

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

ANNEE ACADEMIQUE 2005-2006

THESE N°

**LOGIQUES DE PRODUCTION ET UTILISATION DES SERVICES
DE SANTE EN MILIEU NOMADE AU MALI :
CAS DE LA COMMUNE DE BER (TOMBOUCTOU)**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/..... 2006

Devant

La Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto – Stomatologie

Par : Mr Mohamed EL MOCTAR

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Membres du jury

**Président du jury : Professeur Alhousseini AG MOHAMED
Membre du jury : Docteur Koniba KEITA
Directeur de thèse : Professeur Abdoulaye AG RHALY
Co-directeurs : Docteur Samba DIOP
Docteur Seydou DOUMBIA**

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO - STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2005 – 2006

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : DRISSA DIALLO – MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ

2^{ème} ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE – MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – MAITRE DE CONFERENCES
AGREGÉ

AGENT COMPTABLE : M^{me} COULIBALY FATOUMATA TALL – CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Alou BA	Ophtalmologie
M. Bocar SALL	Orthopédie – Traumatologie – Secourisme
M. Souleymane SANGARE	Pneumo – phtisiologie
M. Yaya FOFANA	Hématologie
M. Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
M. Balla COULIBALY	Pédiatrie
M. Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
M. Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
M. Mohamed TOURE	Pédiatrie
M. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
M. Aly GUINDO	Gastro - Entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE RT SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
M. Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
M. Abdou Alassane TOURE	Orthopédie – Traumatologie, Chef de D.E.R.
M. Kalilou OUATTARA	Urologie
M. Amadou DOLO	Gynéco – Obstétrique
M. Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
M. Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
M. Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
M. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
M. Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

M. Mamadou TRAORE

Gynéco – Obstétrique

3. MAITRES DE CONFERENCES

M^{me} SY Aïda SOW

Gynéco – Obstétrique

M. Salif DIAKITE

Gynéco - Obstétrique

4. MAITRES ASSISTANTS

M^{me} DIALLO Fatimata S. DIABATE

Gynéco – Obstétrique

M. Sadio YENA

Chirurgie Générale et Thoracique

M. Fillifing SISSOKO

Chirurgie Générale

M. Issa DIARRA

Gynéco - Obstétrique

M. Youssouf COULIBALY

Anesthésie – Réanimation

M. Samba Karim TIMBO

O.R.L.

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

M^{me} Diénéba DOUMBIA

Anesthésie – Réanimation

M. Mamadou L. DIOMBANA

Stomatologie

M. Sékou SIDIBE

Orthopédie – Traumatologie

M. Abdoulaye DIALLO

Anesthésie – Réanimation

M. Tiéman COULIBALY

Orthopédie – Traumatologie

M^{me} TRAORE J. THOMAS

Ophtalmologie

M. Nouhoum ONGOIBA

Anatomie & Chirurgie Générale

M. Zanafon OUATTARA

Urologie

M. Zimogo Zié SANOGO

Chirurgie Générale

M. Adama SANGARE

Orthopédie – Traumatologie

M^{me} TOGOLA Fanta KONIPO

O.R.L.

M. Sanoussi BAMANI

Ophtalmologie

M. Doulaye SACKO

Ophtalmologie

M. Ibrahim ALWATA

Orthopédie – Traumatologie

M. Lamine TRAORE

Ophtalmologie

M. Mady MAKALOU

Orthopédie – Traumatologie

M. Aly TEMBELY

Urologie

M. Niani MOUNKORO

Gynécologie – Obstétrique

M. Tiemoko D. COULIBALY

Odontologie

M. Souleymane TOGORA

Odontologie

M. Mohamed KEITA

O.R.L.

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

M. Daouda DIALLO

Chimie Générale & Minérale

M. Siné BAYO

Anatomie – Pathologie – Histoembryologie

M. Amadou DIALLO

Biologie

M. Moussa HARAMA

Chimie Organique

M. Ogobara DOUMBO

Parasitologie – Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Yéniégué Albert DEMBELE

Chimie Organique

M. Anatole TOUNKARA
M. Amadou TOURE
M. Flabou BOUGOUDOGO
M. Amagana DOLO

Immunologie, **Chef de D.E.R.**
Histoembryologie
Bactériologie - Virologie
Parasitologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Bakary M. CISSE
M. Abdourahamane MAIGA
M. Adama DIARRA
M. Mamadou KONE
M. Massa SANOGO

Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie
Chimie Analytique

4. MAITRES ASSISTANTS

M. Mahamadou CISSE
M. Sékou F. M. TRAORE
M. Abdoulaye DABO
M. Abdourahamane TOUNKARA
M. Ibrahim I. MAIGA
M. Moussa Issa DIARRA
M. Kaourou DOUCOURE
M. Bouréma KOURIBA
M. Souleymane DIALLO
M. Cheick Bougadari TRAORE
M. Lassana DOUMBIA

Biologie
Entomologie Médicale
Malacologie, Biologie Animale
Biochimie
Bactériologie – Virologie
Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie – Virologie
Anatomie – Pathologie
Chimie Organique

5. ASSISTANTS

M. Mounirou BABY
M. Mahamadou A. THERA
M. Mangara M. BAGAYOGO
M. Guimogo DOLO
M. Abdoulaye TOURE
M. Djibril SANGARE
M. Moctar DIALLO
M. Boubacar TRAORE

Hématologie
Parasitologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Biologie – Parasitologie
Immunologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdoulaye Ag RHALY
M. Mamadou K. TOURE
M. Mahamane MAIGA
M. Baba KOUMARE
M. Moussa TRAORE
M. Issa TRAORE
M. Mamadou M. KEITA

Médecine Interne
Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, **Chef de D.E.R.**
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie

M. Hamar A. TRAORE
M. Dapa Aly DIALLO
M. Moussa Y. MAIGA

Médecine Interne
Hématologie
Hépto – Gasto – Entérologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Toumani SIDIBE

Pédiatrie

M. Bah KEITA

Pneumo – Phtisiologie

M. Boubacar DIALLO

Cardiologie

M. Somita KEITA

Dermato – Leprologie

M. Abdel Kader TRAORE

Médecine Interne

M. Siaka SIDIBE

Radiologie

M. Mamadou DEMBELE

Médecine Interne

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Mamady KANE

Radiologie

M^{me} Tatiana KEITA

Pédiatrie

M^{me} TRAORE Mariam SYLLA

Pédiatrie

M. Adama D. KEITA

Radiologie

M^{me} SIDIBE Assa TRAORE

Endocrinologie

M^{me} Habibatou DIAWARA

Dermatologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

M. Bou DIAKITE

Psychiatrie

M. Bougouzié SANAGO

Gastro – Entérologie

M. Saharé FONGORO

Néphrologie

M. Bakoroba COULIBALY

Psychiatrie

M. Kassoum SANOGO

Cardiologie

M. Seydou DIAKITE

Cardiologie

M. Mahamadou B. CISSE

Pédiatrie

M. Arouna TOGORA

Psychiatrie

M^{me} DIARRA Assétou SOUCKO

Médecine Interne

M. Boubacar TOGO

Pédiatrie

M. Mahamadou TOURE

Radiologie

M. Idrissa A. CISSE

Dermatologie

M. Mamadou B. DIARRA

Cardiologie

M. Anselme KONATE

Hépto – Gastro – Entérologie

M. Moussa T. DIARRA

Cardiologie

M. Souleymane DIALLO

Pneumologie

M. Souleymane COULIBALY

Psychologie

M. Daouda K. MINTA

Maladies Infectieuses

M. Soungalo DAO

Maladies Infectieuses

5. ASSISTANT

M. Cheick Oumar GUIINTO

Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

M. Boubacar Sidiki CISSE
M. Gaoussou KANOUTE

Toxicologie
Chimie Analytique, **Chef de D.E.R.**

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

M. Ousmane DOUMBIA
M. Drissa DIALLO

Pharmacie Chimique
Matières Médicales

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Boulkassoum HAIDARA
M. Elimane MARIKO

Législation
Pharmacologie

4. MAITRES ASSISTANTS

M. Benoît KOUMARE
M. Alou KEITA
M. Ababacar I. MAIGA
M. Yaya KANE

Chimie Analytique
Galénique
Toxicologie
Galénique

5. ASSISTANTS

M^{me} Rokia SANOGO
M. Saïbou MAIGA
M. Ousmane KOITA

Pharmacognosie
Législation
Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

M. Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

M. Moussa A. MAIGA

Santé Publique

3. MAITRE DE CONFERENCES

M. Sanoussi KONATE

Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

M. Bocar G. TOURE	Santé Publique
M. Adama DIAWARA	Santé Publique
M. Hamadoun SANGHO	Santé Publique
M. Massambou SACKO	Santé Publique
M. Alassane A. DICKO	Santé Publique

5. ASSISTANTS

M. Samba DIOP	Anthropologie Médicale
M. Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
M. Oumar THIERO	Biostatistique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. N'Golo DIARRA	Botanique
M. Bouba DIARRA	Bactériologie
M. Salikou SANOGO	Physique
M. Bokary Y. SACKO	Biochimie
M. Boubacar KANTE	Galénique
M. Souleymane GUINDO	Gestion
M ^{me} DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
M. Modibo DIARRA	Nutrition
M ^{me} MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du milieu
M. Mahamadou TRAORE	Génétique
M. Yaya COULIBALY	Législation

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD	Pathologie Infectieuse
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie

DEDICACES
ET REMERCIEMENTS

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Louange à ALLAH qui a crée la terre et les cieux ainsi que ceux qui se trouvent entre eux ; c'est lui le détenteur du savoir et il le donne à qui il veut.

C'est par sa grâce que nous avons pu réaliser ce travail

DEDICACES

A feu mon père

J'aurai tellement voulu que tu sois encore là.

Ton sens de l'honneur, ton dégoût de l'injustice et de la paresse ont toujours éclairé le chemin de tes enfants.

Merci pour toutes les actions entreprises, qui sont en grande partie la cause de l'admiration, du respect et de la sympathie dont jouissent encore les tiens.

A ma mère

S'il existe une personne à qui je dois tout c'est bien toi, car tu as toujours été avec moi, merci mère pour tous tes sacrifices pour que tes enfants puissent aller à l'école ; merci pour toutes tes bénédictions qui m'ont toujours accompagnées.

Mère, tu es le lien le plus solide qui réuni encore notre famille. Que Dieu te garde longtemps parmi nous !

A mes frères et sœurs

Ce travail est le vôtre.

Ensemble, oeuvrons pour que l'esprit d'union et d'entre aide cher à nos parents perdure à jamais dans la famille.

A mes neveux et nièces, soyez rassurés de mon amour et comptez sur mon soutien et mes conseils.

A ma femme et à ma fille pour le soutien et le bonheur que vous m'avez apportés.

A mes grands-parents

Vos prières n'ont pas été vaines, puisse Dieu vous accueillir dans son Paradis.

A tous mes oncles et à toutes mes tantes : sincères remerciements pour vos conseils et tout votre soutien.

A tous mes cousins et cousines, toute ma gratitude et mon attachement.

A mes beaux-frères et belles sœurs, trouvez ici l'expression de mon amour.

A tous mes amis, pour tous ces souvenirs et les moments de bonheur vécu grâce à vous, retrouvez ici toute ma reconnaissance.

REMERCIEMENTS

Aux partenaires : L'Institut Tropical Suisse (ITS), la Faculté de Berne (Suisse), l'Institut du Sahel (Bamako), La KFPE et la Fondation « Cogito ».

Ce travail est aussi le fruit de votre appui technique et financier.

Au Docteur Jakob Zinsstag, Docteur Bassirou Bonfoh et à Anna Muench.

Aux Autorités sanitaires de la région de Tombouctou.

Vous avez rendu possible ce travail par votre collaboration et votre disponibilité.

Au personnel médical des CSCOM de Ber et Teherdjé.

Merci pour votre soutien.

A Monsieur le maire de la commune de Ber.

Votre simplicité et la disponibilité dont vous avez fait preuve m'ont permis de mener à bien mes travaux dans votre commune. Retrouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A tous les enseignants et personnels de la faculté de médecine.

Nous garderons à l'esprit, les enseignements, les conseils et les encouragements que nous avons reçus de vous. Retrouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A tous mes collègues et médecins : Docteur Soumeyla Maïga, Docteur Mahmoud Ag Inorène, Docteur M.C Koné, Docteur Ahmed Ag Mohamed Aly, Docteur Nasser Elmehdi, Docteur S. A Diallo, Docteur Fatou Berthe.

Amadou Abathina Touré, Nouhoum Guindo, Abdoulahi Ag Zakaria, Attaher Ag Med Ahmed, Moulaye I Haidara, Abdourahmane Ag Mohamedine, Mossa Ag Mohamed, Fousseini Bocoum, Danaya, Halima, Bassirou.

A tous mes camarades d'études et amis : Mohamed Elmoctar Ag Idias, Koureichi Tall, Elmehdi Ag Muphtah, Mamatal Ag

Dahman, Ahmed Ag Dahman, Issa Berthé, Med Elmehdi Ag Attaher, Abdoul Ag Souleymane, Souleimane Ag Alassane.

Aux autorités traditionnelles et communales de Ber, et à travers elles, à toute la population de la commune de Ber.

A mon guide dans le désert : Hammadi,

A mes enquêteurs : Ibrahim boura, Lakine, Hamata, Rigo, Mo....

Aux membres du jury:

A notre maître et président du jury, **Professeur Alhousseini Ag Mohamed**

Professeur titulaire d'Oto Rhino Laryngologie à la faculté de médecine, de pharmacie et d'Odonto Stomatologie, chef de service ORL à l'hôpital Gabriel Touré.

Au cours de votre formation, nous avons été profondément touchés par votre humilité, vos qualités humaines et scientifiques et votre pédagogie exemplaire.

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.

Votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait et vos qualités intellectuelles font de vous un exemple à suivre.

Cher maître, soyez rassuré de notre haute admiration et de notre profond respect.

A notre maître et juge : **Docteur Koniba Keïta** : Spécialiste en chirurgie générale, ex médecin chef du CSCOM de Bankoumana (Cercle de Kati) et ancien chef du service de gynéco-obstétrique à l'hôpital régional de Tombouctou.

Nous avons admiré la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de nous aider à améliorer la qualité de ce travail malgré vos multiples occupations.

Merci de nous avoir fait partager votre expérience.

A notre maître et co-directeur de thèse, **Docteur Samba Diop**, MSc, Ph.D Ecologie humaine, Anthropologie et Ethique publique/Sociétale

Assistant en santé publique, Biostatistique-Epidemiologie et Anthropologie Médicale, professeur chargé de cours d'anthropologie médicale à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto stomatologie.

Cher maître, plus qu'initiateur de ce travail, vous avez été pour nous un compagnon permanent tant par vos encouragements, que par vos suggestions et votre disponibilité ne nous a jamais fait défaut tout au long de ce travail.

Votre souci du travail bien fait, vos qualités humaines et de chercheur attirent, estime et respect.

A notre maître et co-directeur de thèse, **Docteur Seydou Doumbia**, MD, Ph.D, spécialiste en épidémiologie et santé publique

Vos qualités scientifiques, humaines, et votre disponibilité ont été d'un grand apport dans l'élaboration, et l'exécution de ce travail.

A notre maître et directeur de thèse : **Professeur Abdoulaye Ag Rhaly**.

- Professeur titulaire de médecine interne, chargé de cours d'Endocrinologie à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto stomatologie, ancien Directeur Général de l'INRSP, ancien secrétaire général de l'OCCGE.
- Secrétaire permanent du comité national d'éthique pour la santé et les sciences de la vie.
- Chevalier de l'ordre international des palmes académiques du conseil africain et Malgache pour l'enseignement supérieur.

Honorable maître, votre souci pour la formation de vos élèves, votre immense pédagogie et votre humanisme font de vous un

professeur envié et aimé de tous vos élèves. Votre rigueur scientifique, votre souci de l'esprit d'équipe et vos qualités d'homme dévoué à la cause de la recherche scientifique font de vous une référence pour les chercheurs de ce pays.

C'est une fierté pour nous d'avoir été à votre école et un honneur que de vous avoir comme directeur de thèse.

<u>Sommaire</u>	Page
<u>Avant propos</u>	19
<u>I. Généralités</u>	21
1. Situation sanitaire des populations.....	21
2. Utilisation et problèmes des centres de santé.....	22
3. Relation entre le mode de vie de ces populations et leur santé.....	23
4. Problèmes et questions de recherche.....	24
<u>II. Introduction</u>	27
<u>III. Cadre théorique</u>	30
<u>IV. Hypothèses</u>	33
- Hypothèse de départ.....	33
<u>V. Objectifs</u>	33
1. Objectif général.....	33
2. Objectifs spécifiques.....	33
<u>VI. Démarches méthodologiques</u>	34
1. Lieu et période d'étude.....	34
2. Population d'étude.....	34
3. Echantillonnage	35
4. Taille de l'échantillon.....	35
5. Critères d'inclusion.....	36
6. Critères de non inclusion.....	36
7. Critères de retrait	36
8. Techniques d'enquête	36
8.1. Etudes quantitatives.....	36
8.1.a. Entretiens semi directifs standardisés.....	36
8.2 Etudes qualitatives :.....	37
8.2.a entretien de groupe focalisé.....	37
9. Considérations éthiques et déontologiques.....	37
<u>VII. Présentation de la zone d'étude</u>	40
1. Cercle de Tombouctou : Présentation générale.....	40
2. Infrastructures sanitaires.....	42
3. Commune de Ber : Présentation générale.....	43

VIII. Résultats obtenus	49
1. Etude qualitative : Entretien de groupe focalisé : focus group	49
Cas d'un groupe situé dans une aire de santé.....	49
Perceptions des populations sur les centres de santé.....	49
Perception de la maladie et utilisation des centres de santé.....	54
Relation soignant-soignées.....	59
Cas d'un groupe situé en dehors de l'aire de santé.....	60
Implantation des centres de santé.....	60
Ressources humaines au niveau des centres de santé.....	60
Accessibilité des centres de santé.....	61
Coût, disponibilité et qualité des soins.....	62
Les différents recours en fonction des maladies.....	63
Problèmes relatifs à la fréquentation des centres de santé.....	63
Analyse des occurrences et des attributs.....	64
Les attributs.....	64
Les occurrences.....	65
Conclusion.....	68
1.4 Discussion.....	69
2. Etudes quantitatives.....	71
Compilation et analyse des données des consultations internes et externes.....	71
-Données du registre de consultation du CSCOM de Ber.....	71
-Données du registre de consultation du CSCOM de Teherdjé.....	74
-Fréquences des maladies lors des consultations au niveau des sites.....	76
2.2 Données recueillies par les questionnaires(tableaux).....	78
IX. Interprétation et analyses des résultats des tableaux	94
1. Adhésion des populations aux centres de santé.....	94
2. réticences des populations a utiliser les structures de santé.....	94
2.a. Chez la population générale.....	94
2.b. Chez les femmes (mères d'enfants de 0-5 ans).....	96
2.c. Chez les enfants malades.....	97
3. Difficultés et problèmes d'accès aux structures pour les populations.....	99
3.a. Chez la population générale.....	99
3.b. Chez les mères d'enfants.....	100
3.c. Chez les enfants malades.....	101
4. Problèmes rencontrés par le personnel médical	101
4.a. Le personnel médical : Description générale.....	101
4.b. Problèmes rencontrés par le personnel médical.....	102
5. Les maladies les plus fréquentes.....	103
5.a. Au niveau des centres de santé.....	103
5.a.1. CSCOM de Ber.....	104
5.a.2. CSCOM de Teherdjé.....	104
5.b. fréquence des maladies selon les consultations au niveau des sites.....	105
6. Etat de la relation soignants soignés, disponibilité et qualité des soins.....	105
6.a. Au niveau de la population générale.....	105
6.b. Au niveau des enfants malades.....	106

6.c. Au niveau des mères d'enfants.....	106
6.d Les guérisseurs.....	106
<u>Les graphiques</u>	109
XI. <u>Résumé</u>	116
XII. <u>Commentaires et discussions</u>	118
XIII. <u>Conclusion</u>	123
XIV. <u>Recommandations</u>	126
1. Au niveau des structures de santé.....	126
2. Au niveau des populations.....	127
XV. <u>Références bibliographiques</u>	129
Annexes :	132

Liste des abréviations:

ASACO : Association de Santé Communautaire
BCG : Bacille de Calmette et Guérin (vaccin antituberculeux)
CPS : Cellule de Planification Sanitaire
CSA : Centre de Santé d'Arrondissement
CSCOM : Centre de Santé Communautaire
CSRef : Centre de santé de référence
CS : Centre de Santé.
CSA-R : Centre de Santé d'Arrondissement Revitalisé
CPN : Consultation prénatale
CPS : Cellule de Planification pour la Santé
DNSP : Direction Nationale de la Santé Publique
DTC : Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
Dx : Douleur
EDS : Enquête Démographique et de Santé.
ECHO: European Community Humanitarian Office
FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.
FMI : Fond Monétaire International
Hbt : Habitant
HRP : Hématome rétro placentaire
HTA : Hypertension artérielle
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IPC : Infirmier du Premier Cycle
ITS : Institut Tropical Suisse
Km : Kilomètre
MSF : Médecins Sans Frontière
MSSPA : Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Âgées
NCCR: National Centre for Competence in Research
ONG : Organisation Non Gouvernementale
PAS : Programme d'Ajustement Structurel
PEV : Programme élargi de vaccination
Pop : Population
PRODESS : Programme quinquennal de Développement Sanitaire et Social
TS : Technicien de Santé
TSS : Technicien Supérieur de Santé
SLIS : Système Local d'Informations Sanitaires
VSF : Vétérinaire Sans Frontières

Avant propos

Ce travail a été conduit dans le cadre de la recherche sur la santé des Kel tamasheq, Il est le produit de la coopération entre d'une part la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS), Université de Bamako et d'autre part l'Institut Tropical Suisse (ITS), l'Université de Berne et l'Institut du Sahel.

Ces études sur la santé des Kel tamasheq comportent également une composante anthropologique avec une étude sur la signification de la maladie et de la guérison chez les Kel tamasheq menée par Anna Katharina Münch, une composante santé animale sur les connaissances locales des populations sur la transmission des maladies zoonotiques et une étude sur le tableau clinique des femmes/enfants, plateau technique des soins de base (Figure 1)

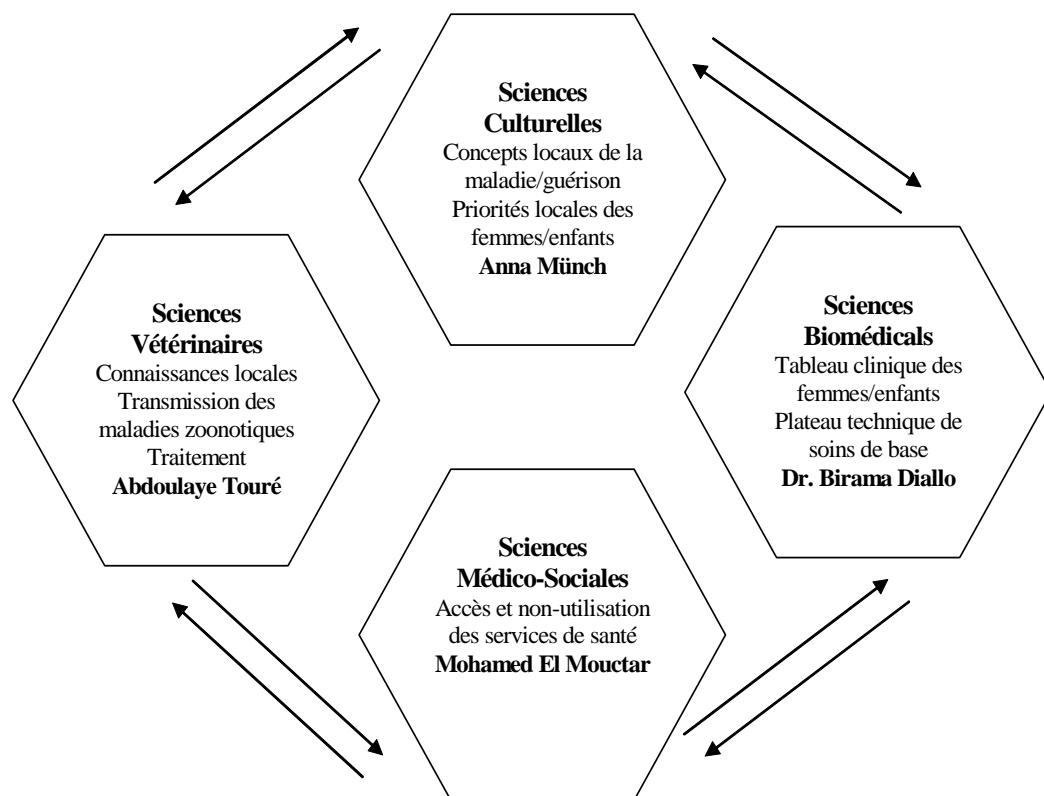


Figure 1 : Approche générale de l'étude.

Les présentes études ont bénéficié de l'appui financier - de la fondation « Cogito », de la KFPE(Commission Suisse pour le Partenariat Scientifique avec les pays en développement)

I

GENERALITES

I. GENERALITES :

En Afrique subsaharienne, les politiques et les systèmes de santé proclament de s'adapter aux conditions sociales (économiques, culturelles) et environnementales, domestiques aux priorités de santé des populations rurales et suburbaines vulnérables (**PRODESS**, 1999) Cependant, l'évaluation de l'utilisation des services de santé (publics, communautaires et privés) a montré qu'un paysan ne les fréquente qu'une fois tous les deux ans (**Johnson**, 1999) Ces résultats sont corroborés par ceux de l'évaluation nationale de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé qui dénonce l'insuffisante association des collectivités ou communautés locales à la définition des politiques et à l'implantation de programmes de santé ou de développement humain local (**PRODESS**, 1999) Ici deviennent plus vulnérables les communautés nomades dont les systèmes de production, de reproduction et de représentations sociales ont été profondément bouleversés, d'une part, par les sécheresses de 1973 et 1983 et, d'autre part, par les conséquences psychosociales et politiques des révoltes de 1968 et de 1990 (**Maïga**, 1997) Ces événements ont provoqué des déplacements et l'exil des populations vers l'Algérie, le Burkina Faso et la Mauritanie. A leur retour dans les années 1995-1996 après la fin de la dernière rébellion, leur réinstallation et leur réinsertion dans le système socio-politique et économique furent difficiles. En effet, ces phénomènes socio-politiques ont accentué l'exode et l'exil en aggravant la vulnérabilité sociale et sanitaire de ces populations pastorales.

1. Situation sanitaire des populations :

En matière de santé, comme par ailleurs au Mali en zone rurale, la zone septentrionale du Mali possède un des taux de mortalité le plus élevé au monde avoisinant les 25 % chez les enfants de moins de 5 ans (**EDSM III**) Le cercle de Tombouctou compte 22 structures sanitaires dont 4 centres de santé communautaire (CSCOM) dans la commune de Ber couvrant seulement 20% des 24 000 personnes que compte présentement cette

commune. A l'instar du reste du pays, les régions du Nord connaissent une situation sanitaire précaire car les rares centres de santé, lorsqu'ils existent, sont généralement mal équipés et manquent souvent de personnel soignant. En effet les services de santé et les ressources humaines ont tendance à se concentrer dans les zones de concentration démographique du pays, 57% des médecins, 47% des infirmiers et 64% des sages-femmes se trouvent à Bamako (**ECHO**, 1999)¹

2. Utilisation et problèmes des centres de santé

L'utilisation des services ne peut avoir une signification effective qu'à une double condition, que les services offerts soient efficaces et que la population en fasse un bon usage.

L'utilisation des services est souvent considérée comme un indicateur de résultat mais elle n'est pas un objectif en soi. Cela est d'autant plus valable lorsque l'on peut douter de l'efficacité des services et lorsque les populations ont très souvent tendance à négliger les conseils et l'observance des ordonnances du personnel de santé.

Les centres de santé communautaire (CSCOM) et les associations de santé communautaire (ASACO) implantés par l'administration connaissent des difficultés de fonctionnement et de pérennisation, ce qui pourrait être dû à un certain nombre de facteurs :

- Il s'agit souvent d'une initiative qui ne provient pas de la communauté, mais qui est importée et presque imposée par une politique de l'administration.
- Il est possible qu'elle ne réponde pas aux nécessités des communautés nomades.
- Le niveau de précarité et de pauvreté des populations du Nord rend leur viabilité économique difficile.
- La densité de la population empêche d'atteindre un nombre minimum de bénéficiaires qui pourraient soutenir dans le futur les CSCOM.
- L'enclavement de nombreuses communautés rend un système de référence très difficile.

