

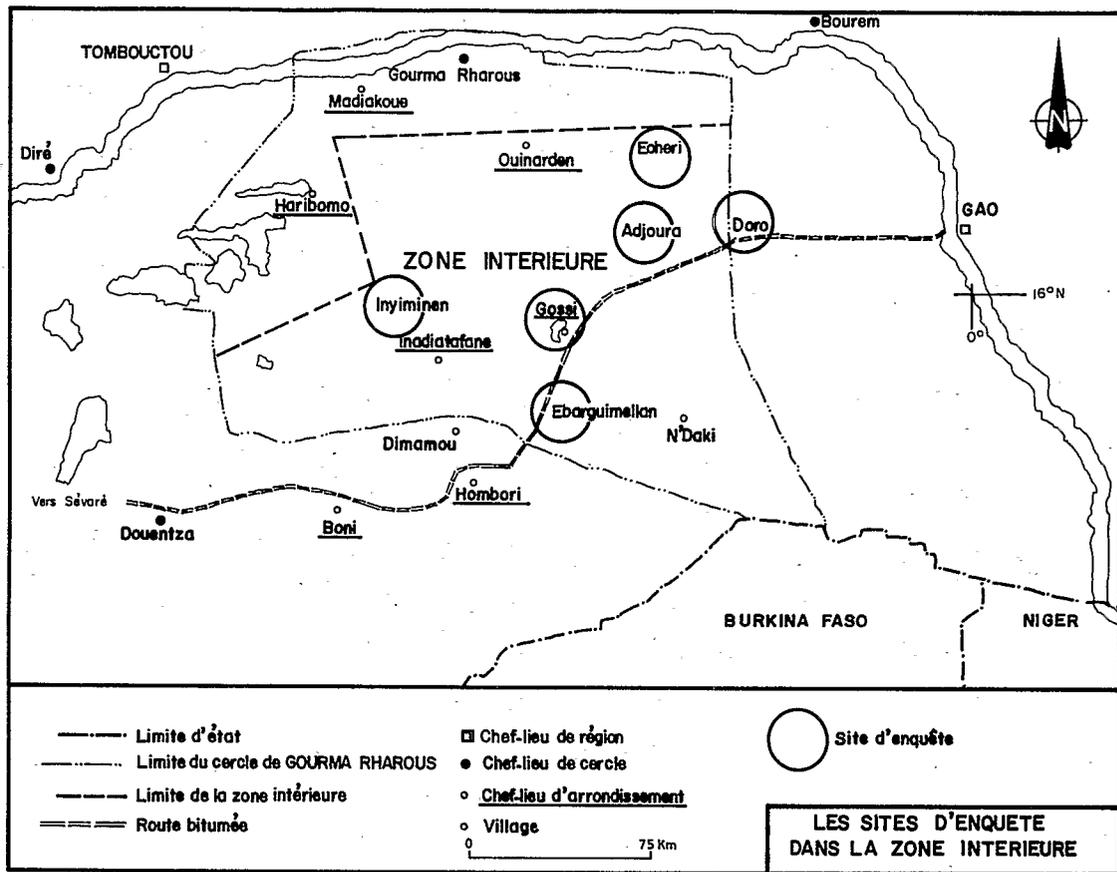
Enquête au Gourma en vue d'une intervention sanitaire appropriée

par Sara RANDALL

En 1989, l'Aide de l'Eglise Norvégienne (AEN) a financé une étude sur les conduites en matière de santé, dans le but d'aider sa section santé à reconsidérer et réorienter ses actions dans la région du Gourma. A la suite de cette étude, une campagne pilote d'information et de formation de masse (IFM) a débuté à la mare de Dimamou, en février 1990, avec une équipe de cinq à six membres à plein temps. Bien que cette campagne ait rencontré quelques difficultés, elle s'est achevée en juillet 1990 après avoir obtenu dans l'ensemble un réel succès ; en février 1991, une version modifiée a été mise en place près d'une autre grande mare du Gourma, à Adjoura. L'insécurité qui s'est établie dans cette région à partir de juin 1991 a interrompu toute activité de ce genre.

Les stratégies sanitaires des ONG

Il y a deux principaux types d'intervention sanitaire : d'une part les actions institutionnelles dont le but est de modifier ou d'améliorer les services là où ils sont offerts, et qui comprennent la réorganisation institutionnelle, la formation du personnel, la construction et le rééquipement des dispensaires, l'organisation d'un système d'approvisionnement en médicaments, la formation de nouveaux agents sanitaires ; d'autre part, les actions qui s'adressent à la population. Celles-ci utilisent l'éducation sanitaire à plusieurs fins : en vue d'obtenir une simple modification du comportement afin d'améliorer la santé (comme dans une campagne anti-tabac), ou en vue d'amener les populations



à une utilisation plus précoce, différente, ou plus efficace des services sanitaires ; en vue de fournir à la population des méthodes de soins efficaces à domicile ; en vue de la renseigner sur des moyens de prévention. Certes, beaucoup de changements (certains diraient : tous ceux qui se sont produits) concernant la santé et la mortalité ont été rendus possibles indirectement par une meilleure éducation, l'assainissement et la disponibilité en eau potable, une plus grande autonomie des femmes et un accroissement des revenus (voir Caldwell, 1989 ; Cleland & Van Ginneken, 1988 ; Mosley 1989) ; mais ces changements dans l'infrastructure sociale n'étaient pas accessibles aux activités de la section santé de l'AEN.

L'amélioration de la santé par des interventions institutionnelles présuppose une demande populaire pour des soins de santé modernes : ou bien les services existants sont sous-utilisés du fait du manque de personnel qualifié, de l'insuffisance de la formation du personnel, du mauvais équipement des centres de santé, ou bien ces services sont trop peu nombreux et trop distants. Par ailleurs, une approche s'adressant à la population peut soit viser l'autosuffisance en matière de santé (ce qui évidemment ne permettra pas de faire mieux que prendre en charge ses besoins les plus élémentaires), soit s'appuyer sur un système existant et fonctionnel de services sanitaires.

D'une manière générale, les soins de santé primaires et les agents de santé communautaire ont essayé de s'attaquer aux deux niveaux et de réduire le fossé qui les sépare, mais dans beaucoup de cas ces programmes ont échoué (Berman *et al.* 1987, Brunet-Jailly 1989, Sauerborn *et al.* 1989, Walt *et al.* 1989), et ils ne peuvent pas fonctionner seuls.

