

République du Mali
Un Peuple-Un But-Une Foi

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie

ANNEE : 2011-2012

Thèse N°.....

**Accès aux soins de santé des communautés
en milieu nomade : cas des communes
de Ber et de Gossi à Tombouctou au Mali**

Thèse présentée et soutenue publiquement le

Faculté de Médecine de Médecine et D'Odonto-Stomatologie

Par **M. Moussa Brema Sangaré**

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

JURY :

Président du jury: Pr Sékou Fantamady Traoré

Membres du jury: Dr Akory Ag Iknane

Codirecteur de thèse : Dr Yaya Ibrahim Coulibaly

Directeur de thèse : Pr Samba Diop

1. INTRODUCTION

Au Mali, les zones rurales, spécifiquement celles de la partie nord du pays ont les taux de mortalité les plus élevés au monde, le risque global de décès parmi les enfants de moins de 5 ans est estimé à 191 pour mille naissances, soit près d'un enfant sur cinq [1].

La répartition des structures sanitaires à travers le pays est irrégulière et basée non seulement sur la démographie mais aussi sur les aspects politiques et socio-économiques [2]. En effet, les services de santé et les ressources humaines sont généralement concentrés dans les zones de concentration démographique du pays : 57% des médecins, 47% des infirmiers et 64% des sages femmes travaillent à Bamako, la capitale [3].

A la limite du Sahara, dans la région sahélienne de l'Afrique de l'ouest, 65% des terres maliennes sont désertiques ou semi-désertiques. La richesse et les ressources naturelles sont inégalement réparties à travers le pays. Ceux qui vivent dans la plupart des régions marginalisées du nord du pays souffrent de périodes récurrentes de sécheresse et d'un manque important de nourriture [4].

A cause du nomadisme, des facteurs socio-économiques et culturels y compris l'existence des guérisseurs traditionnels [5], surviennent les problèmes d'accès aux centres de santé communautaires (CSCOM) pour ces populations. L'accessibilité du CSCOM dans un rayon de 5 km au Mali est passée de 41% en 2001 à 51% en 2006. La plus grande accessibilité a été observée à Bamako (95%) et la plus faible à Tombouctou (22%). L'accessibilité au CSCOM dans un rayon de 15 km au Mali est passée de 66% en 2001 à 76% en 2006, avec la plus grande accessibilité à Bamako (96%) [1].

Toutes les régions doivent fournir des efforts pour accélérer la mise en place des CSCOM, afin d'augmenter l'accessibilité à 5 Km sauf au niveau du district de Bamako qui est à 100. La moyenne nationale en PMA dans un rayon de 5 Km est de 58. Cette moyenne a augmenté par rapport à celle de 2009 (57). Par contre la couverture dans un rayon de 15 Km a augmenté de 88 en 2009 à 89 en 2010. Le ratio personnel qualifié population est encore très insuffisant, surtout pour les sages femmes : Kayes = 1/43.409 ; Koulikoro = 1/35.048 ; Sikasso = 1/49.546 ; Ségou = 1/32.905 ; Mopti = 1/58.209 Cela demande qu'en plus du recrutement, la répartition de cette catégorie de personnel doit privilégier ces cinq régions qui sont à part Kayes toutes de la zone I de pauvreté [6].

Un défi majeur pour la lutte contre les maladies infectieuses de la pauvreté et l'accès aux soins de santé essentiel est de rendre les interventions de santé accessibles à tous, sans tenir compte de l'emplacement, de l'organisation et du statut socio-économique, de la classe sociale, du style de vie ou du genre [7].

Les populations nomades constituent une proportion importante dans beaucoup de pays africains au sud du Sahara. A peu près 60% des 50-100 millions de nomades et semi-nomades vivent en Afrique [8]. Comparées à la population générale, les populations nomades ont moins accès aux services de santé [9 ; 10]. Les barrières d'accès comprennent les contraintes financières et les différences politiques et culturelles entre les nomades et les populations sédentaires y compris les agents de santé [11]. Ces populations sont aussi inégalement vulnérables aux maladies infectieuses telles que le paludisme, la tuberculose, le ver de guinée, les leishmanioses, l'onchocercose, les parasites intestinaux et les helminthes, la brucellose et le trachome [12].

Peu d'informations existent sur la meilleure méthode pour faire accéder les populations mobiles et éloignées aux soins de santé essentiels avec l'implication de la communauté [13]. La mobilité constante des populations nomades à la recherche de meilleurs zones de pâturage les exclut ou tout au plus les rend à peine joignables par les services de santé. Le recrutement, la formation et le soutien du personnel de santé communautaire constituent un défi supplémentaire [10]. Le système de santé formel semble être mal adapté au style de vie nomade [14].

Il s'agit dans cette étude, de décrire les caractéristiques des populations nomades, et de déterminer les problèmes liés à l'accès aux interventions de santé en milieu nomade.

2. CADRE CONCEPTUEL

Dans de nombreux pays en développement, le mauvais état des systèmes de santé est l'un des principaux obstacles à l'accès aux soins essentiels. Toutefois, les pays pauvres ne sont pas les seuls à connaître des problèmes liés à leur système de santé [15].

De plus en plus, les dirigeants politiques du monde entier et les responsables de la santé au niveau international admettent qu'il faut s'engager d'urgence, fermement et pour longtemps à renforcer les systèmes de santé. Ce regain d'intérêt politique offre l'occasion d'apporter les améliorations durables nécessaires dans la lutte contre les maladies et au niveau des programmes sanitaires et permet de consentir davantage d'efforts en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) [15].

2.1 Définition opérationnelle de quelques termes et notions

2.1.1 La santé

La santé se définit selon l'OMS comme un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Il est stipulé que son but est d'amener tous les peuples du monde au niveau de santé le plus élevé possible.

Evolution du concept : Auparavant, la santé était considérée comme étant l'état contraire de la maladie. S'occuper de l'accès à la santé revenait à lutter contre les maladies. Avec la définition de l'OMS, la prévention et les soins ne sont pas les seuls moyens au service de la santé, il y a aussi : les lois, les règlements, les orientations politiques en environnement et aménagement du territoire... La santé de la population devient une responsabilité collective [16].

2.1.2 Le système de santé

Le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé [15].

2.1.3 La politique de santé

C'est l'ensemble des stratégies et visions tendant à mettre en place un offre de service approprié en fonction des préoccupations majeures en matière de santé d'un pays [17]. La population nomade

Dans le contexte de cette étude les populations nomades seront définies comme les communautés de personnes (peuple) qui temporairement ou de manière permanente déplacent leur résidence et leurs activités professionnelles d'un endroit à l'autre. Les nomades incluent les chasseurs et ramasseurs nomades, les éleveurs nomades et les communautés ambulantes (par exemple, des groupes de personnes se déplaçant entre les populations installées (sédentaires) et avec lesquelles ils font des échanges de service ou du commerce). Selon Scheik-Mohamed et *al.* (1999) [12], les éleveurs nomades peuvent être différenciés en :

a) transhumants (des groupes nomades migrant régulièrement entre deux zones de pâturage le long des routes bien définies) ;

b) éleveurs nomades migrant le long des routes conventionnelles, mais se déplaçant aussi dans des zones différentes chaque année et des éleveurs semi-nomades avec une résidence semi-sédentaire et des habitudes de déplacement.

2.1.4 Kel tamasheq

Les kel tamasheq sont des éleveurs nomades généralement berbères venus d'Afrique du nord. Elles occupent le territoire saharien couvert par le dialecte Tamasheq. Certains les appellent touareg. Selon les Kel tamasheq ce terme est impropre et doit être abandonné.

2.1.5 Tribu

La tribu est un groupement de familles de même origine, vivant dans la même région ou se déplaçant ensemble, et ayant une même organisation sociale, les mêmes croyances religieuses et le plus souvent une langue commune. De nos jours les tribus n'existent plus, on parle alors de communautés.

2.1.6 Fraction

Les fractions constituent des fragments de résidences, le plus souvent affiliées à un village. Elles représentent des familles sommairement installées auprès d'un village ou un point d'eau. Dans d'autres régions, les fractions sont le fait d'installations familiales pour des activités de production (agriculture, élevage). Ainsi, dans les régions situées plus au sud, les fractions sont le fait de peuls allochtones, venus le plus souvent des régions septentrionales du fait des précédentes sécheresses (1970-1973 et 1985).

De nos jours, les fractions sont de plus en plus abandonnées au profit des sites nomades installés généralement dans les zones de pâturages.

2.1.7 Site nomade

Lieu géographique généralement favorable aux pâturages où les nomades au cours de leur déplacement s'installent avec leurs animaux pendant une période relativement longue (3 à 6 mois en moyenne).

2.1.8 L'intervention sous directive communautaire (IDC)

L'intervention sous directive communautaire est la stratégie au cours de laquelle les communautés elles-mêmes dirigent la planification et la mise en application des interventions. Cette stratégie a été utilisée avec succès dans plus de 19 pays africains pour la distribution annuelle de l'ivermectine, une mesure pour lutter contre l'onchocercose. Les IDC peuvent aussi fournir une plateforme efficace pour l'accès à d'autres interventions [18] en matière de santé et ont fait leur preuve comme étant la meilleure approche dans les interventions en matière de santé chez les communautés pauvres en Afrique [19 ; 20]. L'intervention de santé

Une intervention de santé serait définie dans le cadre de cette étude comme toute activité préventive, curative, promotionnelle, prophylactique et ou d'hygiène d'intérêt publique visant à lutter contre une maladie ou plusieurs maladies ou à améliorer l'état de santé des populations.

Ici, nous attendons par maladie les maladies tropicales négligées contre lesquelles ils seraient faciles d'adopter des mesures de lutte basées sur les acteurs communautaires tels que les relais de santé nomade (un relais santé nomade est un homme ou une femme de la communauté, résidant dans la communauté, choisi par sa communauté; volontairement engagé pour travailler avec la communauté et partageant le même mode de vie pour promouvoir la santé en milieu nomade [21]).

2.2 Maladies Tropicales Négligées (MTN)

L'expression « maladies tropicales négligées » ou MTN désigne un éventail de maladies causées par des agents pathogènes ainsi que des groupes de pathologies provoquées par des espèces microbiennes apparentées les unes aux autres. La plupart de ces maladies sont des maladies parasitaires dues à divers protozoaires et helminthes [17].

Elles accentuent la pauvreté en réduisant la productivité économique, en empêchant les individus de travailler ou de s'occuper de leurs familles et en limitant l'accès à l'éducation. Le risque de déscolarisation des enfants est par exemple doublé quand l'adulte responsable de la famille est atteint d'onchocercose. Ce sont des maladies de la pauvreté qui ont un impact

significatif en termes de développement mais aussi pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement [22 ; 23].

Bien que très différentes les unes des autres sur le plan médical, les maladies tropicales négligées forment un groupe, car elles sont toutes intimement liées à la pauvreté et elles sévissent toutes dans des environnements défavorisés et dans les régions tropicales, où elles tendent à coexister. Il s'agit de : dengue, rage, trachome, ulcère de Buruli, tréponématoses endémiques (dont le pian), lèpre, maladie de Chagas (trypanosomiase américaine), trypanosomiase humaine africaine (maladie du sommeil), leishmaniose, cysticercose, dracunculose (maladie du ver de Guinée), échinococcose, trématodose d'origine alimentaire, filariose lymphatique (éléphantiasis), onchocercose (cécité des rivières), schistosomoses (bilharziose), géo-helminthiases. La plupart de ces maladies sont un fléau de l'humanité depuis des siècles [17].

Il n'y a pas de définition standard et globale des maladies tropicales négligées, et les maladies faisant parties de ce groupe peuvent donc varier selon les classifications. Deux approches existent pour définir ce terme : la première consiste à insister sur la négligence comme caractéristique principale, alors que la seconde approche repose sur les caractéristiques communes des maladies et leur impact sur la pauvreté et le développement [24].

2.2.1 Situation des MTN au Mali

Certaines MTN sont très répandues au Mali. Au nombre desquelles cinq ont été retenues pour le plan stratégique d'intégration de la composante chimiothérapie de masse. Il s'agit du trachome, de la filariose lymphatique, de l'onchocercose, des schistosomoses et les vers intestinaux [25].

a. Le Trachome

- Le trachome, première cause de cécité évitable au Mali, est une affection chronique provoquée par *Chlamydia trachomatis*. Les données épidémiologiques sont les suivantes :
- Prévalence du trachome actif (trachome folliculaire TF ou intense TI) chez les enfants de moins de 10 ans : 34,9% ;
- Prévalence du trachome intense (TI) traduisant l'intensité trachomateuse chez ces mêmes enfants : 4,2% ;
- Prévalence de l'entropion trichiasis chez les femmes de plus de 14 ans : 2,5% ;

- Plus d'un million d'enfants sont porteurs d'un trachome actif et devraient bénéficier d'un traitement antibiotique local ou général ;
- Plus de 85 000 adultes sont dans le besoin d'une intervention chirurgicale visant à corriger un entropion trichiasis afin d'éviter l'évolution vers la cécité.

Tableau I : Prévalences des différentes formes du trachome par région

	TF/TFI (1-10 ans) %	TT (femme de plus de 15 ans) %	Estimation des besoins de chirurgie de TT
Gao/Kidal	46	0,7	1238
Kayes	45	3,3	17419
Koulikoro	33	3,8	23081
Mopti	44	1,7	10515
Ségou	23	1,8	11997
Sikasso	32	2,9	19038
Tombouctou	32	1,2	2543
Pays	34,9	2,5	85831

b. La filariose lymphatique [26].

La filariose lymphatique est une parasitose provoquée par plusieurs nématodes, *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* et *Brugia timori* dont la durée de vie varie de 4 à 6 ans. Elle est transmise par les moustiques et les manifestations cliniques chroniques les plus importantes sont l'éléphantiasis et l'hydrocèle. L'enquête nationale de validation des résultats de l'enquête de cartographie de la filariose lymphatique réalisée en 2004 a donné les résultats ci-dessous avec une prévalence moyenne de 7,07.