¹ ECHO : European Community Humanitarian Office

- L'absence de ressources humaines locales exige un déplacement du personnel originaire d'autres régions, pas toujours motivé, et dont la tendance est de retourner le plus tôt possible à son lieu d'origine.
- Les Méthodes de gestion et de comptabilité complexes requises par les ASACO et les CSCOM dépassent dans la plupart des cas les capacités des communautés du Nord (**ECHO, 1999**)

Les populations nomades sont, par définition, en perpétuel mouvement, cette errance pose le problème d'accessibilité des centres de santé par ces populations. L'accessibilité aux CSCOM/CSA-R dans un rayon de 5 Km au Mali est passée de 41% en 2001 à 44% en 2002. L'accessibilité régionale la plus élevée s'observe à Bamako (95%) et la plus basse à Tombouctou (22%) ; l'accessibilité aux CSCOM/CSA-R dans un rayon de 15 Km au Mali est passée de 66% en 2001 à 68% en 2002, avec l'accessibilité régionale la plus grande à Bamako (95%) et les plus faibles à Tombouctou (27%) (*Tableau 1*)

Tableau 1 : Répartition des populations autour des centres de santé, Tombouctou (**SLIS, 2002**)

CERCLE POP à 15Km	POPULATION	POP à 5Km	% POP à 5Km	POP à15 Km	%
DIRE	84 499	16 017	19	23 544	28
GOUNDAM	137 828	23 042	17	31 836	23
GOURMA-RHAROUS	44 461	15 035	34	25 058	56
NIAFUNKE	128 102	7 463	6	4 975	4
TOMBOUCTOU	72 438	40 808	56	42 156	58
TOMBOUCTOU(région)	467 328	102 365	22	127 569	27
Total Mali	10 766 948	4 687 929	44	7 273 073	68

3. Les relations entre le mode de vie de ces populations et leur de santé

Les facteurs précédemment cités ne suffisent pas, à eux seuls à expliquer le très bas niveau d'utilisation de ces services de santé. Cette situation pouvant être due soit à un souci d'homogénéisation du système de santé, soit à une sous estimation par les autorités de l'importance de la prise en compte des réalités et des besoins réels des populations en matière d'élaboration d'un système de santé. Le mode de vie, basé essentiellement sur le nomadisme fait que ces populations vivent très souvent éloignées des centres de santé.

Ainsi l'environnement, le mode de vie et la promiscuité avec leurs animaux constituent des sources de morbidité pour ces populations :

- i) la proximité des animaux,
- ii) une alimentation riche en lait,
- iii) une mobilité et une dispersion avec des difficultés d'obtention et de suivi de soins de santé,
- iv) un environnement spécial (chaleur, sécheresse et poussière)
- v) et les facteurs socio-économiques et culturels y compris l'existence ou l'absence de guérisseurs traditionnels. (**Swift et al.** 1990)

Par ailleurs, les conceptions de la maladie et de la guérison, particuliers de ces populations nomades fait que le personnel soignant, souvent étranger, arrive difficilement à répondre de manière satisfaisante aux attentes de ces populations en matière de santé. Ces différents éléments rentrent en ligne de compte et on est en droit de se demander si les services proposés aussi bien dans leur conception, que dans leur mode de fonctionnement, sont une réponse adéquate aux problèmes de santé en milieu nomade ?

En effet, force est de constater que, malgré les efforts des autorités en vue d'apporter des solutions aux problèmes de santé de ces populations, les centres de santé implantés dans ces zones connaissent, comme ceux implantés en milieu rural, des problèmes liés à leur sous fréquentation, tandis que les populations demeurent toujours très exposées et vulnérables.

4. Problèmes ou question de recherche :

La cause serait-elle imputable à l'insularité biomédicale de la santé publique, de l'épidémiologie ou de la recherche publique africaine en santé, en particulier au Mali (**Gruénais**, 2001 ; **Massé**, 2001) ? ou à la marginalisation des devis qualitatifs réflexifs des sciences sociales (**Coulibaly et Keïta**, 1996 ; **Diop**, 2000 ; **Diop**, 2001 ; **William et al.**, 2002)² ou alors à l'occultation de l'influence des facteurs ou dynamiques sociales

² L'élitisme biomédical de la politique de santé a conduit par l'évacuation des approches compréhensives dans la définition des politiques et des systèmes de santé ou dans l'analyse des problèmes de santé des populations.

(économiques et culturelles), environnementaux ou idéologiques locales (**Maiga**, 1997 ; **Hureiki**, 2000)

Une bonne analyse permet néanmoins de se rendre compte qu'il n'existe pas à proprement parler une politique de santé adaptée à ces populations et à leur mode de vie particulier. Les nomades mènent une vie faite de déplacement tout au long de l'année, et au Mali l'existence d'une politique de santé, quasi-commune mieux adaptée aux réalités des populations sédentaires ou semi sédentaires, pose le problème d'absence de système de santé flexible, capable de s'adapter en fonction des spécificités des populations concernées.

En effet, le problème de mise à profit effectif des services de santé disponibles par les populations nomades est commun à de nombreux pays. A titre d'exemple, au Tchad des études ont montré que, pour une meilleure efficacité, les soins de santé doivent être accompagnés de soins vétérinaires aux animaux des populations nomades, qui sont ainsi doublement intéressées, donc plus coopératives et disponibles (**Wyss et al.** 2002)

L'action sanitaire en milieu nomade doit être perçue comme un phénomène dynamique et flexible permettant la mise en œuvre des adaptations. C'est un processus de recherche-action dont l'objectif est de rapprocher le système de santé des populations, en particulier celles qui sont d'accès difficile.

Cette approche doit aboutir à des voies d'action possibles avec la réalisation d'évaluations permanentes suivies d'applications des mesures correctives nécessaires (**MSSPA**, 1993) C'est pourquoi nous avons décidé de mener cette étude sur les facteurs sociaux (économiques, culturels) et environnementaux qui influencent l'utilisation des services de santé par les populations nomades tels que les Kel-Tamasheq. Nous analyserons les logiques de production ainsi que l'utilisation des dits services locaux (**Massé**, 2001)

II

INTRODUCTION

II : Introduction

Le Mali, pays en voie de développement, a connu un certain nombre de difficultés, notamment celles sociopolitiques liées aux soulèvements populaires de mars 1991 et de la rébellion Touareg de 1992-1996. Aggravées par les avatars des programmes d'ajustement structurel (PAS) des institutions financières internationales comme la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International (FMI), ces crises ont davantage fragilisé les populations en situation de déficit chronique de ressources comme les communautés sahariennes de Tombouctou.

Dans cette région comme à Gao et à Kidal, où les populations vivent souvent sous le seuil de la pauvreté et dans des conditions environnementales extrêmes ; la santé des femmes et des enfants est soumise à de dures épreuves. Ce phénomène influence la situation sanitaire de ces populations vulnérables qui plus est, fréquentent peu les services de santé.

Ce déficit de recours aux établissements de soins de santé pourrait s'expliquer par une multitude de facteurs : les uns liés aux systèmes de santé proposés et les autres liés aux modes de vie et de pensée des populations intéressées.

Plusieurs études ont été menées à ce sujet pour tenter de comprendre les causes de ce phénomène de faible utilisation des services de soins de santé en milieu nomade. Est-ce dû au système de santé proposé ? Ces études se sont-elles intéressées aux contextes sociaux (économiques et culturels), idéologiques et écologiques de ces populations nomades, spécifiquement en matière de besoins, de demandes et d'offres en santé ?

Le statut sanitaire des pasteurs nomades du Sahara, assez mal connu à notre avis, pose un besoin crucial d'informations sur le contexte afin de mieux définir les besoins et les priorités sanitaires de ces communautés frappées par de profondes inégalités sanitaires (**Daugla et al.** 2003)

L'insuffisance de telles études se traduit par le développement des incohérences politico sanitaires (**Fokou et al.** 2004)

Au Tchad, des études ont montré que, pour une meilleure efficacité, les soins de santé doivent être accompagnés de soins vétérinaires aux animaux des populations nomades, qui sont ainsi doublement intéressées, donc plus coopératives et disponibles (**Wyss et al.**, 2002)

Au Niger, l'utilisation d'équipes mobiles pour la vaccination a permis d'enregistrer des taux de couverture vaccinale de 40% pour le BCG(bacille Calmette-Guérin) pour les enfants de moins d'un an, 54% pour le DTC3 (Diphtérie Tétanos Coqueluche) et 35% des enfants ont été protégés contre le tétanos néonatal (**Aliou**, 1992)

En ce qui concerne le Mali, nous avons constaté une fréquentation relativement réduite des centres de santé implantés en milieu nomade, ainsi dans le cercle de Tombouctou, au niveau des centres de santé implantés en milieu nomade le taux de fréquentation est de l'ordre de 26% (*Annexe D*)³ Ces résultats se rapprochent de ceux retrouvés au niveau du cercle de Goundam avec un taux de fréquentation de 21% (**MSSPA. DNSP**, 1993)

Au niveau des autres centres de santé non implantés en milieu nomade le taux de fréquentation avoisine les 40%(*Annexe C*)⁴

Pour ces différentes raisons, nous avons mené une étude relative aux logiques de production et l'utilisation des services de santé en milieu nomade dans la commune de Ber, région de Tombouctou au Mali.

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un partenariat de recherche entre l'Institut des études islamiques et de philologie orientale de l'Université de Berne (IEIPO, Suisse), le Département de santé publique et d'épidémiologie de l'Institut tropical suisse et, les UER Ecologie humaine, anthropologie et éthique/bioéthique et, Epidémiologie au sein du Département de santé publique, Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie, Université de Bamako.

³ Direction régionale de la santé, Tombouctou (SLIS, 2005)

⁴ Direction régionale de la santé, Tombouctou (SLIS, 2005)

III

CADRE THEORIQUE

III. Cadre théorique

Au Mali, la politique sectorielle de santé repose sur une décentralisation de systèmes de soins basée sur la garantie des soins de santé primaires assurée par des centres de santé (publics, communautaires, privés ou confessionnels) (**Gruénais**, 2001) Cette politique semble occulter, ou du moins, sous-estimer l'importance des différents modes de vie et de représentations sociales des populations locales. La question qui nous préoccupe ici réside dans le constat général d'une faible fréquentation des services de santé (publics, privés ou communautaires) par les populations locales (**Johnson**, 1999)

En effet, l'insuffisance d'études approfondies sur les besoins, les attentes et la notion même de maladie de ces populations rendent difficile une prise en compte effective des réalités locales. Les populations présentent de nombreuses spécificités telles leur mode de vie nomade, leur attitude de méfiance et souvent même de rejet de tout ce qui est étranger. Ces populations passent toute l'année à chercher les meilleurs pâturages pour leurs animaux, les malades se retrouvant souvent à des dizaines ou des centaines de kilomètres du centre de santé le plus proche rendant ainsi difficile, voir impossible, toute utilisation des quelques rares centres de santé pour des superficies de l'ordre de 496 611 km² où sont réparties un petit nombre d'individu donnant ainsi une très faible densité de la population de l'ordre 1,8 habitant/km². (*Figure 2*)

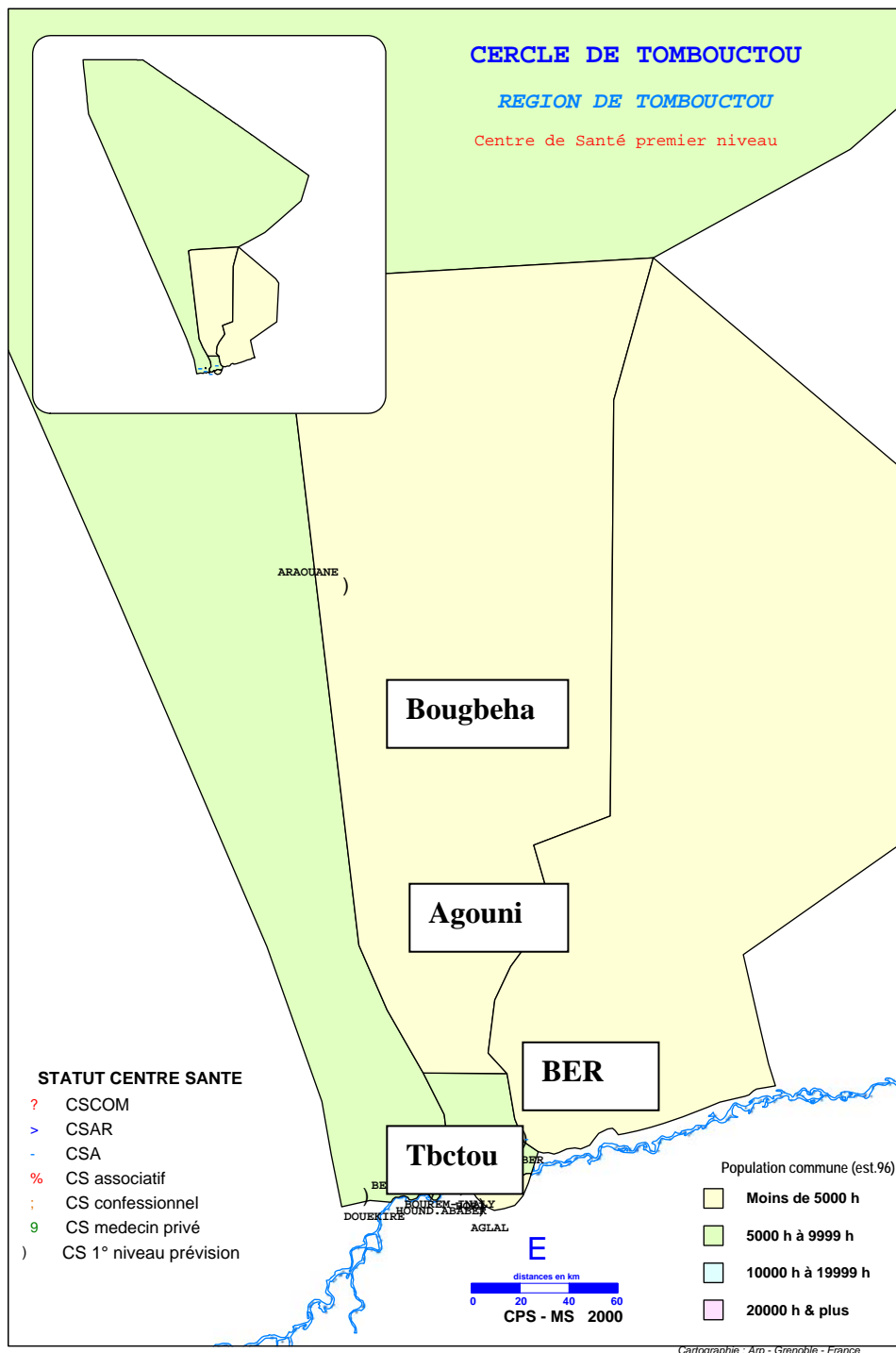


Figure 2: Carte sanitaire du cercle de Tombouctou. (source : **CPS-MS 2000**)

L'analyse de ce phénomène implique à notre sens une prise en compte de plusieurs éléments interdépendants les uns des autres tels : les conditions environnementales, les modes de production et de reproduction des nomades et les valeurs morales, éthiques et spirituelles, matrice de la notion de personne, de communauté et des rapports à l'altérité, à la santé, à la maladie et à la guérison (**Hureiki**, 2000)

Organisés et orientés pour promouvoir l'accessibilité des soins de santé primaires aux populations résidentes dans un rayon de 15 km, ces infrastructures socio-sanitaires arrivent difficilement à faire face à la prise en charge des cas graves et à leur évacuation rapide et sécuritaire vers des centres de santé de référence, ce qui pose de réels soucis aux personnes, ménages et communautés nomades.

En effet, de tels évènements dramatiques renvoient à des contraintes sociales telles l'abandon de leurs foyers et animaux ou à l'obligation d'un déplacement familial (femme, enfants et troupeaux) Nous pensons que de tels paramètres influencent leurs systèmes d'évaluation de la gravité ou du caractère bénin d'une pathologie à une autre et favoriseraient leur recours aux médicaments traditionnelles.

Il convient de rappeler que pour le nomade, principalement masculin, être malade ou se déclarer comme tel peut renvoyer à de la faiblesse morale, à savoir dégradant. Aussi, est-il assez courant qu'il ne déclare pas sa maladie, en particulier celle qui touche ses organes génitaux ou à sa sexualité. Qui plus est, la qualité ou le statut du praticien influence encore davantage ses décisions de recours ou de non recours aux soins. En outre, le fait de recourir aux soins de santé modernes oblige le nomade à se « dévoiler » et même souvent à se mettre à nu et cela pour qui connaît la pudeur de ces populations est presque inconcevable.

Les caractéristiques même des populations nomades, à savoir la mobilité et la dispersion semblent être un frein à l'efficacité des centres de santé proposés, ce qui nous ramène à la question de savoir si ces centres de santé et leur mode de fonctionnement sont une réponse efficace aux problèmes de santé de ces populations.

IV. Hypothèse

L'inadaptation des services de santé aux besoins de santé, aux valeurs sociales (économiques et culturelles) et au mode de vie des populations nomades incombe aux logiques de leur production ainsi qu'au déficit d'association de ces populations à l'élaboration des programmes de santé en fonction ou non de leurs valeurs culturelles.

Hypothèses de départ :

- L'éloignement des centres de santé
- Le mode de vie des populations (nomadisme, dispersion des populations....)
- Le coût des soins

V. Objectifs

1. Objectif général

Comprendre les raisons de la faible fréquentation des services de santé par les populations nomades.

2. Objectifs spécifiques

- Comprendre les raisons de la réticence et les difficultés des populations nomades à accéder aux soins de santé proposés.
- Evaluer les activités (nombre de consultations curatives, type et provenance des malades, et les pathologies les plus fréquentes) au niveau de deux centres de santé de la commune de Ber
- Recenser les pathologies les plus courantes au niveau des populations.
- Evaluer l'état de la relation soignant- soignés, la disponibilité et la qualité des soins au niveau des centres de santé.

VI. Démarche méthodologique

1. Lieu et période d'étude :

Le cercle de Tombouctou compte 85.593 habitants repartis entre 6 communes dont 5 rurales (Alafia, Ber, Bourem Inaly, Lafia et Salam) et une commune urbaine (Tombouctou) Ces communes sont composé de 21 villages et 69 fractions. La densité est de moins d'un habitant au km². Le mouvement des populations est marqué par le nomadisme (43%)

Les ethnies dominantes sont : Songhoi, Tamasheq, Maure, Peul, Bozo.....

La commune de Ber située à 60 km de Tombouctou, couvre une superficie de 90.000 km², est constituée de 24.000 personnes reparties en 15 fractions plus le village de Ber. Les enquêtes se sont déroulées dans deux centres de santé que sont le CSCOM de Ber et celui de Teherdjé, dans le village de Ber, et au sein des campements nomades dans la commune de Ber notamment au niveau des sites⁵ : Tabakarte, Tin Ibrahim, Téherdjé, Erintadjest, et Intikewane. L'étude s'est déroulée sur une période de 3 mois, allant d'Octobre à Décembre 2005.

2. Population d'étude :

Le personnel médical des 2 centres de santé, CSCOM de Ber(1 infirmier d'état, 1 gestionnaire de pharmacie, 1 aide soignant, 1 matrone) le CSCOM de Teherdjé (1 infirmier d'état et 1 aide soignant), les guérisseurs, et les populations nomades vivant dans la commune de Ber, en particulier les mères d'enfant de 0 à 5 ans et les enfants malades. Ces populations sont regroupées sous forme de campement d'environ 3-5 familles de 5 à 7 personnes chacune, soit 25 à 35 individus par campement. Les familles forment un campement de 4- 6 tentes regroupées autour d'un chef généralement l'aîné; ces populations vivent avec leurs animaux aux alentours d'un point d'eau.

Les enquêtes se sont déroulés au niveau de 14 campements (Tidjani, Hataï, Med Assaleh, Zeit hachim, Ibrahim, Dagwarimodraz, Ifadahite, Bouba,

⁵ Annexe F : Coordonnées GPS des différents sites

Alkharère, Hounana, Ibilal, Ousman, Ahmadou, Inbikelen) et 3 villages (Ber, Teherdjé et Erintadjefte)

3. Echantillonnage

Le choix des six sites d'étude sur les 17 sites a été effectué de façon aléatoire, ainsi en prenant la ville de Ber comme centre du rayon d'étude nous avons :

De 0- 5 km: le site de Ber

De 6-10 km: Tabakart

De 11- 15 km: Tin Ibrahim

De 16-30 km: Téherdjé, Erintadjeft,

Plus de 30 km: Intikewane

Pour le choix aléatoire des sites, on a procédé à un tirage aléatoire avec le programme « Excel » en attribuant un numéro à chaque site.

4. Taille de l'échantillon

La Population totale de la commune de Ber est estimée à environs 24 000 habitants. Avec un taux de fréquentation attendu: 21 %, une précision de 5% et un seuil alpha de 5%, la taille minimale représentative de cette population est 252.

Ce nombre a été reparti entre les différents sites, ainsi nous avons eu :

- Tabakarte : population totale : 78 ; personnes interrogées : 45.
- Teherdjé : population totale : 250 ; personnes interrogées : 47.
- Erintadjefte : population totale : 100, personnes interrogées : 46.
- Tin ibrahim : population totale : 150 ; personnes interrogées 78.
- Intikewen : population totale : 80, personnes interrogées : 55
- Village de Ber : population totale : environ 1000, personnes interrogées : 83

Procédure de sélection des sujets sur les sites: tirage aléatoire des campements.

Ainsi un total de 354 entretiens individuels ont été effectués, parmi lesquels : 66 mères d'enfant de 0-5 ans, 49 enfants malades, 237 pour la population générale et le reste entre le personnel médical et les guérisseurs.

5. Critères d'inclusion

Toute personne adulte (> ou = 18 ans) des sites ou campements tirés au sort qui a accepté participer à l'étude. Le personnel médical des deux CSCOM, celui de Ber et celui de Teherdjé.

Les mères d'enfant de 0 à 5 ans et les enfants malades au niveau des deux centres de santé.

6. Critères de non-inclusion

N'a pas fait partie de cette étude, toute personne qui n'a pas accepté y participer

7. Critères de retrait

Au niveau de l'étude quantitative, Les femmes enceintes, qui au départ étaient prévues mais retirées devant la difficulté de trouver des femmes enceintes et leur refus fréquent de répondre aux questions. Au niveau des études qualitatives, L'entretien de groupe ou focus group initialement prévu au niveau des hommes fut impossible à réaliser étant donné la difficulté de réunir un nombre suffisant d'hommes en même temps.

8. Techniques d'enquêtes

8.1 : Etudes quantitatives

8. 1.a Des entretiens semi-directifs standardisés avec :

Un questionnaire pour le personnel médical portant essentiellement sur :

- Les qualifications, la formation, et la motivation du personnel
- Le fonctionnement, la logistique et les problèmes du centre de santé
- Les relations avec les malades et les problèmes rencontrés dans l'exercice de ses fonctions

Un questionnaire informateurs-clés portant surtout sur :

- l'existence, l'accès, la fréquentation des centres de santé et les problèmes rencontrés au centre de santé par les malades

- Les priorités et les conceptions en matière de santé de ces populations

Un questionnaire enfant- malade portant sur :

- les modalités d'accès des enfants malades à la structure de santé
- les problèmes lors de leur prise en charge

Un questionnaire aux mères d'enfant de 0-5 ans portant sur :

- les modalités d'accès de cette frange de la population aux structures de santé.

- Problèmes rencontrés dans l'utilisation des services de santé et l'utilisation faite des services de santé disponibles.

Un questionnaire administré aux guérisseurs : portant sur

- La formation, les domaines d'action et les pratiques des guérisseurs.
- le nombre et le type de leurs patients.

8.2 : Etudes qualitatives

Nous avons réalisé des entretiens individuels et collectifs approfondis libres respectivement auprès des informateurs-clés et des groupes cibles.

9. Considérations éthiques et déontologiques :

Notre présente étude a fait l'objet d'une évaluation éthique du comité d'éthique de la FMPOS, Université de Bamako, avant et pendant l'étude sur le terrain⁶. En arrivant à Tombouctou, nous nous sommes mis en contact avec les autorités sanitaires ainsi que les collectivités territoriales et communales de Ber afin de les informer du but de notre étude ; de prendre les conseils et informations nécessaires pour une bonne exécution de nos activités de recherche. Au niveau des CSCOM de Ber et de Teherdjé, nous avons pris attache avec les chefs de poste de ces structures sanitaires, avec qui j'ai discuté longuement pour expliquer les raisons de ma présence, et de prendre connaissance des réalités du terrain. En revanche, au niveau des centres de santé nous avons mené nos activités d'observations directes et d'entretiens selon la disponibilité et des agents de santé et des patients.

⁶ Rapport en Annexe

Au niveau des populations aussi bien au niveau de Ber, de Teherdjé et des campements, après obtention du consentement volontaire informé des sujets nous avons réalisé nos enquêtes après leur avoir expliqué les buts et objectifs de notre étude sur la problématique de la fréquentation des centres de santé⁷.

Outre nos entrevues et consultations médicales, nous avons prodigué des soins gratuits aux malades rencontrés. Ces soins n'étaient nullement conditionnés à l'acceptation ou au refus de participer à notre étude. Les consultations se déroulaient toujours dans une tente isolée à l'abri des regards compte tenu des valeurs psychosociales des populations locales, notamment des femmes. Dans l'ensemble, nous n'avons pas rencontré de difficultés particulières avec les populations nonobstant le fait d'avoir eu à faire face à une forte demande de soins qui dépassait nos possibilités budgétaires de recherche doctorale thèse d'exercice. Cependant, nous nous sommes efforcés de ne pas donner de faux espoirs à la population quant à une éventuelle continuité de nos activités de terrain⁸.

⁷ Annexe :

⁸ Cependant, notre étude a fait l'objet d'une première rétrocession des résultats de l'étude auprès et des autorités territoriales, communales et sanitaires locales mais également auprès des populations sous étude.

VII

PRESENTATION DE LA ZONE D'ETUDE

VII. Présentation de la zone d'étude ⁹ :

1. Description générale :

Le cercle de Tombouctou appartient à la 6^e région économique du Mali dont il couvre la partie nord entre les 15^e et 25^e parallèle de la latitude Nord. Il couvre une superficie de 347438 km² soit 68,8% de la superficie de la région et 28,02% du pays. Le cercle compte 83 750 habitants repartis dans 6 communes dont cinq (5) rurales et une (1) urbaine. Ces communes sont composées de 21 villages et 69 fractions. La densité est de moins d'un habitant au km². Le mouvement des populations est marqué par le nomadisme (43%)

Les ethnies dominantes de la population sont : les Songhaï, les Tamasheq, les Maures, les Bozo, les Bambara, les peuls. La population flottante souvent importante autour de la commune urbaine et autour des aménagements hydro agricoles est difficile à cerner tant pendant la planification des activités que pendant leur évaluation.

La population sédentaire du cercle est sujette depuis 1973 (année de grande sécheresse) à un fort courant d'exode à cause des conditions de subsistance rendues précaires par les aléas climatiques. Ces mouvements migratoires dans le cercle se présentent sous forme d'émigrations temporaires vers des pays limitrophes. Le déplacement de ces groupes ethniques et sociaux et leur absence des aires de santé pendant de longs mois constituent (en plus des obstacles de terrain), l'une des contraintes à la réalisation d'une couverture sanitaire effective de la population du cercle.

Les principales activités économiques

Agriculture : Principale activité dans les zones sédentaires du cercle, elle est tributaire des aléas climatiques. Les principales cultures sont : mil, riz, blé. Le cercle a été touché par le péril acridien.

Élevage : Caractérisé par la transhumance effectuée d'une part entre le Haoussa et la vallée du fleuve Niger et entre le Gourma et le Haoussa d'autre part au rythme des saisons pluvieuses et des crues du fleuve Niger. Cette activité est exercée essentiellement par les Touareg et les Maures. Le cheptel

⁹ Source : *Synthèse du rapport d'activité 2004 et du plan opérationnel 2005. cercle de Tombouctou centre de santé de référence*

compte essentiellement des ovins, caprins, bovins, camelins, arsins et des équins.

La pêche : Pratiquée par les populations riveraines du fleuve Niger.

Le commerce : Porte essentiellement sur les produits agricoles, les denrées de première nécessité, le bétail. Les produits manufacturés sont surtout disponibles au niveau de la commune de Tombouctou. Les foires les plus importantes du cercle sont celles des chefs - lieux de commune et du village de HondouBomo Koïna.

L'artisanat : Pratiqué surtout par les forgerons Tamasheq qui travaillent : peau, cuir, fer.

2. Infrastructures sanitaires

. **L'hôpital** régional de Tombouctou avec une capacité de 84 lits. Il sert aussi de référence pour les autres structures sanitaires de la région. Actuellement l'hôpital compte au total 9 services fonctionnels, à savoir la médecine, la pédiatrie, l'odontostomatologie, la radiologie, le labo-pharmacie, la gynéco-obstétrique, l'orthopédie, la rééducation fonctionnelle et la chirurgie.

- **Le CSRef** : Construit en 1989 connaît quelques défauts : fissures dans les murs, problèmes importants de plomberie et d'électricité.

- **Les CSCOM** : construits courant 1999, présentent d'énormes problèmes de nos jours, surtout à Bourem Inaly et Kabara, où une reconstruction est nécessaire. L'appui de la commune a permis de refaire la clôture du CSCOM de Ber et d'en assurer l'éclairage de même qu'à Teherdjé et Issafaye.

Personnel : Il est composé de 4 médecins nationaux, 2 médecins cubains, 1 anesthésiste, 1 TSSP, 6 TSS (1 au niveau du CSRef et 5 au niveau des CSCOM), 1 TS, 3 sages - femmes, 2 IO, 11 ATS dont 1 au CSRef et 9 au niveau des CSCOM, 1 comptable, 1 secrétaire, 3 chauffeurs, 15 matrones dont 3 au CSRef et 12 dans les CSCOM, 3 TSAS au niveau du SDSSES, 12 aide - soignants, 2 manœuvres et 1 gardien.

