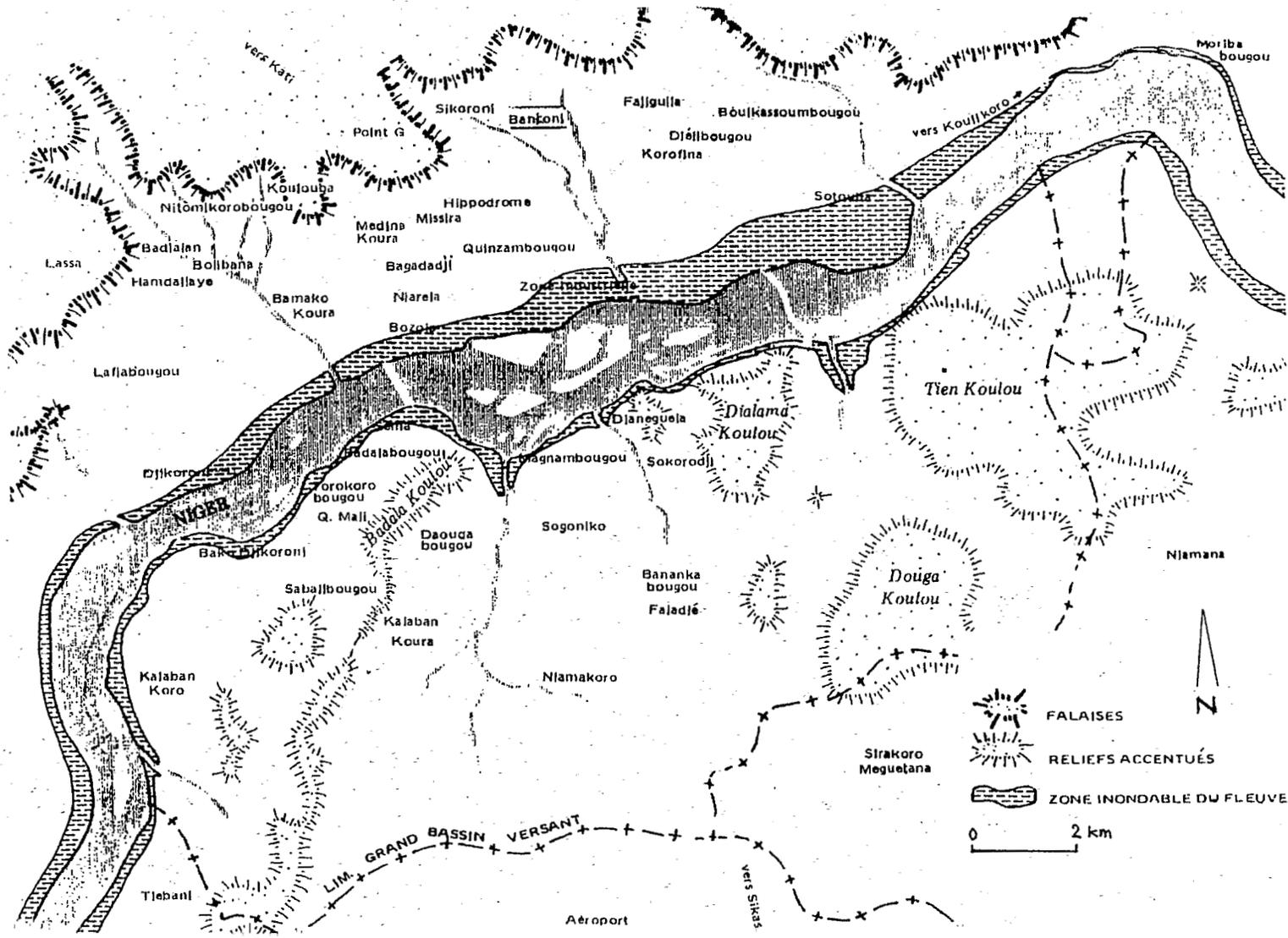


LES QUARTIERS DE BAMAKO

D'après Kalis DIARRA, *Environnement, conditions de vie et systèmes de santé à Bamako (Mali)*, thèse de doctorat, Bordeaux III, 1992, p. 32.