Le taux de prévalence varie selon les régions :

- Région de Sikasso :..... 18,6%
- Région de Mopti :15,4%
- Région de Kayes :8,6%
- Région de Kidal :7,3%
- Région de Gao :5,1%
- Région de Ségou :4%

- Région de Koulikoro..... 3,8%
- Région de Tombouctou :.....1%

L'étude sur la microfilarémie de la filariose lymphatique a rapporté une prévalence de 26,1% pour la région de Sikasso contre 7,6% pour celle de Koulikoro.

c. L'onchocercose

L'onchocercose (encore appelée cécité des rivières) est une affection parasitaire causée par un ver filaire appelé *Onchocerca volvulus*. Le parasite est transmis par la piqûre d'une petite mouche appelée simulie.

La maladie est endémique au Mali, dans 5 régions réparties entre l'aire initiale (Sikasso, Ségou, Mopti, Koulikoro rive droite) et l'aire d'extension ouest (Koulikoro rive gauche et Kayes) de l'ex programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'ouest. Vingt cinq (25) cercles sont concernés, couvrant une superficie de 350 472 km² où vivent plus de 5 millions de personnes.

Sur le plan épidémiologique

- Une équipe centrale et cinq régionales de surveillance épidémiologique de l'onchocercose sont disponibles ;
- Une trentaine de villages indicateurs sont régulièrement suivis et dont la situation épidémiologique est satisfaisante ;
- Les dernières évaluations épidémiologiques effectuées de 2002 à 2006 sur l'ensemble des bassins fluviaux qui sont sous contrôle (Niger et affluents, Farako, Lotio, Banifing IV, Kankélabá, Baoulé, Bafing, Bakoye, Falémé, Sénégal et affluents) ont montré des prévalences variant de 0 à 0,86% et des charges microfilariennes de la communauté de 0 à 0,54.

Sur le plan entomologique

- Une équipe entomologique est disponible au niveau central ;
- Au niveau des 4 points de capture régulièrement suivis sur le bassin du Niger, les potentiels annuels de transmission enregistrés sont inférieurs à 100 depuis 2002 ;
- Des études entomologiques d'impact du traitement larvicide et de la distribution de l'ivermectine sur la transmission et la détection précoce de la recrudescence de l'onchocercose sont menées sur les bassins fluviaux qui étaient autrefois sous contrôle OCP. Les dernières menées en 2005 sur les bassins du Bakoye, du Bafing, du Farako-

Lotio, des Baoulé Ouest et Est ont montré des taux d'infectivité inférieurs à 0,5 pour 1000 simules.

d. Les schistosomes et les vers intestinaux

La schistosomose ou bilharziose est une maladie parasitaire provoquée par des vers appelés schistosomes. Au Mali, la maladie se manifeste sous deux formes : la bilharziose urinaire et la bilharziose intestinale.

Les schistosomes et les vers intestinaux sont présents dans toutes les régions du Mali avec des prévalences variables. La schistosomose urinaire est retrouvée dans toutes les régions, tandis que la schistosomose intestinale est localisée plutôt dans les régions de Bamako (Djicoroni et Niomihirambougou), Koulikoro (Baguineda et Doucoura Coro) et Ségou (Macina).

Les enquêtes conduites dans les écoles sentinelles à Bamako, Bla, San, Macina, Baguineda et Ségou en 2004, ont montré une forte morbidité liée à l'infection par les schistosomes chez les enfants. La prévalence de l'infestation atteint 98,5% dans certaines écoles. Les examens échographiques réalisés sur le terrain, ont montré que 3,7 à 35,3 % des enfants d'âge scolaire présentaient des anomalies au niveau de la vessie.

2.2.2 Plan stratégique de lutte contre les MTN au Mali

Au Mali, les maladies parasitaires et infectieuses constituent un problème de santé publique. Parmi celles ci, on peut citer le trachome, la filariose lymphatique, l'onchocercose, les schistosomes et les vers intestinaux. Ces affections, bénéficiant de peu d'assistance pour leur élimination, sont classées parmi les MTN. Ce plan vise l'intégration de la chimiothérapie de masse qui est l'une des composantes des stratégies de lutte contre les MTN. Les autres stratégies sont entre autres :

- La Communication pour le Changement de Comportement (CCC) ;
- La formation du personnel socio-sanitaire et des relais communautaires ;
- L'approvisionnement en médicaments des structures impliquées ;
- Le suivi/supervision/évaluation des activités ;
- L'appui institutionnel.

Différentes méthodes de traitement de masse intégrés seront utilisés selon les milieux :

Milieu communautaire / rural : La stratégie des interventions sous directives communautaires au cours de laquelle les communautés elles-mêmes se chargent de la distribution des médicaments à travers des relais communautaires sera utilisée.

Milieu urbain : Le traitement spécifique dans les grandes villes sera fait en centres fixes par le personnel de santé (centres de santé) et par les représentants des divers groupes socio-professionnels et confessionnels (écoles, lieux de culte, casernes, marchés, etc.). Le traitement de porte en porte sera aussi adopté.

En milieu nomade (au nord du Mali) : Le traitement sera assuré par une équipe mobile qui se chargera de la distribution en stratégie avancée ou en centre fixe [27].

Les seuils d'endémicité admis au-delà desquels le traitement de masse est recommandé sont indiqués dans le tableau suivant.

Tableau II: Seuil d'endémicité des MTN

Maladies	Seuil d'endémicité (si présence \geq)
1. Trachome	10%
2. Filariose lymphatique	1%
3. Onchocercose	10%
4. Schistosomoses	10%
5. Vers intestinaux	10%

Médicaments actuellement utilisés pour le traitement

L'ivermectine et l'albendazole sont utilisés pour le traitement de la filariose lymphatique, de l'onchocercose et des vers intestinaux au Mali. Celui du trachome repose sur l'azithromycine et la pommade tétracycline 1%. Le praziquantel est indiqué dans le traitement des schistosomoses.

2.2.3 Epidémiologie des MTN

Les MTN sont un groupe de maladies transmissibles qui sévissent dans les pays pauvres, qui gâchent la vie d'environ un milliard de personnes dans le monde et mettent en péril la santé de plusieurs millions d'autres gens. On compte dans le monde 2,7 milliards de personnes vivant avec moins de US \$2 par jour (ce sont les populations les plus pauvres), dont plus d'un milliard souffrent d'une ou plusieurs maladies tropicales négligées. La pauvreté

favorise la présence et la propagation de ces maladies qui, à leur tour, aggravent et entretiennent le dénuement dans lequel vivent les communautés touchées [17].

Certaines MTN sont transmises par des animaux hôtes, tels que les chiens, les poissons et les crustacés, ou par des vecteurs tels que les moustiques, les simules, les escargots, les phlébotomes, les mouches tsé-tsé, les mouches domestiques et d'autres insectes. D'autres, comme la dracunculose et, dans une certaine mesure, la cysticercose, l'échinococcose et la fasciolase, sont transmises par contamination de l'eau, alors que les helminthiases sont transmises lorsque les sols sont contaminés par les œufs de vers parasites.

Des stratégies réalisables, testées et qui ont largement prouvé leur efficacité existent pour contrôler de nombreuses MTN. Une approche dite de « traitement à l'ivermectine sous directives communautaires » ou TIDC a été créée pour lutter contre l'onchocercose (la « cécité des rivières »). Elle repose sur la distribution de masse des médicaments et sur un réseau étendu de distributeurs bénévoles au sein même des communautés pour atteindre les populations marginalisées. L'approche a permis d'étendre les traitements à 60 millions d'africains [28] en réduisant notamment la cécité jusqu'à 77 % par rapport aux niveaux enregistrés avant la mise en place du système [29], ce qui a contribué à faire avancer de façon significative le processus d'éradication de l'onchocercose. L'approche TIDC est désormais la principale stratégie mise en œuvre dans plusieurs pays endémiques, particulièrement en Afrique sub-saharienne [30]. Cette réussite a mené à l'extension des IDC à d'autres MTN comme la filariose lymphatique et les schistosomoses.

Des études menées en Ouganda et au Nigéria [23] ont montré que la proportion des enfants qui reçoivent un traitement antipaludéen adapté est doublée ou multipliée par 2,5 quand ce traitement est intégré à un processus IDC [28]. La lutte contre les MTN est la seule initiative de santé publique qui bénéficie de la mise à disposition gratuite de médicaments à un tel niveau [24].

Associer la lutte contre les MTN à celui d'autres maladies s'avère également très efficace et contribue fortement au renforcement des systèmes de santé en élargissant les soins de santé primaires dans les communautés qui ont un accès limité aux services de santé [17].

2.2.4 Autres maladies et conditions morbides

Malgré les progrès obtenus dans l'initiative d'éradication de la poliomyélite ainsi que le contrôle de la rougeole, des problèmes de santé publique demeurent importants, avec des

taux de morbidité et de mortalité très élevés, particulièrement, chez les femmes et les enfants, à savoir : le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, les schistosomoses, la dracunculose, l'onchocercose, la lèpre, le trachome, le tétanos néonatal, la méningite, la fièvre jaune, le choléra et d'autres problèmes de santé liés à l'environnement [31].

Le paludisme

De nos jours, le paludisme reste un problème de santé publique majeur dans les pays en développement, notamment ceux des régions intertropicales. Selon l'OMS, environ 40 % de la population mondiale, habitant essentiellement dans les pays les plus pauvres du monde, sont exposés au paludisme, 1,5 à 2,7 millions de personnes à travers le monde, dont un million d'enfants de moins de 5 ans en meurent chaque année [32].

Au Mali, le taux d'incidence du paludisme simple a augmenté 85,63‰ en 2008, 99,21‰ en 2009 puis 108,98‰ en 2010. Cette hausse pourrait s'expliquer par l'amélioration de la capacité de détection des cas, par la formation du personnel et le système de rapportage. L'incidence du paludisme grave est passée de 22,28‰ en 2008, 26,84‰ en 2009 et 35,41‰ en 2010. Cette augmentation des cas de paludisme grave pourrait s'expliquer par le recours tardif aux soins conventionnels; la mise en place de la gratuité et de la référence évacuation (Koulikoro et Sikasso) du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes; les difficultés liées à l'accès aux services de santé ; l'amélioration du système de rapportage et de catégorisation suite aux différentes sessions de formation [1].

Les infections respiratoires aiguës

L'incidence des infections respiratoires aiguës basses varie entre 92,53‰ dans la région de Tombouctou et 184,81‰ dans la région de Kidal qui enregistre le plus grand taux depuis 2009. La tranche d'âge de moins d'un an est la plus vulnérable (124,5‰ en 2010) [1].

La diarrhée

La pollution de l'eau a un impact négatif sur l'incidence des maladies diarrhéiques dont le choléra. Selon l'OMS, 25% des maladies diarrhéiques peuvent être évitées en améliorant l'approvisionnement en eau et 32% en améliorant l'assainissement. Selon [1], 13 % des enfants de moins de cinq ans ont eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques dans les deux semaines ayant précédé l'enquête. Le taux d'incidence national de la diarrhée présumée

infectieuse en dehors du choléra était de 14,63‰ en 2010. Les maladies diarrhéiques exacerbent la malnutrition chez les enfants.

VIH/SIDA

Au Mali, la prévalence du VIH/SIDA est de 1,3% [1]. En 2010, 43% des patients dépistés (2303/5299 cas) ont été conseillés pour le dépistage du VIH/SIDA et 16% se sont révélés positifs contre 15,6% en 2009 [1].

A celles-ci, il faut ajouter la malnutrition, 11,63‰ en 2010 dans la tranche d'âge de 1-4 ans (la région de Sikasso reste toujours la plus touchée depuis 2009 avec 23,62‰ en 2010) et les maladies non transmissibles (maladies Cardio-vasculaires, diabète, cancers, hypertension artérielle) dont les charges deviennent de plus en plus lourdes, pour le système de santé du Mali [1].

Ces maladies ont des conséquences désastreuses sur l'état de santé de nos populations, surtout des groupes socio-économiques défavorisés.

2.3 Politique et organisation du système de santé du Mali

2.3.1 Situation sanitaire de la population du Mali

Il reflète le niveau actuel de développement socio-économique, reste préoccupante malgré l'augmentation de la part des dépenses récurrentes de santé dans le budget de l'Etat (8,1% en 1995 à 10,01% en 2006) et les efforts déployés par le secteur de la santé [1]. Les niveaux de morbidité et de mortalité du Mali restent parmi les plus élevés au monde et cela s'explique surtout par :

- Une insuffisance des ressources financières allouées au secteur au regard des besoins de la politique sectorielle et du programme quinquennal de développement sanitaire et social ;
- Un environnement naturel insalubre et propice à la transmission des maladies infectieuses et parasitaires du fait d'une hygiène individuelle défectueuse et des comportements très souvent inadéquats face à l'environnement ;
- Une insuffisance de l'accès à l'eau potable des populations ;
- Des habitudes sur le plan nutritionnel qui ont pour conséquence des apports nutritionnels non équilibrés et déficients aussi bien en quantité qu'en qualité (fer, iode, vitamine A), ce qui provoque des carences et des maladies ;
- La persistance de certaines coutumes et traditions souvent néfastes pour la santé ;

- Un faible niveau d’alphabétisation, d’instruction et d’information de la population ;
- Une insuffisance en nombre et en qualité du personnel sanitaire et social.

Compte tenu de ces insuffisances, le gouvernement du Mali a élaboré un Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 1998-2007). Pour la mise en œuvre de ce plan, le Mali a opté pour l’approche sectorielle. Le PDDSS est mis en œuvre à travers le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS).

2.3.2 Politique de santé du Mali

Le système de santé du Mali est organisé selon les dispositions de la politique sectorielle de santé et de population. En effet, le Mali s’est engagé en décembre 1990 dans une déclaration de politique sectorielle de santé et de population qui tire les leçons des soins de santé primaires (SSP), basée sur l’Initiative de Bamako (IB) et le cadre conceptuel de relance des SSP, est la base de l’organisation actuelle du système de santé malien. Cette politique sectorielle de santé a été complétée en 1993 par la politique nationale d’action sociale et de solidarité. Les deux politiques ont été reconduites en 1998 dans leurs orientations stratégiques à travers le troisième PDDSS mises en œuvre par le PRODESS. Elle renforce la participation communautaire à travers une approche contractuelle entre l’Etat et les populations organisées en Association de Santé Communautaire (ASACO) à travers laquelle sont créés les CSCOM [34].