Moyens logistiques : 1 véhicule Hilux 4x4 en état passable, une ambulance 4x4 en bon état, 1 Toyota BJ 75 en état passable, 9 motos DT125 et 3 Yamaha AG 100 répartis comme suit : 2 Motos DT125 pour le CSref, les autres dans les CSCOM. Sur les 11 RACS disponibles ; deux sont en panne.

Tableau 2: Carte sanitaire du cercle de Tombouctou

Situation des aires de santé (à la date du 30 juin 2004)

N° ORD	Nom des aires	POPUL.	DIST/CSREF	FONCTIONNALIT E	OBSERVATIO NS
1	AGLAL	5492	60 km	+	CSAR
2	AGOUNI	3490	35 km	+	CSCom
3	AROUANE	1594	260 km	-*	CSCom
4	ASSIDI	3041	20 km	-*	CSCom
5	BER	6828	60 km	+	CSAR
6	BELLAFARANDI	10275	0 km	-*	CSCom
7	BORI	6391	40 km	+	CSCom
8	BOUREM-INALY	3633	25 km	+	CSAR
9	BOUGBEA	2466	220 km	-*	CSCom
10	ERENTEDJEFT	3518	80 km	-*	CSCom
11	KABARA	3162	9 km	+	CSAR
12	HONDOUBOMO KOINA	6 262	14 km	+	CSCom
13	ISSAFAYE	4 245	45 km	+	CSCom
14	OUDEÏKA	1019	230 km	-*	CSCom mobile
15	TEHARDJE	42 73	47 km	+	CSCom
16	SANKORE	12081	0 km	-*	CSA
17	ZARHO	4432	180 km	+	CSCom
18	NIBKIT-ELK	331	30 km	-*	CSCom
19	Tin telout	475	35 km	-*	CSCom
20	Toya	742	30 km	+	CSCom
TOTAL		83 750			

Parmi les 12 aires opérationnelles :

3 ont un score élevé (B. Inaly, Kabara, Toya)

6 ont un score intermédiaire (Teherdjé, Issafaye , Aglal, Bori, Ber, Hondoubomo Koina)

3 ont un score bas (Zarho, Agounni, Tin telout).

Contraintes :

- Etendue du cercle avec une faible densité (moins d'un hbt/km²) ;
- Dispersion et grande mobilité des populations (nomadisme 43% de la population) ;
- Insuffisance et instabilité du personnel soignant;
- Vétusté des moyens logistiques

Facteurs favorables :

- Existence d'aires potentiellement viables (Kabara, Bourem - Inaly, Aglal, Ber, Issafaye, Bori, Zorho, Teherdjé Hondoubom Koina et Toya)

3. Commune rurale de Ber : Présentation générale.¹⁰

3.1 Présentation générale de la commune :

A l'instar des autres communes rurales du Mali, la commune de Ber est créée en 1999 à la suite du découpage territorial lié à la politique nationale de décentralisation entreprise par l'Etat. Située dans le cercle de Tombouctou, dans la partie Nord – est de la région, la commune rurale de Ber est la plus vaste commune du Mali, avec sa superficie de plus de 80.000 km². Elle est limitée au Nord par la commune rurale de Salam et l'Algérie, à l'Est par la commune de Bamba, cercle de Bourem, au Sud par les communes rurales de Hamzakoma, Rharous(cercle de Gourma Rharous) et Bourem Inaly, à l'Ouest par la commune urbaine de Tombouctou.

La commune est située dans l'aire agro climatique saharo- sahélienne, avec une nette prédominance du climat saharien dans la partie Nord. La commune est confrontée aux rudes épreuves de la sécheresse ; Ici les précipitations sont rares et très irrégulières (cumul annuel en 2002 est de 136 mm contre 68 mm en2003)

La commune est composée de 35 fractions et un village (Ber) peuplés principalement de tamashek (75%) et de maures (25%)

Au recensement de 1998 la population de la commune était de 7.871 habitants (dont 4006 hommes et 3.865 femmes) Avec le retour de la paix qui s'est accompagnée de réalisations sociales (CSCOM, écoles, eau potable) et productifs (plus d'une dizaine de périmètres agricoles etc.) la commune a

¹⁰ Source : Ministère de l'administration territoriale et des collectivités locales

enregistré un fort retour de sa population ; elle est estimée aujourd'hui à plus de 24.000 habitants.

Niveau général de développement de la commune:

Le niveau moyen des revenus des habitants de la commune est faible.

Les principales activités économiques sont : l'élevage, le commerce, l'agriculture, l'artisanat.

L'élevage : il est constitué de bovins, ovins, caprins, chameaux et ânes. C'est l'activité traditionnelle de la population, 70% de la population la pratique. La commune compte aujourd'hui plus de 40 puits pastoraux (dont 30 sont construits entre 2001 et 2003), des parcs de vaccination etc., tout cela atteste que le cheptel occupe une place importante dans l'économie de la localité.

le commerce : Avec ses quatre marchés hebdomadaires(dont un à Ber et Téherdjé), la commune entretient des relations commerciales avec les communes limitrophes, l'Algérie, la Mauritanie, Tombouctou. Le commerce occupe de plus en plus une place importante dans l'économie de la commune.

l'agriculture : Quelques périmètres irrigués à maîtrise d'eau totale (plus de 100ha) ou partielle construits tout au long du fleuve Niger, apportent quelques céréales (riz) pour la consommation locale.

L'artisanat : est principalement pratiquée par les femmes qui en tirent de modestes revenus.

La Santé : la commune compte 4 CSCOM fonctionnels couvrant près de 20% de la population.

L'éducation : la commune dispose de 11 écoles (dont 3 Medersa), 4 sont réellement fonctionnelles. Le taux de scolarisation est de 9% dont 5% de filles. La construction de ces investissements a permis de réduire d'une manière significative les distances qui les séparent des usagers. Le centre de référence est à 60 Km du chef lieu de la commune.

L'hydraulique : la commune dispose d'une adduction d'eau au niveau du chef lieu et de beaucoup de puits à eau potable.

Atouts de développement de la commune:

Les principaux atouts sont :

Les ressources humaines : l'engagement de la population et des ressortissants (opérateurs économiques vivant hors de la commune) à s'investir dans son développement. Il existe 4 entreprises dont les promoteurs sont des citoyens de la commune (qualité des prestations) La population est organisée en regroupement de production (coopérative, associations)

Les ressources naturelles : quelques terres cultivables au bord du Niger, des aires de pâtures, des carrières de matériaux de construction(le « al-hôr » ou calcaire) On note aussi, le début de sédentarisation des populations jadis mobiles, le nombre important du cheptel

Contraintes de développement de la commune:

Les principales sont: - la rigueur du climat : sécheresse, désertification, ensablement -l'étendue du territoire - la pauvreté des populations- le faible niveau de maîtrise des techniques de production : techniques culturales, amélioration de la production de l'élevage, techniques de gestion

- l'analphabétisme : très faible niveau d'instruction de la population (taux de scolarisation estimé à 9%, très peu de personnes alphabétisées dans les organes d'exécution ou de gestion des organisations. - Le nomadisme persistant

3. 2 Présentation générale de la localité de Ber :

Créé en 1958 par un grand maître marabout (Cheik Almounzer), le village est le chef lieu de la commune qui porte son nom. Il est situé à 60 Km à l'Est de Tombouctou. C'était un ex chef lieu d'arrondissement qui fut totalement déserté durant les années d'insécurité (comme toute la commune d'ailleurs). Le village est situé à 7 Km du fleuve, sur une bande ensablée.

Avec le retour de la paix, le village s'est très rapidement développé, constituée principalement de tamasheq et de maures, ayant une culture nomade. Le village est en pleine évolution démographique : les autorités locales l'estiment aujourd'hui à plus de 4.500 habitants. Cela fait que les 5 points d'eau potable ne sont plus suffisants.

Niveau général de développement :

C'est le plus peuplé des localités de la commune ; ici le niveau moyen de revenus est le meilleur que partout ailleurs dans la commune, mais il reste quant même très bas. Le niveau de développement du village peut être apprécié par les paramètres suivants :

un marché hebdomadaire fréquenté par de nombreux commerçants venus de Tombouctou, Algérie, Léré ; une adduction d'eau et 5 puits d'eau potable ; un parc de vaccination, une école de 7 classes et une medersa, bien fréquentées ; un CSCOM fonctionnel, quelques dizaines d'ha de périmètre irrigué, une téléphonie rurale.

Atouts de développement :

Le développement du commerce avec le marché hebdomadaire qui est un important carrefour d'échanges ; l'existence de riches opérateurs économiques ressortissants du village ; ils sont fortement engagés dans son développement ; la sédentarisation qui a permis à la population de s'organiser en associations et en regroupements socio économiques.

Contraintes de développement :

Le déficit pluviométrique chronique, l'emplacement du village qui l'éloigne à 9 Km du fleuve, l'analphabétisme des populations, la faible maîtrise des techniques de production agricole, d'élevage et de gestion des activités, l'augmentation spectaculaire de la population du village n'est pas suivi d'actions d'accompagnement adéquates.

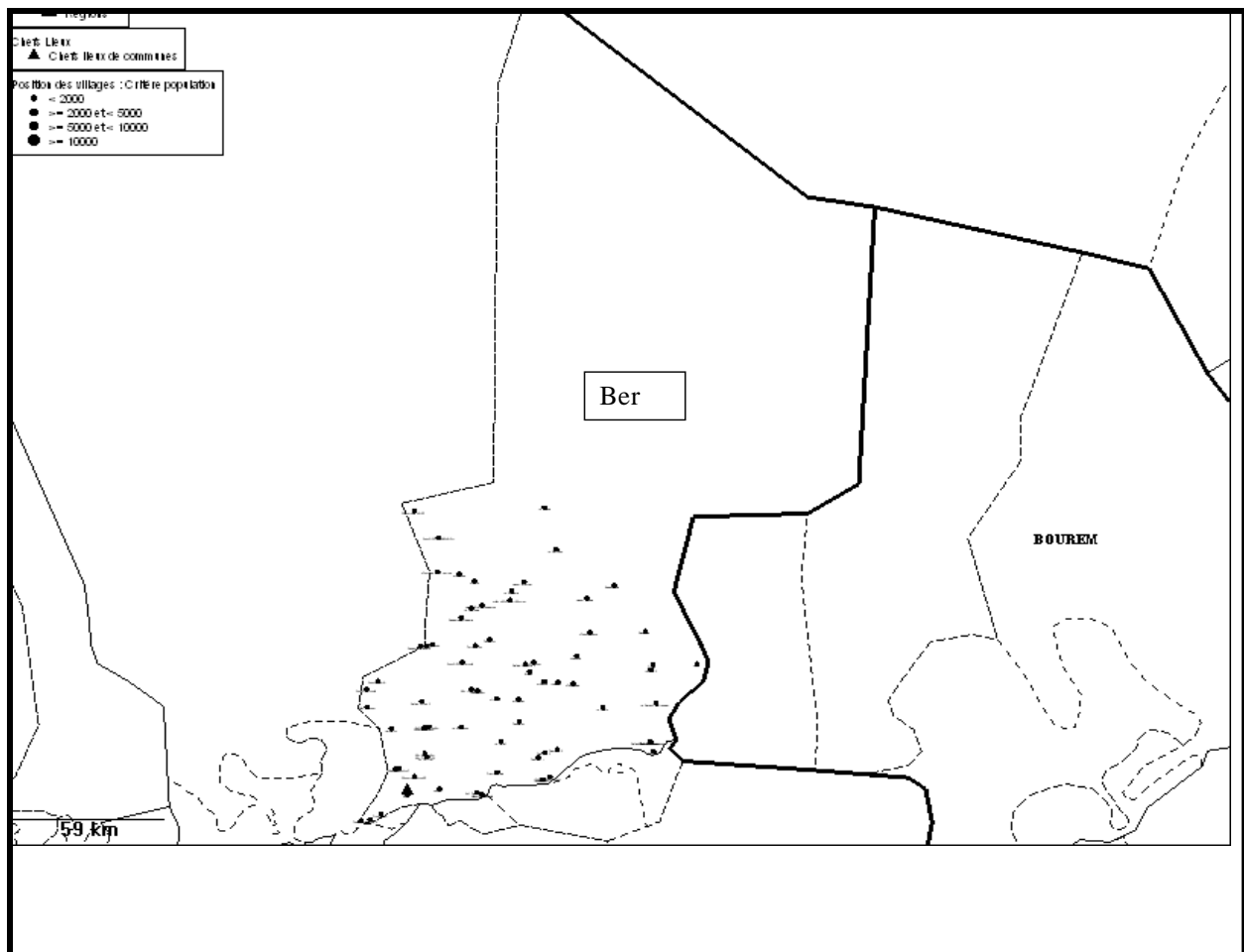


Figure 3: Commune de Ber.

VIII

RESULTATS OBTENUS

VIII. Résultats obtenus :

1. Etudes qualitatives : entretien de groupes focalisés

1.1 Cas d'un groupe de femmes situé dans une aire de santé :

Focus group N°1 : Site :Tabakarte, Participantes : femmes de 30 à 40 ans

1.1.1 Perception des populations sur les centres de santé :

> Implantation des centres de santé :

Il ressort de nos entretiens que les populations, d'une manière générale, sont favorables à l'idée de la création des centres de santé dans notre zone d'étude. Parmi cette population, une frange importante de femmes, 5 interviewées sur les 8 participantes de cet entretien de groupe (focus group) estiment que les centres sont en nombre insuffisant. Par contre les autres trouvent qu'ils sont même trop, c'est ce qui a fait dire à la participante N°4, une ménagère de 32 ans, que :

« Ils sont même trop, s'ils nous soignaient »

Donc selon ce dernier groupe, le nombre actuel de centre de santé serait suffisant à condition qu'elles puissent d'avantage profiter des soins au niveau de ces centres.

Par ailleurs, nos participantes trouvent que les centres de santé sont mal répartis en ce sens qu'ils sont implantés là où les « promoteurs » pensent qu'ils ont le plus de chance de vendre leurs services, et non là où les populations sont les plus nombreuses, les plus pauvres et les plus exposées aux maladies. Les propos de la participante N°4 illustrent cette idée :

« Les promoteurs des centres de santé sont comme les commerçants, chaque commerçant a sa place et ses clients qui payent pour lui »

Ainsi, le tableau 30 relatif à la répartition de la population autour des centres de santé s'inscrit dans cette optique. A la lumière des résultats de ce tableau, 36,3 % des personnes interrogées disent être en dehors des aires de santé, autrement dit à plus de 15 km du centre de santé le plus proche.

> Ressources matériels et humaines au niveau des centres de santé :

En ce qui concerne la logistique et les matériels de travail dont disposent ces centres, les enquêtées ont à l'unanimité affirmée que les centres de santé sont bien équipés mais elles déplorent toutefois le fait que les services ne leurs sont pas offerts comme elles s'y attendent car d'après elles aucun service n'est gratuit dans ces structures de santé.

« Oui, les centres de santé ont ce qu'il faut mais cela ne nous sert à rien »

Ces propos nous ont été affirmés par la plupart des participantes, selon lesquelles les soins et services au niveau du centre de santé ne devraient pas être payants dans la mesure où tout est financé par l'Etat et les partenaires étrangers¹¹.

Il ressort aussi de ces entretiens que certaines participantes veulent qu'on augmente le nombre des agents de santé qu'elles jugent insuffisant. Car selon ce groupe, il arrive des jours où le personnel médical est débordé par les patients comme par exemple les jours de foire. En outre, elles se plaignent du manque de centres de santé avancés, c'est-à-dire une structure de santé plus proche des personnes situées en dehors des aires de santé existantes. C'est ce qui fait dire à la participante N° 3 :

« On veut aussi des agents de santé avec nous ici, au campement »

C'est dire que les femmes de ce groupe aspirent à avoir des agents de santé plus proches d'elles, et qui les accompagnent dans leur vie quotidienne basée sur le nomadisme.

¹¹ Sentiment répandu au niveau de ces populations depuis qu'elles ont connu les services et soins gratuits dans les camps de réfugiés lors de la rébellion.

Contrairement à ce groupe, le deuxième groupe des femmes trouve que le nombre d'agents de santé est suffisant, mais que le problème se situe surtout en terme de compétence. Les résultats des tableaux 44 et 46 relatifs respectivement aux plaintes de populations par rapport au centre de santé et à la formation des agents de santé illustrent cette situation. Selon le premier tableau, 5,5 % des personnes enquêtées se plaignent de la prise en charge des malades. Et selon le second tableau, 50,1 % des enquêtées jugent que les agents de santé ne sont pas assez ou pas du tout formés par exemple sur la prise en charge des enfants malades. A ce sujet les propos de la participante N° 4 sont assez édifiants :

« Ils sont même trop, s'ils nous soignaient bien »

Ainsi la qualité des soins donnés par certains agents de santé n'est pas souvent à la hauteur des attentes des participantes.

Par ailleurs, si nos enquêtées se réjouissent du fait que le CSCOM de Ber soit fonctionnel tous les jours, elles déplorent cependant le fait que les autres agents de santé ne se déplacent pas de campement en campement.

> Accessibilité des centres de santé :

Par rapport à l'accessibilité des centres de santé, il ressort de nos entretiens que les chances ne sont pas les mêmes pour tout le monde.

En effet, certains par leur position ou statut ne peuvent pas aller d'eux même au centre de santé en raison, notamment, de certaines réalités socio économiques et culturelles de cette zone.

Parmi ce groupe, il y a les handicapés, les personnes âgées ou très malades et les pauvres dont le déplacement au centre de santé nécessite des moyens de transport adéquats. En effet la distance physique qui sépare les populations des centres de santé est principalement à la base de cette situation. Selon le tableau 30 une bonne partie de la population soit 36,3% se trouve à plus de 15 km du centre de santé.

Le tableau 32 relatif au temps nécessaire aux populations pour accéder au centre de santé, montre que près de 26 % des enquêtées estiment qu'il leur faut au moins 10 heures de voyage pour accéder au centre de santé.

Il convient également de mentionner un second groupe, celui des femmes et des enfants qui ne peuvent pas prendre seuls la décision de se rendre au centre de santé sans l'accord des hommes.

Deux raisons essentielles expliquent cette situation, la première est liée au fait que la femme aussi bien que l'enfant ne possèdent que très peu sinon aucun pouvoir décisionnel au niveau de la communauté tamasheq du site de Tabakarte. La deuxième raison est liée à la prédominance d'une certaine mentalité chez ces populations selon laquelle les femmes et les enfants constituent des groupes fragiles dans cette communauté, et à ce titre ils ont besoin de l'assistance et de l'aide permanente des hommes. En ce sens qu'elles pensent qu'elles n'ont pas les mêmes capacités physiques et intellectuelles que les hommes. Les propos de la participante N°3 en rapport à la question de l'accessibilité des centres illustrent cette mentalité:

« Vous savez vous-même que la marche de l'homme est impossible pour une femme, l'intelligence de l'homme ne se trouve dans la tête d'une femme »

Toujours par rapport à la même question, la participante N° 3 déclarait :

«Moi et mon enfant si on quitte sous cette tente, on va se perdre ou mourir »

Cette réalité nous paraît vraisemblable comme en témoignent les résultats du tableau 33 relatif à l'accès aux soins des mères d'enfants. A la lecture de ce tableau il ressort que 56 % des enquêtées n'ont pas accès au centre de santé. Le tableau 29 relatif au temps mis par un enfant malade avant de partir au CSCOM, montre que plus de 53 % des enfants malades mettent plus de 5 jours avant de partir au CSCOM.

> Coût, disponibilité et qualité des soins de santé :

En ce qui concerne le coût des soins de santé, il apparaît de nos entretiens qu'il est jugé trop élevé. D'ailleurs le coût des soins de santé constitue le premier motif de plainte des populations par rapport au centre de santé.

En effet, selon le tableau 44 relatif aux plaintes des populations sur le centre de santé, plus de 46 % des enquêtés déplorent la cherté des services au niveau du centre de santé. Cependant il convient de noter que, dans la

plupart des cas cette cherté des services n'est pas en rapport avec le pouvoir économique des unes et des autres mais plutôt avec le prix qu'elles sont prêtes à investir pour leur santé.

Aussi elles ne comprennent pas le fait que les services et en particulier les médicaments soient payants. Pour elles, les services et soins au niveau du CSCOM devraient en principe être gratuits¹². Selon les affirmations de la majorité des enquêtées, les médicaments gratuits existent mais ce sont les agents de santé qui les revendent à leur propre profit.

Les femmes ont aussi affirmé qu'elles ne peuvent pas s'offrir les soins car dans cette zone la population ne dispose pas de liquidité financière, car la richesse se résume en tête d'animaux et il faut attendre les jours de foire hebdomadaire pour vendre des animaux afin d'aller se faire soigner au centre de santé. C'est ce qui a fait dire à la participante N°1, une ménagère de 30 ans que :

« Des gens qui ne suivent que des chèvres, comment... »

Dans le même ordre d'idée, la participante N°4 déclare:

« Ce que tu m'as vu donner à manger à ma fille, si je le mets en médicaments, je ne verrai pas quoi donner à manger à mes enfants »

C'est dire donc que la situation est souvent si délicate qu'elles ont souvent le choix entre nourrir les enfants ou les soigner. Par rapport à ce sujet, le tableau N°22 relatif à l'importance de la santé de la population et à celle de leurs animaux, montre que 13% des enquêtés considèrent que la santé de leurs animaux à autant d'importance que la leur.

Toutefois, les soins et particulièrement les médicaments sont disponibles et à tout moment mais la seule condition pour se les procurer c'est de pouvoir les payer. Le malade ne peut en aucun cas les avoirs s'il ne dispose pas d'argent. A ce sujet la participante N°3 affirme que :

« Dès que tu payes l'argent tu auras les soins même si c'est en pleine nuit, si tu n'as pas d'argent même si tu es mourant tu n'auras pas de soins »

¹² Habitudes acquises du fait des soins gratuits reçus après les sécheresses de 73 et 84 et surtout dans les camps de réfugiés en Mauritanie, Algérie et Burkina Faso lors de la rébellion

Par rapport à la question de savoir si les agents de santé donnent des conseils en délivrant les médicaments, les participantes ont répondu différemment. Mais la grande majorité trouve que la délivrance des médicaments est toujours accompagnée par les explications et conseils adéquats.

Par rapport à la question sur la qualité des produits délivrés par les agents de santé, les enquêtées ont affirmé qu'elles sont plus ou moins satisfaites. En effet pour elles si certains médicaments sont efficaces d'autres ne les guérissent pas, comme l'illustrent les propos de la participante N° 4 :
« *Oui les médicaments qu'ils nous donnent nous guérissent, mais ils nous donnent des médicaments efficaces et d'autres non efficaces* »

Parmi les voies d'administration des médicaments, il ressort de nos entretiens que d'une façon générale, cela importe peu maintenant même si quelques-unes manifestent encore aujourd'hui une certaine préférence envers les injections en raison d'une croyance selon laquelle les injections seraient plus efficaces que les comprimés. C'est la raison pour laquelle, dans cette zone si un malade quitte le centre de santé pour le campement, on lui demande s'il a reçu une injection, dans le cas contraire son déplacement sera jugé inutile, nous a confié la participante N° 2

1.1.2 Perception de la maladie et Utilisation des services de santé par les populations

> Perception de la maladie et de la guérison par ces populations :

De ce focus group, il apparaît que comme chez les autres populations tamacheq en général, la notion de maladie se définit comme une perte d'équilibre entre le chaud et le froid au niveau du corps.

Ainsi les maladies sont regroupées essentiellement en deux grands groupes :

D'un côté *les maladies « tissemdé »*, lorsque le corps est froid ou si la personne n'a pas de température.

De l'autre côté *les maladies « tekoussé »* liées à la chaleur du corps, à la hausse de la température du corps.

En plus de ces deux grands groupes de maladies liées au corps nous avons un troisième groupe, celui des maladies liées à l'esprit c'est à dire relatives aux désordres psychiques et mentaux connues sous le nom de « *Tinariwen* » Toutefois il convient de noter qu'à l'intérieur de ces différents groupes de maladies ils existent des sous-groupes constitués par un ensemble de maladies regroupées sous une appellation commune du fait du tabou qu'elles suscitent. C'est le cas des maladies liées au sexe, aussi bien chez la femme que chez l'homme, qui sont généralement désignées sous le terme de « *tjdidil awas* »

Contrairement aux *maladies* « *tissemdé* », les *maladies* « *tekoussé* » sont facilement traitables par les méthodes traditionnelles dont le remède réside essentiellement dans l'eau qui sert à faire des « *issismades* » qui veut dire « refroidissement »

Par ailleurs, il apparaît de nos entretiens que la notion de guérison du malade est associée à la récupération de son autonomie, comme en témoigne cet extrait d'entretien avec la participante N° 3 :

« *Le malade est guérit s'il mange seul, boit seul et commence à faire ses travaux* »

De ce fait, il existe au sein de cette population, généralement dans chaque grand campement, une personne, le plus souvent de sexe féminin dont l'âge varie entre 40 et 70 ans, et qui joue le rôle de guérisseur. Possédant à cet effet des connaissances qui lui sont transmises au fil des générations sur les remèdes adaptés à chaque cas (froid ou chaud.)

> Traitement et utilisation des services :

- Au niveau local

Selon nos enquêtes si le malade souffre d'une maladie de type « *tekoussé* » ou toute autre maladie connue par le passé et déjà guérie par la médecine traditionnelle, le marabout ou le guérisseur commence par identifier la nature exacte du mal puis met en route une thérapie.

Pour les maladies courantes comme les maux de tête, la fièvre, etc. ...la majorité des femmes affirment avoir recours à l'automédication à travers principalement les produits pharmaceutiques souvent payés au marché, et

de préférence avec sur l'emballage des illustrations pour désigner les maux contre lesquels le remède est efficace.

En plus de ses maladies, les femmes font systématiquement recours aux marabouts pour ce qui concerne *les maladies « tinariwen »* c'est-à-dire celles liées à l'esprit ou au mental. C'est dire donc que l'itinéraire thérapeutique est fonction de la nature de la maladie.

Enfin, pour ce qui concerne le traitement des maladies, nos enquêtés pensent que *les maladies « tekoussé »*, celle du diable et les folies, sont mieux traitées par les soins de la médecine traditionnelle.

-Au niveau du centre de santé

La médecine moderne est, quant a-elle, jugé efficace sur les douleurs de tête, celles des os et le paludisme. Cette situation nous paraît vraisemblable dans la mesure où les résultats du tableau N° 25 montrent que le paludisme occupe la première place des maladies qui incitent les gens à aller au CSCOM selon 31,8% des enquêtées.

Dans le même ordre d'idée la participante N° 3 affirme que :

« C'est si quelqu'un est gravement malade ou s'il a le paludisme ou la maladie qui boit le sang, qu'il va au centre »

D'une façon générale, c'est surtout les malades graves ou ceux dont l'état est critique qui vont vers les centres de santé. De ce fait, le centre de santé apparaît comme le dernier recours des populations lorsque les soins de la médecine traditionnelle, de l'auto médication ont montré leur limite et/ou quand la personne atteint un stade alarmant. Les données du tableau N° 24 relatif aux conditions de départ des mères d'enfants au centre de santé illustrent parfaitement cette situation. En effet selon ce tableau, 9,1% seulement des mères partiraient directement au centre de santé en cas de maladie de leurs enfants. Les autres respectivement (47%) le feront quand la maladie sera très grave et (43,9%) après échec de tous les traitements traditionnels.

> Problèmes relatifs à la fréquentation des centres de santé :

Selon les résultats de nos entretiens, la fréquentation des centres de santé est perçue de deux manières contradictoires. Pour certains c'est comme un

acte de lâcheté et pour d'autres celui qui va au centre de santé est un homme brave qui n'a pas le choix. Toutefois les données du tableau N° 21 montrent que 18,1% des personnes interrogées déclarent n'avoir pas utilisé le centre de santé en un an et seulement 26,6% affirment avoir recours au moins trois fois par an un centre de santé.

Quoiqu'il en soit la fréquentation des centres de santé est limitée par un certain nombre de faits. En plus de la distance spatiale évoquée ci-dessus, les participantes ont donné d'autres types de raisons. Parmi celles-ci, il y a :

- Les problèmes de déplacement liés à l'insuffisance ou à l'inadaptation des moyens de transport. Les données du tableau N° 31 relatif aux moyens de transport utilisés pour se rendre au centre de santé corroborent parfaitement cela. Dans ce tableau il apparaît que 56 % des enquêtées vont à pied au centre de santé, 22,4% utilisent le dromadaire et 19,4% l'âne comme moyen de transport. Un moyen de transport motorisé est utilisé seulement par 0,12% d'entre elles.

- Il y a aussi le coût des soins et la complexité des services. Selon les données du tableau N° 45, 81,4% des enquêtées ne sont pas scolarisées.

A ce sujet la participante N°1 dit :

« Il y parmi nous des personnes qui ne savent pas comment aller et comment faire au centre de santé »

Dans le même ordre d'idée la participante N° 5 ajoute que :

« Ils sont trop chers, ce n'est pas avec un peu d'argent qu'on peut se soigner, il y a parmi nous des personnes qui n'ont rien »

- Enfin il y a aussi le fait que certaines femmes ont peur des agents de santé. En effet dans le tableau N° 23, plus de 43% des femmes interrogées affirment avoir peur d'un agent de santé. L'évacuation des malades connaît ici de sérieux problèmes car le principal moyen de transport dans cette zone reste le dromadaire et l'âne pour le transport des malades.

