

Problèmes de nomades au Gourma

Birama Djan DIAKITÉ

L'enquête socio-sanitaire à laquelle nous avons participé chez les Kel tamacheq entre décembre 1988 et février 1989 (Randall *et alii*, 1989 ; *infra*, ch. 11) devait permettre à l'Aide de l'Eglise Norvégienne (A.E.N), organisation non gouvernementale intervenant dans le Gourma depuis 1984, de comprendre pourquoi les services publics de santé étaient si peu fréquentés dans cette zone. Il fallait, pour élucider cette question, arriver à savoir ce que la population concernée fait, ce qu'elle dit qu'elle fait, et ce qu'elle aimerait faire en cas de maladie. Un autre aspect de la question était de voir la possibilité pour cette population de prendre en charge le personnel para-médical, afin d'assurer la pérennité de telle ou telle action spécifique qui pourrait être lancée avec les moyens de l'ONG.

Notre étude a porté sur des campements comptant 362 personnes, mais 46 individus étaient absents au moment de l'enquête ; cette population se répartissait entre 51 ménages appartenant à 16 campements, les uns et les autres choisis au hasard. Au cours de l'enquête, 385 épisodes morbides ont été enregistrés, dont 305 de "dernière maladie".

La société tamacheq se caractérise par une hiérarchie sociale très marquée, dont les principales classes peuvent être présentées comme suit :

- les nobles, c'est-à-dire les anciens guerriers, mais aussi leurs vassaux *imgbad* et les familles des marabouts ;
- les *illelan* de bas statut, personnes libres mais non nobles ;
- les *bella* indépendants, anciens esclaves, désormais libres ;
- les *bella* dépendants, qui vivent aujourd'hui encore dans la famille de leurs maîtres.

Notre échantillon était formé de 25 ménages de *bella* indépendants, de 10 ménages d'*illelan* de bas statut et de 16 ménages « nobles » ou assimilés.

1. Recours aux soins

Dans ce qui suit, nous distinguons les recours externes aux soins modernes, les recours externes aux soins traditionnels et l'automédication (à partir de remèdes coutumiers ou/et de médicaments pharmaceutiques). On appelle « soins modernes » tous ceux qui sont donnés au malade par un personnel dit « qualifié » : médecins, infirmiers, sages-femmes, matrones, aides-soignants, secouristes ; on désigne par « soins traditionnels » les recours à un spécialiste traditionnel (en pratique un marabout ou une guérisseuse) consulté en dehors de la famille ; l'automédication recouvre tous les soins donnés au malade par un proche ou par lui-même. On appelle étape la période séparant les débuts de deux traitements différents.

Nous avons enregistré 486 recours pour 385 épisodes, soit en moyenne 1,26 recours par épisode. 75 épisodes n'ont pas été soignés, et 310 ont été suivis de soins. A propos des premiers, les arguments suivants ont été entendus : « la mort a été trop brusque, nous n'avons pas eu le temps de donner des soins », « nous ne connaissons aucun traitement contre la maladie », « j'attends que mon maître décide pour moi », « la maladie n'a pas atteint la phase où il faut intervenir » (généralement pour le *karzaley*, qui est une forme de bejel, il faut attendre que tous les boutons sortent avant de partir au dispensaire), « nous attendons le Bon Dieu ».

La répartition des recours, selon leur rang, par type de soins, est donnée dans le tableau suivant.

Tableau 1

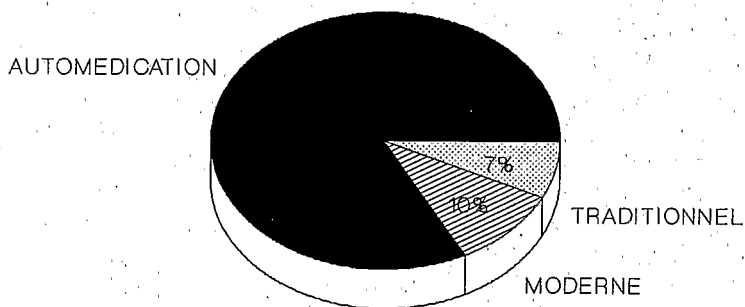
Répartition des recours selon leur rang par type de soins

rang	automédication	modernes	traditionnels	total
1 ^{re} étape	276	19	15	310
2 ^e étape	81	13	11	105
3 ^e étape	34	8	3	45
4 ^e étape	5	4	3	12
5 ^e étape	4	3	2	9
6 ^e étape	2	1	1	4
7 ^e étape	0	1	0	1
total	402	49	35	486

L'automédication est utilisée dans 83 % des cas sur l'ensemble des étapes (mais dans 89 % des cas en première étape). Toutes les substances (animales, végétales et minérales) disponibles à proximité du campement peuvent servir de médicament. Mais, en médecine populaire tamacheq, quand un individu tombe malade, il faut en priorité le faire vomir, le purger pour nettoyer son « intérieur », ou trouver un calmant pour le soulager.