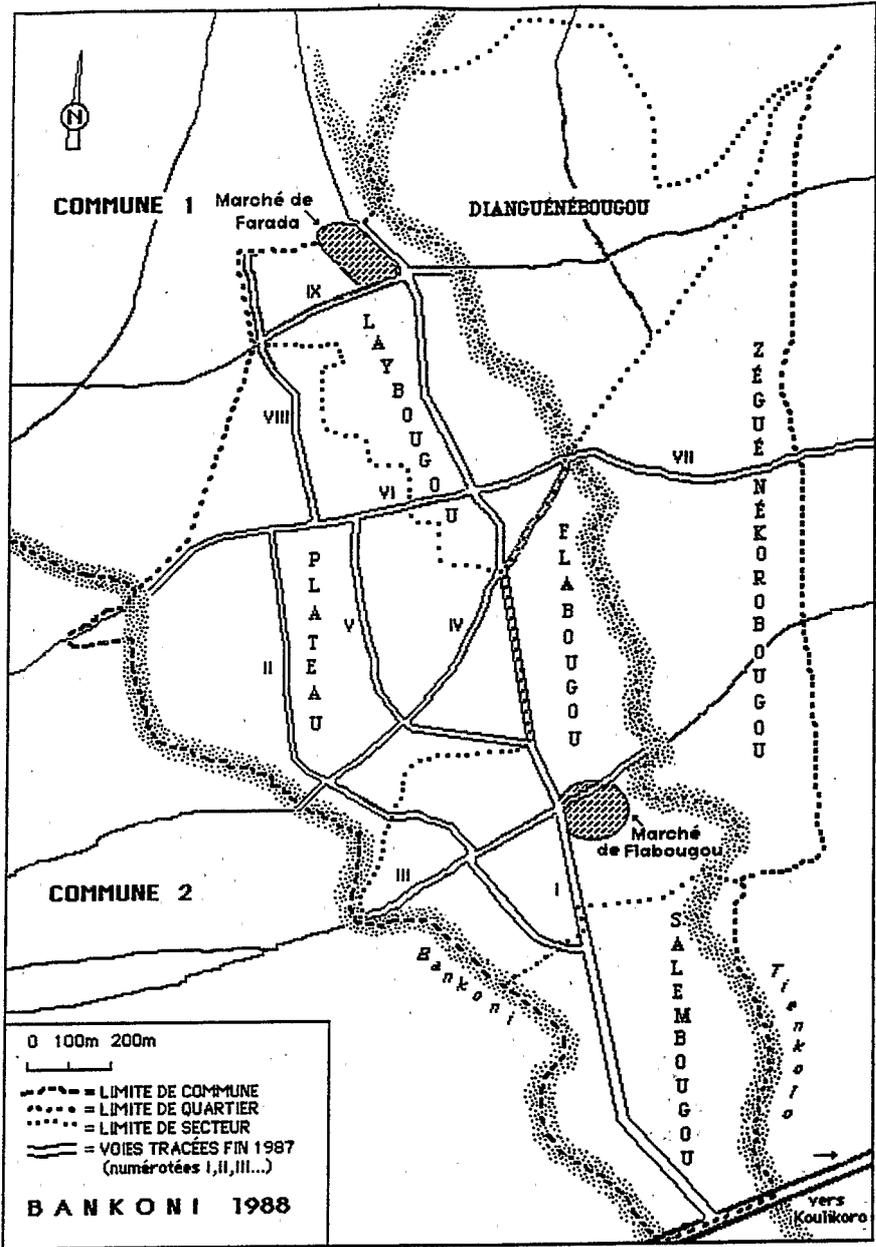


Recours aux soins et consommation médicale dans le quartier de Bankoni

par Birama Djan DIAKITÉ, Tiéman DIARRA, Sidy TRAORÉ

Bankoni est un quartier populaire de Bamako, résultant d'un phénomène récent d'urbanisation spontanée. Il n'a pas été loti, les parcelles ayant été attribuées aux demandeurs, au cours des trente dernières années, par les chefs traditionnels des premières familles à avoir occupé le terrain ; il ne bénéficiait jusqu'en 1987 d'aucune voie goudronnée, ni d'éclairage public, ni de branchements électriques privés, ni de réseau de distribution d'eau, évidemment d'aucun équipement sanitaire. Sa population est de l'ordre de 70 000 habitants, d'origines diverses : c'est un quartier dans lequel séjournent beaucoup d'habitants temporaires, élèves ou étudiants hébergés chez leurs « logeurs », travailleurs saisonniers venant en ville passer la saison sèche, émigrants arrivant de la campagne pour tenter leur chance dans la capitale et s'installant d'abord chez des parents ou villageois de même origine.

La situation sanitaire des quartiers urbains pauvres est désormais une préoccupation pour les spécialistes de santé publique. La façon dont les services offerts sont utilisés, et perçus, conditionne l'efficacité de toute action qui sera entreprise en vue de contrôler tel ou tel problème de santé, comme par exemple les risques liés à l'extension du SIDA. Or, on sait seulement, aujourd'hui, à partir de quelques témoignages et de très rares travaux, que chacun arrive en ville avec ses savoirs traditionnels, ses interprétations de la maladie, ses techniques thérapeutiques ; et que, au contact des réalités de la ville, naît un syncrétisme culturel qui emprunte à la fois aux systèmes traditionnels et modernes (Rougémont, Brunet-Jailly, 1989 : 205) ; les malades tendent



donc à utiliser tous les recours qui leur sont accessibles et suivent, dans la mesure de leurs moyens, un peu de chacune des prescriptions reçues, sans conviction, sans adhésion préalable. L'insuffisance de pareilles généralités appelle un effort de recherche sur le recours aux soins, les représentations relatives aux soins, et les dépenses de santé dans les quartiers pauvres des grandes villes africaines.

Nous avons enquêté dans le quartier de Bankoni au cours des années 1988 et 1989, et les résultats que nous présentons ci-dessous proviennent de deux sources essentielles : une enquête longitudinale menée auprès de 412 ménages entre mars 1988 et avril 1989 a permis d'étudier les recours aux soins et les dépenses de santé des ménages pendant une année complète (Diakité *et alii*, 1990) ; par ailleurs, une enquête auprès des dépôts de médicaments desservant le quartier a fourni des informations complémentaires sur l'automédication, la prescription et la consommation pharmaceutiques (Anonyme, 1989).

1. Le recours aux soins

Nous voudrions caractériser les recours à l'automédication ainsi que les recours auprès des thérapeutes, traditionnels et modernes, ainsi que les recours à des personnes sans qualification.

1.1 L'automédication

Sous toutes ses formes, l'automédication est souvent le premier recours, et c'est ainsi qu'on traite d'ordinaire des pathologies telles que gale, courbature, dysenterie, maux de bouche, fièvre, mal de main, maux des yeux (*nyèdimi*), rougeole, diarrhée (*kòndòboli*), maux de tête, de ventre, toux, rhume, hypertension, paludisme (*sumaya*), etc., quitte à recourir simultanément, si nécessaire, à d'autres soins. En fait, si une maladie persiste, il est de moins en moins fait recours à l'automédication. Ainsi, à la première étape des soins, il y a 54 % d'automédication, à la deuxième 37 % et à la troisième 27 % seulement.

Ce comportement diffère de celui qui a été observé à la même époque, à Bamako, dans les familles des fonctionnaires de l'éducation et de la culture (Brunet-Jailly 1988 : 32), dans lesquelles le recours à l'automédication augmente avec le rang de l'étape : 20,5 % à la première, 31,9 % à la seconde et 42,8 % à la troisième. Mais le faible taux de recours à l'automédication à la première étape ne traduit pas nécessairement une représentation différente de la maladie, ou une perception différente de l'efficacité des divers types de soins. En effet, le personnel

de l'éducation et de la culture doit justifier de sa maladie aux yeux de l'employeur, et cette contrainte purement administrative peut expliquer un recours plus fréquent et plus précoce aux services de santé modernes.

Le recours à l'automédication varie en fonction du sexe et de l'âge (Diakité *et alii* 1990 : 87). Entre 15 et 34 ans, les femmes font plus appel à l'automédication que les hommes. Cela peut être dû à la nature de leurs occupations -travaux de ménage, petit commerce- qui leur laissent peu de temps, ou au manque de ressources, ou au fait qu'elles se servent des conseils et informations reçus de femmes connues pour leur expérience des problèmes liés aux grossesses. Il est également possible que les femmes connaissent mieux que les hommes certaines médications traditionnelles, et, parce qu'elles s'occupent de la santé des enfants en bas âge, certains médicaments modernes. Notons aussi que le recours à l'automédication varie avec l'âge : élevé pour les enfants de 0 à 4 ans, il diminue ensuite jusqu'à 25 ans, s'élève entre 25 et 35 ans, et diminue à nouveau après 40 ans.

Certains chefs de ménage disposent d'une pharmacie familiale qui peut servir pour l'automédication. D'après leurs déclarations, ces médicaments, aussi bien traditionnels que modernes, sont utilisés contre des pathologies variées : affections pulmonaires, algies multiples, bilharziose, courbatures, diarrhée, douleurs thoraciques, éruptions cutanées, gale, hypertension, inflammation des lèvres, maux d'yeux, maux de tête, maux de ventre, paludisme, plaie, rhume, toux.

Au total, le recours à l'automédication est important : il représente 57 % des soins. Mais cela ne veut pas dire pour autant qu'à Bankoni il n'y a pas de recours aux thérapeutes.

1.2 Le recours aux thérapeutes

Pour certaines pathologies, les malades ont recours, en général et presque immédiatement, à un spécialiste de la médecine traditionnelle ou de la médecine moderne.

D'après les déclarations des enquêtés, les affections qui justifient le recours à un spécialiste sont par exemple les suivantes : morsures, choléra, gonococcie, *dusukundimi* (maladie du cœur), *kôrôti* (maladie causée par un pouvoir magique), difficulté d'uriner, handicap physique, varicelle, ballonnement, enflure des testicules, crises cardiaques, dépression mentale, inflammation des lèvres, fracture, dentition, otite, hémorragie, bronchite, *nyôni* (rougeole), *jinèbana* (maladie causée par un « djin » ou « diable »), inflammation de la langue, appendicite.

Ce recours au spécialiste peut être facilité par les relations personnelles que l'on entretient avec lui. Plus de 25 % des chefs de ménage

enquêtés signalent qu'ils ont des connaissances dans le milieu de la santé : avec des médecins, des infirmiers ou des pharmaciens, mais aussi des tradipraticiens. Il arrive que ces relations jouent sur le coût des prestations : 33 chefs de ménage, soit 7 % d'entre eux, déclarent bénéficier de la gratuité des soins, 25 chefs de ménage (6 %) payer moins cher les soins et 15 (3 %) recevoir gratuitement des médicaments.