A ces problèmes peuvent s'ajouter également ceux liés à la faible mobilité des agents de santé et à l'insuffisance des moyens de communication.

Par ailleurs ce sont ces problèmes qui amènent certaines femmes à cacher leur maladie aussi longtemps que possible. Comme le dit la participante N°8:
« Toute douleur qui ne nous empêche pas de marcher, de manger et de dormir est généralement cachée »

La participante N°2 ajoute que :

« La maladie est comme un secret chez nous et par conséquent nous la cachons aussi longtemps que possible »

Pour la participante N°4, cette situation est aussi liée au fait que les malades ont peur de ne pas être stigmatisés. Car il existe dans cette zone une certaine croyance selon laquelle on ne doit pas manger avec le malade, porter ses habits et s'asseoir à côté de lui pour éviter que son souffle ne nous vienne à t-elle ajouté.

Face à ces différents problèmes les unes et les autres ont fait des propositions qui consistent essentiellement à la baisse des prix des médicaments ou même la gratuité des soins et le rapprochement des centres de santé des populations. C'est dans ce cadre que la participante N° 7 affirme :

« Qu'on ait des médicaments gratuits, ainsi on peut toutes aller au centre de santé chaque fois qu'on est malade »

Ce qui du coup, ferait disparaître la peur des uns et des autres de donner de l'argent à t-elle conclu. Nos enquêtées pensent donc que la médecine moderne peut être une solution à leurs problèmes de santé mais à condition qu'elles y aient accès facilement.

« Les médicaments des toubabs si on les trouvaient comme ils les on donnés, ainsi ils nous suffisent, mais quand ils viennent, ils vont quelques parts mais pas partout, s'ils partaient partout pareil... »(participante N°3)

Ainsi, les principaux facteurs qui sont susceptibles d'influencer négativement la fréquentation des centres de santé sont ici cités comme

étant : en plus du coût des soins, la distance et le temps nécessaire pour arriver au centre de santé.

1.1.3 Relation soignants soignées.

Concernant les relations avec le personnel médical, nos enquêtées ne se plaignent que du fait que les agents de santé ne veulent pas leur donner les médicaments gratuitement. A ce propos la participante N° 4 disait :

« Ils nous ont rien gâté, à part le fait de refuser de nous donner leurs biens, les médicaments gratuitement, ça aussi on ne peut pas leur en vouloir »

Cette affirmation est assez fréquente dans les propos de nos enquêtées. En effet pour beaucoup d'entre elles les agents de santé reçoivent des dons¹³ et des médicaments en leur nom mais ces produits leurs sont encore revendus et souvent à des coûts élevés. Ainsi cette situation les amène même à douter de la crédibilité et de la bonne foi des agents de santé. Pour ce qui est de la qualité de l'accueil réservé par le personnel médical il ressort de nos enquêtes qu'elle est conditionnée à la capacité ou non du malade, à s'offrir les soins de santé. A ce sujet la participante N° 3 déclare :

« Si tu vas au centre de santé, tout ce dont tu as le prix tu l'auras, tu auras ce que ton argent peut te procurer »

A ce sujet, les données du tableau N° 44 relatif aux plaintes des populations par rapport aux centres de santé révèlent que 22,4% des personnes interrogées déplorent la qualité de l'accueil dans les centres de santé.

Selon nos enquêtées, il n'existe pas de problème de communication entre la population et le personnel médical, ils communiquent et se comprennent facilement.

¹³ Habitudes acquises du fait des soins gratuits reçus après les sécheresses de 73 et 84 et surtout dans les camps de réfugiés en Mauritanie, Algérie et Burkina Faso lors de la rébellion.

Tableau 3 : Liste des participantes

N° de la position	Nom&prénom	Age	Profession
1	Tadou walet Biya	30 ans	Ménagère
2	Inetalkher walet Bota	35 ans	//
3	Seya walet Faoumar	40 ans	//
4	Tinalbaraka walet Mohamed	32 ans	//
5	Data walet Kana	36 ans	//
6	Aïchani walet Mohamed	30 ans	//
7	Mariama wallet Tika	37 ans	//
8	Archinga walet Aly	39 ans	//

1.2 Cas d'un groupe de femmes situé en dehors d'une aire de santé :

Focus group N° 2, Site : Erintadefte : femmes : 27-43 ans

1.2.1 Implantation des centres de santé :

De nos entretiens avec les participantes de ce groupe, il apparaît que les unes et les autres apprécient d'une manière générale l'implantation des centres de santé.

« On va dans d'autres localités, souvent très lointain pour chercher les centres de santé, pourquoi on ne voudra pas ça si on fait ça chez nous »

Ces propos nous ont été affirmés par de nombreuses enquêtées. D'ailleurs, nos enquêtées trouvent que la venue de ces centres a même trop tardé. C'est ce qui a fait dire à la participante N° 1 que :

« On a des personnes âgées, des aveugles, des handicapés ; regarde, on a une vieille paralysée depuis 5 ans, on peut pas la prendre, si on trouve un centre de santé proche on va la mettre dedans. Mais si le centre de santé est loin on ne peut rien faire »

1.2.2 Ressources humaines au niveau des centres de santé

Les enquêtées trouvent le nombre de personnel soignant insuffisant. Par conséquent, elles souhaitent en avoir non seulement en quantité mais aussi et surtout en qualité pour qu'ils puissent réellement faire face à leurs problèmes de santé et à ceux de leurs enfants. A ce sujet la participante N° 5 déclarait :

« On veut des agents, mais surtout des agents qui connaissent bien le métier et qui peuvent nous soulager »

La qualification des agents de la santé apparaît donc très importante pour nos enquêtées. A ce niveau, il convient de noter que les données du tableau N° 46 relatif à la formation des agents de santé selon la population, montrent que c'est seulement 6,1% des personnes enquêtées qui trouvent que les agents de santé sont bien formés contre 42,9% qui estiment qu'ils ne sont pas assez ou pas du tout formés pour la prise en charge des enfants malades. C'est donc la compétence de l'agent qui est le principal critère d'appréciation des populations, les autres critères, comme son origine ethnique par exemple semblent n'avoir pas une grande importance. Par rapport à l'accueil, il apparaît d'une manière générale satisfaisant. En effet, les enquêtées affirment qu'elles sont bien reçues au centre. Mais elles déplorent cependant le manque de tolérance et de générosité des agents de santé. C'est ce qui a fait dire à la participante N°5 que :

« Même s'il te manque 5 F, ils vont te dire de partir les chercher sans quoi tu n'auras pas tes soins »

1.2.3 Accessibilité des centres de santé

Par ailleurs les enquêtées trouvent que les soins ne sont pas accessibles pour tous dans cette zone. En effet, ceux qui ont accès aux soins de ces centres de santé, sont essentiellement les personnes qui habitent non loin des centres, celles qui ont les moyens d'assurer les frais de transport et des médicaments et celles qui possèdent des moyens de transport modernes. Pour les autres, se rendre au centre de santé, est très difficile, pour ne pas dire impossible. C'est ce qui fait dire à la participante N° 5 que :

« Le simple âne que l'on a ? ne nous permet pas de transporter les vieilles personnes et les malades très graves »

En ce qui concerne l'égalité de l'accès des centres de santé des femmes et des enfants avec les hommes, les enquêtées affirment que cela est surtout lié à la capacité économique de la femme. En effet, plus la femme a les moyens,

plus elle a beaucoup de facilité et d'opportunité pour se rendre au centre de santé. Autrement dit, si la femme pense qu'elle peut supporter les frais qui s'y rapportent, elle peut aller sans inconvénient et faire amener aussi son enfant.

De ces entretiens, il apparaît que même si les femmes veulent bien aller au centre de santé, elles sont confrontées à des problèmes de distance, de moyen matériel et financier. C'est pourquoi la participante N° 6 affirmait par rapport à cette question :

« Moi depuis l'hivernage j'ai de la fièvre, je suis malade, des nausées et des douleurs aux côtes, mais j'ai pas le prix de l'injection donc je ne suis pas allée au centre »

Les données du tableau N°31 relatif aux moyens de déplacement utilisés pour se rendre au centre de santé montrent que sur les 237 personnes interrogées, seulement 3 d'entre elles, soit 0,12% utilisent un engin motorisé pour se rendre au centre de santé.

1.2.4 Coût, disponibilité et qualité des soins

Le coût des soins, est jugé plus ou moins abordable, mais sans pour autant qu'il n'y ait de gratuité. A ce sujet la participante N° 5 disait :

« Non, le gratuit n'existe pas ici, pas dans ce pays, même si vous en envoyez du gratuit, on va donner de l'argent »

Quant à la disponibilité des soins, les enquêtées se plaignent surtout du fait que les visites des agents de santé chez elles, sont limitées. Les propos de la participante N° 3 illustrent parfaitement cela :

« Les agents de santé ne viennent que deux à trois fois dans l'année »

A la question de savoir si la délivrance des soins est accompagnée par des conseils, les enquêtées affirment que les agents de santé leur indiquent dans la plus part des cas la posologie des médicaments. Cependant les unes et les autres déplorent le manque de suivi de ces agents et les fausses promesses qui leur sont souvent tenues.

Quant aux voies d'administration des médicaments, il apparaît qu'il y a une certaine préférence surtout du côté des injections chez la plus part de nos enquêtées. C'est ce qui a fait dire à la participante N° 6 que

« Maintenant on veut seulement les injections, que si on dit notre maladie qu'on trouve les injections contre notre maladie »

Toutefois, certaines enquêtées estiment aussi qu'il n'y a pas de différence entre les comprimés et les injections. L'essentiel est qu'elles soient guéries.

1.2.5 Les différents recours en fonction des maladies

Selon nos enquêtées, il apparaît que les soins de la médecine moderne sont jugés plus efficaces sur certaines maladies que sur d'autres. Le paludisme, les douleurs osseuses, la fièvre, la syphilis¹⁴ et les problèmes de nerfs sont quelques-unes des maladies citées par les différentes enquêtées.

Dans le même ordre d'idée, elles ajoutent qu'il existe certaines maladies qui sont aussi mieux traitées et guéries par la médecine traditionnelle comme par exemple Les « *tinariwen* », c'est-à-dire les problèmes liés à la santé mentale.

1.2.6 Problèmes relatifs à la fréquentation des centres de santé

Le manque de moyens et d'une façon générale la pauvreté est perçue comme étant le principal handicap à la fréquentation des centres de santé. Les propos de la participante N° 5 illustrent cela :

« Si j'avais de l'argent j'allais partir chez le meilleur docteur même si c'est à Tombouctou »

Un autre handicap lié à la sous fréquentation des centres de santé par les femmes est le fait que celles ci ne souhaitent pas être seules avec l'agent de santé (un étranger et de surcroît un homme) lors des consultations.

Toujours, selon nos enquêtées, la distance qui les sépare des centres de santé est assez considérable. Car il faut souvent marcher du matin jusqu'à la nuit pour y parvenir. Les données des tableaux N° 30 relatif à la

¹⁴ Syphilis endémique ou Bejel à ne pas confondre avec la syphilis vénérienne.

répartition de la population autour des centres de santé et N°32 sur le temps mis pour accéder au centre de santé sont assez édifiant par rapport à ce sujet. Selon le tableau N° 30 ce sont 48,1% de la population qui sont à une distance égale ou supérieure à 10 Km Et le tableau N° 32 montre que 48,1% de la population mettent trois heures de temps ou plus pour accéder à un centre de santé. De ce fait pour amener un malade au centre de santé, c'est généralement le problème de moyen de transport qui se pose. Ainsi les unes et les autres pensent que tout leur problème peut se résumer à un manque de moyen financier. C'est pourquoi selon la participante N° 2 :

« Il suffit seulement d'avoir de l'argent pour avoir tout ce qu'on veut »

Tableau 4 : Liste des participantes

N° position	Nom& prénom	âge	Profession
1	Rokia Walet Ahmed	31 ans	Ménagère
2	Mama wallet Infa	43 ans	//
3	Fadimata Walet Alassane	30 ans	//
4	Nana aïcha W Almoustapha	27 ans	//
5	Fadimata wallet Abdollahi	40 ans	//
6	Tahmat walet	35 ans	//

1.3 Analyse des occurrences et des attributs :

1.3.1 Les attributs :

Il s'agit ici de définir les caractéristiques physiques et sociales des participants des focus group. Ainsi à l'aide d'un tableau nous allons faire ressortir ces différentes caractéristiques par focus group.

Tableau 5 : les attributs des participants du focus group n°1

Numéros des participants (P)	Sexe	Age	Profession	Statut matrimonial	Résidence
1	Féminin	30	Ménagère	mariée	Campement
2	Féminin	35	Ménagère	mariée	Campement
3	Féminin	40	Ménagère	veuve	Campement
4	Féminin	32	Ménagère	mariée	Campement
5	Féminin	36	Ménagère	mariée	Campement
6	Féminin	30	Ménagère	mariée	Campement
7	Féminin	37	Ménagère	divorcée	Campement
8	Féminin	39	Ménagère	mariée	Campement

Dans ce tableau, il apparaît que toutes les femmes constituant l'échantillon de notre étude sont **âgées de 30 à 40 ans** et **le ménage constitue la principale activité** de ces femmes. Au niveau du statut matrimonial, la **grande majorité est mariée** avec la présence d'une femme divorcée et d'une veuve. Toutes les femmes mariées sont **monogames**. Elles **résident toutes dans le même campement**.

Tableau 6 : les attributs des participantes du focus group n°2

Numéros des participants	Sexe	Age	Profession	Statut matrimonial	Résidence
1	Féminin	31	ménagère	Mariée	Site
2	Féminin	43	Ménagère	Veuve	Campement
3	Féminin	30	Ménagère	Mariée	Campement
4	Féminin	27	Ménagère	Mariée	Site
5	Féminin	40	Ménagère	Mariée	Campement
6	Féminin	35	ménagère	Mariée	Campement

Nous constatons ici que la plus âgée dans ce groupe a 43 ans et la plus jeune a 27 ans. Comme dans le premier tableau, **l'occupation principale des femmes demeure le ménage**.

Pour le statut matrimonial, toutes les femmes étaient **mariées monogames** sauf une seule qui est veuve. Sur les 6 femmes enquêtées seulement deux vivent dans le site même de Erintadjefte, les 4 autres résident au niveau des campements alentours.

1.3.2 Les occurrences :

Ici, nous dégagerons pour chaque question posée lors des focus group le nombre des participants ayant intervenu. Nous verrons ensuite les concepts couramment utilisés et la fréquence de leur utilisation.(Tableau 7)

Tableau 7 : Relatif au nombre des participants ayant réagi aux questions dans le focus n°1 :

Numéros des questions	Nombre des participants ayant intervenus	Mots ou expressions clés	Fréquence d'utilisation des mots ou expressions
1	2 (P3 et P4)	Vouloir	2
2	3 (P4, P7et P5)	Pas suffisant	2
3	2 (P3et P4)	Marché	2
4	3(P3, 5 et 7)	Rétribution	3
5	3(P3, 4 et 7)	Soignants-soignants	2
6	1(P3)	Le jour	3
7	3(P3, 4 et 7)	Faibles	2
8	5 (P3, 4, 5, 7 et 1)	Jamais	2
9	2 (P4 et3)	Argent	2
10	3 (P3, 4 et 7)	Payer	3
11	5 (P4, 3, 8, 7 et 5)	Je préfère	3
12	2 (P3 et 5)	Pas te soigner	3
13	3 (P4, 3 et8)	Quant quelqu'un meurt	3
14	3 (P3, 4 et 7)	Tekoussé et Issismade	1
15	3 (P3, 2 et 4)	Douleurs, tête	3
16	4 (P3, 5, 4 et 1)	La distance et argent	3
17	3 (P3, 4 et1)	Gratuité	2
18	5 (P3, 5, 2, 4 et 1)	Jours (distance)	6
19	4 (P3, 1, 4 et 5)	Manque	5
20	1 (P3)	L'âne	3
21	3(P3, 1 et4)	Peut pas	2
22	3 (P4, 3 et 5)	Pas de problème	2
23	3 (P4, 3 et1)	Pauvreté	1
24	2 (P4 et 3)	Efficace	2
25	2 (P3 et 4)	Communique bien	2
26	3 (P3, 7 et 2)	Meilleur	2
27	2 (P3 et 4)	introuvable	1
28	5 (P3, 2, 8, 5 et 6)	Peur et rejet	2
29	2 (P3 et 4)	Cacher la maladie	1
30	4 (P5, 4, 3 et 2)	Brave	2
31	2 (P2 et 8)	Maladie cachée	1

Dans ce tableau il apparaît que les enquêtées ne sont pas bavardes. Toutefois, 4 questions seulement sur les 31 ont suscité un engouement avec une participation record de 5 enquêtées pour chaque question. Deux questions ont moins attiré l'attention de nos enquêtées avec une seule réaction pour chaque question. Les autres ont enregistré un nombre de participation variant respectivement entre 3, 2 et 4.

Deux expressions sont fréquemment intervenues dans les propos. Il s'agit de « manque » et de « distance » La première expression serait liée à l'insuffisance des ressources surtout matérielles et financières. Quant à la notion de distance, elle fait essentiellement référence à l'éloignement des centres de santé.

Tableau 8 : Relatif au nombre des participants ayant réagi aux questions dans le focus n°2 :

Numéros des questions	Nombre des participants ayant intervenus	Concepts les plus utilisés	Fréquence d'utilisation des concepts
1	3 (P5, 6 et1)	Oui	4
2	4 (P1, 2, 6 et 5)	Augmenter	2
3	4 (P1, 6, 5 et 3)	Certain	3
4	4 (P6, 5, 3 et 2)	Pas de gratuit	3
5	3 (P1, 5 et 3)	Deux fois	2
6	4 (P6, 5, 3 et 2)	Ne donne rien	2
7	3 (P6, 5 et 1)	Comprimé efficace	3
8	3 (P1, 6 et 5)	Manque d'argent	3
9	1 (P6)	Nous même	1
10	2 (P1 et 5)	douleurs	1
11	3 (P1, 5 et2)	L'argent	3
12	1 (P5)	marcher	1
13	3 (P6, 5 et 2)	manque	2
14	4 (P1, 3, 5 et 4)	moyen	2
15	4 (P1, 6, 5 et2)	gratuit	1

Dans ce tableau il apparaît que les enquêtées ne sont pas trop bavardes. Toutefois, 6 questions seulement sur les 15 ont suscité un engouement avec une participation record de 4 enquêtées pour chaque question. Deux questions ont moins attiré l'attention de nos enquêtées avec une seule

réaction pour chaque question. Les autres ont enregistré un nombre de participation variant respectivement entre 3 et 2.

La participante 1 suivi de la 6 sont les plus bavardes et interviennent en premier dans la presque totalité des questions.

Conclusion de l'étude qualitative:

Au terme de ces différentes analyses, nous constatons qu'il existe des divergences des points de vue entre les deux groupes, le premier situé dans une aire de santé et le deuxième situé en dehors d'une aire de santé. Ces divergences se situent principalement au niveau de l'implantation et de l'accessibilité du centre de santé. En effet, si les femmes qui sont en dehors d'une aire de santé pensent que l'implantation d'un centre de santé à leur niveau suffirait à résoudre leurs problèmes de santé, celles situées dans l'aire de santé se rendent compte que la seule présence du centre ne suffit pas à remédier à leurs problèmes de santé.

En ce qui concerne l'accessibilité, si les femmes situées en dehors de l'aire de santé trouvent que les seuls freins pour accéder au centre de santé sont le coût et la distance, celles situées dans l'aire de santé estiment qu'en plus de ces facteurs elles sont confrontées à d'autres contraintes socioculturelles qui limitent leur accès au centre de santé.

D'une manière générale, les populations nomades de notre milieu d'étude, sont favorables à l'idée d'implantation des centres de santé même si la répartition de ces derniers, laisse souvent à désirer. Cette implantation est même souvent réclamée par celles qui sont en dehors des aires de santé.

Ainsi nos enquêtes ont montré que l'éloignement des centres de santé, le coût dit élevé des prestations des soins de santé et la mobilité des populations constituent des barrières à la fréquentation des services de santé. Ceci confirme notre hypothèse selon laquelle la faible utilisation des services de santé en milieu nomade serait due à ces différents facteurs.

Au cours de ces analyses nous avons aussi pu noter que même si les femmes se disent en majorité satisfaites de la qualité des soins au niveau des centres de santé, elles ne comprennent pas cependant le fait que les

agents de santé leurs vendent des médicaments qui d'après elles, leurs sont destinés gratuitement.

Toutefois, nous remarquons aussi que la gravité et la nature de la maladie apparaissent être aussi des éléments déterminants dans l'utilisation des services de santé chez les nomades de notre milieu d'étude. A ces différents facteurs s'ajoutent également ceux liés à la peur et à l'absence de pouvoir décisionnel, physique et matériel de la femme.

Enfin, il est apparu que la perception de la maladie et de la guérison chez ces populations nomades peut aussi influencer leur utilisation des services de santé.

C'est donc en effet un ensemble de réalités socioculturelles, économiques et environnementales qui influencent l'utilisation des services de santé par ces populations.

1.4 Discussions

L'étude part du constat selon lequel les nomades de la commune de Ber ne fréquentent qu'assez rarement les centres de santé primaire et s'ils le font c'est généralement dans un état de santé précaire ou suivant certains types de maladies bien spécifiques.

Ce constat a été déjà fait de manière plus générale. Les travaux de **Loutan. L** (1989) et de **Helander. B** (1990) s'inscrivent dans cette optique.

Les résultats de nos travaux ont montré que les raisons de la faible utilisation des services de santé ne sont pas seulement culturelles.

Cette idée a été déjà démontrée par **Wiese et Donnat** (2004) dans une de leur étude. Selon eux c'est un ensemble d'exigences de la vie quotidienne, spécifique aux nomades, qui déterminent l'utilisation des centres de santé. Cette situation nous paraît vraisemblable en se sens et dans la mesure où au niveau de notre étude certains facteurs relatifs au mode de vie du nomade nous ont apparu comme constituant des freins à la fréquentation des centres de santé. Parmi ces facteurs nous avons :

- La distance spatiale : la recherche du pâturage pour les animaux pousse les populations souvent à se retrouver en dehors des aires de santé ;

- L'inégalité des chances d'accès au centre de santé : cette inégalité serait liée au manque des pouvoirs décisionnel, physique et matériel des femmes et des enfants par rapport aux hommes;
- L'absence de liquidité financière : en milieu nomade les populations ne disposent pas généralement de l'argent liquide sous la main ;
- Les dépenses de santé : Il semblerait que pour certains membres de cette communauté la santé des personnes ne constitue pas en tant que telle une priorité par rapport à l'importance qu'ils accorderaient à leurs animaux.

Cependant, ces deux derniers points ne sont pas seulement spécifiques en milieu nomade. En effet, une étude de **Flachenberg. F. & Talibo. A** (1998) sur la santé communautaire au Mali a montré que le problème de sous fréquentation des centres de santé en milieu rural est en partie lié à l'absence de liquidité financière et au fait de ne pas donner la priorité aux dépenses de santé par rapport aux autres types de dépenses (on ne dépense pas de l'argent pour se faire soigner quand on est malade)

Il en est de même pour le coût élevé des soins qui est aussi décrié ici et ailleurs comme par exemple au Burkina Faso où une étude de **Zoubga. A** (2000) a montré que sur le plan financier, le coût de prestation des soins et des médicaments, même génériques est généralement élevé par rapport au pouvoir d'achat de la majorité de la population surtout après la dévaluation. Les résultats de nos études ont également démontré que le recours à l'auto médication et à la médecine traditionnelle peut freiner également l'utilisation des services de santé. Ces réalités sont présentes aussi dans d'autres milieux comme au Sénégal où une étude de **Sadio. A. & Diop. F** (1994) sur Utilisation et demande de services de santé au Sénégal a montré que parmi les 6331 individus de la zone rurale ayant déclaré être tombé malade durant le mois précédant le passage de l'enquêteur, 50% n'ont pas cherché de soin dans le secteur moderne.

Au-delà de ces facteurs qui expliquent la sous utilisation des services de santé, nos études ont par ailleurs prouvé que chez les populations nomades de notre milieu d'étude, les connaissances et les représentations sociales de la maladie sont des considérations qui ne sont pas à négliger.

C'est pourquoi à la suite de ces discussions nos résultats ont aboutit à la conclusion que c'est un ensemble de réalités socio culturelles, économiques et environnementales qui déterminent le recours ou le non recours au centre de santé.

Cette conclusion renvoi à la conception holistique qui considère la santé comme un phénomène global. Cette approche de la santé a été aussi développée par **Tremblay** (1983) pour qui, il est important de tenir compte à la fois du système socio culturel dans lequel vivent les individus, les expériences qui constituent la trame de leur existence pour une meilleure efficacité du système de soin.

2.Etude quantitative :

2.1 Compilation des données de consultations : externes et internes

Données registre de consultation CSCOM Ber :

L'aire de santé du CSCOM de Ber compte 6285 personnes dont 545 adhérents, le CSCOM compte quatre (4) agents parmi lesquels : 1 infirmier diplômé d'état, 1 gestionnaire de pharmacie, 1 aide soignant et 1 matrone.

Tableau 9 : Consultations au CSCOM de Ber (Août 05)

	Total	Affections	Paludisme	Bejel	Autres	Femme	Enfant
		respiratoire			Pathologies		
Nombre	325	90	80	38	117	98	81
Pourcentage	100	28	24,5	11,7	36%	30,15	25

Avec un total de 325 consultations enregistrées au niveau du CSCOM de Ber au mois d'août 2005, nous avons une majorité de cas d'infections respiratoires suivi par les cas de paludisme.

La grande partie des malades reçus en consultation sont des hommes avec près de 44% des malades.

La presque totalité 99,7% des malades proviennent du village même de Ber.

Pendant ce mois d'Août nous avons eu une moyenne de consultation de 8 /jour les jours ordinaires et une moyenne de 27 consultations/ jour les jours de foire.

Tableau 10 : Consultations au CSCOM de Ber (Septembre 05)

	Total	Paludisme	Affections respiratoires	Bejel	Autres	Femme	Enfant
Nombre	414	220	41	33	120	117	81
Pourcentage	100	53,1	10	8	29	28,2	19,56

Avec un total de 414 consultations enregistrées au niveau du CSCOM de Ber au mois de Septembre 2005, nous avons une majorité de cas de paludisme suivi par les infections respiratoires. Les hommes sont majoritaires, avec près de 52 % des malades.

La presque totalité 97,3 % des malades proviennent du village même de Ber. Pendant ce mois de Septembre nous avons eu une moyenne de consultation de 8 /jour les jours ordinaires et une moyenne de 51 consultations/ jour les jours de foire.

Tableau 11 : Consultations au CSCOM de Ber (Octobre 05)

	Total	Paludisme	Bejel	Affections respiratoires	Autres	Femme	Enfant
Nombre	327	83	56	53	192	113	67
Pourcentage	100	25	17,1	16,2	58,7	34,5	20,48

Avec un total de 327 consultations enregistrées au niveau du CSCOM de Ber au mois d'Octobre 2005, nous avons une majorité de cas de paludisme suivi par le Bejel. La majorité des consultants sont des hommes avec près de 45 % des malades. La grande partie 82,8 % des malades proviennent du village même de Ber. Pendant ce mois d'Octobre nous avons eu une moyenne de consultation de 7 /jour les jours ordinaires et une moyenne de 32 consultations/ jour les jours de foire.

Tableau 12 : Consultations au CSCOM de Ber (Novembre 05)

	Total	Affections respiratoires	Paludisme	Bejel	Autres	Femme	Enfant
Nombre	291	108	42	34	107	88	70
Pourcentage	100	37,11	14,4	11,7	36,7	30,2	24

Avec un total de 291 consultations enregistrées au niveau du CSCOM de Ber au mois de Novembre 2005, nous avons une majorité de cas d'affections respiratoires suivi par le paludisme. La majorité des consultants sont des hommes avec près de 46 % des malades.

La grande partie 98,6 % des malades proviennent du village même de Ber. Pendant ce mois de Novembre nous avons eu une moyenne de consultation de 7 /jour les jours ordinaires et une moyenne de 26 consultations / jour les jours de foire.

Tableau 13 : Récapitulatif des 4 mois

	Total	Paludisme	Affections respiratoires	Bejel	Autres	Femme	Enfant
Nombre	1357	425	292	116	524	416	299
Pourcentage		31,30	21,50	11,8	38,6	30,65	22

Avec un total de 1357 consultations enregistrées au niveau du CSCOM de Ber pendant les quatre (4) mois, nous avons une majorité de cas de paludisme suivi par les affections respiratoires. La majorité des consultants sont des hommes avec près de 47 % des malades.

La grande partie 94,6 % des malades proviennent du village même de Ber. Pendant cette période nous avons eu une moyenne de consultation de 7 /jour les jours ordinaires et une moyenne de 34 consultations / jour les jours de foire.