Les marabouts et les guérisseuses, qui sont en pratique les tradipraticiens dans ce milieu, deviennent de plus en plus rares : 4 guérisseuses seulement ont été rencontrées au cours de l'étude. Les marabouts sont consultés pour les maladies que l'entourage suppose causées par des diables (*alsbanan*), le mauvais œil (*teshort*) ou des sorciers (*tikrikawan*) ; on fait appel aux guérisseuses pour les maladies gynécologiques. Par contre chez les Haalpulaaren du Sénégal, malgré une importante tradition islamique, on a recours à des guérisseurs traditionnels « contre-sorciers », ce qui traduit une survivance de la croyance pré-islamique (Fassin, 1986 : 1122).

GRAPHIQUE 1: REPARTITION DES RECOURS SELON LE TYPE DE SOINS



INRSP

Pour les autres maladies, cette population nomade, dans la majorité des cas, préfère les soins modernes (surtout pour le *karzaley*, ou quand

la maladie est très grave), mais le recours est extrêmement rare à cause de certains facteurs (physiques, économiques et culturels) :

— le mode de vie nomade : cette population est très dispersée, très mobile, constamment à la recherche de l'eau et de pâturages, les deux éléments qui conditionnent la vie des éleveurs (cf. Rougemont, Brunet-Jailly, 1989 : 221) ; il lui est difficile de recourir aux services de santé, qui ne sont donnés que dans des centres fixes, au chef-lieu d'arrondissement. En outre, le problème d'hébergement se pose pour ceux qui ont fait le déplacement en vue d'obtenir des soins : il n'est pas rare de voir un malade demander toute la série des injections en un seul jour pour éviter d'avoir à revenir ou à séjourner au chef-lieu d'arrondissement.

— la distance, puisque les campements se trouvent éloignés des chefs-lieux d'arrondissement où travaillent les agents de santé.

— le paiement en espèces des consultations modernes (voir tableau 8), alors que même les ménages qui sont assez riches pour payer la consultation et les médicaments ne disposent généralement pas d'argent liquide, étant donné que les échanges se font en nature dans les campements. En outre, les ménages aisés sont rares, car cette population a été durement éprouvée par la sécheresse des années 1973 et 1984 : elle a perdu beaucoup de son bétail, qui constitue la seule richesse du milieu. Le pâturage se dégrade d'année en année, réduisant ainsi la majeure partie de la population à une pauvreté absolue ; ainsi, certaines estimations permettent de chiffrer à 80 % les pertes du cheptel en 1973 (Coulibaly, 1990 : 3) et une étude chez les Wodaabe (Bororo) du Niger a montré que seules 10 % des familles enquêtées avaient pu reconstituer un troupeau adéquat dix ans après la sécheresse de 1973 (Rougemont, Brunet-Jailly, 1989 : 231).

— l'exode rural, cause et conséquence de la pauvreté : les hommes abandonnent leurs femmes et leurs enfants, partent en direction de la Côte-d'Ivoire ou du Niger, pour chercher du travail, et tout le poids du ménage retombe sur la femme qui, selon la tradition, ne peut prendre aucune décision importante (par exemple, celle de se rendre à une consultation) en l'absence de son mari.

— la survivance d'un féodalisme générateur d'inégalités : les bergers, presque irremplaçables dans leur rôle de gardien des animaux, ont rarement accès aux consultations (qui supposeraient qu'ils s'absentent). De même, les soins que reçoivent les *bella* dépendants vivant avec leur maître sont subordonnés à l'utilité que ce dernier leur reconnaît.

— l'inadaptation des services offerts : les agents de santé exerçant dans le Gourma sont des hommes ; or les femmes (et spécialement les femmes nobles) n'acceptent pas de se faire soigner par un homme.

— une habituelle résignation : pour beaucoup de familles, c'est Dieu qui rend un homme malade, et c'est lui aussi qui le soigne ; et la mort d'une vieille personne est normale, c'est même la guérison ultime.

Nous allons maintenant aborder l'analyse des recours en fonction d'un certain nombre de caractéristiques socio-économiques des malades : leur sexe, leur âge et leur statut social. Pour interpréter ces chiffres, il sera utile de se référer au tableau 2, qui donne la répartition de l'ensemble des individus de l'échantillon (qu'ils aient reçu des soins ou non) selon ces mêmes caractéristiques.