Le Gourma intérieur

Doter de services de santé l'intérieur du Gourma (c'est-à-dire l'aire éloignée du fleuve) est très difficile : la population est nomade, les communications et les infrastructures quasi inexistantes ; peu d'hommes et pratiquement aucune femme ne sont alphabétisés ; la région a été sérieusement touchée par la sécheresse et par la perte de bétail qui en a résulté ; la culture est impossible dans la plus grande partie de la région, et, lorsqu'elle est possible, il est peu probable qu'elle dégage un surplus. Pour ce qui est de l'eau potable, la population dans sa majorité dépend presque tout au long de l'année des eaux de surface. La plupart du temps, les gens sont trop éloignés des services de santé pour pouvoir les utiliser en cas de besoin, même si les conditions socio-économiques le leur permettraient. La pauvreté, l'eau non potable, un mauvais régime alimentaire, un manque d'éducation, des services de

santé inadéquats se combinent pour donner l'un des taux de mortalité des adultes parmi les plus élevés du monde, ainsi qu'une mortalité infantile et juvénile très importante, bien qu'inférieure à des taux observés ailleurs au Mali (Hill 1985, Randall 1984). Les études démographiques laissent cependant penser qu'une composante comportementale intervient dans ces taux élevés de mortalité, et cela d'autant plus que, même là où des services de santé sont disponibles, ils ne sont pas nécessairement utilisés (par exemple, le dispensaire de Ouinarden en 1989).

1. Une étude des conduites de santé dans le Gourma

1.1 Pourquoi ce genre d'enquête ?

Après une action d'aide d'urgence nécessitée par la sécheresse de 1985, l'AEN a mis en place dans le Gourma des projets concernant le développement et l'environnement (activités agricoles, alphabétisation, crédit...), tout en continuant les interventions sanitaires entreprises dans la période d'urgence. Mais certaines de ces interventions ont vite semblé inappropriées et non pérennisables. Elles ne s'attaquaient pas effectivement aux problèmes rencontrés par la population, et, du reste, on ne savait pas bien quels étaient ces problèmes.

Une étude épidémiologique n'était pas nécessaire, car une étude de ce genre avait déjà été faite dans la zone par l'INRSP en 1985 avec un succès inégal. En outre, les principaux problèmes de santé de populations pauvres, isolées, rurales, ayant peu accès aux soins préventifs et curatifs, sont bien connus et similaires dans toute l'Afrique. A quoi bon gaspiller plus d'argent pour tenter de mesurer avec précision la prévalence d'affections telles que la diarrhée, le paludisme, les infections des voies respiratoires, la rougeole et la malnutrition ?...

On s'est aussi interrogé sur la pertinence d'une étude économique qui aurait eu pour but d'estimer le niveau des dépenses de soins médicaux, qu'ils soient traditionnels ou modernes. Mais, pour concourir au développement d'un programme ultérieur d'interventions sanitaires, ce genre d'étude présuppose les trois conditions suivantes : que l'utilisation des services sanitaires modernes soit la solution adaptée aux besoins sanitaires les plus pressants ; que les contraintes principales limitant l'utilisation de ces services soient d'ordre économique ; qu'on puisse évaluer les budgets des ménages. Or dans le Gourma intérieur, des tentatives antérieures pour établir des budgets de ménages dans un campement tamacheq se sont avérées presque impossibles, alors même que les chercheurs avaient vécu dans le campement pendant deux ans (Namou Ag Aljoumaghat, communication personnelle).

Beaucoup, si ce n'est la plupart, des transactions se font en nature ou en services, les ménages sont des entités mal définies, et les chefs de famille refusent de révéler leurs dépenses et leurs ressources, spécialement lorsqu'elles concernent le cheptel. Des enquêtes démographiques antérieures suggéraient que les contraintes économiques n'étaient pas la cause principale des différences de mortalité (Randall 1984, Hill & Randall 1984), ni d'une faible fréquentation des services sanitaires. Etant donné l'inutilité apparente des services de santé et les conditions de vie, il restait même à établir que le recours à un système classique corresponde au meilleur emploi des ressources consacrées à la santé dans cette zone. D'où la décision, finalement prise, de mettre en œuvre un autre type d'investigation (déjà évoquée dans le chapitre 7).

1.2 Méthodologie de l'enquête

Nous devons insister sur la méthode pratiquée, parce que son plein succès a déterminé les recommandations pour l'action de l'AEN. Une équipe comprenant deux hommes tamacheq et deux femmes tamacheq ainsi que deux superviseurs non-tamacheq (un homme et une femme) a passé deux mois sur le terrain. Elle a visité 16 campements tamacheq des arrondissements de Gossi, Ouinarden, et Inadiatafane, campements qui représentent toute une gamme de statuts socio-économiques, de contacts avec les programmes de l'AEN, d'accès aux différentes formes de soins de santé, de degrés d'isolement. L'équipe passait deux à trois jours dans chaque campement, et procédait alors à des entretiens avec chacun des membres de trois ménages choisis au hasard, entretiens portant sur la plus récente maladie et, le cas échéant, sur une maladie grave survenue durant l'année. Ces entretiens étaient semi-directifs et couvraient l'évolution des symptômes, les décisions prises, les détails sur les traitements suivis — quelle que soit leur nature —, les motifs ayant éventuellement empêché de donner le traitement souhaité, les causes de la maladie, la prévention, les sacrifices, etc. L'enquêteur n'écrivait rien avant d'avoir entendu le récit complet de l'épisode dont il était question. Pour les enfants, on enquêtait auprès de la mère ou de la personne chargée de s'occuper de l'enfant. Nous voulions laisser les gens parler de leur perception de la maladie, et des problèmes liés à la maladie. Cependant, pour éviter des généralités banales ou le biais d'idées préconçues concernant les facteurs importants, nous nous sommes concentrés sur un événement précis pour chaque personne, sa dernière maladie, telle que perçue par elle, et, s'il y avait lieu, une maladie *grave* subie par elle dans le cours de l'année écoulée. Dans beaucoup de campements, nous avons organisé des discussions avec des groupes d'hommes et de femmes sur divers aspects de

la santé et des soins, sur leur vision d'éventuelles interventions de l'AEN, et sur les problèmes particuliers qu'ils identifiaient. Nos interlocuteurs demandaient souvent de l'information sur la façon dont les services de santé fonctionnent et sur ce qu'ils peuvent offrir.