1.2.1 Le recours aux tradithérapeutes

Le recours aux tradithérapeutes est peu fréquent : sur 1488 malades, seulement 66 (soit 4,4 %) ont fait appel à eux. Leur clientèle est composée en majorité d'adultes (24 à 44 ans), et d'enfants de moins de 4 ans ; les mères de famille représentent à elles seules 62 % de cette clientèle.

Les tradipraticiens sont consultés pour une gamme variée de pathologies. Les familles citent les suivantes : paludisme, maux de ventre, bilharziose, toux, affections pulmonaires, courbatures, diarrhée, asthénie, maux de bouche, hypertension, difficulté d'uriner, mal à la main, *farigan* (fièvre), maladie génitale, maladie infantile, pneumonie, mal de sein, *sumuni* (furoncle), mal de cou, dentition, *senkari* (fracture de la jambe), jaunisse, vomissement, *nyama*, *tògòtògònin* (dysenterie), *mugu* (luxation), *jinèbana* (maladie causée par un « diable »). Aucune maladie cependant n'est exclusivement réservée au traitement traditionnel : même pour le *nyama*, le *kòròti*, ou le *jinèbana*, on fait aussi appel à la médecine moderne. En milieu tamacheq, au contraire, certaines maladies, telles que *alshinan* (maladie causée par un diable), *tikrikawan* (maladie causée par un sorcier), *teshort* (maladie causée par le « mauvais œil ») ne sont jamais traitées par la médecine moderne (Brunet-Jailly *et alii* 1988 : 25).

Mais on peut se demander si certains malades ne changent pas de recours lorsqu'ils ne sont pas convaincus par les premiers diagnostics et les premiers traitements des tradipraticiens : seule une étude détaillée des itinéraires thérapeutiques permet de répondre à cette question (voir plus bas 1.4).

Les résultats de l'enquête menée à Bamako auprès du personnel de l'enseignement et de la culture, montrent que, dans ce groupe socio-professionnel, on a plus recours à la tradithérapie que dans le quartier populaire de Bankoni : 6,4 % (Brunet-Jailly, 1988 : 31), au lieu de 4,4 %. Une enquête menée dans le Gourma relève un taux de recours aux marabouts de 5,7 %, à quoi s'ajoute la consultation des tradithérapeutes proprement dits (4,1 %) : cela reste encore modeste si l'on tient compte, pour ces populations très dispersées et nomades, de la difficulté d'accès aux formations sanitaires. Par rapport aux cas précédents,

le recours à la médecine traditionnelle est très élevé dans l'arrondissement de Didiéni, situé au cœur d'une zone rurale connue comme très respectueuse des traditions bambara : 70 % (Brunet-Jailly *et alii* 1988 : 57).

Si la médecine traditionnelle a donc toujours une place dans les décisions de recours des malades, cette place paraît fonction du milieu culturel et des pathologies, car, en première analyse, le niveau individuel d'instruction ne semble pas avoir une incidence déterminante sur cette attitude : en effet, le personnel de l'enseignement et de la culture a plus recours à la tradithérapie que la population de Bankoni, dans laquelle on compte 59,5 % de non-scolarisés et à peine 2 % de scolarisés du secondaire ou du supérieur.

Certains pensent qu'une partie des recours à la médecine traditionnelle sont motivés par l'idée que la médecine moderne, du fait de son origine étrangère, serait incapable de soigner telle ou telle maladie conçue comme typiquement autochtone (voir le chapitre 6). Cependant, notre enquête n'a enregistré aucune maladie qui soit adressée exclusivement à la médecine traditionnelle.

Notons encore que le coût de la tradithérapie n'est pas toujours le plus bas. Si, dans certains cas, ce coût se limite, comme le veut une certaine tradition, à une rémunération symbolique du tradipraticien, obligé et honoré de mettre ses connaissances au service d'un proche, dans d'autres cas le prix exigé atteint des montants très élevés pour certaines pathologies : par exemple, les tarifs de O.C., tradipraticien du quartier varient de 2 000 à 150 000 F CFA (Diakité *et alii* 1990 : 96).

1.2.2 Le recours à la médecine moderne

Nous traitons ici de consultations effectuées dans un centre de santé, dans un hôpital ou toute autre institution sanitaire publique ou privée. D'après nos données, alors qu'on a dénombré 1488 épisodes de maladie auprès de 2699 personnes dans l'année, les recours aux soins d'agents de la santé modernes ne sont que 593, ce qui donne un taux de fréquentation de l'ordre de 22 %, très supérieur à la moyenne nationale (qui ne dépasse guère 10 %), mais néanmoins très faible : en moyenne, chaque personne a un contact tous les cinq ans avec les services de santé modernes.

On remarque aussi que ce type de recours se répartit ainsi : 34 % concernent des enfants de moins de dix ans, 35 % des femmes et 31 % des hommes. Cette structure n'est pas très différente de celle de la population, et donc on ne retrouve pas, du côté de la médecine moderne, la sélection qui est apparue à propos de la consultation des tradipraticiens, où l'on voyait que les femmes représentaient près des deux tiers de la clientèle.

D'après les déclarations des familles, la dépense moyenne par consultation est remarquablement faible : on a enregistré, pour l'ensemble des 593 recours à un agent de la santé moderne, une dépense en espèces, pour la consultation seule, d'environ 118000 F CFA, ce qui représente un coût moyen de 199 F CFA. Le même calcul mené sur les consultations de tradipraticiens et les dépenses correspondantes aboutit à un coût moyen de 914 F CFA (d'après Diakité *et alii* 1990 : 70).

La faiblesse du coût de la consultation en médecine moderne tient en partie à l'existence, au moment de l'enquête, de deux centres de santé privés confessionnels aux environs immédiats du quartier. Ces centres, qui offraient des consultations et d'autres prestations sanitaires à un coût modique, étaient très fréquentés par la population de Bankoni.

1.3 Recours aux personnes sans qualification

On regroupe ici les recours à un ensemble de personnes qui n'appartiennent ni aux professions de la médecine moderne, ni au groupe des tradipraticiens : ce sont, dans leur majorité, des auxiliaires de la médecine moderne (manœuvres, gardiens, cuisiniers...), qui se font passer, dans le quartier, pour *dògòtòrò*, seul terme dont dispose le bambara pour désigner le personnel de santé moderne.