Tableau 2

Répartition de la population présente de l'échantillon selon l'âge, le sexe et le statut social des individus

Statut social	Enfant (0-15ans)	Adulte homme	Adulte femme	Total
Noble ou assimilé	26	25	25	76
<i>Illelan</i> bas statut	26	16	13	55
<i>Bella</i> indépendant	65	32	44	141
<i>Bella</i> dépendant	23	7	14	44
Total	140	80	96	316

La répartition des recours aux consultations selon la classe sociale des malades apparaît dans le tableau 3.

En rapportant le nombre des épisodes qui apparaît dans la dernière colonne du tableau 3 au nombre d'individus d'après le tableau 2, on remarque que le nombre d'épisodes morbides signalés par les enquêtés varie selon la classe sociale : il est de l'ordre de 1,22 en moyenne, mais va de 1 pour les *illelan* de bas statut à 1,3 pour les nobles et assimilés, les *bella* se trouvant dans une position intermédiaire. En outre, tous les épisodes signalés ne donnent pas lieu à recours : ainsi, il y a recours pour 27 % des épisodes chez les nobles et assimilés (27 recours sur 100 épisodes), pour 23 % (13 recours sur 56 épisodes) chez les *illelan* de bas statut, pour 16 % chez les *bella* indépendants, et pour 11 % seulement chez les *bella* dépendants ; la différence entre les premiers et les derniers est significative (écart réduit : 2,52). Enfin, la proportion des épisodes qui donnent lieu à un recours aux soins modernes varie considérablement : elle est de 24 % chez les nobles et assimilés (qui semblent n'utiliser qu'exceptionnellement les services des marabouts et guérisseuses), mais de 4 % seulement chez les *bella* dépendants ; on peut encore remarquer que, si les nobles ou assimilés s'adressent presque exclusivement aux soins modernes, lorsqu'ils recourent

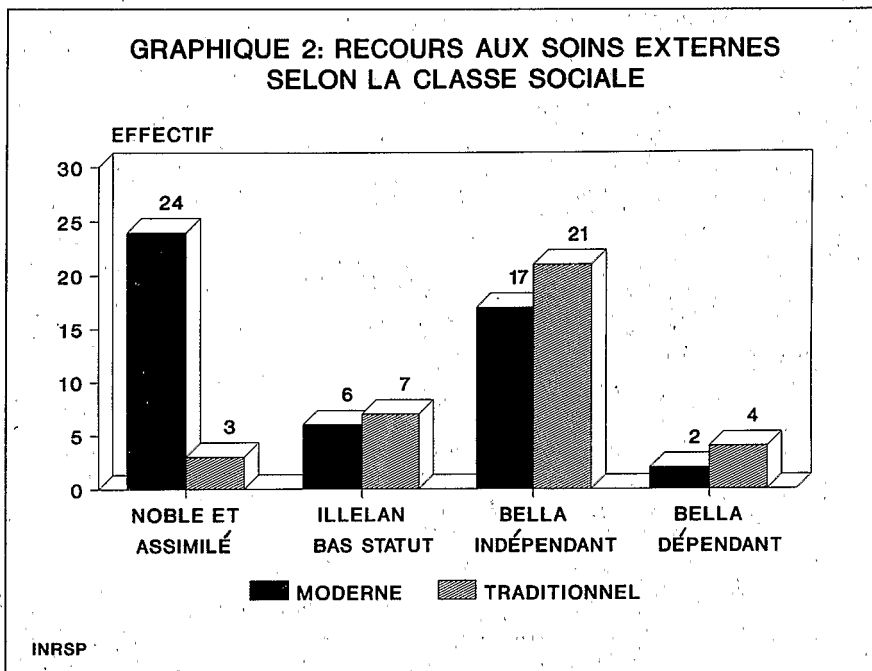
aux soins, les *illelan* de bas statut et les *bella* indépendants répartissent leurs recours à peu près par moitié entre soins modernes et soins traditionnels, alors que chez les *bella* dépendants les deux tiers des recours s'orientent vers les soins traditionnels. Il est probable que, chez les nobles ou assimilés, la plus grande fréquence des recours aux soins modernes s'explique par le fait qu'ils sont généralement plus riches et peuvent se procurer de l'argent en espèces pour payer les soins.