Le succès de la méthode d'enquête, combiné avec les résultats de l'étude (voir Randall *et al.* 1989), a conduit à la conception d'une campagne d'information et de formation de masse (IFM) qui est la base de la plupart des interventions sanitaires actuelles de l'AEN (l'autre composante importante est le soutien financier et logistique au programme élargi de vaccination). Une étude plus rigoureuse aurait pris en considération les variations saisonnières, aurait complété les données rétrospectives par quelques investigations prospectives appliquées à des épisodes de maladie survenus lors de l'enquête, et aurait tenté d'inclure des données quantitatives sur les symptômes de la dernière quinzaine ; des contraintes de temps, de financement et de personnel ne l'ont pas permis. Néanmoins, cette étude a fourni suffisamment de données pour permettre de bâtir un programme d'action détaillé, ainsi qu'une analyse des types de comportement face à la maladie.

De la méthode d'enquête de terrain se sont dégagés sept points importants qui méritaient d'être retenus pour une action ultérieure.

- 1. Choisir des femmes pour parler aux femmes.
- 2. Visiter des campements que différencient le statut social (voir notre présentation des Kel tamacheq dans le chapitre 4) et la proximité d'un chef. Plusieurs journées se sont passées dans des campements de statut social élevé ou des campements de chefs de fraction (campements "haut de gamme"). Ces campements semblent être mieux informés que ceux des groupes de bas statut ou ceux qui n'ont pas de relation étroite avec un chef (campements "bas de gamme").
- 3. Se rendre dans les zones isolées, qui échappent à l'attention des gouvernement et des agences de développement, et dans des campements "bas de gamme".
- 4. Ecouter l'expérience des gens, et leur demander de dire ce qui leur paraît important. Tel a été particulièrement le cas des femmes, même de celles des campements "haut de gamme" ; selon elles, jamais personne ne les avait écoutées ni interrogées sur leur problèmes.
- 5. Ne pas prendre de notes pendant que les gens parlent.
- 6. Rester au moins deux ou trois jours dans chaque campement. Plus long a été notre temps de séjour, plus les informations recueillies étaient intéressantes, et plus les membres du campement souhaitaient discuter de nouvelles questions.

— 7. Donner des informations. Nos interlocuteurs, spécialement les femmes, mais aussi des hommes de campements "bas de gamme", étaient souvent mal informés et très intéressés d'entendre comment les services de santé fonctionnent, quel est le système actuel de tarif subventionné, quels services sont disponibles (certaines femmes ignoraient qu'une femme ou un enfant puisse se présenter au dispensaire).

1.3 Résultats de l'étude (voir Randall *et al.* 1989 pour les détails)

Les Tamacheq du Gourma sont généralement soignés dans leur famille, ou au sein du campement, avec des remèdes disponibles localement, ou pouvant facilement être achetés sur les marchés locaux. Il y a peu de recours aux spécialistes traditionnels ou aux marabouts, parce qu'il faut payer les uns et les autres. Les spécialistes de la santé moderne (infirmiers, secouristes) sont consultés plus fréquemment que les spécialistes traditionnels, mais ils le sont surtout dans les campements les plus proches des secouristes de l'AEN ou d'un dispensaire mobile.

Lorsqu'était mentionnée une demande de soins médicaux, il s'agissait toujours de services curatifs gratuits ou à coût très bas. Curieusement, dans les rares cas où les gens ont dépensé de l'argent pour des soins médicaux externes, la dépense était largement indépendante de la richesse, et plutôt fonction de la disponibilité immédiate d'argent liquide ou de ressources monnayables, et de la proximité inhabituelle du service.

Il est apparu clairement que le système traditionnel de conduite face à la maladie est très bien adapté au style de la vie nomade. Toutes les femmes ont quelque connaissance de remèdes ou traitements traditionnels pour les troubles les plus fréquents, et celles qui ont des connaissances plus étendues sont heureuses de les partager. Parmi les gens ordinaires, aucun traitement n'est tenu secret. Certains hommes connaissent aussi des médicaments traditionnels, généralement appris d'une grand-mère, d'une mère ou d'une tante. La plupart des traitements sont à base de plantes ou d'ingrédients disponibles sur place, tels que du sable, des urines et excréta d'animaux, de la terre de termitière, du beurre, du lait, du sel, etc. On recourt à des changements de régime alimentaire et à des traitements physiques tels que bains, bains de sable chaud. La caractéristique essentielle est que chacun de ces traitements peut être administré n'importe où, par n'importe qui. Ils n'exigent aucune ressource qui ne serait pas disponible localement, ils ne requièrent pas de spécialistes. Ce système de soins fonctionne alors même que, pour la plus grande partie de l'année, les campements

se divisent en très petits groupes exploitant les pâturages ou les champs de graminées sauvages, et sont isolés, dépourvus de moyen de transport, sans personne pour conduire un malade vers un endroit où il pourrait être traité.

La naissance suit le même modèle décentralisé, sans spécialiste. Le concept d'accoucheuse traditionnelle (sur lequel reposent tant de programmes gouvernementaux de soins de santé primaires) est absent de la coutume, ici comme chez d'autres populations de la région (par exemple les Peul [Sarah Castle, communication personnelle]). Les femmes tamacheq accouchent assistées par leur mère, une sœur ou une tante. En l'absence d'une proche parente ou d'une personne telle que la « patronne », la servante, ou une femme de forgeron, elles accouchent seules. Une femme qui s'est particulièrement intéressée aux accouchements, ou qui a rencontré de nombreuses situations difficiles dans lesquelles elle a réussi à fournir de l'aide, acquiert peu à peu une renommée comme spécialiste de l'accouchement, mais c'est là l'exception plutôt que la règle, et même alors cette personne n'assistera généralement que les femmes de son propre campement et des campements apparentés proches. Que chaque femme ait quelque compétence, et que très peu soient particulièrement expertes, est une nouvelle indication de l'impact du mode de vie nomade sur le comportement en matière de santé. Un système de santé qui substituerait la compétence d'un petit nombre de spécialistes au commun savoir-faire des femmes laisserait celles-ci dans un délaissement complet pendant tous les mois au cours desquels les campements sont dispersés et isolés ; ce serait probablement un système condamné à l'échec, sauf dans les communautés qui commencent à se sédentariser.