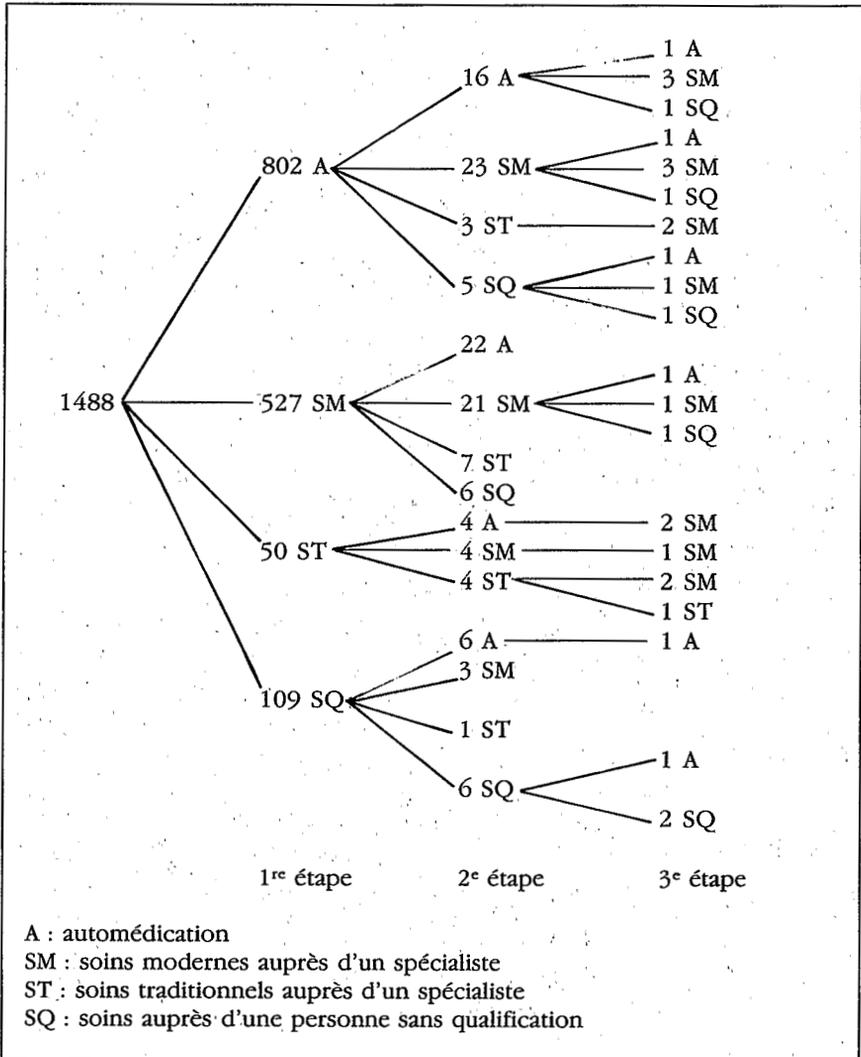
Ces praticiens s'occupent, en gros, des mêmes affections que les autres thérapeutes : maux de tête, paludisme, maux de ventre, maux oculaires, dermatose, douleur thoracique (*kògòdimi*), toux (*sògòsògò*), plaie, courbature, diarrhée, dysenterie, maux de la bouche, douleurs osseuses, rhume, fièvre (*farigan*), maux cardiaques (*dusukundimi*), *laminabo*, caries dentaires (*sumu*), maladie génitale, rougeole, varicelle (*kulenson*), rhumatismes, fractures de bras, jaunisse, vomissements, furoncles, bronchite, oreillons, ver de Guinée, tentative de suicide.

Parmi les 109 malades qui se sont adressées, à la première étape de leur recours aux soins, à des personnes sans qualification, 51 % sont des hommes et 49 % des femmes : le sexe ne semble donc pas affecter le recours à cette catégorie de praticiens. Mais ce type de recours concerne principalement les enfants de moins de 5 ans (23 % des cas) et les adultes de 35 à 45 ans (32 %).

1.4 Itinéraires thérapeutiques

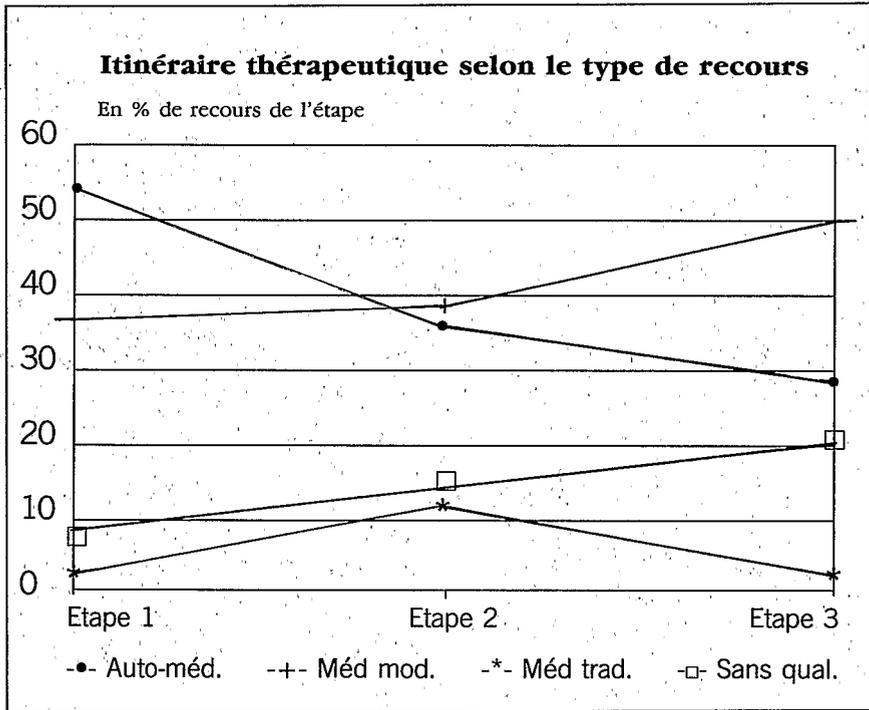
L'itinéraire thérapeutique peut se définir comme la succession des recours aux soins, depuis le début jusqu'à la fin de la maladie (guérison, stabilisation ou décès). Les types d'itinéraires rencontrés dans l'enquête sont représentés ci-après par un arbre sur lequel apparaissent les effectifs à chaque étape.

Arbre des recours



Cette représentation confirme deux observations antérieures. D'abord, si, en première étape, la population de Bankoni a généralement recours à l'automédication (54% des cas), en deuxième intention (mais 9% seulement des épisodes donnent lieu à une deuxième étape), elle s'adresse plus généralement à la médecine moderne (39% des recours de deuxième étape). Ensuite, si les épisodes faisant l'objet d'une troisième étape sont rares dans l'absolu (30 cas sur 1488), ils

représentent une proportion non négligeable (23 %) des recours de deuxième étape, et cette troisième étape est caractérisée par une certaine convergence vers la médecine moderne (50 % des recours de la troisième étape s'adressent à la médecine moderne).



On remarque aussi que la fréquence d'une troisième étape (nombre de recours de troisième étape rapporté au nombre des recours de deuxième étape) est plus grande (32 %) lorsque la première étape a été l'automédication, et encore plus grande (38 %) lorsque cette première étape a été le recours à un agent de la médecine moderne (10 %) ou le recours à une personne sans qualification (25 %). Autrement dit, il semble bien qu'on donne plus de risque à la maladie de traîner lorsqu'on décide de la soigner à son début par l'automédication (ou par la tradition, mais le nombre de cas est trop faible pour conclure valablement) ; et, au contraire, on a plus de chance de ne pas atteindre la troisième étape lorsqu'on commence à se soigner par la médecine moderne dès le début de la maladie. La durée des traitements dépend aussi de

la nature de la maladie, mais cet aspect du problème ne sera pas abordé ici. On n'étudie pas non plus les cas de non-recours et leurs motivations.