Données registre de consultation CScom Téherdjé :

Population totale : 4194

Population cible: 2180

Tableau 14 : Consultations au CSCOM de Teherdjé (Août 05)

	Total	Paludisme	Bejel	Affections respiratoires	Autres	Femmes	Enfants
Nombre	169	50	17	11	91	107	25
Pourcentage	100	29,6	10	6,5	53,8	63,7	14,9

Avec un total de 327 consultations enregistrées au niveau du CSCOM de Teherdjé au mois d'Août 2005, nous avons une majorité de cas de paludisme suivi par le Bejel. La majorité des consultants sont des femmes avec 63,7 % des malades. La grande partie 90,5 % des malades viennent d'autres villages en dehors du site de Teherdjé. Pendant ce mois d'Août nous avons eu une moyenne de consultation de 4 /jour les jours ordinaires et une moyenne de 17 consultations/ jour les jours de foire.

Tableau 15 : Consultations au CSCOM de Teherdjé (Septembre 05)

	Total	Paludisme	Bejel	Affections respiratoires	Autres	Femmes	Enfants
Nombre	147	69	5	3	70	59	50
pourcentage	100	47	3,4	2	47,6	40,13	34

Avec un total de 147 consultations enregistrées au niveau du CSCOM de Teherdjé au mois de Septembre 2005, nous avons une majorité de cas de paludisme suivi par le Bejel. La majorité des consultants sont des femmes avec 40,13 % des malades. Pendant ce mois d'Août nous avons eu une moyenne de consultation de 3 /jour les jours ordinaires et une moyenne de 18 consultations/ jour les jours de foire.

Tableau 16 : Consultations au CSCOM de Teherdjé (Octobre 05)

	Total	Paludisme	Affection s respt	Bejel	Autres	Femme	Enfant
Nombre	199	69	19	14	97	85	48
Pourcentage	100	35	9,5	7	48,7	42,7	24,12

Avec un total de 199 consultations enregistrées au niveau du CSCOM de Teherdjé au mois d'Octobre 2005, nous avons une majorité de cas de paludisme suivi par les affections respiratoires. La majorité des consultants sont des femmes avec 42,7 % des malades. Pendant ce mois d'Octobre nous avons eu une moyenne de consultation de 3 /jour les jours ordinaires et une moyenne de 26 consultations/ jour les jours de foire.

Tableau 17 : Consultations au CSCOM de Teherdjé (Novembre 05)

	Total	Paludisme	Affections respiratoires	Bejel	Autres	Femme	Enfant
Nombre	144	41	23	8	72	74	48
Pourcentage	100	28,5	16	5,5	50	42,7	21,5

Avec un total de 144 consultations enregistrées au niveau du CSCOM de Teherdjé au mois de Novembre 2005, nous avons une majorité de cas de paludisme suivi par les affections respiratoires. La majorité des consultants sont des femmes avec 42,7 % des malades. La grande partie 85,5 % des malades viennent d'autres villages en dehors du site de Teherdjé. Pendant ce mois de novembre nous avons eu une moyenne de consultation de 2 /jour les jours ordinaires et une moyenne de 25 consultations/ jour les jours de foire.

Tableau 18: Récapitulatif des 4 mois

	Total	Paludisme	Affections respiratoires	Bejel	Autres	Femme	Enfant
Nombre	549	229	56	44	220	325	117
Pourcent tages		41,71	10,20	8	40,07	60	31,14

Avec un total de 549 consultations enregistrées au niveau du CSCOM de Teherdjé pendant les quatre (4) mois, nous avons une majorité de cas de paludisme suivi par les affections respiratoires. La majorité des consultants sont des femmes avec près de 60 % des malades. Pendant cette période nous avons eu une moyenne de consultation de 3 /jour les jours ordinaires et une moyenne de 21 consultations / jour les jours de foire.

Fréquences des maladies suivant les consultations au niveau des sites.

Tableau 19 : Répartition des consultations au niveau des sites

Site	Nombre de consultations	Enfants	Femmes	hommes
Tabakarte	41	19	14	8
Teherdjé	26	13	6	7
Erintadjefte	24	13	4	7
Tin ibrahim	16	7	4	5
Total	107	52	28	27

Le tableau ci-dessus regroupe les catégories de malades suivant les consultations effectuées au niveau des différents sites. Ainsi sur 107 malades consultés près de la moitié étaient des enfants.

Tableau 20 : Fréquences des motifs de consultations au niveau des sites sous études

Site	fièvre	Douleurs osseuses	Affections respiratoires	Bejel	Teigne
Tabakarte	9	10	18	0	0
Teherdjé	4	0	7	6	0
Erintadjefte	6	7	5	0	0
Tin ibrahim	0	5	8	0	2
Total(%)	19 (17,7%)	22(20,5%)	38(35,5%)	6(5,6%)	2(1,9%)

Le tableau ci-dessus résume les fréquences des maladies les plus couramment rencontrées lors de consultations faites au niveau des différents sites. Ainsi les motifs de consultations les plus fréquents sont les affections respiratoires qui au nombre de 38 sur les 107 malades consultés représentent 35,5% des motifs de consultations.

Ensuite viennent les douleurs osseuses diverses qui représentent 1 malade sur 5.

2.2 Données recueillies à partir des questionnaires

Tableau 21 : Fréquentation annuelle des centres de santé.

Nombre de fois/an	Effectif	Pourcentage
1 fois	64	27 %
3 fois	67	28,3 %
+ de 3 fois	63	26,6 %
Pas une fois	43	18,1 %

18,1% des personnes interrogées estiment n'avoir pas utilisé le centre de santé en 1 an, et seulement 26,6% estiment avoir recours au moins 3 fois /an au centre de santé.

Tableau 22: Importance de la santé de leurs animaux.

Importance santé de vos animaux	Effectif	Pourcentage
Moins que la votre	202	85,2 %
Autant que la votre	32	13,5 %
Plus que la votre	3	1,3 %
Total	237	100 %

13,5% des nomades considèrent la santé de leurs animaux aussi importante que la leur.

Tableau 23: La peur vis-à-vis des agents de santé, au niveau des mères d'enfants.

Peur	Effectif	Pourcentage
OUI	29	43,9 %
NON	37	56,1 %
Total	66	100 %

43,9% des mères d'enfants interrogées disent avoir peur d'un agent de santé.

Tableau 24 : Cadre de départ des mères d'enfant au centre de santé.

Conditions de départ	Effectif	Pourcentage
Après échec des autres traitements	29	43,9 %
Aggravation de la maladie	31	47 %
Directement	6	9,1 %
Total	66	100 %

9,1% des mères d'enfant partiraient directement au centre de santé en cas de maladie de leurs enfants.

Tableau 25: Les maladies et symptômes qui incitent le plus à fréquenter

Maladie	Effectif.	Pourcentage
INCONNU	3	4,5%
ASTHME	2	3,0%
BEJEL	4	6,1%
CARIE	3	4,5%
CARDIOPATHIES	3	4,5%
COQUELUCHE	4	6,1%
DERMATOSES	1	1,5%
DIARRHEE	1	1,5%
DX OSSEUSE	10	15,2%
FIEVRE	5	7,6%
PALUDISME	21	31,8%
RHUME	6	9,1%
ROUGEOLE	1	1,5%
SPLENOMEGALIE	1	1,5%
TOUX	1	1,5%
Total	66	100.0%

C'est le paludisme qui est le principal motif de consultation selon 31,8% des mères

Tableau 26 : Répartition des enfants malades.

Age (année)	Effectif	Pourcentage
0 – 1 an	7	14,30 %
1 – 5 ans	15	30,61%
5 – 10 ans	18	36,73 %
10 – 15 ans	9	18,36 %
Total	49	100 %

La tranche d'âge la plus importante était les 5 à 10 ans qui représentaient environ 36,73% de l'ensemble des enfants malades.

Tableau 27 : Maladies des enfants au niveau des campements.

AFFECTION	Effectif	Pourcentage
BEJEL	2	4,1%
CONJONCTIVITE	2	4,1%
DERMATOSE	4	8,2%
DIARRHEE	4	8,2%
PALUDISME	10	20,4%
MYCOSES	1	2,0%
PALUDISME	5	10,2%
PLAIES	2	4,1%
SPLENOMEGALIE	2	4,1%
TEIGNE	7	14,3%
TOUX	10	20,4%
Total	49	100.0%

La teigne est assez fréquente chez les enfants nomades, ici elle représente 7 cas sur les 49 enfants consultés, soit 1 enfant sur 7. Mais la plus grande partie des enfants reçus en consultation soit 40,8% étaient amener pour Toux et/ou fièvre, ce sont donc la les principaux motifs de consultations des enfants chez ces populations.

Tableau 28 : Temps écoulé entre le début de la maladie et la consultation

Maladie	24H	48H	5jours	+ 5jours	Total
BEJEL	1	0	0	1	2
CONJONCTIVITE	0	0	0	2	2
DERMATOSE	2	1	1	0	4
DIARRHEE	0	1	1	2	4
FIEVRE	3	2	1	4	10
MYCOSES	0	0	0	1	1
PALUDISME	2	0	0	3	5
PLAIE	0	0	1	1	2
SPLENOMEGALIE	0	2	0	0	2
TEIGNE	2	0	1	4	7
TOUX	1	0	1	8	10
Total	11	6	6	26	49

Les cas de toux sont ceux qui traînent le plus avant d'arriver au centre de santé, ainsi sur les 10 cas de toux seulement 1 cas est parti pour le centre dans les 24 premières heures, les 8 autres cas de toux sont partis pour le centre de santé après plus de 5 jours.

Tableau 29: Temps mis avant le départ d'un enfant malade.

Temps	Effectif	Pourcentage
24 heures	11	22,4 %
48 heures	6	12,2 %
5 jours	6	12,2 %
Plus de 5 jours	26	53,1 %
Total	49	100 %

53,1% des enfants malades mettent plus de 5 jours avant de partir pour le centre de santé.

Tableau 30: Répartition de la population autour des centres de santé.

Distance	Effectif	Pourcentage
1 Km	111	46,8 %
5 Km	10	4,2 %
10 Km	18	7,6 %
15 Km	10	4,2 %
Plus de 15 Km	86	36,3 %
NSP	2	0,8 %
Total	237	100 %

36,3 % des interrogés disent être en dehors de l'aire de santé, soit plus de 15 km de la structure de santé la plus proche.

Tableau 31 : Moyens de transport utilisés pour se rendre au centre de santé.

Moyen de transport	Effectif	Pourcentage
Pied	133	56,1 %
Dromadaire	53	22,4 %
Ane	46	19,4 %
Moto	1	0,4 %
Automobile	2	0,8 %
Refus de répondre	2	0,8 %
Total	237	100 %

56,1% des malades vont à pieds au centre de santé, et seulement 1,2% utilisent un moyen de transport motorisé pour se rendre au centre de santé.

Tableau 32 : Temps mis pour accéder au centre de santé.

Temps	Effectif	Pourcentage
30 minutes	115	48,5 %
1 heure	8	3,4 %
3 heures	37	15,6 %
5 heures	14	5,9 %
10 heures et plus	63	26,6 %
Total	237	100 %

26,6% des personnes mettent au moins 10 heures de temps pour accéder au centre de santé.

Tableau 33: Accès aux soins des mères d'enfant.

Accès	Effectif	Pourcentage
OUI	24	36,4 %
NON	37	56 %
NSP	5	7,6 %
Total	66	100 %

56% des mères estiment n'avoir pas la possibilité de se rendre au centre de santé.

Tableau 34 : Etat vaccinal des mères d'enfant.

Vacciné	Effectif	Pourcentage
OUI	60	90,9 %
NON	6	9,1 %
Total	66	100 %

90,9% d'entre-elles disent avoir déjà été vacciné.

Tableau 35 : Répartition des enfants malades autours du CSCOM

Distance	Effectif	Pourcentage
0 - 5 Km	3	6,1 %
5 – 10 Km	11	22,4 %
Plus de 10 Km	35	71,4 %
Total	49	100 %

71,4% des enfants malades se trouvaient à plus de 10km du centre de santé le plus proche, et seulement 6,1% d'entre eux se trouvent à moins de 5km du centre de santé le plus proche

Tableau 36: Les autres recours des enfants malades.

Autres recours	Effectif	Pourcentage
Praticien privé ¹⁵	3	6,1 %
Guérisseurs	14	28,6 %
Marabout	18	36,7 %
NSP	14	28,6 %
Total	49	100 %

L'enfant malade passe d'abords chez le marabout selon 36,7%, chez le guérisseur selon 28,6% des personnes interrogées.

Tableau 37 : Types de malades rencontrés au niveau des 2 CSCOM.

Type de malade	Effectif	Pourcentage
Enfants	4	66,7 %
Femmes	2	33,3 %
Total	6	100 %

Selon le constat du personnel médical des deux centres de santé, les malades les plus rencontrés sont les enfants d'après 66,7% des agents, suivis par les femmes selon 33% des agents.

¹⁵ Agents de santé qui se promènent de campements en campements pour monnayer leurs services.

Tableau 38: Les différentes maladies (registre des consultations du CSCOM de Ber : Août à Novembre 2005)

Maladies	Paludisme	Affections respiratoires	Bejel	Autres	
Consultations curatives	1357	425	292	116	524
Pourcentages	31,30%	21,50%	11,86%	38,6%	

Ainsi, le paludisme vient en tête des maladies enregistrées durant cette période avec 425 cas soit 31,30% de l'ensemble des consultations curatives effectuées.

Tableau 39: Les types de malades et provenance des malades (registre des consultations du CSCOM de Ber : Août à Novembre 2005)

Hommes	Femmes	Enfants	Ber(village)
642	416	299	1285
47,31	30,65%	22 %	94,69%

94,69% des malades proviennent du village même de Ber.

47,31% des malades sont des hommes

Tableau 40 : Les différentes maladies (registre des consultations du CSCOM de Teherdjé : Août à Novembre 2005)

Pathologies	Paludisme	Affections respiratoires	Bejel	Autres	
Consultations curatives	549	229	56	44	220
Pourcentages	41,71%	10,20%	8%	40,07%	

La pathologie la plus fréquente fut le paludisme avec 229 cas soit 41,71% de l'ensemble des malades reçus en consultation au centre de santé.

Tableau 41 : Les types de malades et provenance des malades (registre des consultations du CSCOM de Teherdjé : Août à Novembre 2005)

Femmes	Enfants	hommes	Teherdjé
325	117	107	37
60%	21%	19%	6,7%

Les femmes qui sont largement majoritaires avec 60% des consultations.

6,7% des malades proviennent du village de Teherdjé, Les 93,3% des consultations proviennent des villages situés à l'autre bords du fleuve.

Tableau 42 :Les types de malades au niveau des campements.

Site	Nbre consultation	Enfants	Femmes	hommes
Tabakarte	41	19	14	8
Teherdjé	26	13	6	7
Erintadjefte	24	13	4	7
Tin ibrahim	16	7	4	5
Total	107	52	28	27

Ainsi sur 107 malades consultés près de la moitié étaient des enfants.

Tableau 43: Fréquences des maladies au niveau des sites

Site	Fièvre	Douleurs osseuses	Affections respres	Bejel	Teigne
Tabakarte	9	10	18	0	0
Teherdjé	4	0	7	6	0
Erintadjeft	6	7	5	0	0
Tinibrahi	0	5	8	0	2
Total(%)	19(17,7%)	22(20,5%)	38(35,5%)	6(5,6%)	2(1,9%)

Ainsi les motifs de consultations les plus fréquents sont les affections respiratoires qui au nombre de 38 sur les 107 malades consultés représentent 35,5% des motifs de consultations.

Tableau 44 : Plaintes des populations sur le centre de santé.

Plainte	Effectif	Pourcentage
Rien	43	18,1 %
Accueil	53	22,4 %
Communication	18	7,6 %
Coût élevé des soins	110	46,4 %
Prise en charge	13	5,5 %
Total	237	100 %

46,4% se plaignent du coût des soins et 22,4% se plaignent de l'accueil.

Tableau 45 : Scolarisation des populations.

Scolarisation	Effectif	Pourcentage
Scolarisés	44	18,6 %
Non scolarisés	193	81,4 %
Total	237	100 %

81,4% des personnes interrogées n'ont jamais été à l'école.

Tableau 46 : Formation des agents de santé selon la population.

Formation	Effectif	Pourcentage
Bien formés	3	6,1 %
Assez formés	7	14,3 %
Pas assez formés	18	36,7 %
Pas du tout formés	7	14,3 %
NSP	14	28,6 %
Total	49	100 %

36,7% les disent, pas assez former et 14,3% pas du tout former pour la prise en charge des enfants malades.

Tableau 47 : La peur des agents de santé selon la population

Peur	Effectif	Pourcentage
OUI	40	16,9 %
NON	189	79,7%
NSP	8	3,4%

16,4 % des personnes disent avoir peur des agents de santé.

IX
INTERPRETATION ET ANALYSE
DES TABLEAUX

IX. Interprétations et analyse des résultats des tableaux :

1. Adhésion des populations aux centres de santé :

Le centre de santé communautaire de Ber compte environ 500 adhérents pour une population estimée à 4000 âmes environ, ce qui est déjà un bon taux d'adhésion pour ce village.

Les populations ont exprimé à plus de 90% leur souhait d'avoir un centre de santé. Le système de santé communautaire qui implique une réelle association des populations locales, aussi bien dans le fonctionnement que dans la gestion de la structure de santé, semble convenir à ces populations, qui, en outre, estiment à 78,9% être prêtes à payer les soins de santé assurant ainsi le fonctionnement et la pérennisation du centre de santé communautaire.

Conscientes de l'effectivité de leurs problèmes de santé et des insuffisances des moyens traditionnels de soins à résoudre tous les problèmes de santé, 85,7% d'entre-elles disent faire confiance en la médecine moderne pour apporter une solution à leurs problèmes de santé.

Cette adhésion, ainsi exprimée, au centre de santé semble ne pas avoir de raison de disparaître puisque près de 88,6% des personnes interrogées disent être satisfaites des soins reçus au centre de santé communautaire.

2. Réticences des populations nomades à utiliser les centres de santé :

a. Chez la population en général :

Les populations nomades en plus des difficultés objectives comme la distance et le prix des soins, ont une certaine tendance à la réticence face à l'utilisation des soins de santé mis à leur disposition. Les populations semblent ne pas se sentir concernées par le centre de santé dans leur grande majorité car 83,7% estiment ne pas avoir été consultée avant la mise en place du CSCOM de Ber. Mais il faut savoir que le centre de santé de Ber est vieux de plus de 10 ans, et par conséquent la majorité des intervenants ne

devraient pas se plaindre de n'avoir pas été consulté avant la mise en place du centre.

L'autre explication donnée au manque d'adhésion à leur centre de santé, par ces populations est leur association à la gestion du centre de santé qu'elles jugent insuffisante, ainsi 83,9% estiment n'être pas associée de près ou de loin à la gestion du CSCOM.

Nous constatons qu'au niveau du CSCOM de Ber à la période de Août à Novembre 2005 que seulement 5,3% des malades reçus proviennent des campements, Les autres 94,7% viennent du village de Ber (*Tableau 39*) Au niveau du CSCOM de Teherdjé seulement 9,5 % consultés viennent du site de Teherdjé, les autres 90,5% proviennent de villages situés de l'autre côté du fleuve. Et sont en majorité 60% constitués de femmes (*Tableau 41*)

Même si réticence il y a, ces populations sont très favorables à l'implantation de nouveaux centres de santé, ainsi au niveau de sites dépourvu d'un centre de santé, 95% des personnes estiment être favorables à la mise en place d'un centre de santé.

Alors qu'une grande partie de ces populations depuis la mise en place du centre de santé n'y ont pas mis pied, et 18,1% des personnes interrogées estiment ne pas avoir utilisé le centre de santé en 1 an, et seulement 26,6% estiment avoir recours au plus 3 fois /an au centre de santé (*Tableau 21*)

Cette absence de fréquentation pouvant être attribuée à un manque de nécessité de recourir au centre de santé, il a été demandé à ces populations qu'elle sera leur comportement en cas de maladie nécessitant un recours au centre de santé, c'est alors que nous avons près de la moitié, 40,5% des personnes qui disent ne pas se rendre au centre de santé même en cas de maladie nécessitant un recours au centre de santé.

Et 10,5% des personnes interrogées disent ne pas aller au centre de santé même si leur enfant était malade, et 5% des personnes pour les enfants situés à moins de 15 km d'une aire de santé.

Les résultats observés peuvent faire croire à une certaine tendance de rejet de ces populations envers les structures de santé proposées, mais seulement 5,1% des personnes estiment ne pas vouloir du centre de santé. Ou alors que ces populations se sentent exclues par le système de santé, ce

qui n'est pas le cas puisque seulement 7,6% d'entre-elles se disent exclues. Dans ce cas ce manque de volonté à l'utilisation des services de santé peut être aussi dû en partie à la négligence de l'importance de leur état de santé. Pour le nomade la santé n'est souvent pas une priorité, une certaine minorité va jusqu'à faire passer celle de leurs animaux avant la leur, : 13,5% des personnes interrogées affirment que la santé de leurs animaux leur importe autant que la leur (*Tableau 22*)

Tandis que 78,9% des personnes se disent prêtes à payer pour les soins de santé, 41,8% et 49,6% trouvent respectivement les prix des prestations et des médicaments inabordables. Ainsi 16,9% des personnes estiment avoir peur des agents de santé (*Tableau 47*) Ceci se comprend aisément quand nous savons que le nomade voit souvent en la personne de l'agent de santé une autorité susceptible de le contraindre à être référé vers les grands centres urbains pour une meilleure prise en charge.

Il est rare que le nomade ait recours en première intention aux services de santé proposés, très généralement le malade est d'abord traité au campement soit par le marabout, 46,3%des cas ou alors le guérisseur 31,7% des cas interrogés. Ces autres recours sont très fréquents car plus de la moitié (57,4%) des personnes estiment les utiliser de façon quasi naturelle et permanente. Ainsi le nomade en général ne fréquente le centre de santé qu'en dernier recours, lorsque tous les autres recours possibles sont épuisés

b : Chez les femmes (mères d'enfant de 0 à 5ans)

Pour la femme nomade la peur de l'agent, qui comme toute personne étrangère suscite l'appréhension, est compréhensible. Ce sentiment est d'autant plus grand que des pouvoirs surnaturels sont attribués aux agents de santé par des croyances populaires.

La femme nomade, du fait de son éducation dans la société, de son enfermement depuis son enfance dans un environnement restreint aux seuls parents, est immédiatement mal à l'aise en face d'un agent de santé étranger et de surcroît un mâle. Ainsi 40,9% des mères d'enfant disent refuser d'être consultées par un agent de santé masculin. En plus de cette gêne, 43,9%

des mères d'enfant interrogées disent avoir peur d'un agent de santé
(*Tableau 23*)

Malgré cette peur, 87,9% des mères d'enfant interrogées se disent prêtes à aller au centre de santé en cas de maladie si cette possibilité s'offrait à elles. Cette appréhension face aux agents de santé ou à la structure de santé pourrait expliquer le fait que près de 50% des mères d'enfant interrogées estiment avoir déjà refusé de révéler leurs maladies.

Mais cela n'explique pas que 24,2% des femmes estiment n'avoir jamais été dans un centre de santé et 90,9% n'avoir jamais accouché en présence d'un agent de santé et/ou dans une structure de santé.

55,5% des mères d'enfant de 0-5 ans disent chercher les réponses à leurs problèmes de santé au pré des personnes âgées, et 25,9 % au pré de leur mari. On pourrait aussi penser que la fréquentation des centres de santé par les femmes souffre d'une mauvaise volonté des hommes qui leur interdisent tous déplacements en dehors du campement ; car 92,4% des femmes interrogées estiment avoir besoin de la permission d'un homme, soit du mari soit du père pour effectuer le déplacement en direction du centre de santé. Chez les femmes malgré la volonté manifeste de recourir, en cas de possibilité, au centre de santé, il existe comme chez les hommes une habitude à explorer d'abord toutes les alternatives de soins traditionnels et à ne partir au centre de santé qu'au dernier moment.

Ainsi seulement 9% des mères d'enfant partiraient directement au centre de santé en cas de maladie de leurs enfants (*Tableau 24*)

C'est surtout, le paludisme qui est la maladie qui pousse le plus vers la structure de santé selon 31,8% des mères (*Tableau 25*) La femme nomade va au centre de santé surtout pour trouver un soulagement quand la douleur devient insupportable ou invalidante. Pour les raisons d'un départ éventuel au centre de santé des femmes enceintes 100% des enquêtées ont évoqué la douleur.

c : Chez les enfants malades :

Une grande partie des enfants consultés (71,4%) n'étaient pas scolarisés, et la tranche d'âge la plus importante était 5 à 10 ans qui représentait environ

36,73% de l'ensemble des enfants malades, et la tranche d'âge la moins représentée les 0 à 1 an qui ne représentent que 14,30% des enfants malades reçus (*Tableau 26*)

La teigne est assez fréquente chez les enfants nomades, ici elle représente 7 cas sur les 49 enfants consultés, soit 1 enfant sur 7. Mais la plus grande partie des enfants reçus en consultation soit 40,8% étaient amenée pour Toux et/ou fièvre, ce sont donc la les principaux motifs de consultations des enfants au niveau des campements (*Tableau 27*)

Nous savons aussi qu'il existe une relation entre la maladie en cause chez l'enfant et le temps mis par ses parents à l'amener au centre de santé, ainsi sur 10 cas de fièvre seulement 3 malades sont partis dans les premières 24 heures, 4 des cas sont partis au centre de santé plus de 5 jours après le début des symptômes.

Les cas de toux sont ceux qui traînent le plus avant d'arriver au centre de santé, ainsi sur les 10 cas de toux seulement 1 cas est parti pour le centre de santé dans les 24 premières heures, les 8 autres cas de toux sont partis pour le centre de santé après plus de 5 jours (*Tableau 28*)

En outre, quand l'enfant est malade c'est généralement la mère qui s'en occupe, 55,1% des enfants étaient accompagnés par leur mère. Comme les femmes, les enfants sont généralement soumis à la bonne volonté des hommes, ainsi dans 87,8% des cas de maladie de l'enfant c'est le père qui prend la décision d'amener ou pas l'enfant au centre de santé. Quand un enfant tombe malade, il est comme les adultes traité de manière locale, c'est-à-dire chez le marabout dans 36,7% des cas, quand est mise en cause une origine mystique de la maladie ou encore chez le guérisseur traditionnel 28,6% des cas (*Tableau 36*)

Ce processus retarde de façon significative l'arrivée de l'enfant malade au centre de santé, c'est ainsi que 53,1% des cas d'enfants malades arrivent au centre de santé après plus de 5 jours après le début de la maladie, contre seulement 22,4% qui arrivent dans les 24 heures qui suivent le début de la maladie (*Tableau 29*)

Il faut aussi dire qu'en plus des moyens traditionnels de lutte contre la maladie, ces populations nomades observent de plus en plus

l'automédication par des produits pharmaceutiques achetés à bas prix dans les foires hebdomadaires ; c'est ainsi que 63,3% des parents interrogés disent avoir donné des médicaments à leurs enfants bien avant l'arrivée au centre de santé.

3. Difficultés et problèmes d'accès aux structures par les populations

a. Chez la population générale :

Comme précédemment cité, les difficultés d'accès sont une des causes de la faiblesse de la fréquentation des services de santé par les populations nomades.

Parmi les obstacles à une meilleure fréquentation des structures de santé, la distance est citée à plusieurs reprises par les populations nomades.

D'abord, il est important de signaler que toutes les couches de la population n'ont pas accès aux structures, c'est du moins ce que disent 54,9% des personnes interrogées.

Parmi les couches, celles qui ont le moins accès aux structures de santé sont les enfants selon 54,4% des personnes interrogées, les femmes selon 28% des personnes interrogées et les personnes âgées selon 17,42% des personnes interrogées.

Une des difficultés semble être l'insuffisance des structures de santé, 47,7% de la population interrogée dit ne pas avoir un centre de santé, lorsque le centre de santé est présent il est bien souvent assez éloigné pour être fréquenté, ainsi plus de 40,5% des interrogés disent être au moins à 15 km de la structure de santé la plus proche (*Tableau 30*) Pour franchir ces distances les malades utilisent pour 56,1%

les pieds, 22,4% le dromadaire et 19,4% l'âne comme moyen de transport (*Tableau 31*) De ce fait 26,6% des personnes estiment leur falloir au moins 10 heures de temps de voyage pour accéder au centre de santé(*Tableau 32*)

En plus de ces facteurs, **le coût des soins** est mis en avant par les populations comme étant un des obstacles pour la fréquentation du centre de santé, ainsi près de 46,4% des personnes trouvent le coût des soins de santé et des médicaments au-dessus de leurs moyens (*Tableau 44*)

Nous pouvons penser que le coût des prestations joue un rôle dans la faiblesse du taux d'utilisation des services de santé avec 96,6% des personnes qui affirment être prêtes à se rendre au centre de santé en cas de maladie si les soins étaient gratuits.

b. Chez les mères d'enfant (de 0 à 5 ans)

La plus importante tranche d'âge est située entre 17 à 40 ans soit 82% des mères d'enfant. 7,5% des mères d'enfant ont un âge compris entre 12 et 15ans. Parmi ces femmes, 74,2% sont mariées, 13,6% divorcées et 10,6% sont veuves.