1.4 Besoins de santé de la population

En ce qui concerne les besoins et la demande d'une action de l'AEN dans le domaine de la santé, les résultats de l'étude peuvent être divisés en deux sections : d'abord les besoins qui sont explicitement exprimés par la population, ensuite les contraintes identifiées au terme de l'analyse des profils de maladie. Il faut rappeler, à propos des besoins formulés par la population, que les gens ne peuvent demander que ce qu'ils connaissent déjà, et que répondre aux demandes exprimées n'apporte pas forcément la meilleure solution aux problèmes.

Demandes formulées par la population :

- 1. Davantage de médicaments et à prix plus bas.
- 2. Davantage de personnel de santé, mais en général seulement pour faciliter la disponibilité des médicaments.

- 3. Possibilité de payer en nature les soins médicaux.
- 4. Certains demandaient plus de puits, mais, en général, est peu perçue l'association entre la qualité de l'approvisionnement en eau et la santé.

Besoins de santé révélés par l'enquête :

- 1. Plus d'information sur les traitements à domicile, spécialement pour la diarrhée (solution de réhydratation orale), pour la conjonctivite, le lavage et le nettoyage des blessures.
- 2. Information sur les maladies qui peuvent être facilement traitées par les dispensaires.
- 3. Information sur les types de traitements efficaces (i.e. : les injections ne sont pas toujours nécessaires).
- 4. Informations sur les services disponibles (notamment pour les femmes) et sur leur coût.
- 5. Une forme quelconque de système d'épargne par campement, pour fournir de l'argent liquide à tout moment.
- 6. Accroître l'effectif des femmes dans le personnel de santé, à de modestes niveaux de formation, pour encourager les femmes à prendre contact avec les pratiques modernes en matière de santé.

Un double problème majeur a été identifié : beaucoup, spécialement parmi les femmes sur qui reposent les soins primaires, sont incapables de prendre des décisions informées concernant les actions dans le domaine de la santé, lorsque se présente un problème particulier dans la famille. Et, même capable de prendre des décisions informées, une femme ne peut souvent y donner suite à cause de contraintes économiques, sociales, linguistiques ou pratiques.

L'étude des pratiques sanitaires dans le Gourma a montré que n'était attestée aucune des préconditions à remplir par les services de santé, telles que définies dans l'introduction de ce chapitre. Les services de santé sont dispersés, avec trois dispensaires publics (pour les trois arrondissements parcourus), tous trois mal équipés, sales, manquant des médicaments de base. Les malades, nous a-t-on dit, y sont souvent mal reçus. D'un autre côté, la plupart des personnes enquêtées n'étaient jamais entrées dans un centre de santé, — soit parce que ses services étaient inaccessibles quand elles en avaient eu besoin, ou avaient été perçus comme trop coûteux (beaucoup ne savaient pas qu'alors les soins étaient subventionnés), ou étaient payables en espèces alors que seul un paiement en nature était envisageable, — soit, dans certains cas, parce que leur existence même était ignorée.

Les exceptions à cette situation sont représentées par deux campements proches de services fournis par l'AEN. L'un de ces campements avait un secouriste (tout juste entré en fonction), et le dispensaire mobile de l'AEN, qui existait alors, passait une fois par quinzaine

pour traiter les environs. Le second campement est plus ou moins sédentarisé autour d'un point d'eau (Ebanguimellan), centre d'un grand nombre d'interventions économiques, agricoles, sanitaires et environnementales de l'AEN. Ici un secouriste, formé gratuitement par l'AEN, était très actif, disposait d'un dépôt de médicaments bien fourni (organisé par l'AEN), et il était très sollicité par la population immédiatement environnante. Ces deux campements présentent un profil "haut de gamme" (statut noble), et comptent de puissants chefs de fraction qui entretiennent beaucoup de contacts avec le monde extérieur. Mais, à Ebanguimellan même, un autre campement, de profil "bas de gamme", n'avait jamais utilisé les services du secouriste.

Une intervention sanitaire idéale dans cette aire aurait combiné l'amélioration des services, la formation du personnel, des actions économiques et environnementales destinées à réduire la pauvreté et à augmenter la sécurité alimentaire, l'élévation du niveau d'éducation, l'introduction d'une éducation sanitaire. Tout cela dépassait les ressources et le mandat de l'AEN ; on a donc décidé de concentrer les ressources sur l'éducation sanitaire. D'autres sections de l'AEN intervenaient déjà dans les domaines de l'agriculture, de l'environnement, de l'éducation, de l'alphabétisation fonctionnelle, de sorte que la décision principale devait porter sur le choix entre des dépenses d'infrastructure sanitaire et un effort d'éducation. Il n'y a pas grand intérêt à améliorer cette infrastructure si les personnes qui en ont le plus besoin n'y ont pas accès, que ce soit par ignorance, pauvreté, éloignement, ou du fait de contraintes sociales ou linguistiques, etc. Il est également clair, par ailleurs, qu'il ne suffit pas d'une volonté politique nationale pour aboutir à une amélioration du service, ainsi qu'à des réductions subséquentes de la morbidité et de la mortalité. Il y faut aussi une volonté politique à la base, et une pression de la base en faveur du changement. L'enquête a montré qu'une telle volonté est totalement absente dans le Gourma, et qu'une pression locale pour de meilleurs services ne saurait apparaître tant que la population ne sera pas mieux informée du profit qu'elle pourrait en tirer pour sa santé.

C'est à partir de ces conclusions qu'on a conçu la campagne d'information et de formation de masse (IFM).

2. Une campagne d'information et de formation de masse au Gourma

Dans cette campagne sont intervenues trois composantes majeures, révélées par l'étude des conduites de santé : l'approche des campements, l'éducation sanitaire, l'appel à des ressources locales.

2.1 La façon d'approcher la population

Il a été décidé de suivre étroitement l'approche utilisée pour l'enquête, puisque cette approche avait été couronnée de succès. Il était clair que si l'on essayait de regrouper les gens à l'extérieur de leurs camps, beaucoup de femmes ne pourraient pas venir, et probablement les plus exposées aux risques : les femmes de haut statut qui voyagent rarement, et les femmes pauvres qui n'ont guère de temps disponible, c'est-à-dire les personnes les mieux indiquées pour s'occuper des soins.