Tableau 3

Recours aux consultations selon la classe sociale des malades

classe sociale	modernes	traditionnelles	total épisodes
Noble ou assimilé	24	3	100
<i>Illelan</i> bas statut	6	7	56
<i>Bella</i> indépendant	17	21	176
<i>Bella</i> dépendant	2	4	53
Total	49	35	385

Le graphique 2 représente la répartition décrite par les chiffres des deux premières colonnes du tableau 3.



Malgré les conséquences des sécheresses, évoquées plus haut, la population tamacheq ne forme pas, actuellement, un groupe homogène sur le plan économique : toutes les familles n'ont pas été touchées de la même manière, et certaines ont pu reconstituer quelques troupeaux de différentes tailles.

Dans le tableau suivant nous avons réparti les ménages en riches (ceux qui possèdent plusieurs vaches et/ou chameaux : 9 ménages comptant 46 personnes), moyens (ceux qui possèdent plusieurs moutons et/ou chèvres : 22 ménages comptant 128 personnes) et pauvres (les 20 ménages qui ne possédaient que quelques petits animaux et vivaient quotidiennement de la cueillette, au total 142 personnes).

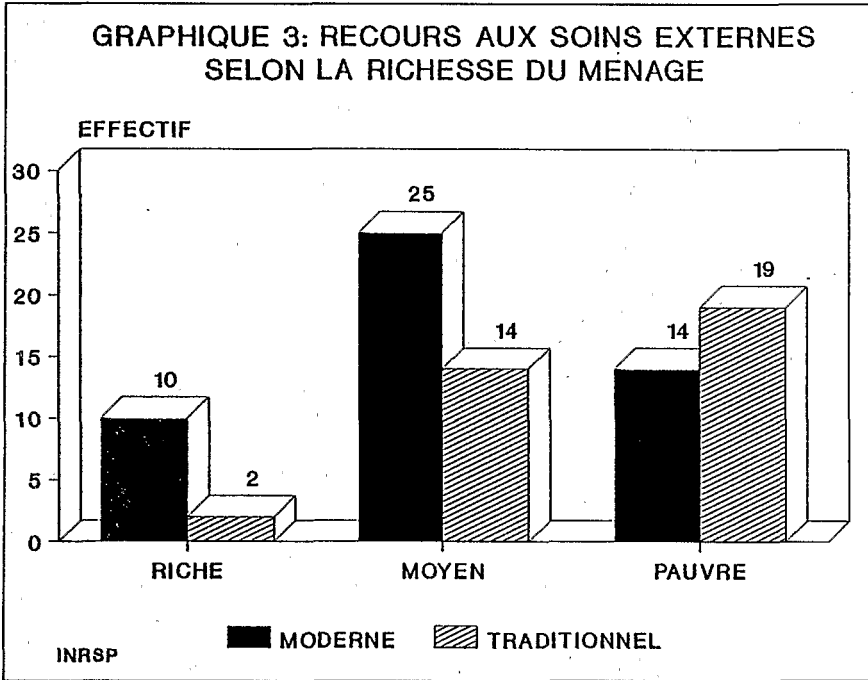
Tableau 4
Recours aux soins externes selon la richesse du ménage

	modernes	traditionnels	total épisodes
riche	10	2	86
moyen	25	14	167
pauvre	14	19	132
Total	49	35	385

Source : Randall *et alii*, 1989, tableau 10.

Le graphique 3 illustre ces données.

Une différence significative a été relevée plus haut entre les nobles ou assimilés et les *bella* dépendants (cf. tableau 3) ; une autre apparaît ici entre les riches et les pauvres (cf. tableau 4) : les recours représentent 14 % des épisodes chez les riches, 12 sur 86, et 25 % chez les pauvres, 33 sur 132 (avec un écart réduit de 1,96). Mais, en même temps, on dénombre 1,8 épisode de maladie par habitant chez les riches, 1,3 seulement dans la classe des revenus moyens, et 0,9 chez les pauvres. Il y a donc une plus faible proportion de recours, mais une morbidité déclarée plus importante, chez les riches ; une plus forte proportion de recours, mais une morbidité déclarée plus faible, chez les pauvres. Ces différences de sens contraire ne sont pas d'interprétation facile. On comprend mieux que les pauvres s'adressent aux soins traditionnels pour plus de la moitié de leurs recours : ils ne disposent pas de liquidité et payent généralement en nature, ce qui n'est pas admis dans les services de santé moderne.



La répartition des recours aux soins externes selon l'âge du malade est fournie par le tableau 5.