Sur les 66 mères d'enfant interrogées, 24,2% disent n'avoir jamais été dans une structure de santé. Ce chiffre peut s'expliquer par la difficulté des femmes en général et de mères en particulier à accéder aux structures de santé, ainsi seulement 36,4% des mères estiment avoir la possibilité de se rendre au centre de santé (*Tableau 33*) La fréquentation des centres de santé, souffre pour ce qui est des mères d'enfants de leur dépendance du conjoint ou du père, ainsi 92,4% des mères d'enfant ne peuvent se rendre au centre de santé sans la permission du mari. De ce fait l'accès et l'utilisation des services de santé par les mères d'enfants est réduit au strict minimum, c'est ainsi que seulement 9,1% des accouchements ont eu lieu dans une structure de santé. Les mères d'enfant ont des difficultés à avoir accès au centre de santé, par contre elles sont accessibles lors des rares sorties des équipes de santé en vue d'effectuer les campagnes de vaccination, ainsi 90,9% d'entre elles disent avoir déjà été vacciné (*Tableau 34*)

Mais seulement 15,2% des mères d'enfant ont effectué des consultations prénatales lors de leur grossesse. Il ressort que toutes les couches de la population n'ont pas la même facilité d'accès aux structures de santé, et parmi les personnes ayant le moins accès, les femmes viennent en deuxième place après les enfants.

c : Chez les enfants malades :

Considérés comme la couche de la population ayant le moins accès aux structures de santé, d'après 54,4% des personnes interrogées, les enfants malades sont très généralement traités d'abord au campement.

Le déplacement en cas de maladie d'un enfant est assez difficile, il faut d'abord l'aval du père (87,8% des cas) ensuite il faut entreprendre le voyage avec généralement la mère de l'enfant.

Le déplacement se fait généralement sur de grandes distances, car selon les résultats des enquêtes au-près des parents de ces enfants, 71,4% d'entre eux se trouveraient à plus de 10km du centre de santé le plus proche, et seulement 6,1% d'entre eux se trouvent à moins de 5km du centre de santé le plus proche (*Tableau 35*)

Pendant certaines périodes de l'année, il arrive que le chemin soit peu ou pas praticable, car 8,4% des accompagnants d'enfants malades prétendent que le chemin qui mène au centre de santé n'est pas praticable toute l'année.

Ce qui expliquerait le temps mis pour acheminer les enfants au centre de santé car il est dit que près de 53,1% des cas d'enfants malades prennent souvent plus de 5 jours pour arriver au centre de santé (*Tableau 29*)

Cette difficulté d'accès des enfants malades à la structure de santé, incite entre autres les parents à avoir recours aux soins traditionnels, ainsi l'enfant malade passe d'abord chez le marabout selon 36,7%, chez le guérisseur selon 28,6% (*Tableau 36*)

4. Problèmes rencontrés par le personnel médical

a. Le personnel médical : Description générale

Au niveau du CSCOM de Ber, nous avons un bâtiment comprenant 4 salles principales: la salle de consultation, la salle de soin, le dépôt de produits pharmaceutiques, et le bureau de l'infirmier d'état chef de poste. En plus de ces pièces nous avons un magasin de stockage, un hangar servant pour accueillir les malades lors des perfusions. Et une terrasse couverte avec des bancs pour accueillir les patients.

Le CSCOM de Ber est composé de : 1 infirmier d'état, 1 gérant du dépôt de médicaments, 1 aide soignant et une matrone.

Tous les agents du CSCOM de Ber sont des Tamasheq.

Avec ses 500 adhérents, une consultation coûte 600 FCFA pour les non adhérents et 300 FCFA pour les adhérents au centre de santé de Ber.

Il faut dire que le coût moyen d'une consultation plus les médicaments tourne entre de 1500FCFA à 3000FCFA. Au niveau du CSCOM de Teherdjé nous avons un bâtiment de 5 à 6 salles composées de 1 salle de consultation, le bureau du chef de poste, la salle des soins, le dépôt des médicaments, les 2 magasins. Avec 2 agents, une femme chef de poste, sonrhaï de Tombouctou et infirmière obstétricienne de formation. Un aide soignant aussi gérant du dépôt pharmaceutique.

Sur les 6 agents des deux CSCOM, nous avons 2 femmes et 4 hommes.

b. Problèmes rencontrés par le personnel médical :

La première plainte des agents de santé interrogés fut le manque de formation continue, ainsi, 1/3 seulement du personnel médical des deux centres de santé estime avoir bénéficié d'une formation et/ou d'un recyclage relativement récent. Ensuite les agents de santé se disent être obligés de travailler tous les jours de la semaine, ainsi tous les agents interrogés affirment que leur centre de santé est ouvert tous les jours. Ce qui d'après mon constat est effectif sur le terrain, sauf pour le CSCOM de Teherdjé.

Mais il est vrai que ces agents de santé font preuve de disponibilité tous les jours et à toutes heures de la journée pour faire face aux urgences. Les conditions de travail ne sont pas toujours faciles, certains agents affirment que leur centre n'est pas régulièrement doté en médicaments essentiels, d'où la fréquence des ruptures de stock des produits de première nécessité souvent enregistrée. Mais les agents de santé ne peuvent s'en plaindre puisque l'achat des produits est du ressort du chef de poste avec l'aval du comité de gestion.

Un autre problème évoqué par tous les agents de santé, est l'absence de véhicule assumant le rôle d'ambulance pour l'évacuation des malades graves vers l'hôpital régional de Tombouctou. Mais dotés de moyen de

communication (RAC) fonctionnel les deux centres de santé alertent le centre de santé de référence de Tombouctou qui envoie l'ambulance prendre le malade. En plus de ces difficultés d'ordre matériel, une partie du personnel médical estime avoir des problèmes avec les patients.

Les problèmes sont de plusieurs types, allant des difficultés de communications entre le personnel et les malades au refus des malades de payer les soins ou de respecter les conseils et ordonnances des agents de santé. C'est dans ce cadre que certains agents de santé disent avoir des difficultés particulières avec la population locale dont une partie pense que les médicaments vendus au niveau des centres ont été envoyés pour être distribués gratuitement à la population. Le personnel médical se plaint aussi de la tendance de plus en plus forte de ces populations à l'automédication, qui se fait aussi bien par les produits pharmaceutiques que traditionnels.

Pour toutes ces raisons, il existe un certain malaise chez les agents de santé œuvrant dans la zone, certains agents vont jusqu'à dire qu'ils ne sont pas contents de travailler là-bas. Pour ce qui est de la fréquentation des centres de santé, l'ensemble des agents interrogés trouve que les populations locales fréquentent les structures de santé. Tous ces agents disent avoir remarqué que, l'hivernage est la saison où la fréquentation des centres de santé est la plus forte. Par contre les agents trouvent que les plus faibles taux de fréquentation des centres de santé par les populations sont enregistrés durant la saison sèche.

5 : Les maladies les plus fréquentes :

a. Au niveau des centres de santé :

Selon le constat du personnel médical des deux centres de santé, les types de malades les plus fréquents au centre de santé sont les enfants, suivis par les femmes. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont, le paludisme suivi par le Bejel.

a.1 CSCOM de Ber: (Août à Novembre)

Le paludisme vient en tête des maladies enregistrées durant cette période avec 425 cas soit 31,30% de l'ensemble des consultations curatives effectuées. Les affections respiratoires diverses occupent la deuxième position 292 cas soit 21,50% des consultations. Et enfin le Bejel avec 116 cas soit 11,8% des cas, occupe la troisième position. (*Tableau 38*)

Pour ce qui est du type de malade, les femmes avec 416 cas soit 30,65% des cas sont en deuxième position après les hommes, 47,35% des malades les plus rencontrés au niveau du centre de santé. En troisième position viennent les enfants qui avec 299 cas représentent 22% des malades. Pour la provenance des différents malades, nous avons sur les 1357 malades reçus au CSCOM de Ber durant cette période, 1285 soit 94,69% qui proviennent du village même de Ber. (*Tableau 39*)

a.2 CSCOM de Teherdjé : (Août à Novembre)

D'Août à Novembre, au niveau du CSCOM de Teherdjé, la pathologie la plus fréquente fut le paludisme avec 229 cas soit 41,71% de l'ensemble des malades reçus en consultation au centre de santé(*Tableau 40*)

La période d'Août à Novembre comprend la fin de la saison des pluies dans cette région (Août-Septembre), ce qui pourrait expliquer la prédominance du paludisme avec la prolifération des vecteurs de cette maladie que sont les moustiques.

En outre, il convient de préciser que le village de Teherdjé est situé sur le fleuve Niger, cette proximité du fleuve serait un des facteurs étant à l'origine du fort taux de paludisme plus élevé ici qu'au CSCOM de Ber (41,7% contre 31,3%) ce dernier étant situé à 7 km du fleuve. Les affections respiratoires arrivent en deuxième position avec 56 cas soit 10,20%. Et le Bejel occupe la troisième place avec 44 cas soit 8 %.

Pour les types de malades, nous avons ici, les femmes qui sont largement majoritaires avec 325 cas soit 60% des consultations.

Autre fait remarquable, seulement 37 cas soit 6,7% des malades proviennent du village du site de Teherdjé peuplé de populations semi-nomades.

Les 93,3% des consultations proviennent des villages situés à l'autre bout du fleuve. La majorité de ces malades sont des femmes qui traversent en pirogue le fleuve pour venir au CSCOM de Teherdjé. (*Tableau 41*)

Cette prédominance des femmes de l'autre rive dans le nombre de consultation peut être due au fait que le CSCOM de Teherdjé est dirigé par une femme sonrhaï, infirmière obstétricienne.

La teigne est assez fréquente chez les enfants nomades, ici elle représente 7 cas sur les 49 enfants consultés, soit 1 enfant sur 7. Mais la plus grande partie des enfants reçus en consultation, soit 40,8%, étaient amenés pour la toux et/ou la fièvre, ce sont donc là les principaux motifs de consultations des enfants chez ces populations. (*Tableau 27*)

b. Fréquences des maladies suivant les consultations au niveau des sites sous études :

Sur 107 malades consultés près de la moitié étaient des enfants (*Tableau 42*) Les motifs de consultations les plus fréquents sont les affections respiratoires qui au nombre de 38 sur les 107 malades consultés représentent 35,5% des motifs de consultations. Ensuite viennent les douleurs osseuses diverses qui représentent 1 malade sur 5. (*Tableau 43*)

6. Etat relation soignant soigné, disponibilité et qualité des soins :

a. Au niveau de la population générale :

La population semble bien acceptée les agents de santé, nous avons tantôt vu que 88,6% des personnes interrogées sont satisfaites des soins reçus au niveau du centre de santé. Malgré le fait qu'une bonne partie de cette population se plaint des prix des prestations au niveau des centres de santé, car 46,4% des personnes interrogées se plaignent des prix des prestations au niveau des centres de santé. Tandis que 22,4% se plaignent de l'accueil, 7,6% et 5,5% respectivement de la communication avec les agents et de la prise en charge des malades au niveau du centre de santé. (*Tableau 44*)
En ce qui concerne l'avis des populations sur les soins reçus au centre de santé, pour ce qui est des femmes, seulement 9,3% disent ne pas être

satisfaites des soins reçus contre 11,1% pour les hommes. Il faut dire qu'une grande partie de cette population, 81,4% n'ont jamais été à l'école(*Tableau 45*) ce qui pourrait expliquer en partie certains problèmes rencontrés par le personnel médical avec cette population, notamment entre autres des problèmes de communication.

b. Au niveau des enfants malades :

Pour les enfants malades, une majorité(57,1%) des parents estiment que les centres de santé sont équipés pour la prise en charge des enfants malades. Par contre, ils déplorent le manque de formation du personnel médical dans la prise en charge de ces malades, ainsi 36,7% les disent, pas assez formés et 14,3% pas du tout formés pour la prise en charge des enfants malades (*Tableau 46*)

En ce qui concerne la disponibilité du personnel médical, les parents des enfants malades estiment à 93% que le personnel médical fait preuve de disponibilité pour recevoir des enfants malades, contre seulement 4,1 % qui disent le personnel médical jamais disponible pour prendre en charge leurs enfants. A cela s'ajoute le manque souvent d'après 32,6% des parents de médicaments pour enfants au niveau du centre, cela peut être à l'origine du mécontentement des parents en l'encontre du personnel médical jugé responsable de cette situation.

c : Mères d'enfant :

Comme nous l'avons précédemment souligné, 43,9% des mères d'enfant disent avoir peur de l'agent de santé.

d: Les guérisseurs :

Les guérisseurs qui à la différence des marabouts qui utilisent les incantations du Coran pour soigner, eux utilisent plutôt les plantes.

Le rôle de guérisseur semble dévolu essentiellement aux femmes d'un certain âge. Ces femmes disent, pour une grande partie, utiliser le pouvoir des plantes pour soigner leurs patients.

En ce qui concerne leurs rapports avec le personnel médical, la majorité des guérisseuses interrogées croient en la médecine moderne et par conséquent respectent les agents de santé.

Une grande partie des femmes interrogées reconnaissent ne pas pouvoir traiter toutes les maladies rencontrées, et quand on leur demande ce qu'elles font lorsqu'elles se rendent compte de leur impuissance face à une maladie, la plupart disent s'en remettre à la volonté de Dieu, tandis que peu d'entre elles conseillent au malade de se rendre au centre de santé.

LES GRAPHIQUES

Les graphiques :

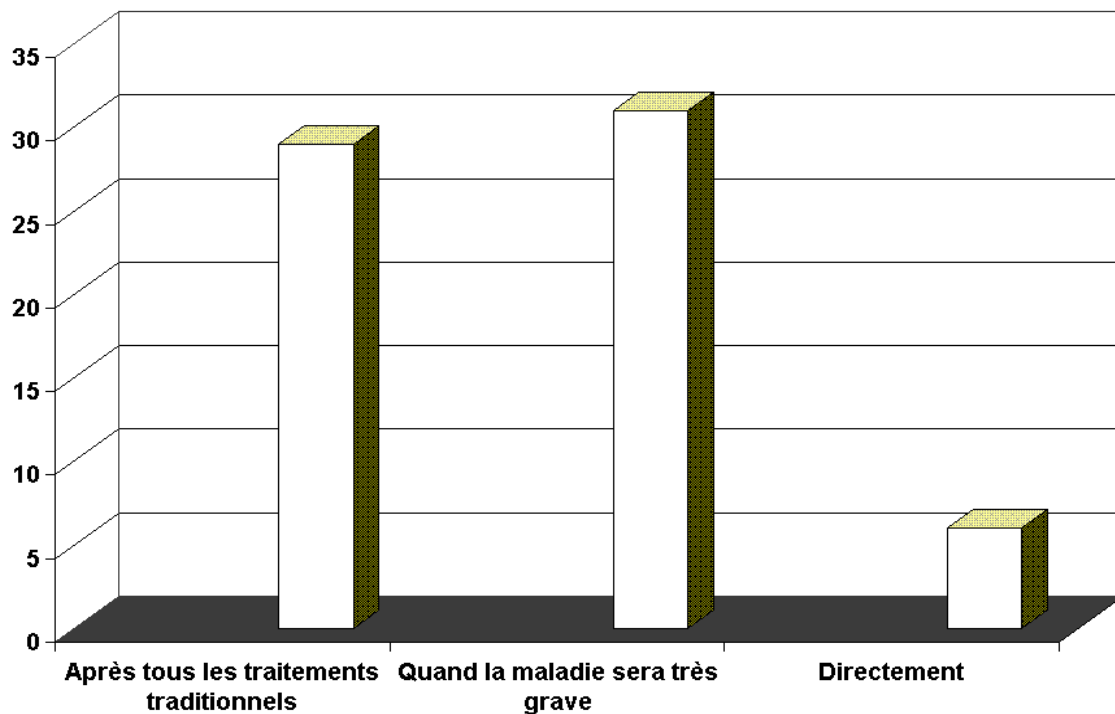


Figure 4: Conditions de départ des mères d'enfant (0-5ans) au centre de santé. 9% des mères d'enfant (0-5ans) se rendent directement au centre de santé en cas de maladie de leur enfant.

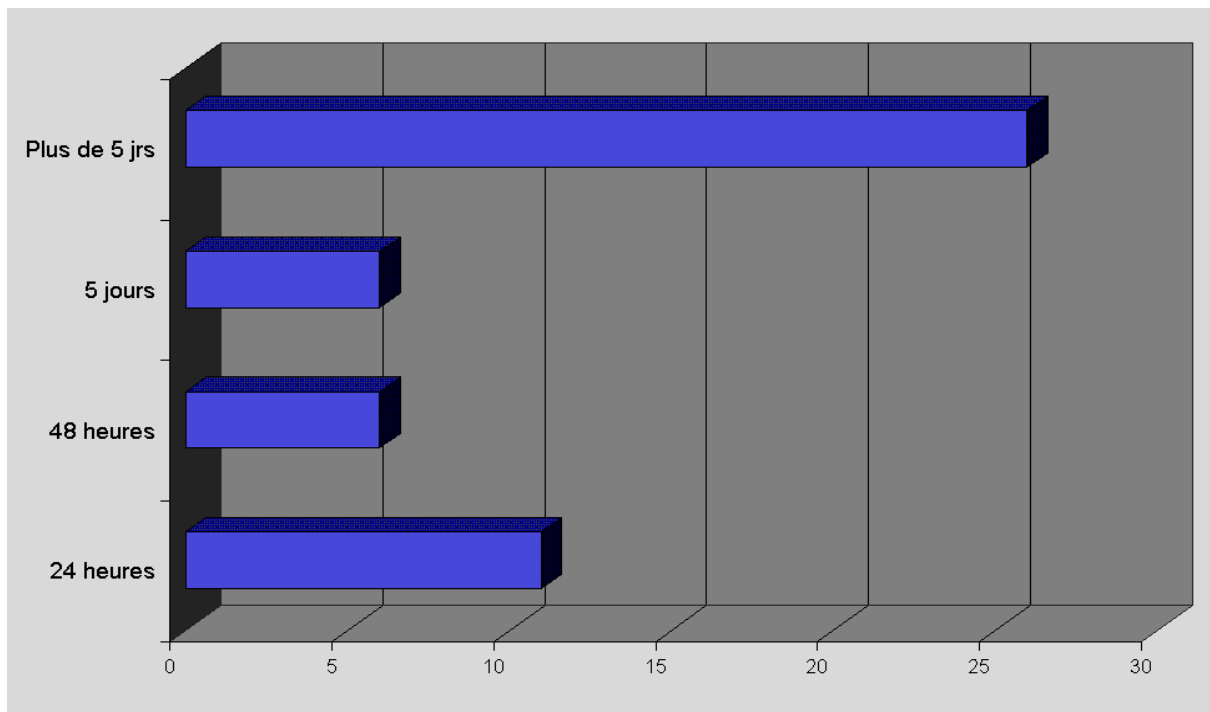


Figure 5: Temps mis, avant le départ au centre de santé des enfants malades.

53% des enfants restent malades plus de 5 jours avant de partir au centre de santé.

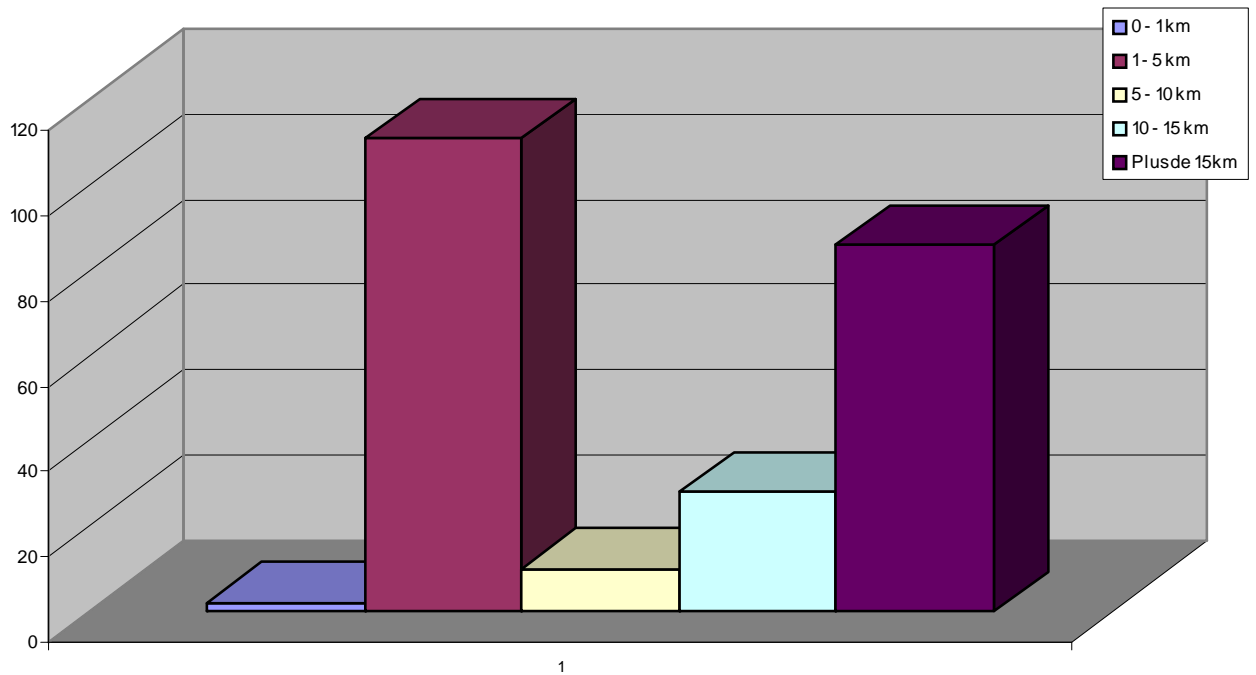


Figure 6: Répartition de la population autour du CSCOM de Ber.
36,3% de la population se trouvait à plus de 15km du centre de santé le plus proche.

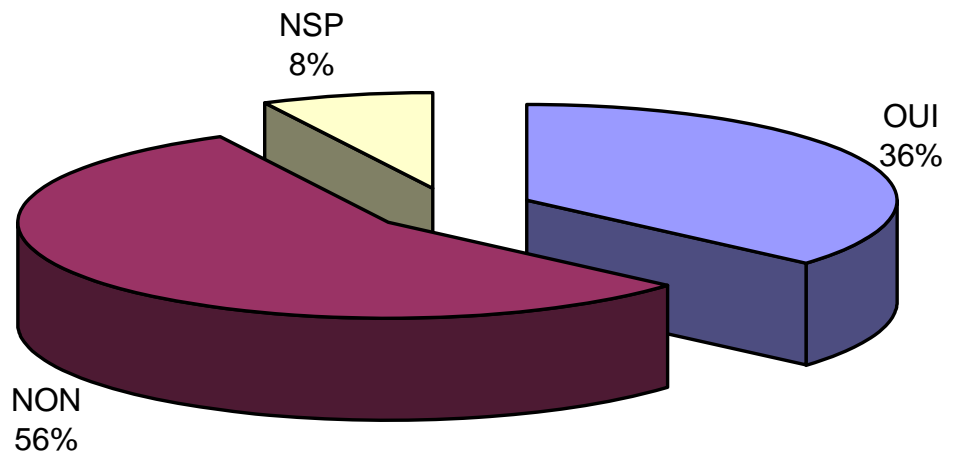


Figure 7: Accès des mères d'enfant au centre de santé.

56% des mères d'enfants disent n'avoir pas accès aux structures de santé.

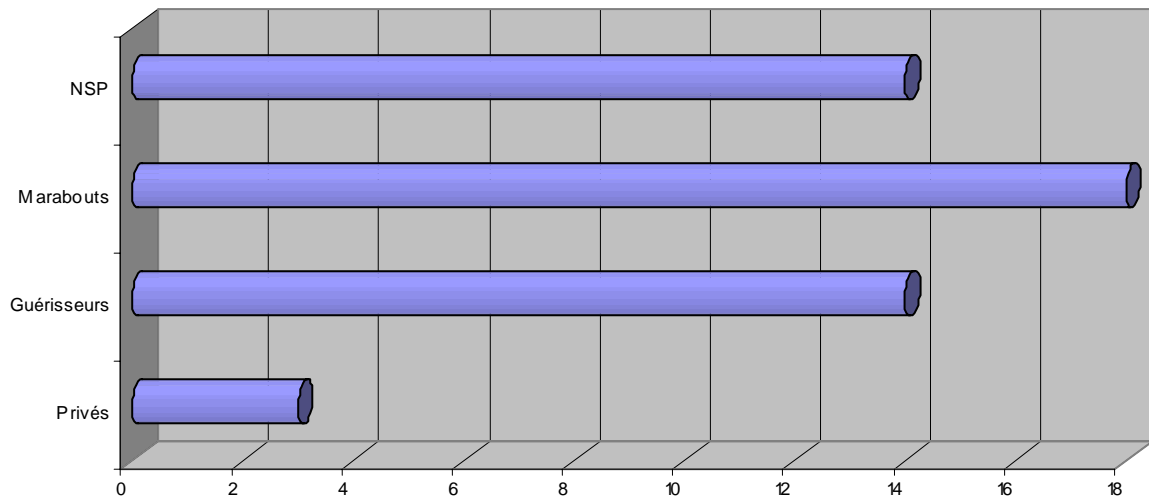


Figure 8: Les autres recours en dehors du centre de santé.

36,7% disent recourir aux marabouts en cas de maladies.

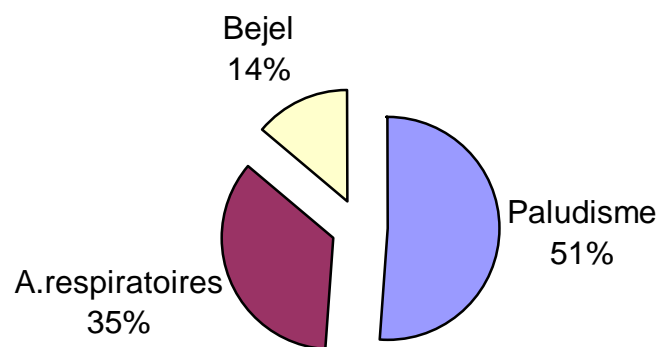


Figure 9: Maladies les plus fréquentes au CSCOM de Ber (Août à Novembre 2005)

Le paludisme représente 51% des maladies rencontrées au CSCOM de Ber.

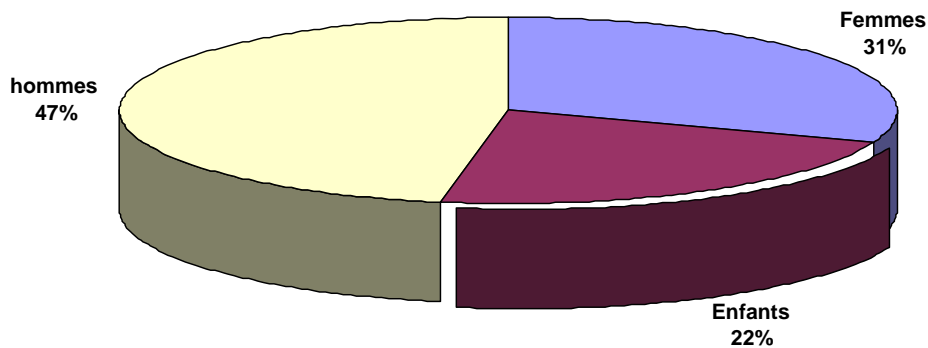


Figure 10 : Types de malades reçus au CSCOM de Ber (Août à Nov 05)

47% des malades du CSCOM de Ber sont des hommes

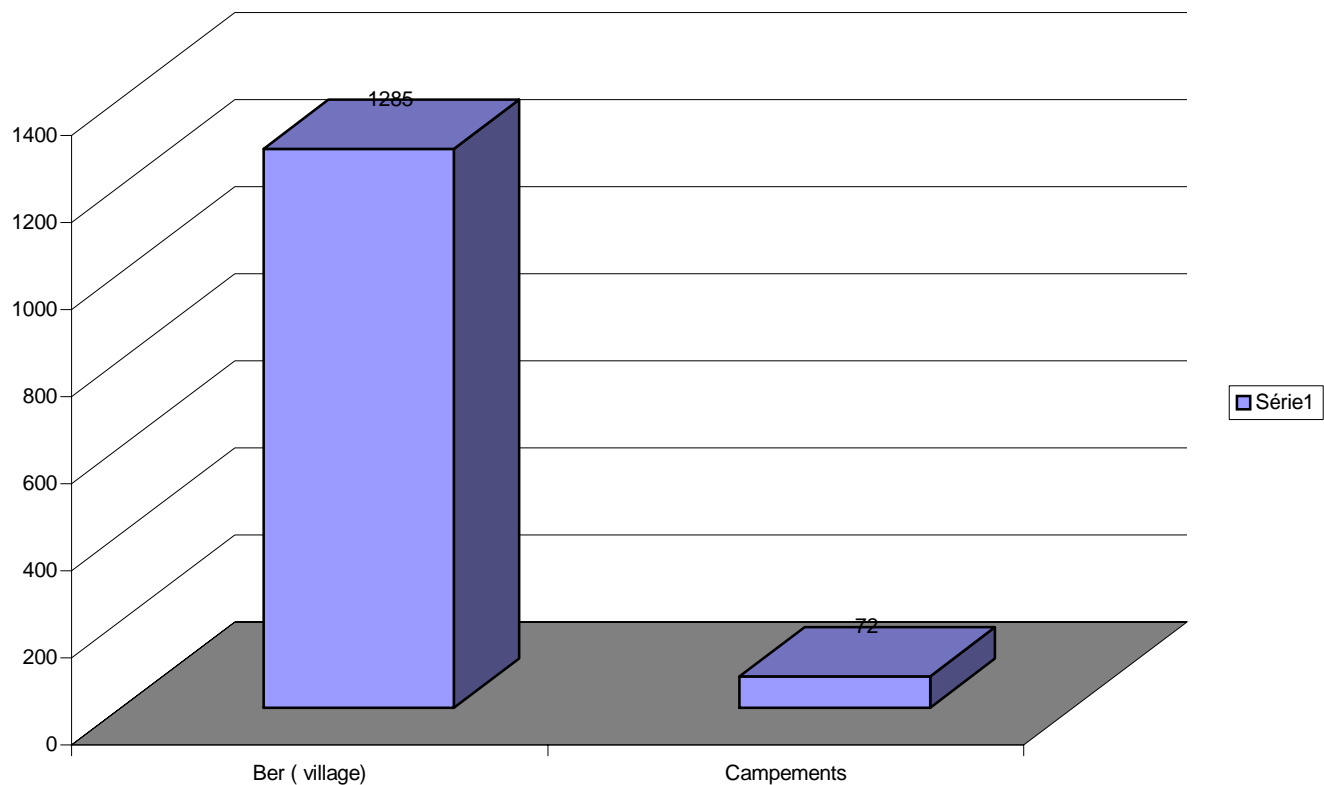


Figure 11 : CSCOM de Ber provenance des malades : 94,69% des malades reçus au CSCOM de Ber provenaient du village même de Ber.