La campagne IFM se déroule pendant la saison sèche, au moment où la plupart des campements sont à peu près fixes et regroupés autour des points d'eau. L'équipe chargée de la campagne se rend dans chaque campement établi autour d'un point d'eau, pendant la saison chaude ; elle passe deux ou trois nuits dans chacun, quels que soient la classe sociale ou le groupe ethnique des familles présentes sur les lieux. L'équipe a deux tentes installées à quelque distance l'une de l'autre, l'une pour les hommes et l'autre pour les femmes. Bien que l'essentiel des soins de santé primaires incombe aux femmes, les hommes prennent les décisions relatives tant aux déplacements pour motif de santé qu'aux dépenses ; pour cette raison, il est important qu'ils entendent le même message que les femmes. En outre, l'enquête précédente avait montré que peu d'informations passait entre hommes et femmes. Pour être sûre que chaque personne entendrait ce que l'équipe avait à dire, celle-ci devait donc s'adresser à chacune directement. Dans certains campements, la réticence des hommes à laisser leurs femmes parler avec des étrangers était atténuée par le fait qu'on leur présentait le même matériel didactique. Nous espérons qu'en séparant les sexes on augmenterait aussi la participation et la discussion ultérieure, lorsque les uns et les autres compareraient les messages retenus. Toute personne du camp était en outre bienvenue, à tout moment, dans les tentes de l'équipe, dont les membres faisaient du thé fréquemment, et encourageaient les discussions informelles sur la santé ou sur d'autres sujets.

2.2 L'éducation sanitaire

Le contenu de la campagne était basé sur :

- 1) les données de l'enquête,
- 2) les préoccupations générales du personnel de santé de l'AEN et des services de santé locaux,
- 3) des idées pour lever certaines des contraintes identifiées par l'enquête.

L'activité de la campagne consistait surtout à communiquer des informations, mais il y avait place aussi pour des démonstrations

pratiques de préparation de la solution sucrée-salée (réhydratation par voie orale), ou de nettoyage des plaies. Certaines idées pratiques étaient aussi suggérées. Dans la campagne pilote, quelques soins primaires étaient fournis par les professionnels de santé intégrés à l'équipe, comme preuve de bonnes dispositions. Cependant, cette activité a failli désorganiser la campagne, vers la fin de la saison, parce que les malades commençaient à arriver de tous les campements avoisinants, et comme on l'a dit dans l'équipe « nous devenions un hôpital mobile ». Dans le futur, aucun soin médical ne devrait être fourni, sauf en cas d'urgence et à la discrétion de l'équipe.

2.2.1 Sujets présentés

Sept sujets étaient abordés, chacun occupant deux ou trois heures de présentation et de discussion :

1. La diarrhée et la réhydratation orale.
2. Les causes et le traitement du paludisme.
3. La grossesse et la naissance.
4. L'organisation des services de santé publics.
5. Les caisses de campement.
6. La cause et la prévention du ver de Guinée.
7. La vaccination des enfants.

A l'exception de la présentation de la grossesse, les hommes et les femmes recevaient les mêmes informations. Pour les hommes, les détails et les problèmes de l'accouchement étaient omis, mais ils recevaient une information sur l'alimentation et la prophylaxie du paludisme pendant la grossesse, ainsi que sur la nécessité d'évacuer les femmes ayant des problèmes sérieux.

2.2.2 Méthodes de présentation

Les présentations audio-visuelles utilisaient des scénarios enregistrés sur cassettes ainsi qu'une série de dessins préparés, pour chacun des thèmes, par un artiste local, et ce matériel était utilisé comme base de discussion. Nous demandions aussi aux participants de décrire leur façon de traiter les maladies ainsi que leur perception des causes, et les réponses étaient notées. L'équipe s'efforçait alors de bien faire comprendre qu'elle ne méprisait ni les médicaments ni les remèdes traditionnels, et qu'elle était là pour offrir de nouvelles idées et de nouveaux traitements, pas pour évincer les compétences des femmes du lieu. Procédant ainsi, nous pensions contribuer en même temps à la préparation des campagnes ultérieures. Pour la réhydratation orale, des

démonstrations étaient organisées, et si des enfants souffrant de diarrhée se présentaient pour être traités, leurs propres mères préparaient la solution en exécutant les consignes.

2.3 La mise en valeur de ressources locales

L'un des objectifs à long terme de la campagne IFM était de convaincre les campements de désigner en leur sein une ou deux personnes, de préférence des femmes, pour recevoir plus tard une information et une formation un peu plus détaillées ; ces femmes seraient formées auprès du point d'eau en utilisant un matériel conçu pour des illettrés. Elles ne deviendraient pas aussi spécialisées que les « secouristes » ou les « matrones », mais auraient plus de connaissance de la médecine moderne que ce que l'on peut espérer transmettre en une seule campagne d'IFM.

Pour tout un ensemble de raisons, former beaucoup de personnes à un niveau très modeste était jugé préférable à n'en former que quelques unes à un meilleur niveau. Les femmes sont responsables de la plupart des soins médicaux dans les campements, elles ont déjà des connaissances, des médicaments et une expérience. Les femmes donnent aux enfants l'essentiel des soins qu'ils reçoivent ; tous les problèmes relatifs à la grossesse et à la naissance ne concernent qu'elles. Une formation un peu longue aurait par définition sélectionné des hommes, parce que les femmes ne sont pas libres de s'absenter pour de longues périodes, et parce que leurs familles n'accepteraient pas de les laisser partir dans des villages ou villes éloignés. En saison pluvieuse et froide, lorsque les campements sont dispersés à la recherche de pâturages ou de graminées sauvages à récolter, la probabilité d'avoir accès à une personne formée est faible, et cette dernière ne serait capable de servir que son propre campement. Si, au contraire, chaque campement compte une ou deux personnes formées, beaucoup plus de familles auront accès à des soins améliorés, même à l'époque où les campements se dispersent. L'un des rôles de ces femmes serait d'exposer leurs compétences nouvelles aux autres membres du campement, et de discuter avec ceux-ci de sujets qui relèvent d'un domaine traditionnellement considéré comme le leur par priorité. Un autre avantage est que les femmes voyagent moins que les hommes, et qu'en conséquence elles sont plus souvent présentes pour faire face à un cas de maladie.

Cependant, quand il s'agit de zones qui n'ont antérieurement pas (ou presque pas) eu d'accès aux services de santé modernes, les femmes ne sont pas prêtes à choisir l'une ou l'autre d'entre elles pour une telle formation, parce qu'elles ne peuvent pas en percevoir les avantages, et restent sur la méfiance. On a donc proposé que, dans les points

d'eau isolés, après la campagne IFM, une femme du pays alphabétisée et formée travaille pendant deux ans, fournissant des soins de santé primaires, des soins pré- et post-nataux, une éducation sanitaire, et animant des groupes de discussion, de telle sorte que la population en vienne à identifier, chez elle, les femmes qui recevraient ensuite une formation sanitaire. A Dimamou une femme de ce profil a été installée en novembre 1990.

