1. Spécialité ou domaine de compétence:

2. Quelle formation a-t-il/elle reçue?

- qui l'a formé?
- quand?
- pendant combien d'années?

3. Rémunération pour ses services?

- comment est-il payé?
  - en espèces?
  - en nature?
- comment décide-t-il le prix?
- exige-t-il un paiement?
- vit-il des revenus versés pour les soins?
- que fait-il en cas de décès?

[H]

4. Cherche-t-il les clients malades?

- pourquoi/pourquoi pas?
- où?
- qui?

5. Se déplace-t-il pour les clients?

- en quelles circonstances?
- frais?

6. Refuse-t-il des clients?

- pourquoi?

7. Envoie-t-il des clients au dispensaire?

- pour quelles maladies?
- pourquoi?
- que pense-t-il de la médecine moderne?
- quelles sont les principales différences avec sa médecine?

[H]

8. Donne-t-il des médications préventives?

- lesquelles?
- pour quelles maladies?
- à qui?
- paiements?

9. Forme-t-il quelqu'un?

- qui?
- pourquoi celui-ci?
- comment se passe la formation?

10. Est-ce que les attitudes des gens envers la médecine traditionnelle ont changé?

- en quelle manière?
- pourquoi?

11. Autres observations

## GLOSSAIRE DE TERMES TAMACHEQ CITÉS

*Note* : Dans ce glossaire -comme dans le texte du rapport-, les graphies tamacheq sont approximatives. L'ambition des auteurs est seulement de fournir des repères identifiables.

<b>abuyis n-dedayn</b>	(litt.: la plaie des femmes) Maladie gynécologique, avec suppuration vaginale.
<b>alshinan</b>	les diables (une cause de la folie).
<b>amayras</b>	rupture du régime habituel ; provoque une maladie du même nom, dont les manifestations varient.
<b>bella</b>	appellation songhay des <b>iklan</b> .
<b>iklan</b>	Kel tamacheq d'origine "esclave".
<b>illelan</b>	Kel tamacheq d'origine "noble".
<b>imɣad</b>	traditionnellement : les vassaux des <b>imushar</b> . Actuellement : groupes puissants du Gourma.
<b>imushar</b>	guerriers traditionnels (nobles), très peu nombreux.
<b>ineslemen</b>	religieux musulmans (groupes comprenant les marabouts).
<b>tahafnint</b>	liquide jaune et amer dans le corps, qui provoque une maladie du même nom.
<b>takuti</b>	sacrifice distribué aux pauvres
<b>tenadi</b>	fièvre
<b>tenadi n-tahafnint</b>	fièvre provoquée par <b>tahafnint</b> .
<b>(t)enasaffar(t)</b>	guérisseur/se traditionnel/le.
<b>teshort</b>	le mauvais œil.
<b>tessumde</b>	le froid (provoque une maladie du même nom).
<b>tikrikowen</b>	les sorciers.
<b>torhunna</b>	maladie.
<b>tuksi</b>	le chaud (provoque une maladie du même nom).



## BIBLIOGRAPHIE

- AEN / GOURMA  
1988 *La programmation 1988.*
- EL-MEHDI AG HAMAHADY  
1988 *Nosographie lamachèque des gastro-entérites dans la Région de Tombouctou.*  
Thèse pour de doctorat en Pharmacie, École Nationale de Médecine et de Pharmacie  
du Mali, Bamako.
- GARENNE M. & P. CANTRELLE  
1986 "Rougeole et mortalité au Sénégal : étude de l'impact de la vaccination effectuée à  
Khombole 1965-1968 sur la survie des enfants", *Séminaire CIE, INSERM,*  
*ORSTOM, INED, INSERM, vol.145, Paris, pp.515-532.*
- HILDEBRAND K., A.G. HILL, S. RANDALL, M-L VAN DEN EERENBEEMT  
1985 "Child mortality and care of children in rural Mali" in A.G. HILL (ed.), *op. cit.*
- HILL A.G. (ed.)  
1985 *Population, Health and Nutrition in the Sahel,*  
Kegan Paul International, London.
- HILL A.G., S.C. RANDALL  
1984 "Différences géographiques et sociales dans la mortalité infantile et juvénile au  
Mali", *Population, 39/6, Paris.*
- LE JEAN Yannick  
1986 *Médecine traditionnelle en milieu nomade dans la Région de Tombouctou,*  
Thèse pour le doctorat en médecine, Université de Paris-Sud, Faculté de Médecine  
de Paris-Sud, Paris.
- MAMDANI M., G. WALKER (eds)  
1985 *Essential Drugs and Developing Countries : a Review and Selected Annotated  
Bibliography, EPC Publication n°8, LSHTM, London.*
- MARTY André  
1987 *Étude-Programmation socio-économique 1986-1987 : Rapport de synthèse,*  
AEN / IRAM, Paris.  
1988 *Note d'étape concernant la préparation d'un nouveau programme pour la section  
Santé-AEN, [s.l.], 8 mars 1988.*
- MARTY Maryse  
1984 *Soins de santé primaires et mouvement coopératif Gao-Mali,*  
Diplôme Universitaire d'Études de la Pratique Sociale, Tours.
- NEAR EAST FOUNDATION, Douentza  
1988 (jan.) *Douentza cereal bank conference (9-12 Nov. 1987). A Report.*
- RANDALL Sara  
1984 *A comparative demographic study of three Sahelian populations : marriage and  
childcare as intermediate determinants of fertility and mortality,*  
Ph D Thesis, University of London.
- VON MAYDELL H-J  
1983 *Arbres et arbustes du Sahel. Leurs caractéristiques et leurs utilisations,*  
GTZ, Eschborn.

## TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

### FIGURES

	page
1. Le cercle de Gourma-Rharous et ses alentours. Zonage AEN (carte) .....	7
2. La structure de l'enquête .....	15
3. Les sites d'enquête dans la zone intérieure (carte) .....	16
4. Dépenses de santé consenties selon la situation économique des ménage .....	48
5. Le processus des décisions bien fondées et leur réalisation .....	54
6. Système de référence de la santé publique au Mali .....	55
7. Système de référence des soins traditionnels tamacheq .....	55

### TABLEAUX

1. Principales maladies (fiches [C],[D],[F]) .....	22
2. Décès : âges et causes citées .....	22
3. Les causes citées des maladies .....	29
4. Délai avant le premier traitement .....	34
5. Accès aux soins par classe sociale .....	35
6. Les consultations des spécialistes .....	36
7. Traitements modernes selon la présence ou non d'un secouriste .....	39
8. Dépenses pour soins externes (spécialistes) selon la richesse du ménage ...	44
9. Types de soins externes (toutes catégories) selon la richesse du ménage ....	45
10. Nombre de consultations externes spécialisées selon la richesse du ménage	45
11. Caractéristiques des soins externes selon la classe sociale des personnes ...	46
12. (annexe B) Réponses par âge et par sexe .....	78
13. (annexe B) Fiches [C] par site .....	78
14. (annexe B) Fiches [C] par âge, sexe et classe sociale .....	78
15. (annexe B) Les fractions dominantes de chaque campement visité .....	79