En ce qui concerne les recours simultanés à plusieurs types de soins (ces cas ne sont pas représentés sur l'arbre des recours), nos remarques porteront uniquement sur la première étape et sur les associations entre automédication et les trois autres types de soins. Ainsi, parmi les 802 malades qui ont pratiqué l'automédication à la première étape, 62 (soit 8 %) ont aussi fait appel à des personnes sans qualification, 53 (soit 7 %) à un agent de la médecine moderne, et 27 (soit 3 %) à un tradithérapeute. Il semble que les malades n'ont ni préférence préalable, ni conviction établie en faveur d'un type de soins déterminé. Ils profitent au maximum de tout ce qui est à leur portée.

2. Dépenses de santé

Nous répartirons ces dépenses selon le type de soins et selon le mode de paiement (en espèces ou en nature). Les dépenses en nature ont été évaluées en multipliant les quantités des biens utilisés par les prix pratiqués dans le quartier.

2.1 Niveau des dépenses de santé

La dépense annuelle moyenne de santé par ménage est de 6285 FF CFA. La taille moyenne du ménage étant de 6 personnes, la dépense de santé par tête est donc de l'ordre de 1047 FF CFA (Diakit^é *et alii* 1990 : 50).

Les dépenses de santé sont d'une importance négligeable par rapport à l'ensemble des dépenses des ménages : 1,16 % des dépenses totales (Diakit^é *et alii* 1990 : 70). Une enquête de la direction nationale de la statistique et de l'informatique (DNSI) sur les dépenses des ménages urbains a aussi constaté que la santé constitue le dernier poste des dépenses (Anonyme 1989 : 21). Les autres études réalisées au Mali abondent dans le même sens. Ainsi, la part des dépenses de santé dans le budget des ménages représente seulement 4 % du revenu dans les familles des agents de l'enseignement et de la culture vivant à Bamako (Brunet-Jailly 1988 : 13), moins de 4 % à Dioila et Didiéni, à peine 5 % à Kangaba (Brunet-Jailly *et alii* 1988 : 77).

Ce faible niveau des dépenses peut avoir plusieurs interprétations. Il est peu probable que la maladie soit rare à Bankoni. Mais il est possible que la population soit peu disposée à dépenser directement pour sa santé : en témoignent les propos de certains, pour qui les impôts, taxes et cotisations que perçoit le gouvernement devraient lui permettre

de financer certaines dépenses de la population, en l'occurrence les dépenses de santé.

Un tel raisonnement connote une certaine éducation politique, véhiculant une conception de l'Etat-providence ; mais il est vrai que plusieurs gouvernements continuent à proclamer que la gratuité d'accès aux services de santé est un droit fondamental pour les citoyens (Ferranti 1984 :434), et il est vrai que la santé est un thème de choix pour les démagogues. En outre, depuis les indépendances, les populations des villes ont bien compris qu'elles étaient assistées, et que cette situation leur est plus profitable que tout effort de développement ; du reste, les professionnels de la santé et les politiciens n'hésitent jamais à prendre en paroles le parti des indigents des villes pour défendre en pratique les intérêts des privilégiés, l'idée de la gratuité des services de santé servant d'abord à cela. Cette interprétation est effectivement compatible avec le fait que l'effort des ménages est encore plus faible en ville qu'il ne l'est à la campagne, comme le montrent les chiffres cités ci-dessus.

Ce qui précède, toutefois, ne tient aucun compte ni de la diminution considérable du niveau de l'activité des services de santé, ni de l'effondrement quasi général de leur qualité, et même de leur simple moralité, depuis une vingtaine d'années. Ce phénomène affecte autant la campagne que la ville, et il se produit, en même temps qu'apparaît, par exemple, un désintéret des familles pour la scolarisation des enfants, dans un contexte où, le développement à l'occidentale étant devenu vraiment improbable, un certain traditionalisme se manifeste, entre autres, par un nouvel attrait en direction de l'islam (pour autant qu'il puisse être considéré comme une tradition depuis sa pénétration en Afrique), ou par un renouveau d'engouement théorique en faveur de la médecine traditionnelle, etc. Dans ce mouvement de repli sur un passé idéalisé, la résignation face à la maladie redevient une attitude courante. Il est même possible que la lutte contre la maladie, lorsque celle-ci se déclare, ne soit pas un objectif en soi. Elle est entreprise lorsque le rassemblement des moyens financiers nécessaires est une façon de contribuer — obligation qui pèse sur chaque individu — au renforcement des structures sociales traditionnelles : on se mobilisera pour soigner un vieux patriarche parce que, s'il est atteint, tous ses dépendants, qui se surveillent mutuellement, doivent montrer qu'ils lui font allégeance en apportant leur concours à une action collective. Mais, que cette dernière soit symbolique ou technique n'importe pas. Bref, il est possible que la santé ne constitue pas une priorité pour les habitants de Bankoni, qui consacrent l'essentiel de leurs moyens à l'alimentation, à l'habillement et aux dépenses socio-culturelles, ces dernières étant précisément celles qui permettent de participer aux fêtes et cérémonies selon la tradition, tout en abandonnant au destin la gestion de la maladie.

2.2 Structure des dépenses de santé

Nous avons réparti les dépenses de santé des ménages en cinq postes (consultation, médicament, analyses de laboratoire, transport, et hospitalisation) en distinguant les types de soins (modernes ou traditionnels) et les modes de paiement (en espèces ou en nature) dans chaque cas.

Structure des dépenses annuelles moyennes par ménage à Bankoni (en FF CFA)

	espèces	nature	total
consultation :			
moderne	270	16	286
traditionnelle	85	57	142
médicaments :			
modernes	4801	55	4856
traditionnels	210	6	216
hospitalisation	226	0	226
analyses	234	0	234
transport	325	0	325
total	6151	134	6285

Ainsi, une part considérable (81 %) de ces très faibles dépenses de santé est consacrée à l'achat des médicaments ; viennent ensuite, par ordre d'importance décroissante, les consultations (7 %), les dépenses de transport pour raison de santé (5,17 %), les analyses de laboratoire (3,72 %) et enfin les hospitalisations (3,59 %). Les paiements sont effectués en espèces dans 98 % des cas.

L'importance des dépenses de médicaments appelle quelques commentaires.

2.3 Les dépenses en médicaments

La part des médicaments dans les dépenses de santé des ménages était en 1988 de 49 % à Didiéni, 63 % à Dioila, 87 % à Kangaba (Brunet-Jailly *et alii*, 1988), et en 1989 de 60 % chez les travailleurs de l'enseignement et de la culture de Bamako (Brunet-Jailly, 1988 : 50). A l'except-

tion de Kangaba, c'est donc dans un quartier urbain pauvre que la proportion maximale est atteinte. Il est vrai que toute maladie, quelle qu'elle soit, entraîne en pratique l'achat de médicaments, modernes ou traditionnels ; et que les médicaments modernes sont, de loin, les plus utilisés. Mais la politique menée par le Mali en matière d'approvisionnement pharmaceutique joue aussi son rôle.

La population du Mali, une des plus pauvres de la planète, paie les médicaments à des prix qui sont, en ordre de grandeur, le double des prix pratiqués en France. Le coût des ordonnances est donc sans doute le principal obstacle au recours aux soins, et une explication importante de la place de l'automédication.

Une analyse des prescriptions et des prescripteurs réalisée dans le quartier de Bankoni en 1989 (Traoré 1989), a montré le faible coût des produits achetés en automédication : 544 FF CFA contre une moyenne de 1 791 FF CFA pour les ordonnances servies par les mêmes officines ou dépôts (Traoré 1989 : 46) ; elle a aussi montré que cela tient en partie au petit nombre de produits acquis à chaque achat (en moyenne 1,36 produits par achat, cf. Traoré 1989 : 25). Une étude menée au Sénégal a également permis d'observer que 87 % des achats auto-prescrits ne concernent qu'un seul produit, avec un prix unitaire inférieur à 1000 FF CFA, alors que le coût moyen d'une ordonnance est de 2000 FF CFA.