L'un des obstacles à l'utilisation des services de santé disponibles est la liquidité monétaire. Beaucoup, dans les campements, sont disposés à payer les soins médicaux, mais ils n'ont pas d'argent liquide au moment voulu. Tel est en particulier le cas autour de dispensaires distants de tout marché, comme Ouinarden. Pour surmonter ce problème, l'équipe a proposé la création d'une caisse de campement. Chaque famille du campement verserait un montant fixé par le campement lui-même pour constituer un fonds. Les gens auraient alors le droit de retirer de l'argent de cette caisse pour payer des soins de santé urgents, avec, pour seule obligation, celle de rembourser la caisse dans le délai d'un mois. L'idée de caisse de camp a été présentée dans les campements, et les possibilités et détails pratiques en ont été discutés avec ceux à qui elle a plu. Nous espérons que cela pourrait stimuler d'autres idées de coopération au sein des campements.

2.4 Succès et échecs de la campagne IFM

La campagne IFM n'a été menée que pendant une phase pilote d'un an (en pratique : de février à juillet 1990). Bien que beaucoup de problèmes aient été rencontrés, elle a été considérée comme un succès suffisant pour qu'on décide de la reprendre en 1991 à un autre point d'eau.

2.4.1 Qualité de l'accueil

L'approche intensive, à petite échelle, a été très appréciée par la population. Cela n'a pas été une grande surprise, parce qu'on l'avait déjà constaté dans l'enquête sur les conduites en matière de santé. La séparation des hommes et des femmes était également importante, comme l'inclusion d'hommes et de femmes dans les équipes d'enquête. Du point de vue de l'AEN, ce style de service n'est pas attractif, parce qu'il demande un gros travail et progresse très lentement. On ne peut couvrir chaque année que l'environnement immédiat d'un point d'eau important. Cependant, toute entreprise moins intensive a peu de chances d'atteindre les mêmes résultats positifs. D'après les agents qui s'occupent d'autres activités de l'AEN à Dimamou, la communauté locale a été favorable à une telle approche, et cette estimation positive

a influé sur d'autres activités, alors qu'auparavant on considérait qu'il était difficile de travailler avec cette population. Evidemment, il est trop tôt pour évaluer à long terme les mérites de cette approche.

2.4.2 Le contenu de l'IFM

Les méthodes de présentation ont obtenu un franc succès, les cassettes étant moins appréciées que les images. Il est apparu que les images devaient être très simples et très précises, de façon à transmettre des messages corrects, bien que les inexactitudes aient eu l'avantage de stimuler la discussion.

Le contenu des présentations a créé des réactions variées. Dans les campagnes futures, les discussions sur les structures des services de santé seront informelles, au cours de conversations, et on ajoutera un thème relatif à l'hygiène (mais plutôt en réponse aux besoins perçus par le personnel de santé qu'à ceux exprimés par la population). Dans certains campements, les femmes ont été choquées par la présentation de la grossesse et de la naissance, et on a dû l'arrêter. Cependant, un peu plus tard, après un jour ou deux passés dans le campement, on est venu demander à l'équipe de passer à nouveau la cassette et de montrer les images. Cet exemple illustre clairement l'un des avantages de l'approche lente et intensive.

2.4.3 Personnel féminin supplémentaire pour les soins

Cette partie de l'expérience n'a pas duré assez longtemps pour permettre une évaluation, mais elle semble avoir été fort appréciée par la communauté et par les autres projets locaux de l'AEN. Le problème est qu'il y a dans toute la région du Gourma très peu de femmes présentant l'âge et les compétences requises, qui acceptent de vivre dans les conditions de la brousse. Il se pourrait que ce soit, pour cette raison pratique, une action impossible à reproduire après quelques campagnes.

3. Les options en matière d'intervention sanitaire

Les autres ONG intervenant au nord du Mali ont choisi des options différentes en matière d'intervention sanitaire. Aucune intervention cependant n'a duré assez pour autoriser une évaluation, et il n'y a pas non plus de données de base sur la situation initiale, permettant de mesurer l'impact. Il semble que des philosophies différentes fondent le choix des stratégies, en fonction de bénéficiaires différents.

3.1 Le rôle des sciences sociales dans la conception du projet IFM

Bien que la campagne IFM soit une action de santé, des professionnels de la santé n'auraient probablement pas été en mesure de la concevoir. Elle est trop lente, trop peu interventionniste, et le seul aspect par lequel elle était acceptable pour les autorités sanitaires locales était qu'on pouvait l'interpréter comme entrant alors dans le cadre de l'Initiative de Bamako, cadre tracé par l'UNICEF et prévoyant que le coût des soins de santé soit transféré directement à la communauté (Kanji 1989). La campagne IFM est originale pour les raisons suivantes.

a) Elle va vers les gens au lieu de demander que les gens viennent à elle. Si l'on se souvient de ce que l'enquête a enseigné, et des échecs d'autres programmes de soins de santé primaires dans des zones nomades (Marty 1984), cette démarche paraît justifiée socialement, même si elle ne l'est pas financièrement. Puisqu'on a établi, par l'étude des conduites de santé, que les soins sont largement le domaine des femmes, mais que les hommes prennent les décisions concernant les déplacements et les dépenses, la campagne IFM essaie de travailler à l'intérieur de cette structure traditionnelle, en procurant de l'information aux personnes des deux sexes. En même temps, elle ouvre des possibilités de changement en suggérant, au sein de la structure sociale locale, des idées qui peuvent être adaptées.

b) Certaines des personnes participant au projet n'ont pas de qualification médicale, mais ont suivi des études supérieures, et sont donc capables d'analyser les contraintes socio-économiques auxquelles fait face la population, au lieu de limiter le regard aux problèmes techniques de santé.

c) La campagne IFM tente de respecter autant que possible les particularités contraignantes du style de vie nomade, en offrant l'information à tout un chacun plutôt qu'à des spécialistes seulement, et en aidant les familles à trouver des solutions peu coûteuses, localement disponibles, aux problèmes de santé, même si ce ne sont pas les traitements les plus rapides ou les plus efficaces.

d) Elle oblige à écouter et à noter ce que la population dit des problèmes de santé et de leur traitement. On essaie de ne rien condamner, mais de fournir des alternatives lorsque nécessaire. Il est essentiel, notamment, de respecter les connaissances traditionnelles des femmes, parce que dispenser des soins est l'un de leurs rôles importants dans la société.