La politique sectorielle consacre la différenciation des missions par niveau, ce qui est la concrétisation de l’une des orientations de l’OMS, à savoir que « le pouvoir de décision et les structures qui le sous-tendent doivent se rapprocher le plus possible du niveau opérationnel ou d’exécution, c’est-à-dire au niveau du district sanitaire ».

PRODESS : Le PDDSS fut adopté en juin 1998, soutenu par une approche sectorielle et mis en œuvre à travers le PRODESS en deux phases, I et II [35].

PRODESS I : De 1998 à 2002 et prolongé jusqu’en 2004.

Dans sa phase II, couvrant la période 2005-2009, est organisé en sept volets dans sa composante santé à savoir :

- Accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires ;
- Amélioration de la disponibilité des ressources humaines qualifiées ;
- Disponibilités des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables ;

- Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie ;
- Accessibilité financière, soutien à la demande et participation ;
- Reforme des établissements hospitaliers et des autres établissements de recherche ;
- Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation.

Composante développement social : Il est organisé en 5 volets

- Renforcement de la solidarité et de la lutte contre l'exclusion ;
- Renforcement de la protection sociale ;
- Lutte contre la pauvreté ;
- Renforcement institutionnel / financement ;
- Développement des ressources humaines.

Le contexte actuel est caractérisé par la mise en œuvre du Projet pour le Développement Economique et Social (PDES) 2007-2012, qui tire sa substance du processus du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP), qui a retenu le renforcement du secteur social dans ses axes prioritaires.

Les orientations dans ce domaine visent l'amélioration de la santé reposant sur :

- L'extension ainsi que la garantie de l'accessibilité et de la qualité des soins ;
- le développement de la télémédecine ;
- le développement des ressources humaines qualifiées ;
- la mise à échelle des interventions à grand impact pour l'atteinte des OMD.

La problématique de la protection sociale et de la promotion de la santé concerne plus spécifiquement le développement des mutuelles, la mise en place de nouveaux régimes tels que l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire), le FAM (Fonds d'Assistance Médicale), le FONARCA (Fonds National contre les Risques et Calamités Agricoles), la contractualisation entre l'Etat et les différents acteurs, les collectivités territoriales, les ONG / associations, et le secteur privé.

Au cours de la mise en œuvre du PRODESS II, d'autres priorités sont apparues, des stratégies novatrices ont été initiées et mises en œuvre (gratuité de la césarienne, gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, gratuité des Antirétroviraux (ARV)), pour accélérer l'atteinte des objectifs.

2.3.3 Organisation du système de santé

L'organisation de l'offre de soins se fait de façon pyramidale. Il est organisé en 4 niveaux. Le premier niveau est le niveau national appelé niveau central qui prend soin de l'organisation et de l'administration du système. Le niveau central donne les recommandations aux 8 niveaux régionaux correspondant aux 8 régions administratives du pays. Ces activités au niveau régional sont dirigées par la direction régionale de la santé. Chaque direction régionale de la santé a plusieurs centres de santé de cercle (3 à 12) appelés CSRef (Centre de Santé de référence). Le centre de santé de cercle est le niveau opérationnel. Il y a 56 districts sanitaires au Mali et chacun d'eux est responsable de 5 à 20 CSCOM. Chaque CSCOM est responsable d'une à deux communes. Les aires de santé n'ont pas les mêmes découpages géographiques que les communes. Chaque aire de santé a 5-25 villages ou campements à qui elle prodigue des soins de santé curatifs et préventifs.

Conformément aux orientations de l'IB, il a été institué un système de recouvrement des coûts de prestations, des actes et des médicaments à tous les niveaux.

La politique pharmaceutique est basée sur l'accessibilité financière et géographique des médicaments essentiels génériques. L'approvisionnement se fait à travers le Schéma Directeur d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SDAME).

Hypothèses

1. Quelles sont les caractéristiques des populations nomades qui affectent l'accès aux services de santé?
2. Quelles sont les difficultés d'accès des populations nomades aux services de santé
3. Quelles sont les raisons de la sous fréquentation des services de santé en milieu nomade.

3. OBJECTIFS

3.1 Objectif général

Etudier l'accès aux soins de santé des communautés nomades de Ber et Gossi

3.2 . Objectifs spécifiques

- 1) Décrire les caractéristiques des populations nomades en relation avec la santé;
- 2) Déterminer les difficultés d'accès des populations nomades aux services de santé;
- 3) Déterminer les raisons de la sous fréquentation des services de santé en milieu nomade.

4. METHODOLOGIE

4.1 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale mixte (qualitative et quantitative) qui s'est déroulée sur une période de trois mois, de janvier à mars 2011.

4.2 Description des sites d'étude

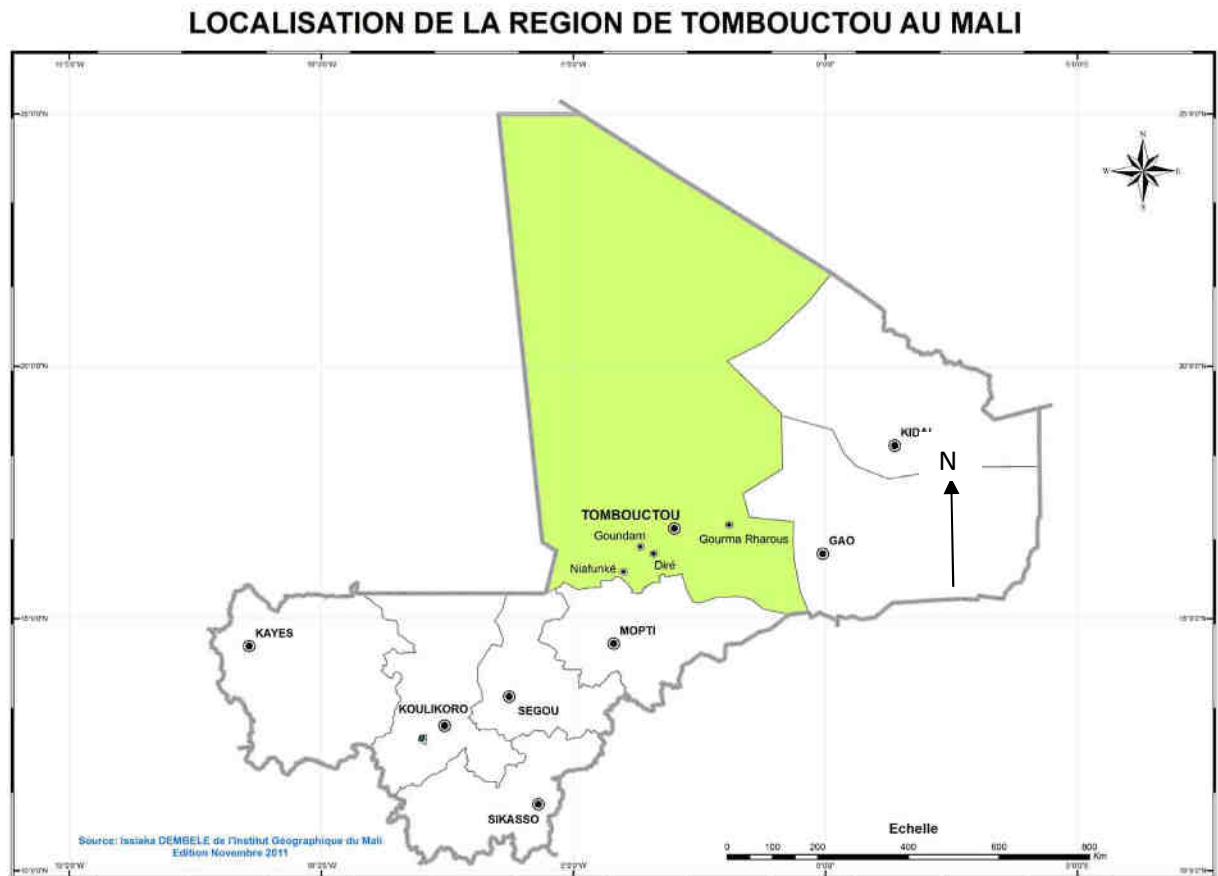


Figure 1: Carte du Mali montrant la région de Tombouctou

(Source : Institut géographique du Mali, novembre 2011)

L'étude a eu lieu au nord du Mali dans la région de Tombouctou chez les groupes nomades (majoritairement Kel tamasheq) des villages de Ber et de Gossi dans les cercles de Tombouctou et de Gourma Rharous respectivement.

Le Mali est un pays continental de l'Afrique de l'ouest, traversé par le tropique du cancer avec comme capitale Bamako, situé dans la bande soudano-sahélienne avec 1241238 km², il partage 7 200 km de frontières avec 7 autres pays à savoir : l'Algérie au nord, le Niger

et le Burkina-Faso à l'est, la Côte d'Ivoire et la Guinée au sud, le Sénégal et la Mauritanie à l'ouest. La population est estimée à 15 039 794 habitants selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2009 actualisés sur la base des taux d'accroissements général qui est de 3,6 [33]. Cette population assez jeune (48% ont moins de 15 ans) est essentiellement rurale (78% selon le dernier recensement) [36].

Le Mali compte huit régions administratives en plus du district de Bamako qui est la capitale. Chaque région est divisée en cercles. Les cercles sont subdivisés en communes. Il y a au total 703 communes dont 684 rurales et 19 urbaines (y compris les 6 communes de Bamako). C'est le plus vaste pays de l'Afrique de l'ouest. Son vaste territoire présente différents faciès écologiques. Le Sahara occupe un tiers de la surface du pays (partie désertique nord du pays). La densité est supérieure à 10 habitants / km² au sud du pays et moins de 9 au nord ; elle est souvent inférieure à 2 habitants au km².

Au nord du Mali, à part la vallée du fleuve Niger, la population du Sahara qui regroupe approximativement 1,5 - 2 millions de personnes est principalement constituée de nomades islamisés maure et Kel tamasheq.

Région de Tombouctou

Tombouctou est une ville du Mali localisée au sud du Sahara et au nord de la boucle du fleuve Niger. C'est la 6^e région administrative de la République du Mali. Elle est séparée du Niger par les canaux et servi par le petit fleuve de Kabara. Tombouctou est le centre régional de commerce du sel et d'autres denrées de première nécessité. Ses activités industrielles sont limitées : le coton, le textile, les articles en cuir et la poterie. La ville a à peu près 36,000 habitants. Dans cette région comme à Gao et Kidal, les 2 autres régions administratives sahariennes du Mali, les populations vivent fréquemment en dessous du seuil de pauvreté et dans des conditions environnementales extrêmes. En ce qui concerne la santé, les femmes et les enfants sont sujets à de dures épreuves. Ce phénomène influence le statut médical de ces populations vulnérables qui fréquentent rarement les services de santé.

La région de Tombouctou a 5 centres de santé de cercle (Centres de Santé de Référence), un dans chaque cercle à savoir Gourma Rharous, Tombouctou, Diré, Goundam et Niafouké. L'étude s'est déroulée dans les cercles de Tombouctou et de Gourma Rharous. Ces 2 cercles sont semblables sur plusieurs plans et sont les cercles d'origine de beaucoup de populations nomades du Mali. Ils sont caractérisés par une multitude de communautés

nomades qui ont des organisations assez semblables mais ont généralement des itinéraires géographiquement distants malgré qu'elles aillent dans la même direction le plus souvent.

Cercle de Tombouctou

Le cercle de Tombouctou est situé dans la partie nord de la région de Tombouctou. Il couvre une superficie d'approximativement 94.803 km². Il est limité au nord et au nord-est par l'Algérie, au sud par le cercle de Douentza, à l'est par le cercle de Gao et la région de Kidal et à l'ouest par les cercles de Diré et Goundam. Le cercle de Tombouctou a 83.593 habitants repartis entre six différentes municipalités dont cinq rurales (Alafia, Ber, Bourem-Inaly, Lafia et Salam) et une urbaine (Tombouctou). Ces communes sont faites de 21 villages et 69 fractions. La densité est de moins d'un habitant par km². Le mouvement de la population est marqué par le nomadisme (43%). Les groupes ethniques dominants sont: Songhaï, Tamasheq, Maure, Peulh, Bozo.