Tableau 5

Recours aux soins externes selon l'âge et le statut

	Recours enfants	Total épisodes	Recours adultes	Total épisodes
Noble ou assimilé	4	32	22	68
<i>Illelan</i> bas statut	5	23	8	33
<i>Bella</i> indépendant	10	71	29	105
<i>Bella</i> dépendant	4	21	2	32
Total	23	147	61	238

Les enfants (moins de 15 ans), au nombre de 140 (cf. tableau 2), totalisent 147 épisodes et les adultes, au nombre de 176, déclarent 238 épisodes. Les adultes ont plus fréquemment recours aux soins externes que les enfants : pour 26 % des épisodes chez les premiers (61 sur 238) et 16 % chez les seconds (23 sur 147), la différence est significative (écart réduit = 2,29). Les parents sont responsables de la faible fréquentation des services de santé par les enfants : en raison de la distance, ce sont les parents qui doivent conduire leurs enfants dans une formation sanitaire, et c'est à eux qu'il incombe aussi de prendre les décisions et de s'engager à payer les frais qui en découleront.

Le tableau 6 donne les recours aux soins externes, selon le sexe du malade, pour les adultes.

Tableau 6

Recours aux consultations selon le sexe chez les adultes

	homme	femme
Noble ou assimilé	12	10
<i>Illelan</i> bas statut	4	4
<i>Bella</i> indépendant	8	21
<i>Bella</i> dépendant	1	1
Total	25	36

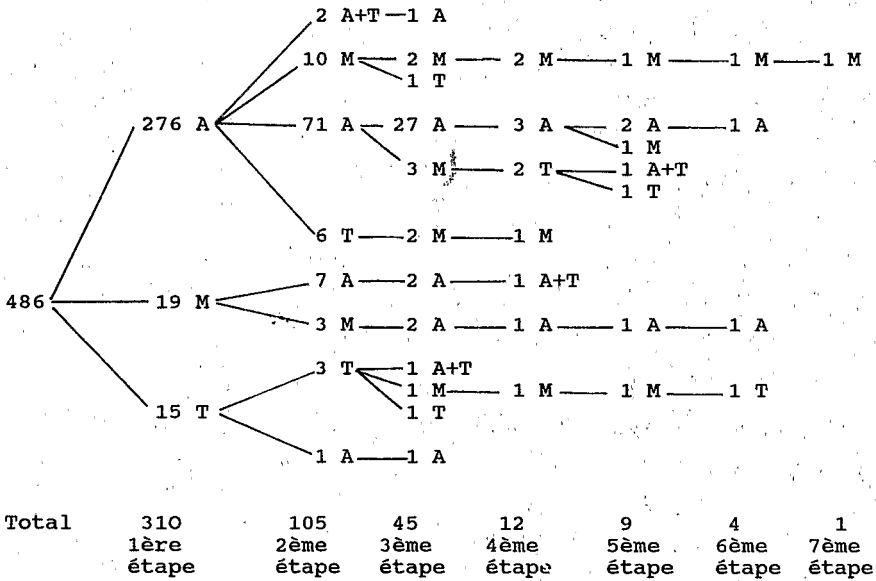
Comme on a dénombré 104 épisodes morbides chez les hommes et 134 chez les femmes, on ne constate pas de différence significative dans les taux de recours selon le sexe.

Dans la pratique, les recours que nous avons analysés ci-dessus s'organisent en itinéraires thérapeutiques : la maladie peut entraîner plusieurs recours, à des soins de type différent, et l'itinéraire thérapeutique est la séquence des recours entrepris par un malade donné pour faire face à une maladie donnée. L'ensemble des itinéraires thérapeutiques relevés au cours de l'enquête est représenté par l'arbre ci-après.

Dans cet arbre, dont nous avons éliminé les branches qui ne correspondent à aucune observation, les types de soins sont désignés par les lettres ci-dessous :

- A = automédication
- M = soins modernes
- T = soins traditionnels
- A + T = soins simultanés

Arbre de recours aux soins



Les chiffres indiquent le nombre de recours. Les chiffres qui concernent les soins simultanés doivent compter double, si l'on veut retrouver le total des recours en additionnant les chiffres figurant sur l'arbre.

A l'aide de cet arbre, on constate que l'automédication domine les étapes de recours assez largement, alors qu'à Bankoni, quartier populaire de Bamako, la prédominance de ce type de recours s'arrête à la première étape (Diarra *et alii*, 1990 : 85). On note aussi que, dans le Gourma, les itinéraires thérapeutiques sont plus longs (comptent un plus grand nombre d'étapes) qu'à Bankoni, où les recours faisant l'objet d'une troisième étape sont rares (Diarra *et alii*, 1990 : 85). A partir de ce genre d'observation, on pourrait par exemple se demander si les soins reçus en ville sont plus efficaces que ceux qui sont dispensés en milieu nomade.