3.2 Différentes stratégies d'intervention sanitaire

Dans le cercle de Douentza, *Save the Children* a concentré ses ressources sur les infrastructures (Alain Pillet, directeur de SCF-UK pour

le Mali, communication personnelle). Se conformant à la stratégie nationale qui se traduit en aides-soignants, secouristes et accoucheuses traditionnelles, cette ONG a formé, partout dans le cercle, beaucoup de personnels de ces « qualifications », et a offert aux autres une formation sur le tas. Elle a reconstruit des dispensaires et des maternités, s'est affiliée à un système d'approvisionnement en médicaments essentiels, a apporté un financement et un appui logistique au programme élargi de vaccination. Cependant, une étude qualitative de la fréquentation des maternités (Touré-Cormont 1989) a montré que la remise en état des infrastructures n'a pas augmenté la demande, en partie parce que les gens étaient mal informés de ce qui était en cours, en partie parce que les formations sanitaires demeurent étrangères aux traditions et au mode de vie des populations locales. Le système national est, en effet, conçu pour des populations sédentaires comptant chez elles des personnes chargées d'aider aux accouchements, et il n'est pas adapté aux groupes qui ignorent ces traditions. Il ne semble pas que les groupes nomades ou semi-nomades qui transitent par Douentza utilisent les services « rénovés » plus qu'ils ne le faisaient avant la remise en état. C'est aussi un système qui interdit l'accès de ses services aux pauvres et aux habitants de villages isolés — la majorité —, parce qu'il leur impose de se déplacer et de payer, alors qu'eux, dont les besoins sont les plus grands, reçoivent le moins d'information sur la façon d'améliorer leur santé par eux-mêmes.

Vision mondiale internationale, à Gao et Menaka, avait une approche différente (Brown et alii 1989, WVI Child Survival Project *Quarterly Reports*), qui, à nouveau, dépend de la perception du problème par un organisme extérieur, mais s'adresse cependant à la population plutôt qu'aux structures. Dans les agglomérations de Gao et de Menaka, dans les villages éloignés et aux points d'eau, les anciens centres de récupération nutritionnelle (CREN) ont été réanimés avec un effort accru d'éducation sanitaire. Ces centres sont ouverts à toutes les femmes, riches ou pauvres, qui ont des enfants de moins de cinq ans. Elles y viennent une fois par mois, paient 100 F CFA, et chaque enfant reçoit 5 kg de rations, après avoir été pesé et mesuré, et après que la mère ait été informée de l'état nutritionnel de son enfant. Les enfants malades sont reçus gratuitement au dispensaire local, financé par la contribution de 100 F CFA. Chaque mère suit une leçon d'éducation sanitaire, pédagogiquement soutenue par les flanellographes du GRAAP. Six thèmes d'éducation sanitaire sont traités au long de l'année, chacun d'eux pendant deux mois. Dans la mesure du possible, les éducateurs sont des femmes, et les leçons sont données dans toutes les langues locales.

Ce programme extensif échappe à beaucoup des critiques qui peuvent être adressées à la lente activité de l'AEN. Juste avant les

événements qui ont commencé en juin 1990, on estimait qu'il concernait environ 30 % des femmes et des enfants de moins de cinq ans dans le cercle de Gao. La fréquentation du CREN est conditionnée par le fait pour l'enfant d'être à jour de ses vaccinations, ceci pour favoriser les relations avec les services de santé. La plupart des CREN sont, en outre, situés à côté d'un dispensaire. Cependant, ce n'est pas vraiment un système de participation. L'éducation est dispensée sous une forme scolaire, laissant très peu de place aux questions ou discussions. Le programme est essentiellement basé sur le constat que beaucoup d'enfants de la région de Gao sont malnutris, et sur la conclusion que les mères manquent d'éducation en matière de soins à donner aux enfants. « Ce programme vise à diminuer l'incidence de la malnutrition, et à diminuer la mortalité et la morbidité dues à la malnutrition » (Brown et alii 1989). Il est probable que la nourriture gratuite a plus d'effet que l'éducation, alors même que cette aide alimentaire signifie que le programme ne peut pas être poursuivi à long terme. Ceux qui n'y ont pas accès maintenant sont probablement ceux qui sont en même temps les plus isolés, les plus ignorants des services disponibles, c'est-à-dire les femmes de haut statut dans les campements qui continuent à nomadiser (celles dont les enfants ont les taux de mortalité les plus élevés, Hill et Randall, 1984).

Autre problème posé par cette approche : elle s'adresse exclusivement aux femmes et concerne essentiellement la santé des enfants. Cela n'est pas la préoccupation majeure des Tamacheq, ni sans doute celle d'autres groupes de la région, qui se sentent surtout concernés par les maladies d'adultes. Les CREN de *Vision Mondiale* se limitent eux-mêmes à un segment de la population, peut-être le plus vulnérable, mais pas le plus important du point de vue économique, qui est ici celui de la survie. Se pose donc la question de savoir jusqu'à quel point ce programme s'attaque aux problèmes de la santé dans leur ensemble, et prépare un changement à long terme.

Conclusion

Intensive et non technique, la campagne IFM dans le Gourma représente une approche inhabituelle pour une intervention sanitaire. Cette approche a été adoptée parce que des études de sciences sociales suggéraient que des interventions plus médicales auraient peu de succès. De fait, l'enquête sur les conduites de santé a montré que la population tamacheq du Gourma avait, pour toutes sortes de raisons, peu de contact avec les services sanitaires. La recherche démographique quantitative avait imputé à des déterminants sociaux plutôt qu'économiques les

différences de mortalité, et montré que la mortalité des adultes était relativement plus forte que la mortalité infantile et juvénile. L'approche à petite échelle, intensive et qualitative, de l'étude sur les pratiques sanitaires a si bien réussi non seulement à recueillir une information de bonne qualité, mais encore à créer un rapport avec une population circonspecte, que ces acquis ont été utilisés comme base de l'intervention. D'autres expériences ont tenté de fournir des soins de santé à des populations nomades de la zone, en utilisant des hommes formés comme secouristes, mais elles ont échoué (Marty 1984), et une approche différente s'imposait.