Commune de Ber

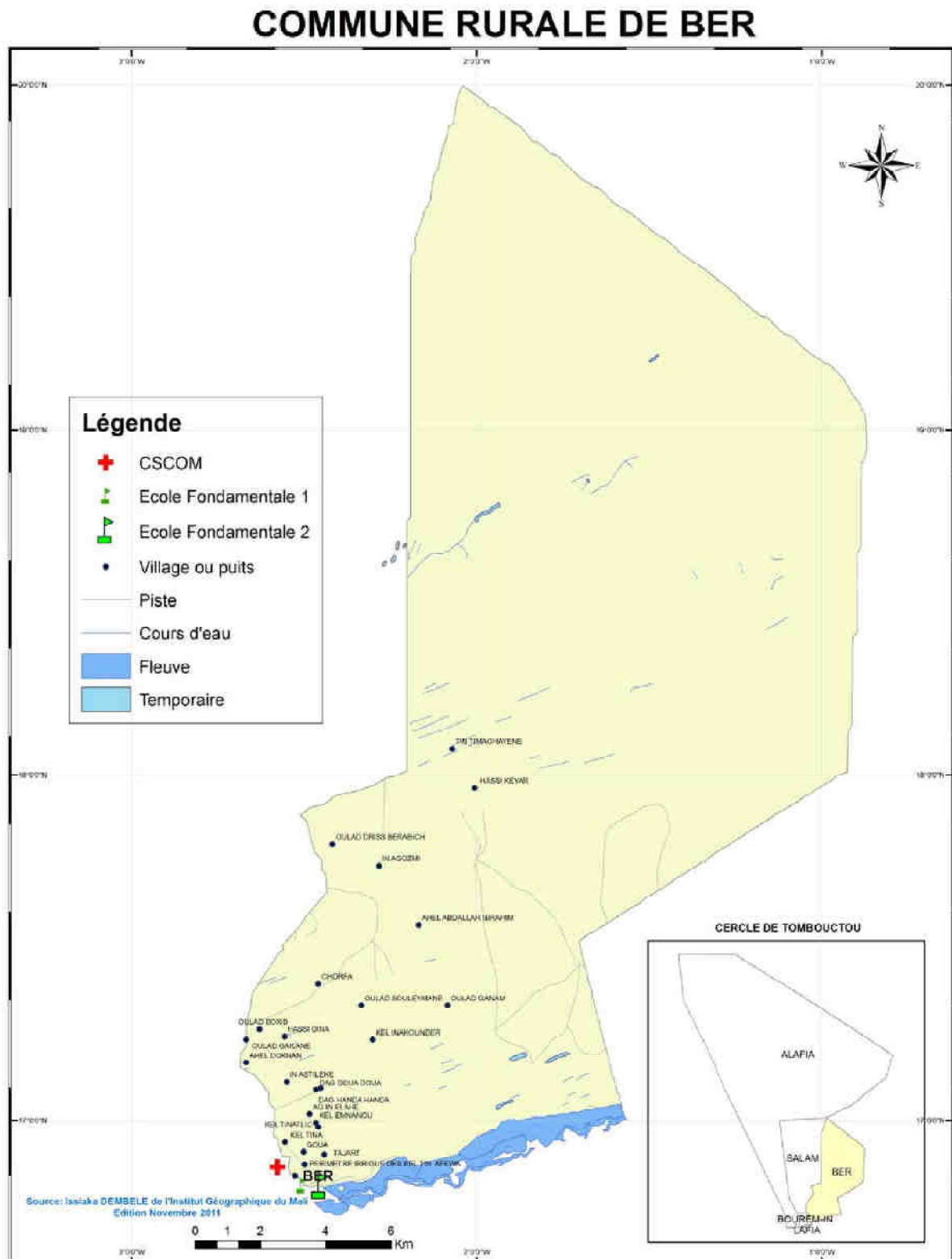


Figure 2 : Carte de la commune de Ber dans le cercle de Tombouctou

(Source : Institut géographique du Mali, novembre 2011)

Elle est située dans la partie nord à 60 km de Tombouctou, couvre une superficie de 90 000 km² et est constituée de 24 000 personnes réparties en 35 fractions plus le village de Ber.

A l'instar des autres communes rurales du Mali, la commune de Ber est créée en 1999 à la suite du découpage territorial liée à la politique nationale de décentralisation entreprise par l'Etat. La commune de Ber est la plus vaste commune du Mali avec une superficie de 80 000 km². Elle est située dans l'aire agro-climatique saharo-sahélienne avec une prédominance du climat saharien. Les pluies y sont rares et très irrégulières avec un cumul annuel de 68mm en 2003. La commune est peuplée principalement par les tamasheq (75%) et les Maures (25%) ayant une culture nomade. Le revenu des populations est faible et basé sur l'élevage, le commerce, l'agriculture et l'artisanat.

En matière de santé, la commune abrite un CSCOM mais les services ne sont pas offerts comme les populations s'y attendent. L'idée selon laquelle les femmes et les enfants sont fragiles et ont besoin de l'assistance des hommes en plus du coût, de la disponibilité et de la qualité des soins constituent les premiers motifs de non fréquentation des services de santé.

Cercle de Gourma Rharous

La population du cercle de Gourma Rharous est de 85.433 habitants répartis dans 44 villages et 173 fractions mobiles. Les principales activités sont: l'agriculture, l'élevage, le commerce, l'artisanat et la pêche. Les pluies sont rares et surtout mal réparties dans le temps et dans l'espace.

La saison des pluies s'étend de juillet à août et habituellement jusqu'à septembre avec une pluviométrie variant entre 200 et 400 mm du nord au sud. Le cercle est situé au sud-est de la région de Tombouctou avec une superficie de 50.000 km². Il est limité au nord et au nord-ouest par le cercle de Tombouctou, au sud et au sud-ouest par le cercle de Douentza et la république du Burkina Faso, à l'est par le cercle de Gao et à l'ouest par les cercles de Diré et Tombouctou. Le cercle compte 9 communes réparties en 3 grandes zones naturelles :

- La bande du fleuve constituée par les communes de Rharous, Banikane, séréré, hamzakoma ;
- La zone des lacs constituée par les communes de Bambara Maoudé, Inadjatafane et Haribomo
- Le gourma intérieur constitué par les communes de Gossi et Ouinerdene.

Le cercle de Gourma Rharous recèle d'importantes ressources agro-sylvo pastorales dont l'apport dans l'économie régionale est remarquable. Les différents types de cultures sont pratiqués avec une maîtrise totale de la riziculture. Les problèmes fonciers sont le plus souvent les problèmes de limitations des terres et des propriétés. Le sous-secteur de l'élevage dispose de près de 45% de l'effectif du cheptel de la région de Tombouctou. Les pratiques d'élevage sont la transhumance et le nomadisme.

Commune de Gossi

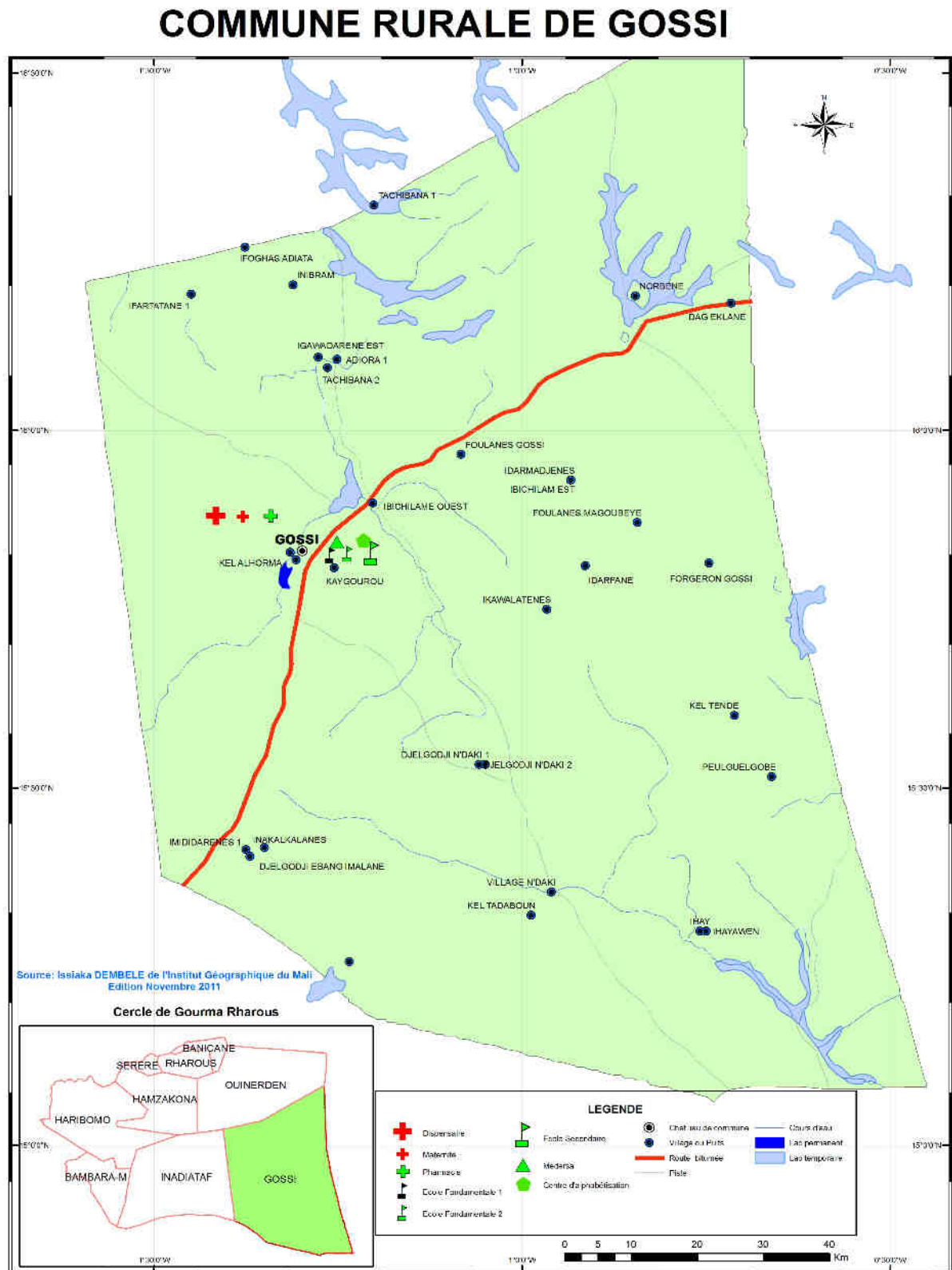


Figure 3 : Carte de la commune de Gossi dans le cercle de Gourma Rharous

(Source : Institut géographique du Mali, novembre 2011)

La commune de Gossi couvre une superficie de 15 000 km² avec une population de 24 324 habitants en 2009 majoritairement nomade (90%). Les sédentaires autour des lacs de Gossi sont constitués de peulh, d'Ebang Imalane et de Agafour, de quelques agriculteurs et de populations arabes essentiellement commerçants. Les principales activités sont l'élevage, la pêche, la cueillette, le commerce, l'artisanat et un peu d'agriculture.

La ville de Gossi est dotée d'un CSCOM dirigé par un médecin et deux infirmiers. Depuis 1987, une religieuse médecin y a installée un hôpital pour nomade uniquement. Les nomades peuvent installer leurs tentes pour la durée des soins. Malgré ces infrastructures, les questions d'accessibilité aux soins de santé primaires se posent à cause de la distance, le coût, et le mode de vie nomade.

4.3 Population d'étude

La population est composée de Kel tamasheq, de songhaï, d'arabes, de peulh et quelques bozo. Le principal mode de vie est le pastoralisme qui nécessite un mode de vie nomade pour une partie importante de la population. Ces nomades sont reconnus comme membres de localités installées. Ils sont fiers et volontaires pour aider les autres membres de ces localités. Les 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. Elles vivent avec leurs animaux aux alentours d'un point d'eau et en transhumance entre le sud et le nord en fonction des saisons.

Malgré ces reconnaissances et valeurs, les nomades ne veulent pas rester dans ces communautés à cause de la recherche perpétuelle de nouveaux pâturages pour le bétail. Ils passent l'essentiel de leur vie à la satisfaction et à l'entretien de leurs animaux. Ce mode de vie est fait pour le bien-être des animaux ; certains d'entre eux pensent que la santé des animaux est aussi importante que la leur.

4.4 Echantillonnage

Dans chaque commune, 3 - 4 communautés nomades liées aux deux villages d'étude ont été incluses. Les villages ont été aléatoirement choisis pour représenter les communautés nomades de chaque site d'étude. Ont été inclus dans cette étude, les volontaires résidents de la zone ayant 18 ans révolus et aptes mentalement à donner un consentement.

4.5 Taille de l'échantillon

La population totale du village de Ber est estimée à environ 1546 habitants. Avec un taux de fréquentation des CSCOM attendu au pire de 20% (inférieur au taux de 26,6% rapporté par El Moctar en 2006 à Ber), une précision de 5% et un seuil alpha de 5%, la taille minimale requise pour détecter une différence significative par rapport à la fréquentation des structures de santé périphériques est de 155 personnes à Ber pour l'étude quantitative. En y ajoutant un taux de non répondants à la question de 15%, nous avons une taille de 178 personnes. La même taille de l'échantillon a été utilisée pour le village de Gossi qui a une population de 1600 personnes.

Pour la collecte des données quantitatives, en plus de l'échantillon de chaque village, un échantillonnage de type exhaustif a été fait pour les guérisseurs traditionnels, les mères d'enfants de 0 à 5 ans, les leaders communautaires et les agents de santé au niveau du centre de santé communautaire. Des campements liés à chaque village (site de regroupement des nomades) ont été visités et tous les volontaires résidants ont été invités à participer à l'étude.

4.6 Description générale

Il s'agissait d'une étude transversale exploratrice des populations nomades pour comprendre et documenter le contexte local des communautés nomades et le processus d'accès aux interventions de santé existantes des populations nomades. Ces résultats seront généralisés à tous les pays et les recommandations sont très susceptibles d'avoir un impact sur la politique en vigueur.

4.7 Procédures de travail

4.7.1 Description de l'étude

Cette étude a utilisé essentiellement les méthodes qualitatives et quantitatives de collecte des données. Elle a duré trois mois. Elle a exploré les ressources, les pratiques et les interventions existantes à travers des entretiens individuels avec les informateurs clés et des questionnaires adressés à certaines couches de la population.

4.7.2 Etudes quantitatives

L'étude s'est intéressée essentiellement aux données portant sur les qualifications, la formation, et la motivation du personnel. Le fonctionnement, la logistique et les problèmes des centres de santé. 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 des praticiens, des autorités et les leaders communautaires.

Les modalités d'accès, les problèmes liés à la prise en charge, et aux modalités d'accès des malades aux structures de santé. Les problèmes rencontrés dans l'utilisation des services de santé et l'utilisation faite des services de santé disponibles. La formation, les domaines d'action et les pratiques des guérisseurs, le nombre et le type de leurs patients.

A cet effet, cinq types de questionnaires ont été élaborés adressés aux agents de santé, aux leaders communautaires, aux guérisseurs traditionnels, aux mères d'enfants de 0-5 ans et aux membres de la communauté.

En somme, il s'agissait de faire un résumé de la perception des résultats des systèmes et politiques de santé mis en place selon les populations bénéficiaires.

4.7.3 Etudes qualitatives

Nous avons réalisé des entretiens individuels approfondis et libres respectivement auprès, des autorités administratives et politiques, les leaders communautaires tels que les chefs religieux et coutumiers, les chefs de fraction, les coordinateurs de projet et d'association et des notables des villages de Ber et de Gossi et les sites nomades visités.

4.7.4 Traitement et analyses des données

Les textes issus des entretiens ont été analysés en utilisant le logiciel d'analyse des données qualitatives Atlas-ti version 6.2.