Dans les deux cas, les soins simultanés (A + T), qui sont d'une importance négligeable en fréquence relative, concernent uniquement la médecine traditionnelle (T) et l'automédication (A).

2. Dépenses de santé

Sauf dans les campements où exerçait un secouriste, la population n'était pas informée du tarif de 200 F CFA, alors en vigueur dans toute la région, pour la consultation et les premiers soins durant une semaine (Randall, 1992 : 7). D'après les déclarations des enquêtés, les tarifs rencontrés en pratique varient beaucoup : 50 F chez une « femme toubab » (blanche) et chez un Père blanc français, 150 ou 200 F CFA chez les secouristes. Quelques malades ont déclaré avoir souvent payé plus de 5000 F CFA aux infirmiers et autres agents de la santé. Certaines personnes n'ayant pas eu d'informations récentes sur ces tarifs continuaient toujours à penser que la médecine moderne était très chère, et par conséquent ne la fréquentaient pas.

Nous avons regroupé les dépenses de santé suivant le type de soin : automédication (il s'agit alors du coût des ingrédients pour la préparation des médicaments domestiques), soins modernes (consultations et achats de médicaments), soins traditionnels, et nous avons isolé les dépenses de sacrifices. Pour chaque type de soins, nous avons considéré le mode de paiement : en espèces ou en nature.

D'après nos observations, la médecine traditionnelle est la plus chère. Ainsi, une guérisseuse traite certains maux des yeux à 50 000 F CFA, tarif unique ; les parents d'une malade ont payé deux chameaux, plus 10 vaches, à un marabout. L'auteur d'une étude antérieure en milieu tamacheq (Le Jean, 1986 : 32) a fait des observations similaires : pour une durée moyenne de 15 jours, le prix du traitement traditionnel est de 7 500 F CFA, mais il atteint 35 000 F CFA en cas de déplacement du guérisseur pour une durée indéterminée.

La médecine traditionnelle semble par ailleurs être mieux adaptée : les paiements peuvent se faire en espèces et/ou en nature, au comptant ou à tempérament ; les prix sont négociables et le paiement ne sera demandé qu'après constatation d'un bon résultat ; le guérisseur reçoit chez lui les malades, mais il se déplace également (Le Jean, 1986 : 28) ; et, évidemment, cette médecine est aussi la plus familière.

Concernant les dépenses effectuées en nature, les animaux s'expriment en nombre de têtes, les grains en kilogrammes, en sacs, en *ana-fara* (mesure locale tamacheq), en pots, en "tasses", en verres, ou en vans ; le lait et le beurre sont mesurés en litres ou en outres. Nous avons comptabilisé ces dépenses en appliquant à chaque article le prix pratiqué sur le marché local.

Pour les dépenses de santé effectuées en espèces, nous aboutissons à une estimation de 206 935 F CFA pour l'ensemble des épisodes de dernière maladie, soit une dépense moyenne de 678 F CFA par personne. Dans les tableaux 7 et 8, les dépenses en nature sont décrites et leur valeur est estimée en francs CFA.

Tableau 7
Estimation en valeur des dépenses effectuées en nature
pour les 305 épisodes de dernière maladie

Nature	Quantité	× prix unitaire	valeur en F CFA
Chameau	2	× 125 000	250 000
Bovin	12	× 100 000	1 200 000
Caprin	108	× 4 500	486 000
Ovin	6	× 6 000	36 000
Poulet	10	× 600	6 000
Fonio	3 vans 14 mesures 48 kg 2 sacs 2 "tasses"		
	soit 306 kg	× 75	22 950
Cram-cram ¹	10 kg	× 100	1 000
Lait	1 outre		
	soit 12 litres	× 100	1 200
Mil	2 kg		
	2 pots		
	soit 4 kg	× 100	400
Sucre	1 kg	× 300	300
Pagne	1	× 3 000	3 000
Voile	1	× 5 000	5 000
Tabac	2 verres	× 100	200
Fromage	1 "tasse"		
	soit 25	× 75	1 875
Beurre	7 litres	× 1 250	8 750
Tassutit ²	1	× 2 500	2 500
Outre	1	× 1 500	1 500
Thé	100 g		
	soit 1 paquet	× 500	500
Total des dépenses			2 027 175

Pour payer des soins, on utilise fréquemment une chèvre, animal le plus commun dans le Gourma (généralement chaque ménage en possède au moins une). On utilise aussi beaucoup le fonio, graine sauvage très largement récoltée par les nomades.

(1) *Cenchrus biflorus*, graine sauvage comestible très fine, comme celle du fonio.