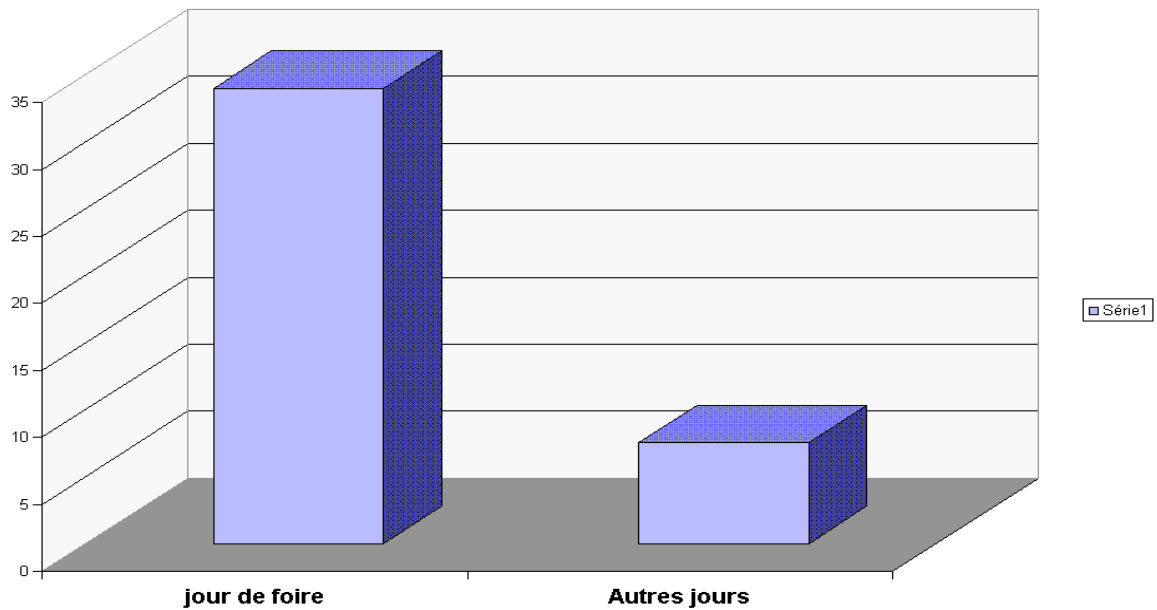


Figure 12 : CSCOM de Ber, fréquentation du centre les jours de marché.

Il y a en moyenne 4 fois plus de malades les jours de foire que les autres jours de la semaine.

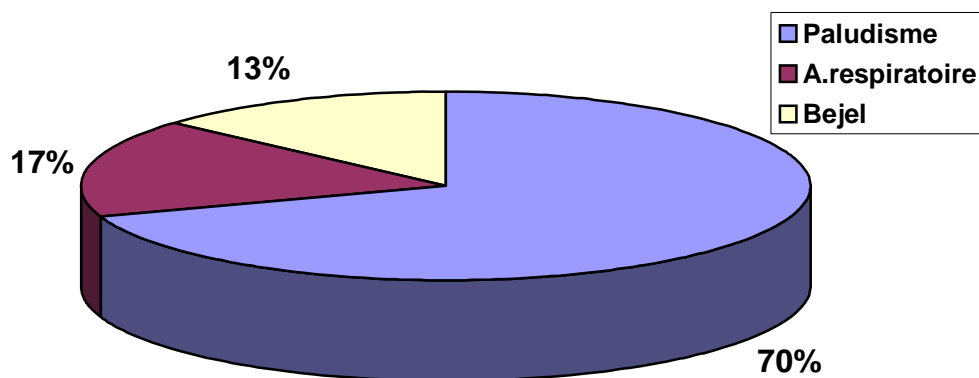


Figure 13 : CSCOM de Teherdjé, maladies les plus fréquentes (Août à Novembre 2005)

Le Paludisme représente 70% des maladies recensées au CSCOM de Teherdjé.

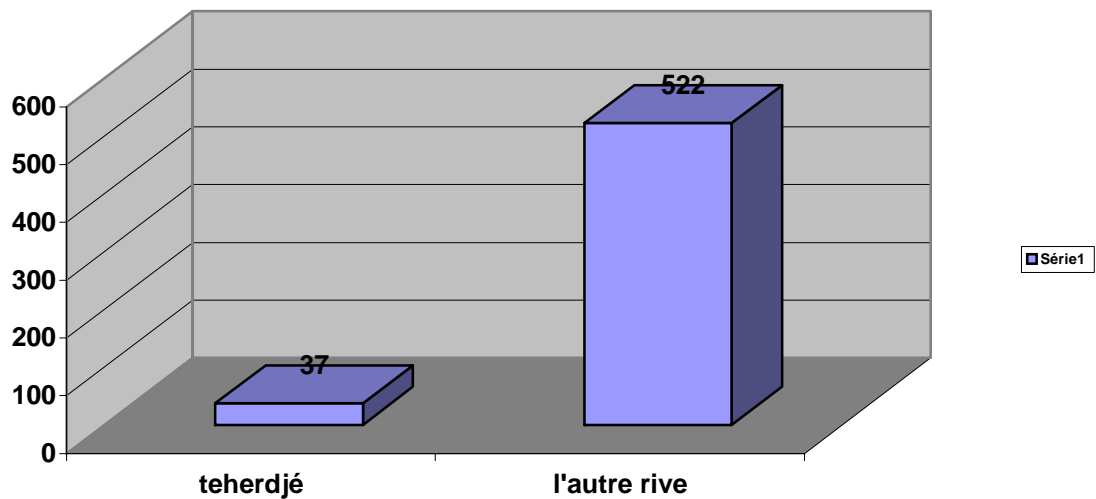


Figure 14 : CSCOM Teherdjé, provenance des malades (Août à Novembre 2005)

6,7% des malades rencontrés au CSCOM de Teherdjé proviennent du village de Teherdjé.

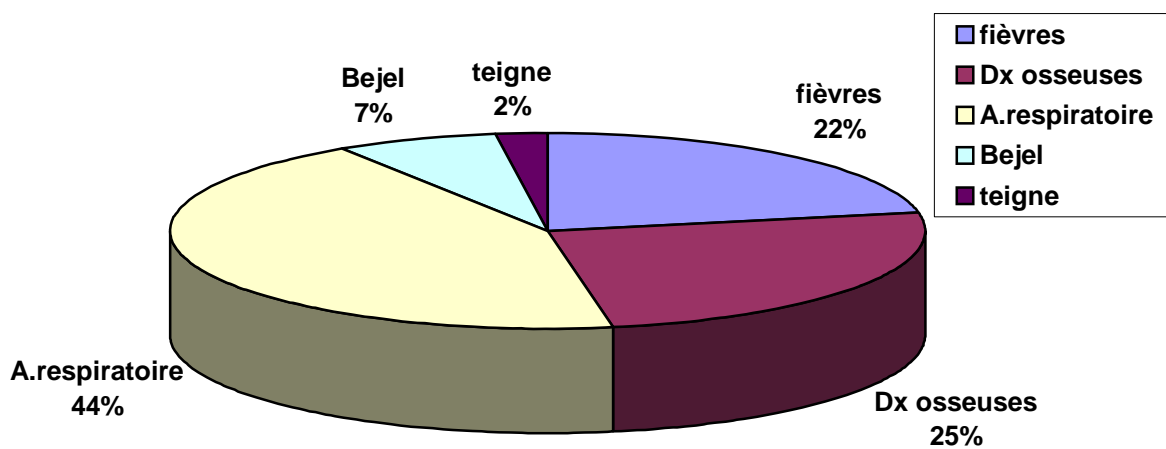


Figure 15: Maladies rencontrées au niveau des campements

44% des maladies rencontrées dans les campements souffrent d'affections respiratoires.

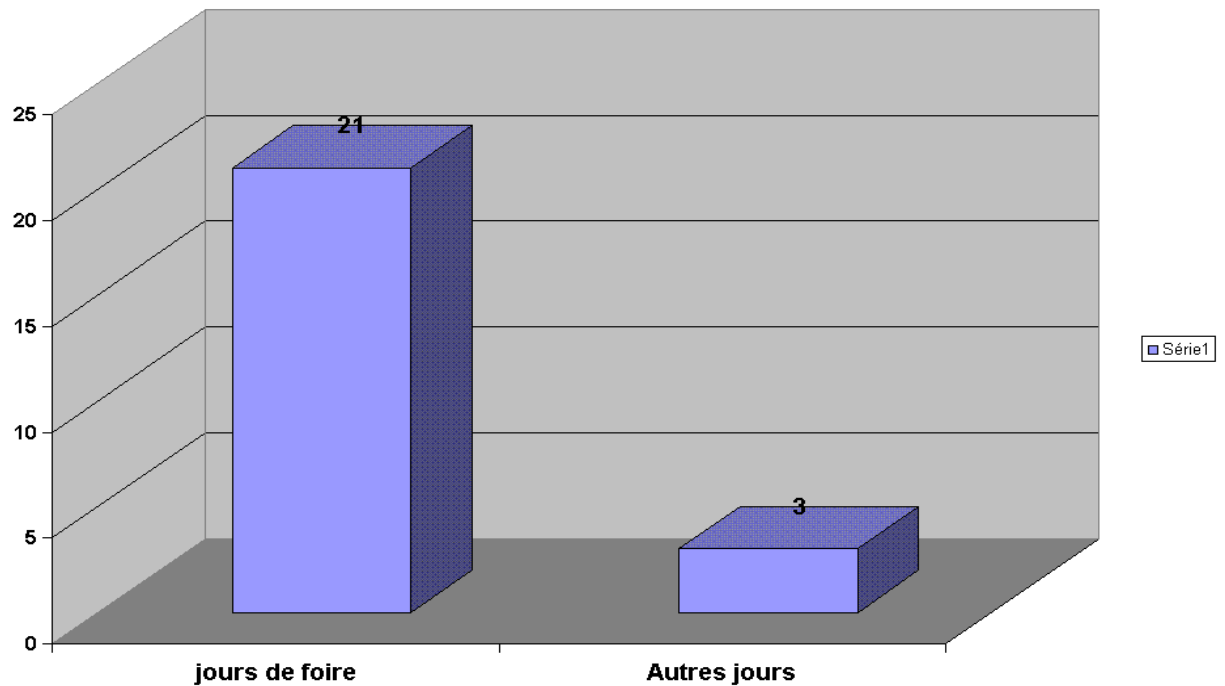


Figure 16: CSCOM Teherdjé, fréquentation du centre les jours de marché : Il y a en moyenne 7 fois plus de consultations les jours de foire.

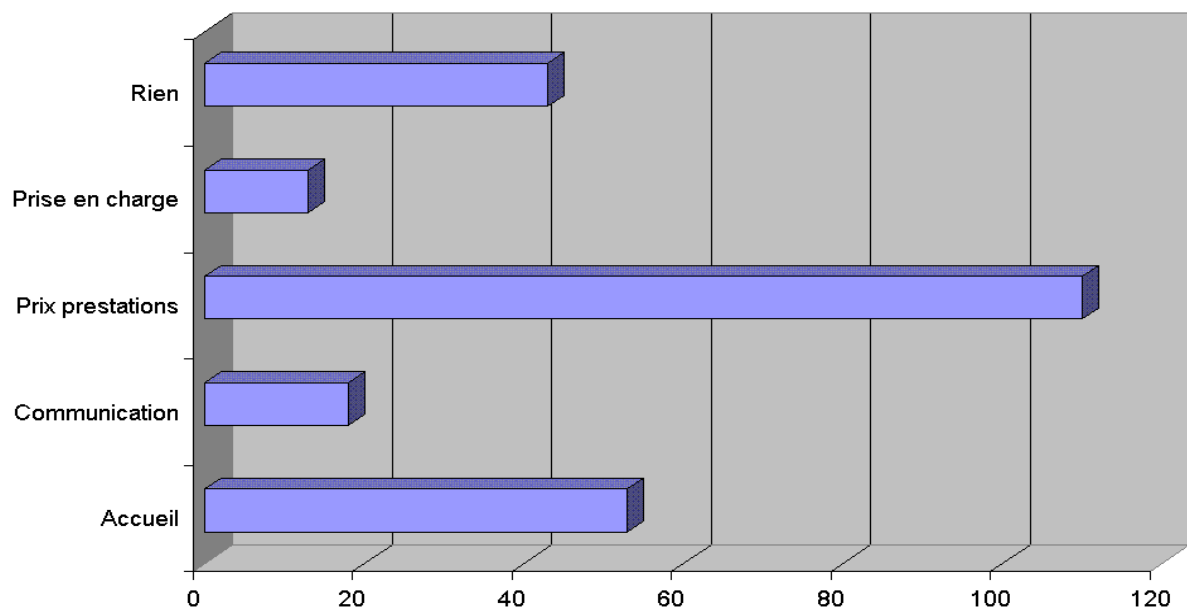


Figure 17 : Les plaintes des populations par rapport aux centres de santé. 46,4% des personnes se plaignent du coût des prestations au niveau des centres de santé.

X. Résumé:

La présente étude portant sur l'utilisation des services de santé par les populations nomades de la commune de Ber, (Tombouctou, Mali) s'est déroulée sur 3 mois (d'octobre à décembre 2005) au niveau de deux CSCOM et de six sites de populations nomades.

Durant ces travaux, nous avons rencontré une population nomade qui, malgré son adhésion au système de soin proposé, est du fait de son mode de vie, qui consiste essentiellement à la recherche de pâturage, très souvent éloigné des centres de santé. De ce fait elle se trouve confronté à un certain nombre de problèmes au niveau de l'accessibilité aux centres de santé, car en plus du nomadisme, certaines réalités culturelles et l'automédication assez rependue constituent également des freins à la fréquentation des centres de santé.

Malgré les efforts louables consentis par les autorités sanitaires régionales et locales, dont la marge de manœuvre est assez étroite, il faut le dire du fait notamment de l'insuffisance des moyens matériels et économiques dont ils disposent pour couvrir ce vaste territoire, ces populations, comme un peu partout en zone rurale au Mali, sont confrontées a de graves problèmes de santé essentiellement du à l'accès limité des centres de santé.

Cette situation est d'autant plus alarmante que ce sont les femmes et les enfants qui payent le plus lourd tribut avec des taux de mortalité infantile et maternelle assez élevés.

XI
COMMENTAIRES
ET
DISCUSSIONS

XI. Commentaires et discussions :

Le CSCOM de Ber possède un taux d'adhérents acceptable de l'ordre de 500 pour une population totale d'environ 6250 personnes. Mais La grande majorité des populations de la commune ne disposent pas d'un centre de santé. Ces populations, tout en témoignant leur confiance en la médecine moderne, et leur disponibilité a payé en partie les soins de santé, se disent confrontés à un certain nombre de difficultés.

1. La fréquentation des centres de santé :

Malgré tout, nous avons une fréquentation relativement réduite des centres de santé en milieu nomade. Dans le cercle de Tombouctou, au niveau des centres de santé implantés en milieu nomade le taux de fréquentation est de l'ordre de 26% (*Annexe D*)¹⁶, ces résultats se rapprochent de ceux retrouvés au niveau du cercle de Goundam avec un taux de fréquentation de 21% (MSSPA. DNSP. 1993)

Au niveau des autres centres de santé non implantés en milieu nomade le taux de fréquentation avoisine les 40% (*Annexe C*)¹⁷ Ces chiffres sont vraisemblables à ceux retrouver dans cette étude qui estime qu'en plus détendre ses activités aux populations comprises dans un rayon de 15 km maximum, la population de l'aire du CSCOM doit être au minimum de 5 000 habitants sur lesquelles on estime la fréquentation à au moins 40%. (M. Konaté, B. Kanté, F. Djènèpo. 2003)

Au niveau de la commune de Ber, nous avons 27% de la population qui utilisent au moins 1 fois par an le centre de santé. Une étude réalisée au Mali sur l'utilisation des services de santé au niveau des communes de Bamako et du cercle de Kati a montré que près de 25% des individus va au moins 1 fois / an dans un centre de santé (Audibert. M, Roodenbeke. E, 2003)

¹⁶ Direction régionale de la santé, Tombouctou (SLIS, 2005)

¹⁷ Direction régionale de la santé, Tombouctou (SLIS, 2005)

2. Les facteurs influencent la fréquentation des centres de santé :

La faible fréquentation des services peut être expliquée par des facteurs tels que: L'éloignement des centres de santé, ainsi, 40,5% de la population se trouve à au moins 15 km du centre de santé le plus proche ; et 59,5% de la population située dans un rayon de 15km d'un centre de santé. En 2002, l'accessibilité aux CSCOM/CSA-R dans un rayon de 15 Km au Mali était de 68%, avec une accessibilité régionale à Tombouctou (27%) (**SLIS**, 2002)

- L'absence de moyen de transport, car 56,1% de la population estiment se rendre à pied au centre de santé et 22,4% à dos de dromadaire. Ce qui fait que 26% de la population dit leur falloir au moins 10 heures de route pour atteindre le centre de santé le plus proche.

- Le coût des soins de santé, ainsi 46,4% trouvent le coût des prestations inabordable.

- L'accueil au niveau des structures de santé, car 22,4% de la population s'en plaint.

- La peur et l'appréhension suscitées par les agents de santé à ces populations, 16,9% d'entre eux estiment avoir peur des agents de santé.

Le coût des soins de santé est un facteur non négligeable, car 96,6% des personnes se disent prêtes à aller au centre de santé si les soins étaient gratuits, car plus de 40% d'entre eux trouvent le coût des soins et des médicaments inabordables.

Selon l'enquête menée par MSF Belgique¹⁸ de novembre 2003 à janvier 2004 sur les soins des personnes vulnérables, au Burundi plus de 17% de la population ne se rend pas à une simple consultation, principalement pour des raisons financières. Et au niveau des populations nomades, le coût des soins pose un certain nombre de problèmes : Le problème de l'accessibilité financière au centre de soins du fait des faibles revenus de la population, l'absence de liquidité financière de ces populations dont la richesse est estimée en nombre de tête d'animaux, et le fait de ne pas donner la priorité aux dépenses de santé. Cet état de fait est valable dans la plupart des zones

¹⁸ **MSF/Belgique**, *Burundi : les vulnérables privés des soins de santé*, Bujumbura, Avril 2004

rurales au Mali, une étude (**Flachenberg F. & Talibo**, 1998) sur la santé communautaire au Mali a montré que le problème de sous fréquentation des centres de santé en milieu rural est en partie lié à l'absence de liquidité financière et au fait de ne pas donner la priorité aux dépenses de santé par rapport aux autres types de dépenses.

Ainsi la plupart des malades se rendent ainsi au centre de santé uniquement les jours de foire, car c'est le moment propice pour se procurer de l'argent liquide en vendant quelques animaux. Cela explique le fait qu'il n'est pas rare de voir les parents des patients se présenter d'abord au centre pour faire estimer le coût des soins avant de se rendre au marché pour vendre leurs animaux. Ce qui explique que nous avons deux à trois fois plus de malades qui viennent en consultation les jours de foire par rapport aux autres jours. Les personnes qui n'ont aucun ou peu de moyen se tournent soit vers les thérapeutes, soit vers les vendeurs ambulants des médicaments.

3. Les facteurs spécifiques aux femmes et aux enfants :

En plus de ces difficultés qui concernent tout le monde, les femmes et les enfants, couches les plus fragiles, rencontrent d'autres problèmes pour accéder aux structures de santé. Les enfants forment la couche qui a le moins accès aux services de santé selon 54,4% de la population.

La décision d'amener l'enfant malade au centre de santé est prise dans 87,8% des cas par le père de l'enfant. Il en est de même pour les mères d'un enfant car 92,4% d'entre elles estiment ne pas pouvoir se rendre au centre de santé sans au préalable la permission du mari. L'EDSM III montre qu'au Mali 17% des femmes prennent elle-même la décision de se rendre au centre.

4. Les autres recours

Une bonne partie de la population dit avoir d'autres recours en dehors du centre de santé. Nous assistons également à une forte tendance à l'automédication avec 63,3% de la population. En plus de l'automédication, 57,4% d'entre eux recourent soit aux marabouts, soit aux guérisseurs en cas de maladie. Dans une étude récente, le recours aux soins modernes concerne entre 45 à 55% des plaintes. L'automédication plus de 40% et le

recours aux thérapeutes traditionnels plus variable selon les régions entre 3 et 23%.

(**Nzapayake** 97 ; **Audibert et al.** 2000 et 2001 ; **Touré** 2002 ; **Mariko** 2003)

En dehors du Mali, Une étude sur l'utilisation et demande des services de santé au Sénégal montre que parmi les 6.331 individus de la zone rurale ayant déclaré être tombé malade durant le mois précédant le passage de l'enquêteur, 50% n'ont pas cherché de soins dans le secteur moderne (**Sadio A. & Diop F.** 1994)

5. Conséquences

L'accès aux structures de santé est relativement restreint au niveau de ces populations, ainsi 54,9% des personnes estiment n'avoir aucun accès au centre de santé. Ce chiffre ne montre pas une grande différence comparativement à l'accès aux structures de santé au Mali en général qui est 59% (symposium international sur la santé et le développement)

(http://www.novartisfoundation.com/pdf/access_health_services.pdf)

Avec 24, 2 % des mères d'enfant qui disent n'avoir jamais été dans un centre de santé. Nous avons seulement 15,2% des mères d'enfant à avoir effectué des consultations prénatales et 9,1% des accouchements effectués dans un centre de santé. Le faible taux d'accouchements effectués dans une structure de santé est fréquent au Mali en dehors des grandes villes où 91% accouchements se déroulent dans une structure de santé.

Le taux de mortalité maternelle est augmenté par la précocité des mariages et des premiers accouchements ainsi 47% des mères d'enfant avaient entre 9 et 16 lors de leur mariage et 21% lors de leur premier accouchement. En ce qui concerne les enfants, les difficultés d'accès et les divers obstacles sociaux font que 53,1% des enfants malades partent au centre de santé après 5 jours de maladie. Ces aléas pourraient être à la base de taux élever de mortalité infantile enregistrer au niveau de ces communautés, ainsi S. Randall a enregistré des taux de mortalité chez les enfants de moins de 1 an pouvant atteindre 60 pour mille (**Randall.S**, 2001)

Mais ces taux de mortalité élevés peuvent aussi en partie s'expliqués par les mariages consanguins très fréquents en milieu Tamasheq.

XII

CONCLUSION

XII Conclusion

Cette étude sur l'offre, les besoins et les attentes des populations nomades en matière de santé a été initiée par le Partenariat Nord-Sud (projet santé des Keltamasheq) afin de mieux comprendre pour bien agir en matière de santé nomade.

A la suite de cette étude, nous constatons que malgré une bonne volonté des autorités sanitaires, la mise en place de structures de santé en nombre, et souvent bien équipées pour assurer les soins de santé à la disposition de ces populations nomades, et malgré le fait que la population locale se dit satisfaite des soins de santé reçus au niveau des centres de santé, cela ne permet pas une fréquentation élevée de ces centres de santé.

En plus des facteurs exprimés par l'ensemble de la population (L'éloignement des centres de santé, le coût de transport et des soins de santé comme étant déterminant dans le recours au centre de santé,) les femmes et les enfants sont sujets à certaines contraintes qui leur sont spécifiques, c'est l'une des raisons pour lesquelles Le phénomène de sous – fréquentation est essentiellement marqué au niveau des couches fragiles : les femmes et les enfants.

Ces derniers restent malades plusieurs jours avant d'être amené au centre de santé, et très peu de femmes partent en première intention au centre de santé car elles épuisent au préalable tous les recours possibles avant de se rendre au centre de santé.

Au niveau des centres de santé, les pathologies les plus courantes sont en premier lieu le paludisme, suivi par les affections respiratoires, tandis qu'au niveau des campements, c'est plutôt les affections respiratoires qui prédominent.

Les centres de santé sont plutôt fréquentés par les populations sédentaires des villages de Ber et Teherdjé.

Les populations se disent satisfaites de la qualité des soins, et de la qualité des relations entretenues avec les agents de santé, mais elles regrettent les pénuries fréquentes des médicaments pour les enfants(Sirop, suppositoires....)

Il apparaît aussi, la nécessité d'entreprendre des études pour compléter les informations existantes apparaît nettement, ceci en vue de mieux connaître les problèmes de santé de ces populations pour mettre en place un système de santé efficace sur la base de données et informations récentes et fiables nécessaires.

Enfin il apparaît qu'en plus des efforts louables consentis par les autorités sanitaires régionales et locales, dont la marge de manœuvre est assez étroite, il faut le dire du fait notamment de l'insuffisance des moyens et matériels et économiques dont ils disposent pour couvrir ce vaste territoire, il semble utile de penser à la mise en place du système de santé mixte à plusieurs composantes, fixes, avances ou même mobiles qui serait à mieux de répondre aux réalités locales et d'améliorer ainsi la santé des populations.

XIII

RECOMMANDATIONS

XIII. Recommandations :

1. Aux autorités sanitaires :

- ▶ Renforcer les structures de santé existantes en ressources matérielles et humaines.
- ▶ Mettre à la disposition des centres de santé des moyens de transport des urgences vers l'hôpital régional de Tombouctou.
- ▶ Améliorer la gestion des centres de santé par un dialogue entre les agents de santé et le comité de gestion des CSCOM.
- ▶ Mettre en place un système de formation continue au bénéfice des agents de santé, et doter les centres de test de confirmation des diagnostics de paludisme, et leurs éviter ainsi de traiter les cas de fièvre qui souvent sont liées à des anthroozoonoses (Brucellose, maladie de lyme etc ..) Comme étant des cas de paludisme.
- ▶ Œuvrer à la mise en place de nouveaux centres de santé qui doivent au préalable recevoir la garantie de l'adhésion des populations locales, garante de la pérennisation de la structure de santé.
- ▶ Mettre en place des postes de santé avancés pour une meilleure accessibilité des structures de santé par les populations nomades.
Améliorer les taux des soins préventifs, de vaccinations et CPN en faveur des couches fragiles que sont les femmes et les enfants.
- ▶ Mener des études afin de : - Mieux appréhender les besoins en santé de ces populations.- Elaborer la carte de la répartition de ces populations dans la zone.- Et connaître les périodes et les directions des grands déplacements de personnes et d'animaux (mouvements de transhumance)
- ▶ Organiser avec les chefs de fractions nomades des rencontres périodiques en un lieu connu par les populations, pour une meilleure couverture vaccinale des femmes et des enfants.

- ▶ Réfléchir à la possibilité de la mise en place d'une combinaison de stratégies de santé fixes, avancées et même mobiles.
- ▶ Expliquer au personnel médical l'importance de la qualité de la relation soignant malade sur la fréquentation des centres et de là sur la santé de la population.

2.Au niveau des populations:

- ▶ Rassurer les populations nomades sur la bonne foi et la compétence des agents de santé.
- ▶ Introduire au niveau de ces populations la notion d'épargne santé, pour qu'elles disposent de liquidité financière à tout moment.
- ▶ Coupler les campagnes de vaccinations et les soins de santé humains avec ceux des animaux pour obtenir une meilleure adhésion des populations nomades.
- ▶ Sensibilisations des femmes sur l'importance des soins préventifs : CPN et vaccinations sur la santé des mères et des enfants.
- ▶ Sensibiliser les hommes à donner plus de liberté aux femmes et aux enfants pour accéder au centre de santé.
- ▶ Sensibiliser la population sur l'importance de recourir assez vite aux centres de santé.
- ▶ Mettre en garde la population sur les dangers de l'automédication avec l'utilisation des « médicaments de la rue ».
- ▶ Mieux expliquer à la population le système de fonctionnement des centres de santé communautaires.
- ▶ Education des populations sur les règles élémentaires d'hygiène, et sur les mesures de protections et de lutte contre les maladies liées à la proximité des animaux.