Les données quantitatives ont été saisies et analysées en utilisant le logiciel SPSS version 16.0 pour la saisie des données et GraphPad Prism 5 pour générer les figures et faire l'analyse statistique.

4.7.5 Considérations éthiques

La présente étude a été revue et approuvée par le comité institutionnel d'éthique de la FMPOS de l'université de Bamako avant sa mise en œuvre. Le consentement éclairé a été obtenu de tous les participants à l'étude. Les participants ont eu suffisamment de temps pour répondre aux questionnaires. Les informations sur les participants ont été gardées dans les armoires auxquels seuls les investigateurs ont accès. Les principes de l'anonymat et de la confidentialité absolue ont été respectés.

5. RESULTATS

5.1 Résultats de l'étude qualitative

5.1.1 Organisation socio-économique

5.1.1.1 Population

Le peuplement du Mali s'est effectué par des étapes successives d'abord dans le contexte soudanais puis lors des invasions berbères auxquelles on doit la création et la fondation des principales villes historiques comme Tombouctou et Djenné [37].

Il ya eu également la succession de nombreux empires : Celui du Ghana, le songhaï, du Mali, le touareg, le royaume peul du Macina, le royaume bambara de Ségou, etc. Ceci expliquerait l'extrême diversité de la population du Mali [37].

Dans le Gourma, situé à l'intérieur de la boucle du fleuve Niger, les populations s'expriment généralement en songhaï, langue des sédentaires de cette région ; le peulh pour les pasteurs nomades du gourma ; le tamasheq pour les touareg et les nomades du désert, et l'arabe pour les peuples venant du nord [37].

Beaucoup de nomades du Mali au cours des derniers siècles ont adopté la langue touareg, si bien qu'actuellement au nord du Mali on parle plutôt de Tamasheq en désignant ceux dont la langue est le tamasheq. Ce mot regroupe un groupe constitué de différentes ethnies dont le point commun est le mode de vie nomade et la langue commune : les *Kel Tamasheq* « les gens de la langue tamasheq » [37].

Les touareg sont des éleveurs nomades généralement Berbères. Ils s'appellent eux mêmes *Kel Tamasheq* " ou encore *Kel Tagelmoust* " ceux qui portent le voile " ou *Imajeghen* " les hommes libres. En raison de leur nomadisme et de leur infériorité numérique dans tous les pays dans lesquels ils s'établirent ou se déplacèrent, les Kel tamasheq subirent alors une marginalisation politique et économique récurrente pendant des décennies [38].

5.1.1.2 Structure sociale

Les populations nomades sont organisées en communautés et les communautés en fractions dirigées par les chefs de fraction qui sont les représentants de la population même auprès de l'Etat. Ce pouvoir est acquis par héritage selon un mode matriarcale.

Les mariages s'effectuent entre ceux de race blanche et rarement avec les noirs qu'ils considèrent toujours comme leurs serviteurs (esclaves) dont certains sont connus sous le nom

de « Bella ». A noter qu'il n'y a pas de mariage civil (honte) en milieu nomade. Le mariage est religieux, effectif après la dote et la lecture du Coran. La population est essentiellement musulmane.

Le Nomadisme est le principal mode de vie basé sur l'élevage des ovins, des bovins, des caprins, et des camelins. Il constitue la base de l'économie car ses produits dérivés sont les bases du commerce local. L'agriculture et la pêche sont menées par les sédentaires au bord du fleuve et dans le Gourma.

5.1.1.3 Vie associative

Le nomadisme ne permet pas une vie associative. Les populations sont dispersées dans le Sahara et bougent à tout moment et à des centaines de Km à la recherche des pâturages. D'une manière générale, après les sécheresses des années 70-80 et la rébellion, les nomades ont perdu beaucoup de fortunes (milliers de bétails). Les difficultés rencontrées à l'exode ont éveillé la conscience du soi, la solidarité et l'entraide. Tout ceci s'est traduit par une tendance à la sédentarisation à travers l'approche communautaire de gestion, la création des banques de céréales, des marchés, mais aussi l'agriculture (dans le gourma et la boucle du fleuve Niger) et le commerce avec les pays voisins.

5.1.1.4 Principales activités économiques

5.1.1.4.1 L'élevage

L'élevage est la principale activité des populations. Il est 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. Il est exercé essentiellement par les Kel tamasheq, les peulh du désert et les Maure. Les espèces animales élevées sont essentiellement des ovins, caprins, bovins, camelins, arsins et équins.

L'élevage des camelins (dromadaires) est beaucoup plus pratiqué par les arabes tandis que, les Kel tamasheq s'intéressent plus aux autres espèces notamment les vaches et les petits ruminants : moutons et chèvres. Deux types d'élevage sont pratiqués : l'élevage pratiqué comme activité principale par les nomades en transhumance avec des déplacements périodiques à la recherche des pâturages, et l'élevage pratiqué par les sédentaires pour compléter leur alimentation avec le lait et la viande.

5.1.1.4.2 La pêche

Pratiquée par les populations riveraines du fleuve Niger et autour des mares par quelques bozo venu du sud vers la région de Mopti.

5.1.1.4.3 L'Agriculture

Principale activité dans les zones sédentaires, elle est tributaire des aléas climatiques. Depuis quelques années, les populations nomades avec la sédentarisation et l'appui des partenaires au développement s'intéressent à l'agriculture. Des subventions allouées par le jumelage entre la commune de Ber avec celle de Saint Michel sur Orge en France permettent de développer l'agriculture jusque là méconnue. Sur le long de la vallée du fleuve Niger, des périmètres irrigués à l'aide des pompes à eau sont aménagés. Elle intéresse une petite partie de la population. Les principales cultures sont le mil, le sorgho, le niébé (également utilisé comme culture fourragère), la pastèque et l'arachide. Elle est pratiquée principalement au niveau des dunes, pour le mil dunaire et les pastèques. La culture du bourgou (plante herbacée très appréciée par les animaux) occupe une place très importante ainsi que le maraichage autour des mares.

A Ber, pendant la période des semences, c'est-à-dire au début de la saison des pluies, les groupements de fractions tels que : les Kel Inagozmi, Kel Inokinder convergent vers les périmètres irrigués pour cultiver le riz et le blé essentiellement. Après la décrue et l'évaporation des eaux de surface, les populations utilisent les terrains arrosés pour d'autres types de cultures comme les pastèques.

Dans la commune de Gossi, certaines zones ont initiées avec des partenaires des points de retenue d'eau en plus de ceux existant naturellement (mares, rivières). Ces points ont permis une grande production de fonio dans la commune. Cette activité attire beaucoup de jeunes de divers horizons pour un travail saisonnier assez rémunéré surtout pendant les récoltes.

5.1.1.4.4 La Cueillette

Les espèces les plus exploitées sont le fonio, le cram-cram, les jujubes et les dattes sauvages (*Balanites aegyptiaca*), ainsi que la sève de certains arbres utilisés comme encens ou encore la gomme arabique et les nénuphars.

5.1.1.4.5 Commerce

Après les premières années de sécheresse (1978), une partie des éleveurs qui ont perdu leur cheptel, s'est reconvertie dans le commerce transfrontalier. Malgré l'inexistence des accords commerciaux entre le Mali et l'Algérie, les échanges alimentent les marchés locaux. Le trafic frauduleux est toléré. L'existence des marchés hebdomadaires permet aux populations d'horizons diverses (nomades, sédentaires) d'y converger une fois par semaine pour écouler leurs produits. Une grande variété de produits est rencontrée dans les marchés : gasoil, farine, tapis, réfrigérateurs, sucre, céréales, essence, panneaux solaires, le bétail entre autres. La création de marchés est perçue comme un des moyens pour induire la sédentarisation ou au moins le regroupement hebdomadaire des nomades, leur offrant une opportunité unique de s'approvisionner en médicaments (médecine humaine, et vétérinaire), en denrées de première nécessité (huile, lait, thé, sucre, etc.) et de vendre du bétail et les dérivés de l'élevage (viande sèche, beurre, fromage, peau). Les chameaux peuvent couler jusqu'à 300000 FCFA (~US \$600).

L'ONG locale ADESAH (Association pour le Développement Endogène au Sahel) et son partenaire AVSF (Agronomes et Vétérinaires sans Frontières) ont entrepris la construction de 2 marchés en milieu nomade en 2002 dans les communes de Salam (Tichift, 170 km au nord de Tombouctou) et de Ber (Inagozmi, 130 km au nord de Tombouctou). Les foires les plus importantes du cercle sont celles des chefs - lieux de commune [39].

Dans la commune de Gossi, en plus du marché de Gossi qui est permanent avec des jours consacrés dans la semaine pour la grande affluence des marchands et acheteurs des villages et sites voisins (mais souvent assez éloignés). Le passage de la route nationale 16 (Sévaré-Gao) favorise la bonne marche de cette activité dans la quelle la majeure partie de la population trouve son compte. A coté de la foire hebdomadaire de Gossi qui constitue un des marchés les plus importants du Gourma, est celui de l'arrêt des véhicules en transit quotidien, de Gao et de Sévaré, et qui constitue le lieu de toutes sortes d'échanges commerciaux. Ces marchés offrent une plateforme économique primordiale pour l'économie de la commune.

5.1.1.4.6 Artisanat

En faisant référence à la stratification traditionnelle de la société tamasheq, nous avons le groupe social des forgerons (*Inhaden*) dont le rôle est la fabrication des ustensiles, des matériaux de l'habitat traditionnel (le *velum* ou la tente en peaux tannées), de l'armature, des selles pour les dromadaires, etc. En plus des forgerons, il ya les femmes des classes nobles et vassales qui s'occupent des produits artisanaux : confection des tentes, des coussins et autres

biens faits à partir de la peau en rapport avec l'habitat. Ainsi, pour promouvoir ce savoir local et créer un espace de rencontre et de travail, les femmes se sont organisées en association artisanes sur certains sites très souvent avec le concours d'une ONG. Alors, la fabrication de ces objets et vente lors des foires hebdomadaires constitue un revenu significatif pour les femmes et les encourage vers d'autres orientations. Cela est une activité importante pour la communauté car elle est productrice de revenus et créatrice d'activités, sources d'occupation pour une partie de la communauté, surtout les femmes. Cela les rend plus autonomes et plus utiles dans le développement des ménages.

5.1.1.4.7 Tourisme

Le tourisme n'est pas encore connu dans les zones d'étude selon la plupart des sujets interrogés dans les deux zones d'étude. Il est limité aux grandes villes telles que la capitale régionale (Tombouctou). Les actes de banditisme dans le nord du Mali (frontière avec quelques pays du Maghreb et le Niger) n'ont fait qu'aggraver la dégringolade du tourisme dans la région.

5.1.2 Itinéraires des Kel tamasheq du Mali

Les Kel tamasheq du Mali ont toujours été des nomades. Ils sont minoritaires (10% de la population malienne) et occupent environ un tiers du territoire national. Ils sont essentiellement repartis dans les trois régions du nord Mali : Tombouctou, Gao et Kidal [38].

Les populations nomades de Tombouctou n'ont pas un itinéraire unique annuellement. Cependant une grande partie de la population se déplace du nord vers le sud pendant la saison sèche et du sud vers le nord pendant la saison des pluies. Le mouvement est spécialement lié au rythme des pluies. Pendant la saison sèche (octobre -juin), les nomades se regroupent autour des points d'eau ou des petites villes pour mieux résister aux dures conditions de cette période. Cependant, la majorité de la population est concentrée à l'extrême sud de la région entre Bambara Maoudé à l'ouest, Douentza au sud et Gossi à l'est. Pendant la saison des pluies (fin juin à septembre), les populations reviennent au nord alors qu'il continue de pleuvoir.

Dans la région de Tombouctou, les Kel tamasheq sont essentiellement dans les communes de Goundam, Ber et Niafunké. Ces populations nomadisent entre le lac Faguibine et Douane (Ghachaf) conformément aux saisons à la recherche de pâturages, à partir des mois de mai et juin dès les premières pluies. Une fois l'hivernage fini, les nomades se retirent et

transhument vers les mares précisément la mare de Tine-Alfaghayamane qui conserve l'eau des pluies d'octobre à janvier, la mare de Bouyakali, Akounboy Ag wawili, Tamat inghachaf et la mare de Tin-Ghoumouch. Quand les mares tarissent, les nomades transhument vers les puits de Integni, Ghassa, Inbori, Intibicreme. Dans la commune de Niafouké les nomades sont entre la zone inondée de Youwarou et le Mema (Léré, Gati, Salanga), après l'hivernage (de décembre jusqu'en mai et juin) à la fin novembre dans la zone inondée de Youwarou.

5.1.3 Relation entre les nomades et leurs animaux

Les animaux constituent la principale richesse de la région. A cause des conditions pluviométriques, l'agriculture est presque impossible sauf dans certaines parties du Gourma et au bord du fleuve Niger. La dispersion des populations dans le Sahara constitue un véritable obstacle au commerce et à l'artisanat. Ainsi, l'économie, la santé, l'alimentation et le développement sont basés sur l'élevage. Les animaux sont devenus très importants et constituent le socle du développement au point que certains pensent que sans leurs animaux leur vie n'aurait pas de sens. Cette assertion est soutenue par les sécheresses des années quatre vingt où les nomades ont connu des pertes énormes de bétails. Cela a conduit à la famine, à la vulnérabilité aux maladies et surtout à l'exode des jeunes vers les pays voisins à la recherche d'un lendemain meilleur. Cette situation est l'une des causes de l'insurrection des années quatre vingt dix par les Kel tamasheq avec le retour des populations aux quelles l'exode n'a pas été favorable.

5.1.4 Education

Dans la littérature disponible et selon les entretiens avec les leaders communautaires dans les deux communes d'étude, l'éducation reste un véritable challenge. La commune de Ber compte 16 écoles publiques. La plus importante est celle du village de Ber avec un effectif de 600 élèves. Les effectifs dans les classes ne sont jusqu'à présent pas encourageants surtout pour les filles. Cela s'explique à la fois par des raisons culturelles et par les mariages précoces de la fille. L'âge moyen de mariage est de 12 à 14 ans. D'autre part, la religiosité de la commune prime l'enseignement coranique par rapport à l'école française à Ber malgré le couplage d'une cantine offrant la nourriture aux élèves gratuitement dans beaucoup d'écoles. Certains y voient l'enseignement de la foi chrétienne. La commune de Gossi dispose de 10 écoles fonctionnelles avec des cantines scolaires pour celle de la brousse, mais les parents acceptent rarement de se séparer de leurs enfants (perte de main d'œuvre) après les six premières années. Ainsi, plus de la moitié des enfants abandonnent quand il faut aller à Gossi

pour le second cycle de l'enseignement fondamental. Il y a aussi les conditions de vie qui conditionnent la fréquentation. Les populations de la commune sont très pauvres surtout celles qui sont en zone de nomadisme.