(2) Sorte de natte en paille tressée, qu'on dresse entre le sol et le bas de la tente pour se protéger du vent.

Les dépenses en nature consacrées à la santé, pour le traitement des mêmes épisodes de maladie et pendant la même période, représentent, en ordre de grandeur, dix fois les dépenses en espèces.

Tableau 8
Répartition des dépenses de santé par type de soin
pour les 305 épisodes de dernière maladie

- Automédication :	
espèces	5 285 F CFA
nature	1 verre de tabac
- Soins modernes :	
espèces	108 850 F CFA
nature	0
- Soins traditionnels :	
espèces	92 800 F CFA
nature	chameau : 2
	bovin : 10
	caprin : 19
	fonio : 2 sacs, 10 kg, 8 mesures
	thé : 100 g
	lait : 1 outre
	mil : 2 pots
	sucre : 1 kg
	pagne : 1
	voile : 1
	tabac : 2 verres
	fromage : 1 tasse
	beurre : 7 litres
	<i>tassutit</i> : 1
	outre : 1

Cette longue liste d'articles variés, utilisés pour payer un service rendu, atteste que nous sommes dans une société de troc où chaque bien, quelle que soit sa nature, peut jouer le rôle de monnaie. Un service qui devrait être rémunéré uniquement et immédiatement en monnaie s'adaptera difficilement à une telle société.

La dépense moyenne par recours est de 2 221 F CFA pour 49 recours aux soins modernes, et de 42 040 F CFA pour 35 recours aux soins traditionnels.

3. Les sacrifices

Les sacrifices, très courants, isolés ou accompagnés d'autres soins, sont considérés comme efficaces pour l'amélioration de l'état d'un malade. On a dénombré pendant notre enquête 94 cas de sacrifices occasionnés par la maladie. En fréquence relative, 52 % de ces cas sont le fait de *bella* affranchis. L'objet et/ou l'animal sacrifié dépend de l'état de gravité de la maladie et du pouvoir économique du malade et/ou de ses parents.

Les sacrifices qui ont été effectués uniquement pour la maladie et dont les montants sont connus se répartissent comme suit :

bovin	2
caprin	89
ovin	6
coq	10
cram-cram	10 kg
mil	2 kg
fonio	3 vans, 38 kg, 6 mesures, 2 tasses.

Soit une valeur totale de 648 500 F CFA pour les 94 sacrifices enregistrés, et donc une valeur moyenne par sacrifice de 6 899 F CFA.

Les animaux sacrifiés sont égorgés, car, pour un Tamacheq, faire un sacrifice d'animal, c'est verser le sang.

4. Discussion et conclusion

Le premier trait marquant des soins est la prédominance de l'automédication (83 % des cas) par rapport aux autres types de soins. Ce même phénomène a aussi été observé, mais toutefois dans une moindre mesure, chez les habitants de Bankoni, quartier populaire de Bamako, où l'automédication représente 56 % des premiers recours aux soins (Diarra *et alii*, 1990 : 87) ; il est encore présent, mais beaucoup plus faible, à Bamako également, dans des familles de fonctionnaires (enseignants ou agents du ministère de la culture) : les recours à l'automédication représentent 21 % des recours de première intention et 28 % du total des étapes des itinéraires thérapeutiques (Traoré, Diakité, 1991 : 8).

Dans le Gourma, comme ailleurs au Mali, les guérisseurs traditionnels deviennent de plus en plus rares. En outre, sont-ils moins fréquentés qu'ailleurs parce que le recours à la médecine traditionnelle coûte ici considérablement plus cher que le recours à la médecine moderne ? Les moyennes que nous avons observées sont respectivement de

42 040 F CFA et de 2 221 F CFA. Cela s'explique par les cas de maladies imputées à des diables, sorciers ou mauvais œil, qui conduisent à des soins coûteux, relevant des tradipraticiens.

Le coût d'un recours à la médecine moderne, bien qu'étant faible par rapport à celui du recours à la médecine traditionnelle, reste tout de même très élevé au regard du tarif officiel dans cette région : 2 221 F CFA en moyenne par recours, d'après notre enquête, alors que le tarif des formations sanitaires publiques pour une semaine de traitement est, en principe, fixé à 200 F CFA. Deux explications éventuellement concomitantes s'imposent : soit les agents de santé demandent plus que prévu, soit les malades achètent ailleurs les médicaments non disponibles au dispensaire.