À Bankoni, la même enquête a révélé que les ordonnances, qui sont délivrées en pratique par n'importe qui (elles ne portent pas obligatoirement l'identification du prescripteur), et qui ne sont vérifiées par personne (à l'époque de l'enquête, il n'y avait aucun pharmacien diplômé dans les officines et dépôts pharmaceutiques de la ville de Bamako), contiennent une forte proportion de produits inutiles (Traoré 1989 : 48), et sont si coûteuses que les malades achètent seulement une partie de ce qui leur est prescrit : les personnes qui sont venues munies d'une ordonnance ont acheté 80 % de la valeur des médicaments prescrits (Traoré 1989 : 46), mais évidemment on ne sait rien de ceux qui n'ont même pas cherché à savoir ce que leur coûterait l'ordonnance. Ces pratiques sont d'ailleurs jugées conviviales, puisque la présentation d'une ordonnance n'est jamais nécessaire, et que, ordonnance ou pas, les parents ou le malade choisissent eux-mêmes ce qui leur semble bon, ce qui est dans leurs moyens, ou ce que, désintéressé ou pas, le vendeur leur conseille.

Ainsi l'auto-médication permet d'éviter la consultation, chère dans le secteur privé et éprouvante dans le secteur public (Traoré, 1989 : 31) ; mais comme personne ne peut garantir la qualité de l'auto-médication, aucun esprit soucieux de santé publique ne saurait s'en satisfaire. Hélas, l'alternative, la prescription, ne vaut guère mieux, comme on le montrera plus loin.

3. Les déterminants des recours aux soins et des dépenses de santé

Nous tentons de préciser ici l'effet de certaines caractéristiques du ménage, ou du chef de ménage, sur les recours aux soins et sur les dépenses de santé.

3.1 Variables étudiées

Les variables utilisées sont : le niveau d'instruction du chef de ménage, le montant de ses revenus, le lien qui l'unit aux malades de son ménage, la durée de son installation dans le quartier, le sexe et l'âge des enfants malades. On sait que la décision de recourir aux soins revient au chef de ménage, qui doit assumer la charge des dépenses.

Les niveaux d'instruction des chefs de ménage ont été classés en quatre groupes : pas de scolarisation, le niveau primaire (six ans de scolarité au moins sans redoublement), le niveau du second cycle (neuf ans de scolarité au moins sans redoublement) et le niveau supérieur au second cycle (plus de neuf ans de scolarité au moins sans redoublement).

Pour mesurer le revenu, nous avons choisi les dépenses totales car, comme dans beaucoup d'enquêtes directes auprès des ménages, les revenus déclarés sont manifestement inférieurs aux revenus réels et aux dépenses. Il est vrai que, dans ces quartiers populaires, certaines sources de revenu, à cause de leur caractère très irrégulier, ou éventuellement litigieux, ou plus ou moins légitime, ne sont pas faciles à déclarer.

Les enfants ont été groupés en trois classes d'âge : moins de 2 ans, 2 à 7 ans, 7 à 14 ans.

Pour la durée d'installation, nous avons classé les ménages en trois catégories : les ménages nouvellement installés (depuis moins de 6 ans), les ménages intermédiaires (dans le quartier depuis 6 à 15 ans) et les anciens ménages (présents à Bankoni depuis plus de 15 ans).

En ce qui concerne les liens de parenté, la faiblesse numérique de certains groupes nous a contraint, d'une part, à renoncer dans certains cas à comparer les « frères et sœurs » aux « cousins et cousines », et d'autre part, à regrouper les « neveux et nièces » avec les « enfants adoptifs » sous le vocable « autres enfants ».

Pour les dépenses de santé, nous utilisons quatre postes : les dépenses de consultation, les achats de médicament, les frais d'hospitalisation, et les autres dépenses (par exemple : dépenses de transport pour raison médicale, dépenses d'analyses médicales).

Nous avons tenu compte d'éventuelles interrelations entre les variables ci-dessus présentées. Ainsi, pour l'étude de l'impact du niveau d'ins-

truction sur les dépenses de santé, on doit prendre en compte la relation très probable entre le niveau d'instruction et le revenu. Nous avons donc comparé les dépenses des ménages selon le niveau d'instruction du chef de ménage. Ces comparaisons n'ont montré aucune différence significative dans les dépenses totales des ménages selon le niveau d'instruction du chef de ménage, sauf entre les dépenses des ménages dont le chef est non scolarisé et celles des ménages dont le chef a suivi une scolarité de niveau primaire ($t = 2,25$; $ddl = 61,97$; $p = 0,02$).

De la même manière, on pouvait craindre que le revenu soit lié à la durée d'installation dans le quartier. Les différences entre les nouveaux ménages et les ménages intermédiaires, d'une part, les nouveaux ménages et les ménages les plus anciens, d'autre part, sont significatives (respectivement $t = 4,44$; $ddl = 317,5$; $p < 0,001$; et $t = 4,09$; $ddl = 145,42$; $p < 0,001$). Mais il n'y a pas d'écart significatif entre les dépenses totales des ménages intermédiaires et celles des anciens ménages.

Nous avons testé le caractère significatif des différences dans tous les cas où les effectifs étaient suffisants.

3.2 Déterminants des recours aux soins

En utilisant certaines des variables présentées ci-dessus, nous étudions d'abord la relation entre l'automédication et les caractéristiques retenues, puis les effets de ces mêmes caractéristiques sur le recours aux praticiens modernes, aux praticiens traditionnels et aux personnes sans qualification.

Le niveau d'instruction du chef de ménage ne modifie pas le recours à l'automédication. La proportion de recours des patients qui ont été scolarisés, et quel que soit le niveau de scolarisation, ne diffère pas de façon significative de celle qui a été observée chez les non scolarisés.

On ne note pas de liaison statistiquement significative entre le lien de parenté et le recours à l'automédication.

La proportion des hommes qui ont fait appel à l'auto-médication (55 %) est statistiquement plus élevée que la proportion des femmes qui ont fait de même (51 % avec khi-deux = 4,1 ; $ddl = 1$; $p = 0,03$).

La durée d'installation du ménage dans le quartier influence le recours à l'automédication (khi-deux = 8,15 ; $ddl = 2$; $p = 0,01$). La proportion d'automédication varie en sens inverse de la durée d'installation dans le quartier : plus on est ancien dans le quartier moins on pratique l'automédication. Les nouveaux ménages et les ménages intermédiaires pratiquent plus l'automédication que les ménages anciens. Respectivement les écarts réduits sont de 2,4 au seuil de 0,01 et de 3,01 au seuil de 0,002 ; et il n'existe pas de différence entre le

taux de recours des nouveaux ménages et celui des ménages intermédiaires.

L'instruction du chef de ménage n'influence pas le recours aux praticiens (modernes ou traditionnels) ni aux personnes sans qualification.

De même que le lien de parenté ne joue pas sur le recours à l'automédication, il n'influence pas non plus les autres types de recours.

La distribution par sexe des malades ayant recours aux praticiens modernes, aux praticiens traditionnels, ou aux personnes sans qualification ne montre pas de différence significative. Si les hommes ont plus recours à l'automédication que les femmes, on ne remarque pas pareille différence dans le recours aux autres types de soins.