Mobilisation, information, communication

Pour toute intervention relative à la santé, les méthodes de mobilisation et de circulation des informations dans les deux communes d'étude sont la bouche à oreilles, les communiqués radio diffusés à travers la radio rurale de la commune, l'usage du haut parleur de la grande mosquée et les relais de santé. Ceux-ci constituent les principaux moyens de d'information et mobilisation de la population pour tous les âges et toutes les catégories socio professionnelles.

La détention de téléphone satellitaire par au moins un membre d'un site nomade est fréquente. Il s'agit le plus souvent du chef de site ou d'un chef de fraction ou un riche commerçant.

Les commerçants avec leurs déplacements fréquents sur les foires hebdomadaires des sites, des communes voisines, de Tombouctou la capitale régionale et même des pays voisins, constituent un moyen de communication important pour ces populations.

5.1.5 Ressources humaines et matériels

Elles sont déplorables car le manque d'infrastructures sanitaires appropriées, de moyens de transports (ambulance) pour évacuer les cas graves, de produits pharmaceutiques de qualité sont autant d'aspects qui expliquent la pauvreté des centres de santé de la commune et affectent l'accès aux services de santé.

Les ressources humaines sont déplorables, plus de 37000 habitants (commune de Ber) sans médecins, quand on sait qu'à la normale il faut un médecin pour 10 milles habitants. Ces chiffres sont très loin des recommandations de l'OMS.

Pendant les campagnes nationales de vaccinations, le manque de ressources fait que les nomades ne bénéficient pas tous des soins. Cela s'explique d'une part par l'insuffisance du carburant alloué au préalable à l'équipe de vaccination et d' autre part par le manque de la « chaine de froid » pour stocker ou conserver les vaccins car les équipes sont chaque fois appelées à revenir en ville pour se ravitailler. Il y a aussi la question des itinéraires et les risques de s'égarer dans le désert. Lors des sorties, l'équipe de vaccination en zone nomade

trace l'itinéraire à l'avance, or les nomades ne longent pas obligatoirement les routes, ils sont dispersés. L'équipement de l'équipe technique et le nombre d'agents de santé qualifiés disponibles se posent dans la région de Tombouctou en général et le cercle de Tombouctou en particulier. Selon le médecin chef du CSRef de Tombouctou, les 3 derniers médecins envoyés par la fonction publique n'ont pas fait plus d'un an de service avant d'être mutés ailleurs. D'après le médecin chef, ce scénario s'observe dans les autres districts de la région et à tous les niveaux (CSCOM).

5.1.6 Les maladies fréquentes

Les maladies fréquentes sont le paludisme, la coqueluche, la rougeole, le tétanos, la méningite, le rhumatisme, la tuberculose, les dermatoses, la cécité précoce (à partir de 20 ans), les infections pulmonaires, les troubles cardiovasculaires, la diarrhée chez les enfants. Les cas de malnutrition sont importants (la malnutrition est à l'origine de la création du Projet santé Nomade de Tombouctou (PNT) par l'ONG AVSF). Les guérisseurs traditionnels sont sollicités généralement dans les cas de fractures. Leur compétence à ce niveau semble être plus efficace que la médecine conventionnel. Comme témoigne ce discours :

« J'en ai vu un cas, un cousin qui a fait un accident au cours duquel sa jambe est cassée. On l'a transporté directement à l'hôpital de Tombouctou, il a fallu l'amener chez un guérisseur traditionnel pour qu'il guérisse » (interview à Ber)

L'alimentation et le manque d'eau potable semble être à la base des problèmes de santé à Gossi. En plus des maladies citées dans la commune de Ber, la communauté nomade de Gossi connaît des problèmes liés aux eaux de mares tels les vers de guinées, les bilharzioses et d'autres parasitoses. Des maladies propres à la localité telles que *toukoussé* (maladie provoquée par les aliments chauds), *tisemdé* (maladie provoquée par les aliments frais) sont également signalées. Selon les communautés, ces pathologies sont dues à la chaleur et à la fraîcheur.

5.1.7 Attitudes de la population par rapport au recours aux soins de santé

La population est divisée dans le recours aux soins. Il existe un grand nombre de personnes qui ne croient pas aux soins modernes. Elles préfèrent aller chez le tradi-thérapeute pour toutes les maladies. Les jeunes nomades en majorité ne croient pas aux soins modernes. La majeure partie des problèmes de santé des nomades est liée au mode de vie de la

population ; c'est surtout la mobilité des populations et en plus de cela, la disposition de la carte sanitaire en république du Mali ne résout pas les problèmes de santé des nomades. L'achat des «médicaments par terre » est une pratique courante chez les nomades.

5.1.8 Identification des problèmes prioritaires

Les problèmes sont nombreux et divers. Toutefois il faut retenir :

- les difficultés d'accessibilité aux interventions de santé ;
- la sous fréquentation des services de santé ;
- l'insuffisance ou l'inefficacité des campagnes de sensibilisation et de formation menées jusque là sur les mesures hygiéno-diététiques, l'assainissement et la sous fréquentation des services de santé ;
- l'état de délabrement et de sous équipement des infrastructures de santé existantes ;
- le manque de personnel qualifié ;
- le manque d'activités génératrices de revenus dans le cadre du CSLP ;
- Le manque de données d'études destinées à renforcer les stratégies actuelles en vue d'un système de santé efficace à tous les niveaux, notamment en milieu nomade.

5.1.9 Guérisseurs traditionnels

Cette fonction semble être dévolue aux femmes à cause de leurs habitudes et occupations dans le foyer. Chez les nomades, les femmes restent à la maison ; elles ne doivent ni travailler, ni sortir pour se promener. Elles doivent s'occuper de l'éducation des enfants et de la supervision de toutes les activités du foyer. De ce fait, elles détiennent tous les secrets de la famille. Quant à l'homme, il doit aller au pâturage avec les animaux, s'occuper de la quête des besoins (l'alimentation, le shopping, l'habillement, etc.) de la famille. Les garçons dès l'âge de cinq ans suivent les traces de leur papa et les filles restent à coté de leur maman et quelquefois aident au ménage. C'est ainsi qu'elles apprennent la fonction de guérisseur avec leur maman.

Ils sont les premiers à être contacté par les malades pour plusieurs raisons : Il y a la proximité, la parenté (donc un abord facile) et la confiance car ils ont été toujours aux lits des malades. En plus, il y a l'éloignement des centres de santé moderne le coût et la qualité des soins modernes parfois dépréciés par les bénéficiaires. Ces assertions sont soutenues par cette allocution d'un leader communautaire sur le site de *Hassi dina* lors d'une interview:

«Si je dois aller dans un centre de santé ça serait à l'hôpital de Tombouctou ; eux au moins, sont très efficaces même si le coût nous revient trop cher : d'abord le transport et aussi les médicaments. Nos agents de santé ne connaissent rien, nos guérisseurs traditionnels sont mieux qu'eux, nous payons moins cher et on est satisfait».

Pour soigner, les guérisseurs utilisent des plantes, certains aliments, la chaire, les excréta et urines des animaux et parfois les oiseaux.

5.1.10 Concept de santé en milieu nomade

Selon le nomade (guérisseur traditionnel) tout dépend de la volonté de Dieu le Créateur, c'est lui qui a créé le frais et le chaud dont dépend la santé de l'homme. Ainsi, la santé selon les nomades est un état d'équilibre entre le frais et le chaud.

La maladie se définit donc comme un état de déséquilibre entre le frais et le chaud. Ce déséquilibre serait dû à des facteurs environnementaux, socio-économiques et culturels. Ainsi se dégage de cette notion trois (3) grands groupes de maladies :

- ❖ Maladies du corps
- ❖ Maladies des génies (Esprits, sorciers)
- ❖ Maladies mentales

Ces trois (3) grands groupes de maladies constituent les grands domaines de la médecine nomade. Ils sont aussi subdivisés en sous groupes, et chaque sous groupe relève d'une spécialité. Ailleurs, certains nomades subdivisent les maladies en deux grands groupes :

- ❖ Maladies traitées par la médecine moderne et les guérisseurs traditionnels (maladies du corps)
- ❖ Maladies traités par les marabouts (maladies de génies et les maladies mentales)

Il faut noter que les nomades croient et réservent une place importante à la médecine moderne avec laquelle ils souhaitent avoir des collaborations.

Les nomades ne se sont pas contentés d'expliquer seulement l'origine et la survenue des maladies. Chaque groupe d'affections est traité selon le sens et l'explication qu'ils donnent à une maladie donnée. Ainsi les maladies du corps sont du domaine des guérisseurs traditionnels qui sont généralement des femmes.

Selon les considérations locales, une maladie chaude est due à une augmentation de la chaleur corporelle (état de chaleur) et se soigne en donnant un médicament froid (rétablir l'équilibre). De même une maladie froide est due à une augmentation de la fraîcheur (diminution de l'état de chaleur par rapport à l'état de fraîcheur). Elle se soigne en donnant un médicament chaud.

Exemples :

Médicaments chauds : viande de vache, viande de chèvre,

Médicaments froids : viande de mouton, lait de vache, de chameau, de mouton, beurre extrait de ces laits.

Le tanin est frais et soignerait la « varicelle » qui est une maladie chaude. La maladie serait due à une augmentation de la chaleur corporelle entraînant l'apparition des boutons par évaporation de la chaleur.

L'hypertension artérielle (HTA) est considérée comme une maladie de fraîcheur par diminution de la vitesse de circulation du sang dans le corps. Pour la soigner, il faudra mettre le patient dans de la cendre chaude et le couvrir avec une couverture pour qu'il sue et perde de l'eau. Cette perte d'eau entraînerait une chute de la pression artérielle. Ils conseillent aussi aux hypertendus une activité physique sous le soleil. Dans cette première manche, ce sont les plantes, le lait, la chair des animaux et leurs déchets (urines plus excréments) qui sont utilisés comme médicaments.



Figure 4: Photo du jardin médicinal de l'association Tiowat de la commune de Gossi

Quant aux deux autres groupes de maladies, elles relèvent du domaine des marabouts qui utilisent certains versets du Coran pour soigner. Selon les marabouts ces maladies sont des maladies surnaturelles dépendant de la volonté de Dieu. Leur explication dépasse la nature de l'homme. Il est à noter que la plupart des personnes vivant en milieu nomade au Mali sont de la religion musulmane.

La viande, le lait, et le mil constituent la base de l'alimentation. Le régime alimentaire est pauvre, facteur de malnutrition. Les cas de malnutrition sont fréquents. Cette situation s'explique toujours par les conséquences du choc de la sécheresse de 1984-1985. Cela a permis la création d'un centre confessionnel à Gossi derrière la mare dénommé Kaïgourou par la sœur Anne-Marie Salomon, un médecin français qui avait fait ses stages ruraux au Mali à Gossi pendant cette période. Elle s'est installée depuis cette période et vient en aide aux populations diminuées. Elle aide aussi à la formation des infirmiers de la localité et à la création des cases de santé et / ou des postes de santé avancés.

Selon les nomades, ils croient à la médecine moderne même si elle a des limites. La faible fréquentation des centres de santé serait due à plusieurs raisons notamment le manque de moyens et surtout d'argent liquide. Ils aiment les animaux à tel point qu'ils ne peuvent pas les vendre au profit des dépenses de santé. Cela explique les difficultés pour le nomade d'aborder les soins modernes même s'il a une fortune chiffrée à des milliers de têtes de bétails.

5.1.11 Culture nomade et soins de santé modernes

La société nomade est une société conservatrice très rattachée aux valeurs ancestrales tant sur le plan culturel, socioéconomique et sanitaire. Après les périodes des grands empires, les mouvements almoravides, la conquête de l'islam, s'est créée chez les nomades un climat de méfiance en vue de protéger leur identité culturelle et d'échapper à la domination extérieure. Cette situation a été renforcée par la colonisation qui selon eux continue sous différentes formes. Par rapport à ce phénomène un notable du village de Ber disait :

« Le blanc ne fait rien pour rien, ils viennent nous aider en vue de pouvoir acheter notre conscience »

Cette méfiance est l'une des difficultés auxquelles les mondes scolaire et sanitaire en milieu nomade font face aujourd'hui. Cela se manifestant par la faible fréquentation des centres de santé. Plusieurs personnes interrogées pensent que :

« L'école des blancs transforme l'enfant et l'éloigne des siens »

Cela est encore soutenu par un esprit d'indépendance et de mépris vis-à-vis du pouvoir de l'Etat. Ils s'éloignent de tout ce qui n'est pas en phase avec leur culture, ce qui explique en grande partie leur attachement aux guérisseurs traditionnels et aux marabouts. Néanmoins, on sent une reconnaissance de l'efficacité des soins modernes à plusieurs niveaux.

Selon le Préfet de Gossi, en son temps, les campagnes de distribution gratuite des médicaments étaient de très bonnes stratégies pour atteindre les nomades, c'était la médecine de masse utilisée pendant la colonisation pour répondre aux besoins du colonisateur mais souvent très mal perçue par les nomades : *« tout ce qui est gratuit n'est pas bon »*.

5.1.12 Synthèse

De l'analyse de ces résultats, il apparaît qu'il y a une différence entre la mentalité des populations nomades et leurs attitudes pratiques. Beaucoup d'entre eux ont confiance à la médecine moderne conventionnelle et souhaiteraient y aller se faire soigner mais la facilité d'accès et le coût abordable des soins traditionnels l'emportent sur le manque de confiance aux agents de santé (en terme de qualité) et la cherté des soins modernes. A cela, il faut ajouter la pauvreté chez certains et le manque d'argent liquide chez d'autres.