XIV

BIBLIOGRAPHIE

XV Références bibliographiques

Aliou, S., *Quel système de santé choisir pour les populations nomades*, 1992

Audibert. M, Roodenbeke. E, *Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspectives.2003*(http://siteresources.worldbank.org/INTAFRICA/Resources/Mali_sante_fina)

Diop, S., *La fracture sociale élitiste: balises éthiques pour une participation sociale durable et endurable au Mali*, 2001
(www.ssd.ubordeaux2.fr/faf/pdf/faceface_4.pdf)

Diop S., *Sanlôfèn, l'horizon cosmogonique mandenka dans les soins infantiles au Mali*, Colloque Amades 2000, accepté (sous presse)

Diop S., *Le paludisme chez l'enfant au Mali: Vers une lecture ethnoépidémiologique.* Cahiers d'anthropologie, Anthropologie Médicale, 2000; 3: 33-46.

D. M. Dougla, S. Daoud, M. Tanner, J. Zinnstag, E. Schelling: *Répartition de la morbidité chez trois communautés nomades du Chari Baguirmr et du Kanem Tchad*, 2003

ECHO. *Rapport d'évaluation des actions humanitaires financées par E.C.H.O dans le Nord-Mali et le Nord-Niger*, 1998-1999

EDSM III : *Enquête démographique de santé au Mali ;2001*

Flachenberg F. & Talibo A. : *santé communautaire : une expérience pilote au Mali : Handicap International, coordination technique santé*, 1998

G. Fokou, T. Haller, J. Zinsstag : *A la recherche des déterminants institutionnels du bien-être des populations sédentaires et nomades dans la plaine du waza-logone de la frontière Camérounaise et Tchadienne*, 2004

Gruénais, M-E., Communautés et État dans les systèmes de santé en Afrique, in *Bernard Hours (dir.) Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Karthala/Médecines du Monde, Paris, 2001, pp. 67-85.

Helander B - Getting the most out of it: nomadic health care seeking and the State in southern Somalia. *Nomadic Peoples* 1990 pp.122-132.

Holly Ann William, Caroline Jones, all: The contribution of social science research to malaria prevention and control., in *Bulletin of the World health Organization*, 2002, 80 (3), 251-252.

Hureiki, J., La pensée touarègue ou le sens de l'équilibre, in *Les médecines touarègues traditionnelles. Approche ethnographique*, Karthala, 1999, pp. 33-138.

Konaté. M, Kanté. B, Djènèpo. F. *Politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale des centres de santé communautaires au Mali, 2003*

Loutan, L - Les problèmes de santé dans les zones nomades. In «ROUGEMONT A, BRUNET-JAILLY J - Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux ». Doin ed, Paris, 1989, pp. 219-253.

Madani Ly, Samba Diop, et Coll : *Cancer du sein : facteurs influençant l'itinéraire thérapeutique des usagers d'un service d'oncologie médicale à Bamako (Mali)* Bull. Cancer, 2002 : 89 (3) : 323-326.

Maïga, M.T-F, Le Mali : *De la sécheresse à la rébellion nomade. Chronique et analyse d'un double phénomène du contre-développement en Afrique sahélienne.* L'Harmattan, 1997, pp. 87-108.

Massé, R., La santé publique comme projet politique et projet individuel, in *Bernard Hours (dir.) Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Karthala / Médecines du Monde, Paris, 2001, pp. 41-64.

MSF/Belgique, *Burundi : les vulnérables privés des soins de santé*, Bujumbura, Avril 2004

MSSPA, DNSP, CPS : *Rapport des journées de réflexion sur les stratégies sanitaires adaptées aux populations semi-sédentaires et nomades*. 1993

PRODESS II : Programme de Développement Sanitaire et Social, mai 2004

Randall. S., . *Rapport sur l 'enquête démographique en milieu Tamasheq, 2001*

Sadio A. & Diop F. : *Utilisation et demande de services de santé au Sénégal*, Bethesda, USA, août 1994

SLIS : *Annuaire statistique sanitaire du système locale d'informations sanitaires*.

Swift, J., Toulmin, C., Chatting, S. (1990), *Providing services for nomadic people*. UNICEF Staff Working Papers No. 8. New York: UNICEF

Tremblay. M. A : *La santé en tant que phénomène global*. 1983

Wiese. M, Yosko. I et Donnat. M: *La cartographie participative en milieu nomade: Un outil d'aide à la décision en santé publique. Etude de cas chez les Dazagada du Bahr-El-Ghazal (Tchad), Med Trop 2004 ; 64 :452-463.*

Wyss K, Bechir M, Schelling E et Coll - *Quels types de services de santé pour les populations nomades? Apprentissages des activités de recherche et d'action au Tchad, 2002*

Zoubga A. D.: *Services des soins et qualité au Burkina Faso : Une interprétation et une gestion de la question sanitaire particulièrement avancée, les difficultés et les carences*, Ouagadougou, Burkina Faso, 2000

Annexes

Annexe A : Questionnaires :

Guide d'entretien Focus GROUP

1 *EVALUER LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES CENTRES DE SANTE*

- Quelle est la nature de votre centre de santé ?
Cscm []
Csar []
Privé []
Confessionnel []
Autre(à préciser).....
- La population locale a t-elle voulue de ces centres de santé ?
- Le nombre de centre de santé est –il suffisant ?
- Ces centres de santé sont –ils bien repartis ?
- Les centres de santé sont –ils équipés ? .Pour accueillir ;Pour consulter ;Pour prendre en charge,.Pour référer
- Le nombre de personnel soignant est –il suffisant ?
- Les centres de santé sont - ils fonctionnels ? :.mois /an.
jours/mois,.heures/jour
- Les centres de santé sont –ils régulièrement approvisionnés en médicaments et matériels ?

2. *EVALUER LES STRATEGIES ET LES PROCESSUS DE DELIVRANCE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRE*

- Les soins sont –ils accessibles à tout le monde ?
- Les soins sont –ils gratuits (consultation, médicaments) ? Si non sont –ils abordables ?
- Les soins sont-ils disponibles à tout moment ?
- La délivrance de soin est – elle accompagnée de conseil (hygiène, posologie et contre indication des médicaments) ?
- Existe –il un suivi ? (observance, surveillance, rendez – vous ...)
- Quelles sont les voies d'administration privilégiée de médicament et quelles sont les mieux et les moins acceptées par les populations ?

3 LES DYNAMIQUES D'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES POPULATIONS LOCALES :

- Partez –vous au centre de santé chaque fois que vous êtes malades ? Si non pour quel type de maladie vous le faites ?
- Quelles sont les maladies qui sont mieux traitées ailleurs qu'au centre de santé ?
- Pour quel type de maladie la médecine moderne est elle considérée comme efficace ?
- Combien de fois en moyenne par an fréquentez –vous un centre de santé ?
- Qu'est ce qui limite votre fréquentation du centre de santé ?
- Quelles sont les solutions pour augmenter cette fréquentation ?

4 L'ACCESSIBILITE DES CENTRES DE SANTE POUR LES POPULATIONS LOCALES :

- Quelles sont les difficultés d'accès au centre de santé ?
- Combien de temps faut –il pour accéder au centre de santé le plus proche ?
- Si on veut amener un malade au centre de santé qu'est ce qui peut retarder ou empêcher cela ?
- Quels sont les moyens de transport possibles ?
- Les femmes et les enfants ont-ils accès au tant que les hommes au centre de santé ?

5 RELATIONS SOIGNANT – SOIGNE :

- Quel est l'état de cette relation ?
- Quels sont les comportements dominant de cette relation ?
- Comment êtes –vous reçus au centre de santé ?
- Etes –vous satisfaits de soins reçus au centre de santé ?
- Quelles sont les qualités que vous attendez du soignant ?
- Existe –t-il des difficultés de communication entre le personnel soignant et les populations ? Si oui comment sont –elles résolues ?
- Etes-vous satisfaits du personnel soignant ? Si non selon vous de quoi manque-il ?(compétence, disponibilité, volonté)

6. CAUSES SOCIO-CULTURELLES DE LA NON UTILISATION DES SERVICES DE SANTE :

- Que pensez-vous de la médecine moderne ?
- Apporte t-elle une réponse satisfaisante a vos problèmes de santé ?
- Quelle est votre définition de la maladie, de la guérison ?

- Le fait de partir au centre de santé est-il bien perçu dans la société ?
- Selon vous le malade qui se rend au centre de santé est ? (un brave, un lâche, un sage, un fou, un faible, un fort)
- Quelles sont les raisons de votre réticence a fréquenté les services de santé ?
- La population locale est-elle associée à la gestion des centres de santé ?
- Existe-il des maladies pour les quelles vous ne vous rendez jamais au centre de santé ?

Questionnaire informateurs

1. Site/ No ID/Sujet : /_____/ 2. Date : /___/___/_____/
3. Nom et prénoms : /_____/
4. Sexe /___/ 1=féminin ; 2=masculin 5. Age : /_____/
6. Campement (puits) /centre de santé :
7. Il y a-t-il un centre de santé ici ? /___/ 1= oui ; 2=non
8. Quelle est sa nature ?
 - a. Cskom []
 - b. Dispensaire []
 - c. CSRa []
 - d. ASACOM []
 - e. Autre (à préciser) :
9. Si non, souhaitez-vous en avoir ? /___/ 1= oui ; 2=non ; 3=NSP
10. Avez-vous fait une demande à ce propos? 1= oui ; 2=non
11. Si oui, avez vous été consulté avant la mise en place du centre de santé /___/
1= oui ; 2=non
12. Etes-vous associé à la gestion du centre de santé ? /___/ 1= oui ; 2=non
13. A quelle distance se trouve le centre de santé du lieu de résidence ?
 - a. 1 km []
 - b. 5 km []
 - c. 10 km []
 - d. 15 km []
 - e. + de 15 km []
14. Avec quel moyen de déplacement partez-vous au centre de santé ?
 - a. A pied []
 - b. Par dromadaire []
 - c. Par âne []
 - d. Par motocyclette []
 - e. Par automobile []
 - f. Autres(à préciser).....

15. Combien de temps vous faut-il ainsi pour arriver au centre de santé?

- a. 30 mn e. 10 heures
b. 1 heure f. + de 10 heures
c. 3 heures
d. 5 heures

16. Combien de fois par an partez-vous en consultation au centre de santé ?

Au moins :

- a. 1 fois
b. 3 fois
c. + de 3 fois
d. pas une fois

17. Allez-vous au centre de santé chaque fois que vous-êtes malade ? /___/
1= oui ; 2=non

18. Ou seulement pour certaines maladies ? /___/ 1= oui ; 2=non

19. Avez-vous confiance en la médecine moderne ? /___/ 1= oui ; 2=non ; 3=NSP

20. Etes-vous prêts à payer pour les soins de santé ? /___/ 1= oui ; 2=non ; 3=NSP

21. Le prix des prestations est-il abordable ? /___/ 1= oui ; 2=non ; 3=NSP

22. Les médicaments sont-ils abordables ? /___/ 1= oui ; 2=non ; 3=NSP

23. Si les soins étaient gratuits, iriez-vous chaque fois que vous êtes malade ? /___/

1= oui ; 2=non ; 3=NSP

24. Si les soins étaient gratuits, iriez-vous, même quand vous n'êtes pas malade (par exemple pour un contrôle de routine ou toute autre raison ? : précisez SVP cette raison : _____ /___/ 1= oui ; 2=non ; 3=NSP

25. Avez-vous d'autres recours en dehors du centre de santé ? /___/ 1= oui ; 2=non

26. Quels sont les autres recours ?

- a. Le marabout
a. Le guérisseur
b. Les personnes âgées
d. Autre (à préciser) :

27. Avez-vous ici accès à l'information reliée à la santé (radio, télévision, journaux, réunions, etc) ? /___/ 1= oui ; 2=non

28. Avez-vous déjà été à l'école ? /___/ 1= oui ; 2=non

29. qu'est ce qui vous plait pas au centre de santé ?

- a. L'accueil
b. La communication avec les agents de santé
c. Le prix des prestations

- d. La prise en charge []
- e. Autre [] (à préciser) :

30. Etes-vous satisfaits des soins que vous recevez ? /___/ 1= oui ; 2=non

31. Existe-il des maladies pour lesquelles vous n'allez jamais au centre de santé ?
/___/ 1= oui ; 2=non

32. Existe-il des maladies pour lesquelles vous allez toujours au centre de santé ?
/___/ 1= oui ; 2=non

33. Toutes les couches de la population ont-elles accès au centre de santé ?
/___/ 1= oui ; 2=non ; 3=NSP

34. Si non, quelle est celle qui y a le moins accès ?

- a. Les enfants []
- b. Les femmes []
- c. Les personnes âgées []
- d. Autre (à préciser).....

35. Allez-vous au centre de santé quand votre enfant est malade ? /___/ 1= oui ;
2=non

36. Avez-vous peur des agents de santé ? /___/ 1= oui ; 2=non ; 3=NSP

37. La santé de vos animaux vous préoccupe-t-elle ?

- a. moins que la votre []
- b. autant que la votre []
- c. plus que la votre []

38. Est-ce vous qui rejeter le centre de santé ? /___/ 1= oui ; 2=non ; 3=NSP

39. Est-ce le centre de santé qui vous rejète ? /___/ 1= oui ; 2=non ; 3=NSP

Questionnaire Guérisseurs

1. No ID/sujet: / _____ /
2. Nom et prénom: / _____ /
3. Sexe : / ___/ 1=féminin ; 2= masculin
4. Site : / _____ /
5. Etes vous du campement ? / ___/ 1= oui ; b= non ; c= NSP
6. Avez-vous toujours résidé dans ce campement ? / ___/ 1= oui ; 2= non ; 3= NSP
7. Quelle science utilisez vous pour soigné vos malades ?
 - a. Les plantes / ___/
 - b. le Coran / ___/
 - c. Autres (à préciser).....
8. Comment avez-vous acquis vos connaissances ?
 - a. Par formation / ___/
 - b. Par don / ___/
 - c. Par héritage / ___/
 - d. Autre (à préciser).....
9. Guérissez-vous toutes les maladies ? / ___/ 1= oui ; 2=non ; 3= NSP
10. Si non, que faites vous lorsque vous vous savez impuissant face à un mal ?
 - a. Envoyer le malade vers un autre guérisseur / ___/
 - b. Envoyer le malade au centre de santé / ___/
 - c. Se remettre à la volonté de Dieu / ___/
 - d. Autre(à préciser).....
11. Quelles sont les maladies que vous soignés le mieux ?
 - a. Les maladies de l'esprit / ___/
 - b. Les maladies du corps / ___/
 - c. Autres(à préciser).....
12. Quelles sont les maladies qui vous causent le plus de difficultés ?
 - a.
 - b.
 - c.
 - d.
13. Croyez-vous en la médecine moderne ? / ___/ 1= oui ; 2=non ; 3= NSP
14. Vous arrive t-il d'encourager un malade a allé au centre de santé / ___/ 1= oui ; 2=non ; 3= NSP
15. Recevez--vous beaucoup de malades ? / ___/ 1= oui ; 2=non ; 3= NSP

16. Vos malades sont à majorité composés de ?

- a. Femmes /___/
- b. hommes /___/
- c. Enfants /___/
- d. Autres (à préciser)

17. Pratiquez-vous des scarifications ou autres saigné ? /___/ 1= oui ; 2=non ; 3=NSP

18. Si oui, changez-vous de matériel à chaque nouveau malade ? /___/
1= oui ; 2=non ; 3= NSP

19. Si oui, pourquoi ?
.....

20. Pensez-vous continuer longtemps votre métier ? /___/ 1= oui ; 2=non ; 3=NSP

Questionnaire Personnel médical

1. No ID/sujet:/_____/

2. Nom et prénom:/_____/

3. Sexe : /___/ 1=féminin ; 2= masculin

4. Centre de santé : /_____/

5. Type d'établissement :

a. Hôpital []

b. centre de santé de référence []

c. CSCom []

d. Maternité/dispensaire []

e. Autres (à préciser).....

6. Catégorie :

a. médecin []

b. infirmier []

c. sage femme []

d. aide soignant

[]

e. autre(à préciser).....

7. Est-vous le chef de ce centre de santé ? /___/ 1= oui ; b= non ; c= NSP

8. Avez- suivi récemment un recyclage ? /___/ 1= oui ; 2= non ; 3= NSP

9. Si oui, à quand remonte la dernière formation ? /___/

1= 1 an ; 2= 3 ans ; 3= 5 ans ; 4= > 5 ans

10. L'âge du centre de santé ?

a. - de 1 an []

b. 2 - 3 ans []

c. 3- 5 ans []

d. + de 10 ans []

11. Le centre de santé est-il fonctionnel ? /___/ 1= oui ; 2=non ; 3= NSP
12. Si oui, il fonctionne ?
a. les jours de marché []
b. les week end []
c. les jours ouvrables []
d. tous les jours []
13. Fonctionne-t-il ?
a. toute l'année []
b. seulement pendant l'hivernage []
c. seulement pendant la saison sèche []
d. Autre(à préciser).....
14. Le centre dispose t-il d'un stock de médicaments essentiels ? /___/
1=oui ;
2=non ; 3= NSP
15. Le centre est-il régulièrement fourni en médicaments ? /___/
1=oui ;
2=non ; 3=NSP
16. Disposez-vous d'une ambulance (véhicule en état de marche) ? /___/
1= oui ; 2= non ; 3= NSP
17. Si non, comment sont évacuer vos malades vers l'hôpital ?
a. A pied []
b. A dos de chameau []
c. A charrette []
d. Autre(à préciser).....
18. Composition du personnel ?
a. Médecins :.....
b. Infirmiers.....
c. Aide soignant.....
d. Sage-femme.....
e. Autre(à préciser).....
19. Etes-vous content de travailler dans ce centre ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 3=NSP
20. Est-ce votre premier poste ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 3= NSP
21. Etes-vous venu volontairement ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 3= NSP
22. Etes-vous pressé de quitté ? /___/ 1= oui ; 2=non ; 3= NSP
23. Avez-vous des problèmes avec les patients ?
a. Jamais []
b. Souvent []
c. Tous les jours []
24. Avez-vous des difficultés particulières avec la population locale ? /___/
1=oui ; 2=non ; 3=
NSP
25. La population fréquente-elle le centre de santé ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 3=NSP

26. Si non pourquoi selon vous?
- a. A cause de la distance []
 - b. A cause du prix des soins []
 - c. A cause de leur mode de vie []
 - d. Autres(à préciser).....
27. Les malades prennent-ils des médicaments avant de venir eu centre de santé ?/___/ 1=oui ; 2=non ; 3= NSP
28. Si oui, quel type de médicaments ?
- a. Pharmaceutiques []
 - b. Traditionnels []
 - c. Autres(à préciser).....
29. Quelles sont les maladies pour lesquelles la population vient en consultation ?
- a.
 - b.
 - c.
30. Quelle est la frange de la population la plus fréquemment rencontrée lors des consultations ?
- a. Les enfants []
 - b. Les femmes []
 - c. Les hommes []
 - d. Les personnes âgées []
31. Quelle est la frange de la population la moins fréquemment rencontrée lors des consultations ?
- a. Les enfants []
 - b. Les femmes []
 - c. Les hommes []
 - d. Les personnes âgées []
- f. Existe-il un rapport entre la période de l'année et le nombre des consultations ?/___/ 1=oui ; 2=non ; 3=NSP
- g. Si Oui, quelles sont les périodes de grande affluence ?
- a. L'hivernage []
 - b. La saison chaude []
 - c. La saison froide []
- h. Quelles sont les périodes de moindre affluence ?
- a. L'hivernage []
 - b. La saison chaude []
 - c. La saison froide []
- i. Existe-il un registre des consultations ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 3=NSP
- j. Si oui, est-il consulter par les autorités de tutelles ?/___/

Questionnaire enfants malades

1. NoID/sujet : /_____/
 2. Site : /_____/
 3. Date : /__/__/____/
- Informations sur le malade
4. Nom et prénom : /_____/
 5. Age : /_____/
 6. Scolarité : Scolaire/déscolarisé/ non scolarisé
-
7. Nom et prénom du tuteur : /_____/
 8. Identité/statut par rapport au soigné : /_____/
 9. Affection pour laquelle le malade est venu : /_____/
-
10. Existe-il un centre de santé dans la commune ? /__/ 1=oui ;2=non ;3=NSP
 11. Combien de kilomètres vous séparent du centre de santé le plus proche ?
 - a. Moins de 5 km []
 - b. Entre 5-10 km []
 - c. Plus de 10 km []
 12. Ce centre de santé est-il équipé pour la prise en charge des enfants ?
 - a. oui []
 - b. Plus ou moins []
 - c. non []
 - d. NSP []
 13. Le personnel médical est-il disponible pour recevoir un enfant malade ?
 - a. toujours []
 - b. souvent []
 - c. jamais []
 14. Le personnel médical est-il formé pour la prise en charge des maladies enfants ?
 - a. bien former []
 - b. assez-bien []
 - c. pas suffisamment former []
 - d. pas du tout former []
 - e. NSP []
 15. Les médicaments pour les enfants sont-ils disponibles ?
 - a. toujours []
 - b. souvent []
 - c. jamais []
 - d. NSP []
 16. La mère a t-elle été déjà vacciné ? /__/ 1=oui ; 2=non ; 3=NSP
 17. La mère a t-elle effectuer des C.P.N ? /__/ 1=oui ; 2=non ; 3=NSP
 18. L'accouchement s'est-il déroule dans une structure de santé ? /__/
1=oui ;2=non ;3=NSP
 19. Combien de temps faut-il pour y accéder ?
 - a. A pied.....

- b. A chameau.....
- c. En voiture.....

20. Le chemin est-il praticable toute l'année ? /___/ 1=oui ;2=non ;3=NSP

21. Quelles sont dans l'ordre les franges de la population qui ont le moins accès au centre de santé ?

- a.....
- b.....
- c.....

22. La mère a t-elle été suivie par un agent de santé ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 3=NSP

23. L'enfant a t-il déjà été vu par un agent de santé ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 3=NSP

24. Combien de temps s'est-il déroulé entre le début de la maladie et le départ pour le centre de santé ?

- a. 24 heures []
- b. 48 heures []
- c. 5 jours []
- d. + de 5 jours []

25. Lorsqu'un enfant est malade qui s'occupe de lui ?

- a. Son père []
- b. Sa mère []
- c. Sa sœur []
- d. Les grands-parents []
- e. Autre(à préciser)

26. Vous arrive t-il de donner des médicaments pharmaceutiques aux enfants ?

- a. tout le temps []
- b. souvent []
- c. rarement []
- d. jamais []
- e. NSP []

27. Qui prend la décision d'amener l'enfant au centre de santé ?

- a. Le père []
- b. la mère []
- c. le marabout []
- d. le guérisseur []
- e. Autre(à préciser).....

28. Ou conduit-on l'enfant avant de partir au centre de santé ?

- a. Praticien privé []
- b. Guérisseur traditionnel []
- c. Marabout []
- d. Autres(à préciser).....

29. Existe t-il des maladies des enfants mieux traitées ailleurs qu'au centre de santé ?

/___/ 1=oui ;2=non ;3=NSP

Questionnaire mères d'enfant de 0- 5 ans

1. Site : /_____/
2. Date : /__/__/__/
3. No : /_____/
4. Nom et prénom : /_____/
5. Age : /__/ 6. statut matrimonial: /_____/ 7. nombre de grossesses: /__/
8. Nombre d'enfants : /____/

9. Avez-vous déjà été dans un centre de santé ? /__/ 1=ooui ; 2=non ; 3=NSP

10. Avez-vous la possibilité de vous rendre au centre de santé ? /__/
1=ooui ; 2=non ; 3=NSP

11. Avez-vous besoin de la permission de quelqu'un pour vous rendre au centre de santé ?
/__/ 1=ooui ; 2=non ; 3=NSP

12. Si vous en aviez la possibilité, iriez-vous au centre de santé chaque fois que vous êtes malade ? /__/ 1=ooui ; 2=non ; 3=NSP

13. Avez vous déjà été vacciné ? /__/ 1=ooui ; 2=non ; 3=NSP

14. Avez vous déjà utilisé un moyen de contraception ? /__/ 1=ooui ; 2=non ; 3=NSP

15. Accepteriez vous de vous rendre au centre de santé ? /__/
1=ooui ; 2=non ; 3=NSP

16. Avez-vous eu des rapports sexuels avant le mariage ? /__/
1=ooui ; 2=non ; 3=NSP

17. Avez-vous des rapports sexuels en dehors du mariage ? /__/
1=ooui ; 2=non ; 3=NSP

18. Si oui, utilisez-vous des préservatifs ? 1=ooui ; 2=non ; 3=NSP

19. Combien d'années se trouvent entre vos enfants ?
 - a. Enfant1- Enfant2.....
 - b. Enfant2- Enfant3.....
 - c. Enfant3- Enfant4.....
 - d. Enfant4- Enfant5.....

20. Etes-vous au courant des inconvénients pour la mère et l'enfant des naissances rapprochées ? /__/ 1=ooui ; 2=non ; 3=NSP

21. Quelles sont les maladies les plus fréquentes chez vous ?
 - a
 - b.
 - c.

22. Pour quelles maladies partez-vous au centre de santé ?

- a
- b.
- c.

23. Au près de qui vos questions liées aux problèmes de santé trouvent-elles réponse ? /_____/

24. A quel âge vous êtes vous marié ? /_____/

25. A quel âge avez-vous eu votre premier enfant ? /_____/

26. Avez-vous déjà accouché dans un centre de santé ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 3=NSP

27. Allaitiez-vous vos enfants ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 3=NSP

28. Quant vous êtes enceintes suivez-vous des consultations prénatales ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 3=NSP

29. Vous arrive t-il de cacher des maladies ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 3=NSP

30. Avez-vous peur des agents de santé ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 3=NSP

31. Accepteriez-vous être consulter par un agent de santé masculin ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 3=NSP

32. Si vous-aviez une maladie liée à vos organes sexuels, en parleriez-vous ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 3=NSP

33. Comment partez-vous au centre de santé ?

- a. Directement []
- b. Après avoir essayer tous les traitements traditionnels []
- c. Lorsque la maladie sera très grave []
- d. Autre(à préciser).....

Annexe B : Glossaire des expressions tamasheq utilisées:

« **alhôr** » : morceaux de pierre a base de calcaire utilisée pour la construction essentiellement au niveau de la ville de Tombouctou.

« **issismade** » : refroidissements fait généralement à base d'un liquide, utilisé lorsqu'une personne est dite victime de « tekoussé »

« **tekoussé** » : Veux dire littéralement « chaleur » mais traduit la perte d'équilibre du corps qui penche vers le « chaud » et entraînant ainsi le déséquilibre du corps entre le « froid » et le « chaud » donc la maladie. « tekoussé » est généralement provoqué par la consommation des aliments trop sucrés ou trop salés.

« **tijdil awas** » : Terre à terre celle qui empêche d'uriner, ce terme regroupe les maladies aussi bien de l'homme que de la femme au cours desquelles la personne rencontre des difficultés (brûlures, douleurs, faiblesse du jet ...) lors de la miction.

Il est utiliser dans un sens large pour « couvrir » toutes les maladies liées au sexe, dont l'évocation en public est assez mal vue dans la société.

« **tinariwen** » : dans le langage courant ce terme désigne ce qui est en rapport avec la brousse, mais il a de plus en plus pris une connotation autre, à savoir qu'il désigne aussi « kel ténére » ou 'ceux de la brousse' autrement dit les diables, c'est ainsi que les maladies qui sont liées aux diables sont désignées très souvent par le terme « tinariwen »

« **tissemdé** » : Qui veux dire littéralement « fraîcheur » mais ici traduit la perte d'équilibre du corps qui penche vers le « froid » et entraînant ainsi la perte de l'équilibre du corps entre le « froid » et le « chaud » donc la maladie.

Annexe C : Les autres aires de santé :

NOM AIRE	Population	Curative	Taux	Consul.	CPN	Acc.	Taux	Décès	BCG	Taux	DT	CP1	Taux	DT
AGLAL	2 806	834	30	45	32	21	15	0	97	86	90	80		
BELLAFARANDI	5 252	391	7	27	10	58	22	0	69	33	56	27		
BORI	3 265	928	28	97	59	55	34	0	92	70	136	104		
BOUREMINALY	1 856	706	38	115	124	51	55	0	115	155	139	187		
HONDOUBOMO	3 200	995	31	106	66	79	49	0	126	98	141	110		
ISSAFAYE	2 170	581	27	77	71	16	15	0	84	97	168	194		
KABARA	1 616	992	61	145	179	81	100	0	166	257	186	288		
SANKORE	6 173	4 768	77	438	142	324	105	1	730	296	764	309		
TOYA	379	488	129	69	364	42	222	0	63	415	80	527		
Totaux	26 088	10 683	41%											

Annexe D : Aires de santé en milieu nomade

NOM AIRE	Population	Curative	Taux	Consul.	CPN	Acc.	Taux	Décès	BCG	Taux	DT	CP1	Taux	DT
AGOUNI	1 783	154	9	29	33	29	33	0	32	45	31	43		
AROUANE	815	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
ASSIDI	1 555	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
BER	3 488	1 808	52	160	92	104	60	0	161	115	157	113		
TEHERDJE	2 183	1 130	52	102	93	63	58	0	81	93	93	107		
ZORHO	2 264	64	3	36	32	6	5	0	11	12	0	0		
Totaux	12 088	3156	26 %											

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE, je promets et je le jure au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne partagerai aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de partie ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je Le Jure.