Le recours aux différents praticiens (infirmiers, sages-femmes, médecins, tradipraticiens, aides soignants et personnes sans qualification) est très affecté par l'ancienneté d'installation du ménage à Bankoni (khi-deux = 23,25 ; ddl = 10 ; p = 0,009). Nous avons comparé uniquement les anciens ménages aux nouveaux, et la comparaison porte sur les proportions de recours aux médecins, aux tradipraticiens et aux personnes sans qualification. Les anciens ménages consultent plus les médecins que les nouveaux ménages (écart réduit = 2,66 ; p = 0,0002). En revanche, les nouveaux ménages font beaucoup plus appel aux tradipraticiens que les anciens ménages (écart réduit = 2,39 ; p = 0,01). On ne note pas de différence entre les proportions de recours aux personnes sans qualification.

3.3 Déterminants des dépenses de santé

Le revenu, à lui seul, ne permet pas d'expliquer le niveau des dépenses de santé. Pour apprécier les motifs qui déterminent ou concourent à la prise en charge des frais de santé, nous utiliserons certaines caractéristiques socio-économiques disponibles des ménages.

Le niveau d'instruction du chef de ménage n'affecte que légèrement les dépenses de santé. Un seul effet significatif a été observé pour les dépenses de consultation entre les non-scolarisés et ceux qui ont le niveau du second cycle (t = 2,01 ; ddl = 39,7 ; p = 0,02). Pour les autres postes de dépenses (achats de médicament, dépenses d'hospitalisation et autres dépenses), nous n'avons pas relevé de différence significative. Bien que faiblement, l'instruction joue un rôle dans la détermination du niveau des dépenses totales et probablement dans leur structure.

Pour les liens de parenté, nous comparerons les « fils et filles » aux « autres enfants », ensuite les « frères et sœurs » aux « cousins et cousines ». Il n'y a pas de différence significative en fonction du lien de

parenté dans le niveau des dépenses d'hospitalisation ou dans celui des autres dépenses de santé. En revanche, le lien de parenté joue sur les dépenses de consultation et les achats de médicaments. En moyenne, les dépenses de consultation consacrées aux « fils et filles » sont plus élevées que celles effectuées pour les « enfants adoptés » ($t = 1,95$; $ddl = 8,81$; $p = 0,08$). De même, les achats de médicaments pour les « frères et sœurs » atteignent environ le triple (en moyenne 2323 contre 900) des dépenses effectuées à ce titre pour les « cousins et cousines » ($t = 2,26$; $ddl = 42,2$; $p = 0,02$).

Quel que soit le poste de dépense considéré, il n'y a aucune différence significative entre les tranches d'âge (telles qu'elles ont été définies plus haut). Par contre, le sexe du patient affecte les dépenses de consultation et les achats de médicaments. Les dépenses de consultation consacrées aux femmes sont plus importantes que celles engagées pour les hommes (1009 contre 674 francs en moyenne, $t = 2,17$; $ddl = 178,12$; $p = 0,03$). De même les achats de médicaments effectués pour les femmes sont plus élevés que ceux concernant les hommes (en moyenne 1622 contre 1202, $t = 2,65$; $ddl = 1364$; $p = 0,008$).

L'ancienneté d'installation est associée au niveau des dépenses de médicament : les ménages anciens ont une dépense moyenne plus élevée que celle des ménages intermédiaires ($t = 1,9$; $ddl = 530$; $p = 0,05$). Pour les autres postes (dépenses de consultation, frais d'hospitalisation et autres dépenses) et les autres groupes, on ne note pas de différence significative.

Au total, on ne peut qu'être frappé par la faiblesse des associations entre les caractéristiques disponibles du recours aux soins ou des dépenses de santé, dans notre échantillon, et les caractéristiques disponibles des membres des ménages. Le niveau d'éducation du chef de ménage n'est lié de façon significative qu'aux dépenses de consultation et aux dépenses totales : mais le fait d'avoir été scolarisé semble compter beaucoup plus que le niveau scolaire à proprement parler. Les liens de parenté sont associés à des différences en ce qui concerne les dépenses de consultation et les achats de médicaments, mais pas en ce qui concerne les recours. On peut comprendre ce paradoxe en imaginant que le chef de famille, pour donner l'apparence de l'équité, engage tous les malades de sa famille dans le même itinéraire thérapeutique, mais se réserve, lorsqu'il s'agira de déboursier, le droit de considérer le lien de parenté et d'introduire des différences.

La seule association qui retienne l'attention est celle qui fait intervenir la durée d'installation à Bankoni. Parfois les ménages intermédiaires ne se distinguent pas des nouveaux ménages, et parfois des ménages anciennement installés, mais il y a plusieurs associations significatives dans lesquelles la durée d'installation joue. Ici on peut évoquer deux hypothèses, qui sont éventuellement complémentaires. Selon la

première, les nouveaux arrivants se comporteraient d'abord comme au village d'où ils viennent, puis peu à peu s'intégreraient au mode de vie urbain et apprendraient à recourir aux services de santé. Selon la seconde, les ménages anciens, qui ont pris l'habitude de fréquenter les praticiens modernes à l'époque où les formations sanitaires « tournaient bien » continuent sur cette lancée, alors que l'état actuel des services de santé les rend peu attractifs pour les nouveaux arrivants.

4. La prescription

D'une façon générale, à Bankoni, tout le monde est prescripteur. Les malades et leurs parents sont prescripteurs des médicaments auto-consommés. Les infirmiers du premier cycle, les infirmiers diplômés d'Etat, les sages-femmes, les médecins, les pharmaciens, les étudiants de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie en cours de formation ou exclus pour avoir échoué aux examens, et tout autre porteur de blouse blanche, serait-il simple manoeuvre dans un hôpital, sont des prescripteurs officiels aux yeux d'une population qui ne sait pas faire la différence entre les qualifications. On peut se demander ce que les Ordres professionnels, créés depuis plusieurs années, ont fait pour mettre un peu d'ordre et de moralité dans leurs rangs, et pour défendre l'exercice professionnel contre les charlatans.

L'analyse des prescriptions recueillies dans les dépôts pharmaceutiques enquêtés, où les malades venaient se faire servir, donne les résultats suivants :

— le nombre moyen de produits prescrits par ordonnance est de 3,24, il varie entre 2,28 pour les étudiants en médecine et 4,2 pour les infirmiers du premier cycle (Traoré 1989 : 25) ;

— le nombre moyen de produits acquis par achat est de 1,78 (Traoré 1989 : 41) ;

— sur 2380 produits prescrits, il y a eu 544 cas de substitution (Traoré 1989 : 42) ; la substitution est donc couramment pratiquée (dans plus d'un cas sur cinq) par des vendeurs sans qualification pharmaceutique ;

— sur 1 718 produits différents prescrits, seulement 106, soit 6,16 %, étaient désignés par leur DCI (dénomination commune internationale).