Le rôle important des femmes dans les soins de santé traditionnels, les traitements qu'elles utilisent, et ce qui les empêche de recourir tant aux soins modernes qu'à ceux des spécialistes traditionnels, tout cela ne serait pas ressorti d'une simple enquête épidémiologique ou d'un questionnaire structuré. L'utilisation d'interviews semi-structurés et de discussions à bâtons rompus a été déterminante. Autrement, il aurait été impossible de prendre conscience des différentes contraintes et des problèmes qui se posent ; un questionnaire structuré aurait laissé échapper beaucoup d'interrelations capitales entre la vie des Tamacheq et les soins de santé. Une enquête plus quantitative aurait peut-être conclu qu'il y avait une demande pour un plus grand nombre de dispensaires. Cependant, l'information qualitative manifeste que cette demande est extrêmement vague, et qu'il y a beaucoup d'obstacles à lever avant que l'investissement dans l'amélioration des infrastructures se traduise par une élévation de l'état de santé de cette population. L'analyse des conduites de santé a montré que le concept de « médecine traditionnelle » doit être compris comme recouvrant l'ensemble du système de soins, et pas seulement les médicaments, les remèdes et les croyances concernant l'étiologie et la cure. Cette conception élargie de la médecine traditionnelle est essentielle si l'on veut aborder sérieusement les problèmes de santé auxquels doit faire face la population du Gourma, et il est clair que les améliorations habituelles des infrastructures n'aideront guère les groupes nomades ou semi-nomades établis dans la région.

La philosophie qui inspire la campagne IFM est d'aider les gens à prendre des décisions éclairées sur la forme de traitement qu'ils préfèrent, et à se rendre capables d'agir conformément à ces décisions. Ce n'est en aucune façon une tentative pour imposer la médecine moderne ou ses agents de santé. En fournissant de l'information sur la façon dont le système de santé public fonctionne, sur les maladies qu'il traite le mieux, sur les prix, sur les traitements domestiques efficaces, la campagne IFM augmente l'éventail du choix des actions. Personne ne saurait se décider en faveur d'actions dont la portée est

inconnue ou méconnue. En pratique, cependant, un contact générant l'information conduit à la familiarité et à l'acceptabilité, d'où l'idée de placer une femme apte à travailler utilement pendant deux ans dans les zones couvertes par la campagne IFM. Son rôle est de prolonger les effets de la campagne IFM, de démontrer pratiquement ce que la médecine moderne peut faire, d'encourager les femmes du lieu à croire en elles-mêmes et à envisager que des membres de la communauté soient eux-mêmes formés. Il n'est pas question d'aider les gens à prendre des décisions lucides s'ils ne sont pas en mesure d'agir selon ces décisions.

Par l'information et par un meilleur accès aux soins, l'ambition essentielle de la campagne IFM est donc de rendre son pouvoir à une population démunie. Il n'est pas évident que d'autres types d'interventions sanitaires soient capables d'œuvrer à une telle restauration. Des programmes qui se consacrent entièrement aux infrastructures conviennent uniquement à ceux qui, souhaitant utiliser les services de santé, ne le peuvent pas. Mais, là où on ignore tout de ces services, leur amélioration ne signifie rien.

RÉFÉRENCES

- BERMAN Peter, D.R GWATKIN, S.E. BURGER (1987) : « Community based health workers, head start or false start towards health for all », *Soc. Sc. Med.* 25 (5) 443-59, 1987.
- BROWN R., M. N'DIAYE, P. TURNER (1989) : « World Vision Mali », *7th Region Child Survival Project, Detailed Implementation Plan*, WVI Bamako, 1989.
- BRUNET-JAILLY J. (1989) : *Etudes de cas sur le fonctionnement du système de santé au Mali*, INRSP, Bamako, janvier 1989.
- CALDWELL J.C. (1989) : « Routes to low mortality in poor countries », in J.C. Caldwell, G. Santow (eds) *Selected Readings in the cultural, social and behavioral determinants of health*, Health Transition Series, n° 1, ANU, Canberra, 1989.
- CLELAND J., J. VAN GINNEKEN (1988) : « Maternal education and child survival in developing countries, the search for pathways of influence », *Soc. Sci. Med.*, 27, 12, 1988.
- HILL A.G. (ed) (1985) : *Population, health and nutrition in the Sabel*, Kegan Paul International, London, 1985.
- HILL A.G., RANDALL S. (1984) : « Différences géographiques et sociales dans la mortalité infantile et juvénile au Mali », *Population*, 39, 6, 1984.
- KANJI N. (1989) : « Charging for drugs in Africa, UNICEF's Bamako Initiative », *Health Policy and Planning*, 4 (2), 110-120, 1989.
- MARTY Maryse (1984) : *Soins de santé primaires et mouvement coopératif Gao-Mali*, diplôme universitaire d'études de la pratique sociale, Tours, 1984.
- MOSLEY V.H. (1989) : « Will primary health care reduce infant and child mortality ? A critique of some current strategies with special reference to Africa and Asia », in CALDWELL & SANTOW (eds), op. cit.
- RANDALL S. (1984) : *A comparative demographic study of three sabelian populations, marriage and childcare as intermediate determinants of fertility and mortality*, PhD thesis, University of London, 1984.
- RANDALL S., DIAKITÉ B.D., PAIRAULT C. (1989) : *Etude socio-sanitaire dans le Gourma (1988-89)*, INRSP, Document sciences sociales n° 5, Bamako, 1989.
- SAUERBORN R., NOUGTARA A., DIESFELD H.J. (1989) : « Low utilization of community health workers, results from a household interview survey in Burkina Faso », *Soc. Sci. Med.* 29, 10, 1163-74, 1989.
- TOURÉ-CORMONT C. (1989) : *La fréquentation des maternités, étude menée dans le cercle de Douentza (juin 1989)*, Save the Children Fund (UK), Bamako, 1989.
- WALT G., PERERA M., HEGGENHOUGEN K. (1989) : « Are large scale volunteer community health programmes feasible ? The case of Sri Lanka », *Soc. Sci. Med.* 29, 5, 599-608, 1989.
- WORLD VISION MALI, 7th Region Child Survival Project, *Quarterly Reports*, 1990.
- WORLD VISION MALI, 7th Region Child Survival Project, *Annual Report FY90 p.*