Le renforcement des stratégies doit passer d'abord par la formation des jeunes scolarisés qui vont constituer les acteurs principaux des interventions, du respect des traditions, us et coutumes, assurance des populations de la bonne foi des partenaires.

Les donations doivent être faites à la demande et à travers les chefs coutumiers et religieux qui sont des idoles et possèdent un véritable pouvoir de décision. Leur adhésion à une activité de quelque nature qu'elle soit peut avoir un impact positif ou négatif important.

5.2 Résultats de l'étude quantitative

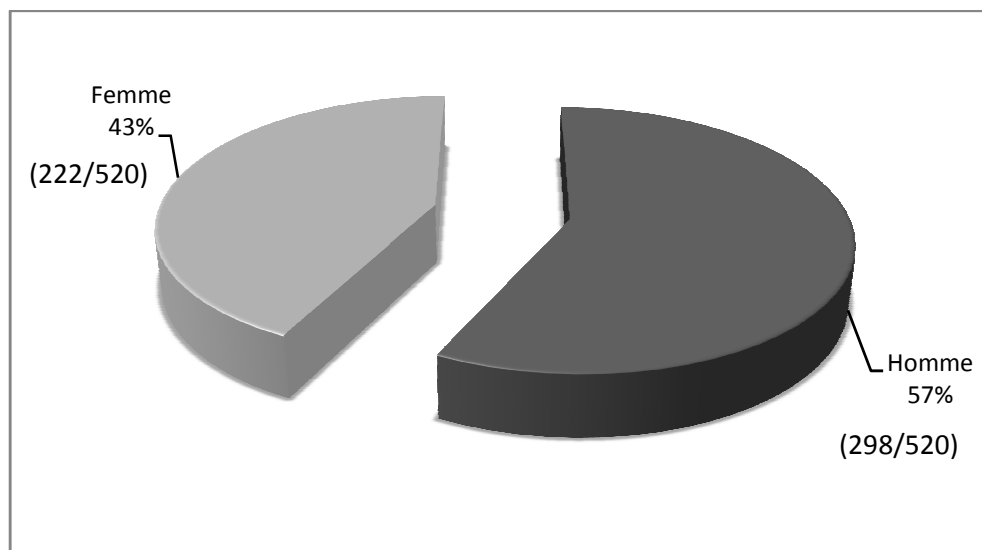


Figure 5 : Répartition de la population d'étude par sexe

Le sexe ratio était de 1,34 en faveur des hommes.

Tableau III : Répartition de la population d'étude par tranches d'âge

Tranche d'âge (ans)	Ber		Gossi		Total	
	n	%	n	%	N	%
18-27	77	29,73	54	20,69	131	25,19
28-37	62	23,94	60	22,99	122	23,46
38-47	63	24,32	70	26,82	133	25,58
48-57	30	11,58	44	16,86	74	14,23
58-67	15	5,79	17	6,51	32	6,15
68-77	8	3,09	12	4,60	20	3,85
≥78	4	1,54	4	1,53	8	1,54
Total	259	100	261	100	520	100

N=nombre total ; n=nombre ; %=pourcentage

La tranche d'âge de 38-47 ans était la plus représentée avec 25,19% de la population d'étude. Elle était comparable à ceux des 18-27 (25,19%) et 28-37 (23,46) ($\text{Chi}^2 = 0,001$; $p = 0,9444$ et $\text{Chi}^2 = 0,11$; $p = 0,7401$ respectivement).

Tableau IV : Répartition de la population d'étude par sites d'étude et par profession

	Ber		Gossi		Total	
	n	%	n	%	N	%
Inconnu	65	25,10	57	21,84	122	23,46
Élevage	50	19,31	69	26,44	119	22,88
Artisanat	5	1,93	27	10,34	32	6,15
Commerce	35	13,51	9	3,45	44	8,46
Agriculture	7	2,70	16	6,13	23	4,42
Fonctionnaire	18	6,95	2	0,77	20	3,85
Maraboutage	2	0,77	7	2,68	9	1,73
Ménage	41	15,83	67	25,67	108	20,77
Ouvrier	36	13,90	7	2,68	43	8,27
Total	259	100	261	100	520	100

N = Effectif ; % = pourcentage

L'élevage était la profession la plus représentée (22,88%). Elle était comparable au ménage (20,77%) ; $p=0,6715$.

Tableau V : Répartition de la population d'étude par sites nomades visités

	Sites nomades	n	%
Ber	Ber	182	35
	Hassi dina	39	7,50
	Er intedjeft	38	7,31
Gossi	Ezegar	14	2,69
	Gossi	27	5,19
	Ebang imalane	88	16,92
	Imididarene	13	2,50
	Inibram	67	12,88
	Tinkatila	52	10
Total		520	100

% = pourcentage ; n = nombre total de sujets

Les nomades du village de Ber étaient les plus représentés soit 35% sur le site d'étude de la commune de Ber, tandis qu'à Gossi ceux des sites nomades : Ebang Imalane (16,92%) suivi d'Inibram (12,88) et de Tinkatila (10%) étaient les plus représentés.

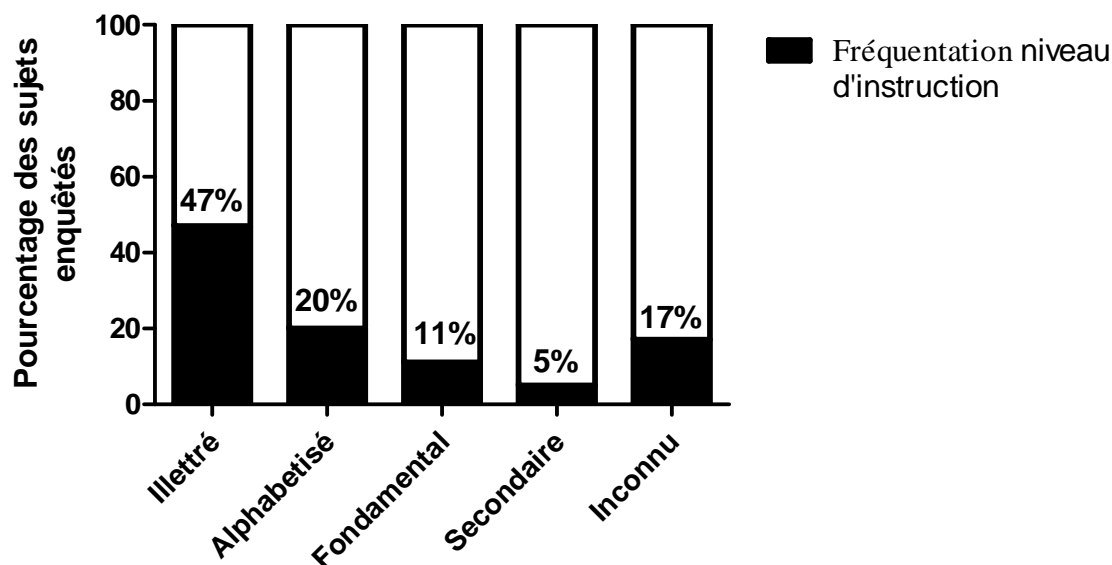


Figure 6 : Répartition des sujets enquêtés en fonction du niveau d'instruction

Les illettrés étaient les plus représentés avec 47%, suivis des alphabétisés (en arabe ou en tamasheq) avec 20% tandis que ceux qui ont un niveau secondaire représentaient 5% des sujets d'étude.

Tableau VI: Répartition de la population d'étude en fonction de la langue locale

	Ber		Gossi		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	N	%
Inconnu	65	25,10	57	21,84	122	23,46
Arabe	28	10,81	1	0,38	29	5,58
Bambara	3	1,16	1	0,38	4	0,77
Maure	7	2,70	0	0,00	7	1,35
Peulh	0	0,00	9	3,45	9	1,73
Sonrhäi	3	1,16	8	3,07	11	2,12
Tamasheq	153	59,07	185	70,88	338	65
Total	259	100	261	100	520	100

N = nombre total ; % = Pourcentage

Le tamasheq était la langue locale la plus parlée par la population d'étude (65%).

Tableau VII : Motifs de la non fréquentation des centres de santé

Raisons	Nombre	Pourcentage
Religion	32	6,15
Coutumes	13	2,50
Honte	76	14,62
Conslt.Guér.tradit.	168	32,31
Qualité	109	20,96
Inconnu	122	23,46

Conslt.Guér. tradit.= Consultation des guérisseurs traditionnels

La consultation des guérisseurs était le premier motif de la sous fréquentation des centres de santé (32,31% des cas). Elle était significativement plus fréquente que les autres motifs ($\text{Chi}^2 = 20,33$; ddl = 5 ; $p=0,001$).

Tableau VIII : Répartition des mères d'enfants de 0 à 5 ans en fonction de l'acceptation des CPN

	Raisons	Nombre	%
Accepte CPN	Santé	22	36,67
	Distance	15	25
N'accepte pas CPN	Honte	9	15
	Ignorance	11	18,33
	Manque moyens	3	5
Total		60	100

CPN = Consultation Périnatale ; % = pourcentage

Au total, 63,33% des mères d'enfants de 0 à 5 ans ne faisaient pas les CPN à cause de la distance (25% des cas); de l'ignorance (18,33% des cas); de la honte (15% des cas) et du manque de moyens financiers et logistiques (5% des cas).

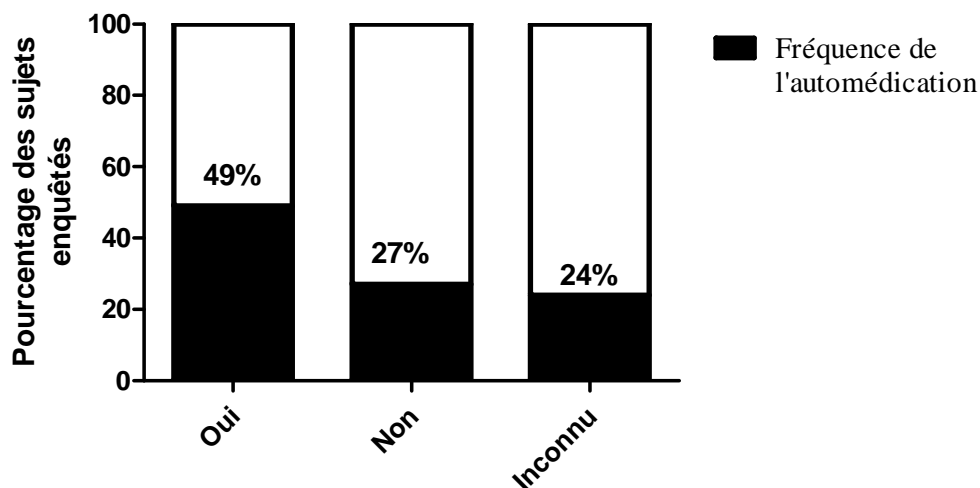


Figure 7 : Répartition de la population d'étude selon le recours à l'automédication

Près 50% des sujets enquêtés avaient recours à l'automédication avant d'aller dans un centre de santé.

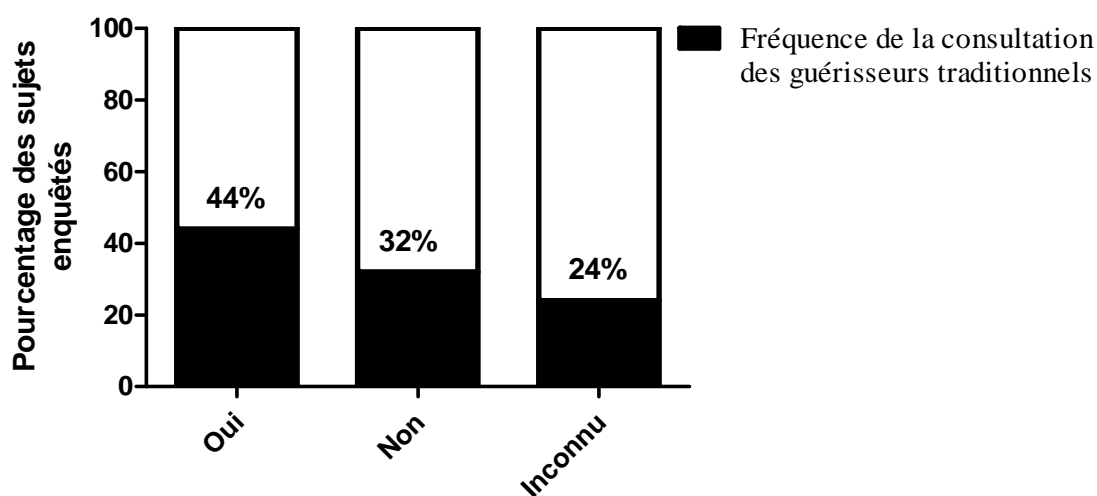


Figure 8: Répartition de la population d'étude par rapport à la consultation chez les guérisseurs traditionnels comme premier contact en cas de maladie

Environ 44% de notre population d'étude consultait au moins un guérisseur traditionnel avant d'aller dans un centre de santé.

Tableau IX : Perception des enquêtés sur certains facteurs pouvant diminuer la fréquentation des centres de santé

	Nombre	%	Test statistique
Distance (trop éloignée)			
Non	208	40,00	Chi ² =0,74 p=0,3885
Oui	185	35,58	
Inconnu	127	24,42	
Coût (trop élevé)			
Non	250	48,08	Chi ² =16,22 p=0,0001
Oui	143	27,50	
Inconnu	127	24,42	
Qualité des soins (bonne)			
Non	236	45,38	Chi ² =9,39 p=0,0021
Oui	157	30,19	
Inconnu	127	24,42	
Manque de moyens			
Non	76	14,62	Chi ² =59,89 p=0,0001
Oui	317	60,96	
Inconnu	127	24,42	

La distance n'était pas trop éloignée pour 40% de nos enquêtés ; Ce taux était comparable à celui (35,58%) de ceux qui trouvaient qu'elle était trop éloignée (p = 0,3885).

Par rapport au coût il y avait une différence statistiquement significative entre ceux (48,08%) qui pensaient que le coût des soins de santé n'était pas trop élevé, et ceux (27,50%) qui trouvaient le contraire (p = 0,0001).