Pour quelques affections courantes (paludisme, rougeole, toux, diarrhée, céphalées, parasitoses, douleur abdominale, dermatoses, gastrites, conjonctivite), nous avons pu classer les médicaments prescrits en produits nécessaires, produits d'accompagnement et produits inutiles. Le coût des premiers varie entre 150 et 434 FF CFA, tandis que celui des seconds (qui accélèrent la guérison ou empêchent la

complication de la maladie) et des produits inutiles peuvent atteindre respectivement 435 et 1161 FF CFA. La part du coût des produits nécessaires dans le coût total des produits prescrits est très variable d'une pathologie à l'autre : 21 % seulement pour les cas de paludisme ou de douleur abdominale, cas dans lesquels les professionnels prescrivent à tout va ; environ 50 % pour les cas de rougeole, toux, diarrhée, gastrites ; environ 70 % pour les cas de dermatoses ou de parasitoses ; 100 % dans les seuls cas de conjonctivite (Traoré 1989 : 48).

S'il était nécessaire de prouver qu'une prescription plus soucieuse de la capacité du malade à l'exécuter, et une politique pharmaceutique préoccupée de santé publique plutôt que de bénéfices privés, sont réalisables, il suffirait de se tourner vers le centre de santé de l'ASACOBAN (Association Santé Communautaire de BANKONI, mais *an sago-ba* signifie aussi, en bamanan, « notre grande volonté », « notre grand désir »). Ouvert dans le quartier depuis février 1989, dirigé par un médecin, ce centre de santé entièrement autofinancé offre, à prix coûtant, de vraies consultations médicales (c'est-à-dire des consultations données par un médecin diplômé) suivies de prescriptions en DCI ; un « magasin santé », fonctionnant en son sein, exécute les prescriptions ; les soins infirmiers sont fournis gratuitement pendant la semaine qui suit chaque consultation médicale. Le coût moyen de l'ordonnance est de l'ordre de 600 FF CFA.

Conclusion

Ce qui vient d'être exposé illustre parfaitement le contraste dramatique entre ce que les gens disent et ce qu'ils font réellement. A Bankoni comme dans beaucoup d'autres milieux bamanan, on dit en beaucoup d'occasions, *kènèya ka fisa ni ko bèe ye*, ou bien *kènèya ka fisa ni fèn bèe ye* : la santé vaut mieux que tout. Le niveau des dépenses de santé (dernier poste des dépenses des ménages) à Bankoni contredit plutôt cette affirmation. De même, les déclarations publiques relatives à la politique de santé du pays n'ont qu'une relation indiscernable, si elle existe, avec la réalité des décisions prises au jour le jour, et la triste histoire de l'Initiative de Bamako au Mali est là pour le prouver.

La réalité à laquelle une politique de santé publique se doit de faire face est la suivante. L'automédication, qui est la façon normale de traiter la moitié des épisodes morbides, en première intention, est dangereuse, car les malades ne savent pas ce dont ils ont besoin pour améliorer leur état de santé, et parce que le personnel chargé de la vente des médicaments, sans formation pharmaceutique (à l'époque de l'enquête), cherche surtout à faire des recettes. La prescription elle-

même est abandonnée à n'importe qui, et les Ordres professionnels ne se préoccupent ni de la qualité des soins ni de l'honorabilité des professions. Le commerce des médicaments est éhonté, du fait de la politique des achats et des prix menée alors par la société nationale bénéficiant du monopole d'importation et de distribution. Il le reste aujourd'hui du fait de la politique de privatisation à bride abattue lancée par l'ancien régime pour satisfaire à ses intérêts et à certaines injonctions de la Banque Mondiale. Cette politique n'a pas été jusqu'à présent révisée par le nouveau régime.

Les achats de médicaments constituent plus de la moitié des dépenses de santé. Une politique des médicaments essentiels et d'approvisionnement dans les conditions les plus favorables, comme y invitait l'Initiative de Bamako, apparaît donc comme une priorité. L'approvisionnement en DCI permettrait de diviser par quatre le coût de l'approvisionnement pharmaceutique du pays (Brunet-Jailly *et alii*, 1989 : 46).

A ces problèmes, il est possible d'apporter des solutions techniques, et c'est là le devoir des professionnels. Mais, dans la définition de ces solutions, il faudra tenir compte des comportements de la population. Ces comportements sont en partie déterminés par l'effondrement de la qualité et de la moralité des services publics de santé, et il est sûr que la privatisation ne résoudra pas, à elle seule, ce problème, parce que le secteur privé n'offrira pas nécessairement des prestations de meilleure qualité. On voit déjà, par exemple, que la création d'officines privées ne signifie pas que les pharmaciens diplômés participent personnellement à la vente des médicaments : ils emploient un personnel non qualifié, comme le faisait la Pharmacie Populaire du Mali.

Mais ces conduites en matière de santé sont aussi en partie déterminées par un héritage culturel dans lequel la maladie est plus couramment conçue comme la sanction bien méritée d'une faute, ou comme une fatalité inéluctable, que comme une défaillance de la nature, susceptible d'être corrigée par le seul recours à la raison et à la connaissance scientifique. La faiblesse des ressources consacrées à la santé par les familles urbaines ne peut pas s'expliquer correctement par la seule idée que l'Etat devrait prendre en charge la santé, ni par le seul effondrement de la qualité des services offerts, mais par l'effet conjugué de plusieurs facteurs qui concourent à l'apparition d'un habituel syncrétisme médical (cf. chapitre suivant) : recul de l'alphabétisation de la population, recul de la qualification et de la conscience professionnelle des agents de la santé, méfiance envers des connaissances importées, repli sur des comportements ostensiblement traditionalistes.

RÉFÉRENCES

- ANONYME (1989) : *Enquête sur les dépenses des ménages en milieu urbain (mai 1985 à juin 1986), Résultats définitifs*, Ministère du Plan, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique, Projet de renforcement de la gestion publique de l'économie malienne, janvier 1989, 202 p.
- BRUNET-JAILLY J. (1988) : *La consommation médicale des familles des personnels de l'enseignement et de la culture à Bamako*, I.N.R.S.P., Bamako, 1988, 42 p.
- BRUNET-JAILLY J., DIARRA T., SOULA G. (1988) : *Les dépenses de santé dans l'économie familiale rurale*, Compte rendu d'une enquête réalisée dans les arrondissements de Didiéni, Dioila, Kangaba entre avril 86 et juillet 87, I.N.R.S.P., Bamako, janvier 1988, 99 p.
- BRUNET-JAILLY J., COULIBALY S.O., DIARRA K., KOITA A. (1989) : *Le financement des coûts récurrents de la santé au Mali*, Organisation Mondiale de la Santé, document WHO/SHS/NHP/89.10, 1989, 167 p.
- DIAKITÉ B.D., TRAORÉ S., DIARRA T., PAIRAULT C. (1990) : *Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Bankoni*, volume 1, I.N.R.S.P., Bamako, novembre 1990, 150 p.
- DUBUC M. (1989) : *Soins de santé primaires et médicaments en Afrique subsaharienne : à quel prix ?* thèse de médecine, Lyon I, octobre 1989, 106 p.
- FERRANTI D. (1984) : *Stratégies pour le financement des services de santé dans les pays en développement*, *Revue trimestrielle de statistiques sanitaires mondiales*, 37, 4, 1984, Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
- RANDALL S.C., DIAKITÉ B.D., PAIRAULT C. (1989) : *Enquête socio-sanitaire et économique dans le Gourma*, I.N.R.S.P., Bamako, 1989, 106 p.
- ROUGEMONT A., BRUNET-JAILLY J. (1989) : *Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux*, Doin, Paris, 1989, 752 p.
- TRAORÉ S. (1989) : *Etude de la consommation médicamenteuse dans le quartier à Bankoni*, thèse de médecine, Bamako, 1989, 86 p.