Les nobles et assimilés ont plus recours aux soins externes que les autres classes sociales. Cela s'explique par le fait qu'ils sont relativement plus riches et disposent du moyen de transport le plus adapté au Gourma (les chameaux). L'accès aux marchés leur permet de résoudre le problème de liquidité, et le déplacement vers un dispensaire leur est alors relativement plus facile. Dans certains cas, ils peuvent faire venir l'infirmier en lui envoyant un chameau.

Il aurait été intéressant de connaître la part des dépenses de santé dans le budget des ménages. Ceci nous aurait permis d'apprécier l'importance qu'on accorde aux problèmes de santé ; malheureusement nous n'avons pu recueillir aucune information sur les dépenses totales des familles.

Le système de santé étatique est mal adapté aux réalités sociales, culturelles, économiques et géographiques de ce milieu :

- les agents de santé qui y travaillent ne comprennent pas la langue du milieu ;
- les dispensaires sont fixes, établis dans les chefs-lieux d'arrondissement, alors que la population nomadise ;
- le paiement se fait uniquement en espèces dans le service de santé moderne, alors que survit dans ce milieu une économie de troc ; selon notre enquête, 91 % des dépenses de santé sont faites en nature ;
- les agents de santé sont généralement des hommes qui, selon la tradition du Gourma, ne peuvent pas soigner les femmes.

Dans les campements où le processus de sédentarisation est déjà amorcé autour de certaines activités de l'AEN (jardinage, puits, centre d'alphabétisation fonctionnelle, magasin de céréales), les contraintes culturelles de la coutume sont moins marquées.

Si l'on veut améliorer la fréquentation des services de santé, diverses mesures seraient indiquées (pour plus de détail, voir le chapitre 11) :

- renseigner la population, par un effort spécifique permettant d'atteindre effectivement les campements, et dans les campements les femmes aussi bien que les hommes, sur les services offerts et les conditions de fonctionnement actuelles des services publics de santé ;
- former et mettre à la disposition de la population nomade un personnel para-médical nomade, composé de femmes et d'hommes ;
- favoriser la création, dans chaque campement qui en aura compris l'intérêt et qui sera capable de l'organiser et de la gérer, d'une caisse communautaire pour les dépenses de santé, caisse où les familles verseront une provision en espèces lorsqu'elles auront vendu quelque produit au marché, et à laquelle elles pourront emprunter, en cas de maladie, les espèces nécessaires au paiement des soins modernes ;
- approvisionner les services de santé publics en médicaments essentiels achetés aux prix le plus bas et vendus à prix coûtant ;
- si possible, intégrer les activités de santé dans les activités économiques et sociales entreprises au Gourma.

RÉFÉRENCES

- BRUNET-JAILLY J., DIARRA T., SOULA G. (1988) : *Les dépenses de santé dans l'économie familiale rurale*. Compte-rendu d'une enquête réalisée entre avril 1986 et juillet 1987 dans les arrondissements de Didiéni, Dioïla, Kangaba, I.N.R.S.P., Bamako, 1988, 99 p.
- COULIBALY C. (1990) : « La question touareg », *Le Cauris*, Bamako, 2, août-septembre 1990.
- DIARRA T., DIAKITÉ B.D., TRAORÉ S., PAIRAULT C. (1990) : *Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Bankoni, Etude socio-économique et sanitaire*, vol. 1, I.N.R.S.P., Bamako, 1990, 150 p.
- FASSIN D. (1986) : « La Bonne mère. Pratiques rurales et urbaines de la rougeole chez les femmes haalpulaaren du Sénégal », *Social Science and Medicine*, 23, 11, 1986, pp. 1121-1202.
- LE JEAN Y. (1986) : *Médecine traditionnelle en milieu nomade dans la région de Tombouctou*, thèse de médecine, Paris, 1986, 114 p.
- RANDALL S. C., DIAKITÉ B.D., PAIRAULT C. (1989) : *Enquête socio-sanitaire dans le Gourma (1988-89)*, I.N.R.S.P., Bamako, édition révisée, octobre 1989, 106 p.
- RANDALL S.C. (1992) : *L'utilisation des sciences sociales pour bâtir des interventions sanitaires appropriées : le cas de l'AEN au Gourma (Mali)*, avril 1992, 16 p. - Cf *infra*, chapitre 11).

ROUGEMONT A., BRUNET-JAILLY J. (1989) : *Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux*, Doin, Paris, 1989, 752 p.

TRAORÉ S., DIAKITÉ B.D. (1991) : *Comparaison de la consommation médicale d'un quartier populaire à celle des familles de l'enseignement et de la culture à Bamako (Mali)*, communication présentée au Colloque de géographie et socio-économie de la santé, Paris, 23-25 janvier 1991, version révisée pour publication, février 1991, 18 p.