Près de 45,38% de nos enquêtés ont affirmé que la qualité des soins de santé n'était pas bonne tandis que 30,19% pensaient qu'elle était bonne (p = 0,0021).

Le manque de moyens (financier et de déplacement) était un obstacle avec 60,96%. Ce taux était statistiquement significative par rapport à celui (14,62%) de ceux qui disaient le contraire (p = 0,0001).

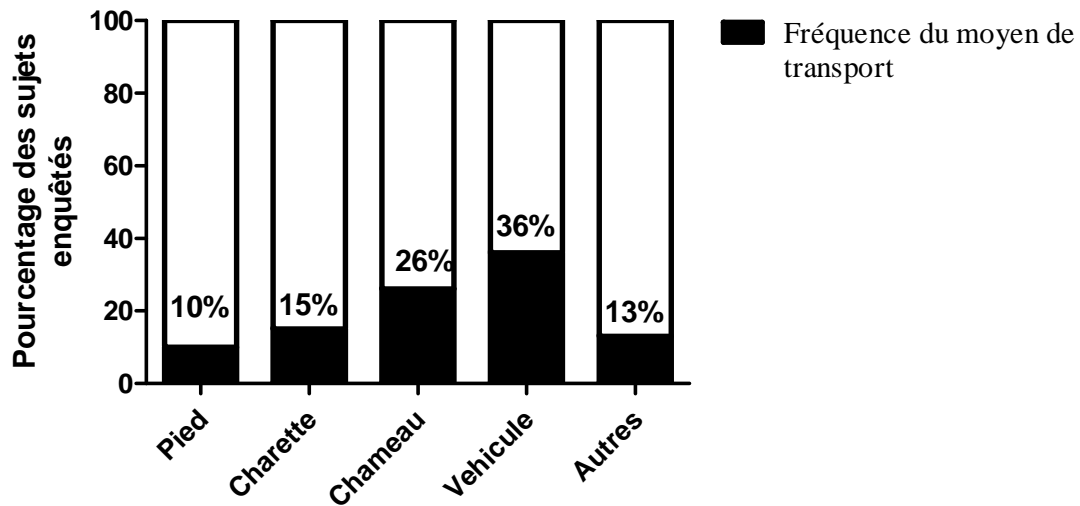
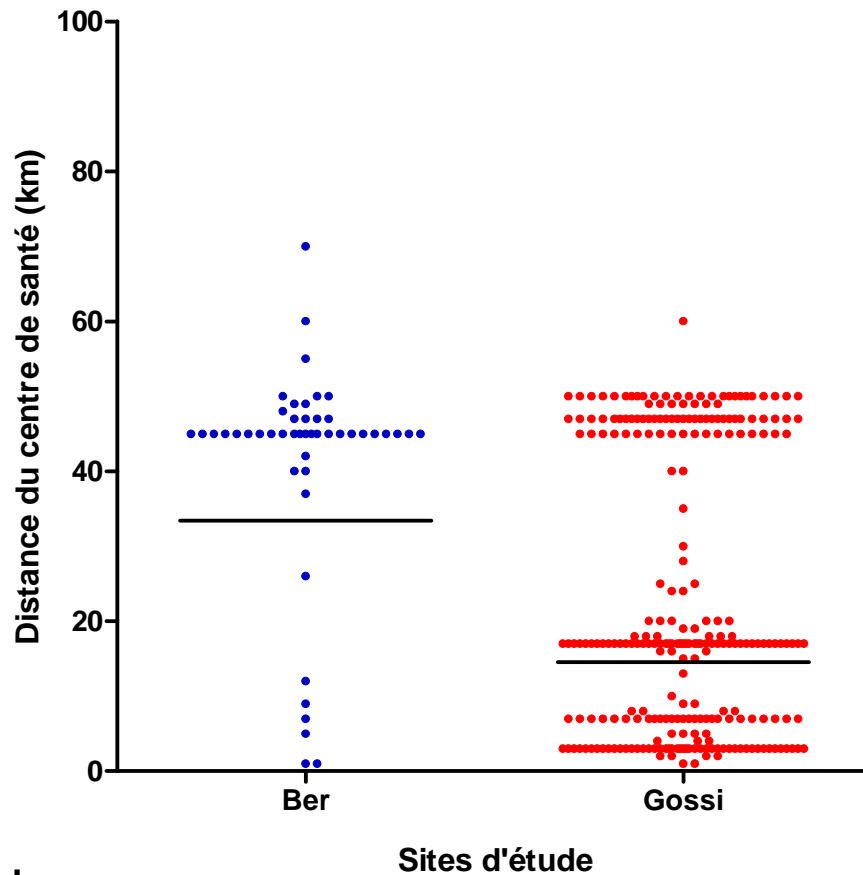


Figure 9 : Fréquence des moyens de transport utilisés pour le transport des malades vers les centres de santé

Le véhicule était le moyen de transport le plus utilisé par les 520 enquêtés pour transporter leurs malades vers les centres de santé.



Legende

- localisation de chaque individu interrogé par rapport au centre de santé le plus proche
- distance moyenne par rapport au centre de santé le plus proche

Figure 10: Localisation des enquêtés par rapport au centre de santé le plus proche

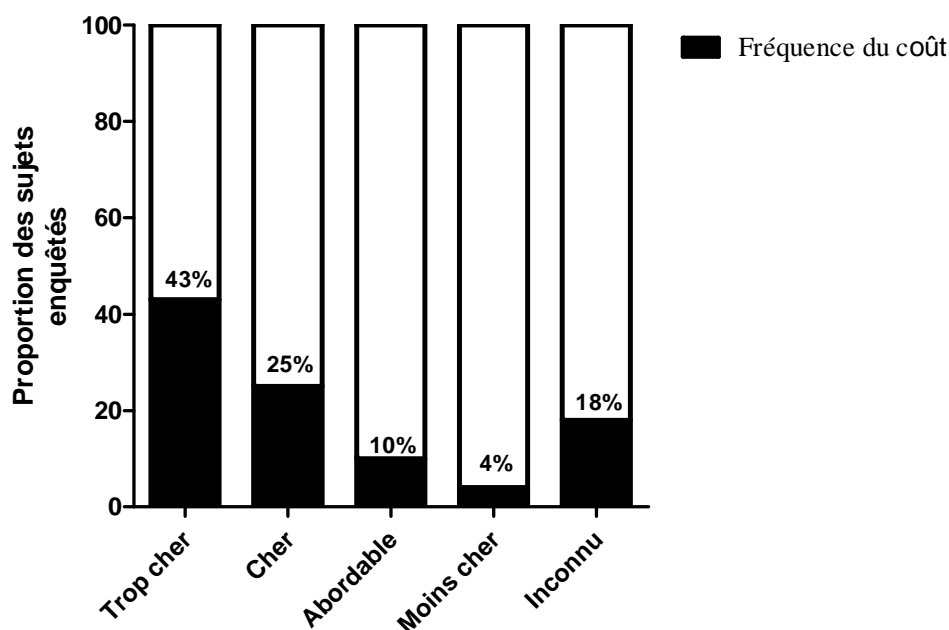
Les populations situées en dehors des sites où il ya un centre de santé habitaient à une distance moyenne de 33,4 km et 15 km respectivement à Ber et à Gossi.

Le test U de Mann Whitney indique que cette distance est statistiquement plus élevée à Ber qu'à Gossi ($p < 0,0001$).

Tableau X : Revenu mensuel moyen des enquêtés par sexe en FCFA

	Féminin		Masculin	
	n	%	n	%
Inconnu	76	34,23	46	15,44
<60000	137	61,71	192	64,43
61-100000	6	2,70	46	15,44
101-175000	2	0,90	10	3,36
176-250000	1	0,45	3	1,01
>250000	0	0	1	0,34

Plus de 63% (329/520) de notre population d'étude avaient un revenu mensuel inférieur à 60 000 FCFA.

**Figure 11 : Appréciation du coût des soins modernes conventionnels par la population d'étude**

Environ 43% des enquêtés trouvaient que les soins modernes conventionnels étaient trop chers tandis que 25% pensaient qu'ils étaient chers (soit 68%) pour ces deux catégories.

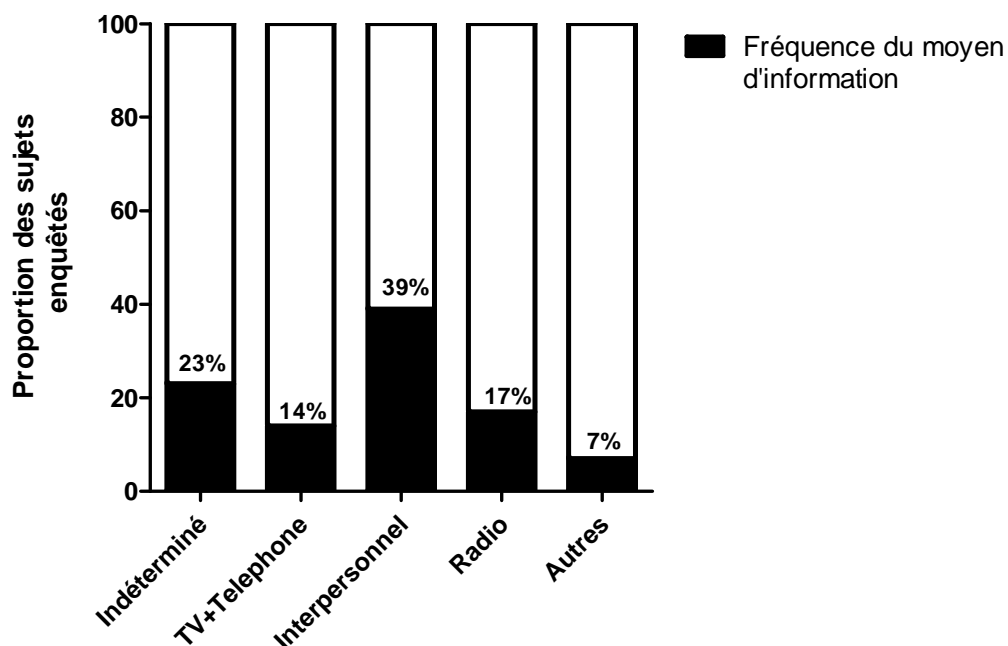


Figure 12 : Moyens d'information utilisés par les enquêtés

TV=télévision

Les populations s'informaient dans la majorité des cas de façon interpersonnelle (39%).

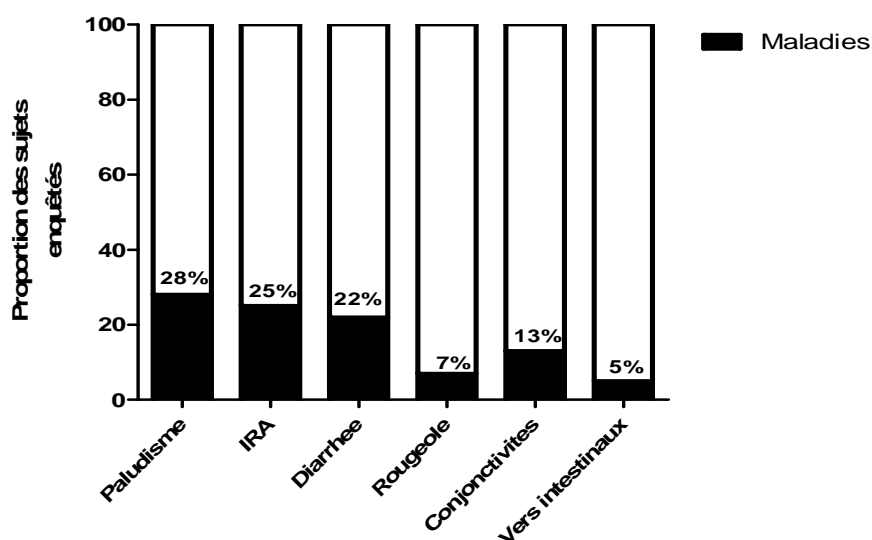


Figure 13 : Fréquence des maladies chez les enfants selon les mères d'enfants de 0 à 5 ans

Le paludisme, les affections respiratoires aiguës et la diarrhée étaient les maladies les plus fréquentes chez les enfants selon les mères d'enfants de 0-5 ans.

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Cette étude formative descriptive des communautés nomades vivant dans les communes de Ber et Gossi dans la région de Tombouctou a utilisé des méthodes qualitative et quantitative de collecte des données. Elle s'est déroulée de janvier à mars 2011.

Au total, 520 personnes ont été incluses dans cette étude dans deux communautés nomades, Ber et Gossi. Parmi eux, 20 personnes (4%) ont été soumises à une interview individuelle. Les habitants des deux communautés étaient des éleveurs (22,88%), des ménagères (20,77%), des commerçants (8,46%), des fermiers (4,42%), des fonctionnaires (3,85%), des marabouts (1,73%), des artisans (5,5%) et des ouvriers (8,27%) (Tableau IV). L'âge médian des sujets d'étude était de 38 ans [18-86] (Tableau III). Les participants de Ber et Gossi vivaient respectivement à une distance moyenne de 22,4 km et 8 km du centre de santé le plus proche (Figure 9). Les plaintes majeures à l'accès aux soins ont été essentiellement le coût (35,7%), la distance (46,2%) (Tableau IX), la qualité des agents de santé et le manque de moyens (financier et de déplacement) (79,4%). Les guérisseurs traditionnels étaient le premier contact des malades (67%). Plus de 25% des participants ont affirmé qu'ils n'accepteront jamais se faire consulter par un agent de santé de sexe opposé. Il est important de noter que le contact avec les guérisseurs traditionnels était également une barrière à la fréquentation des structures de santé.

Ces observations sont de nature à limiter l'accès des nomades aux soins de santé. Le même scénario s'observe dans les zones sédentaires. Il faut noter ici la place de la culture, des habitudes, du niveau de scolarisation et le niveau de pauvreté (63% de la population d'étude avait un revenu mensuel inférieur à 60000 FCFA). Environ 34,23% des femmes et 15,44% des hommes n'ont pas pu se prononcer sur leur revenu mensuel pour des raisons de discrétion et de difficultés de quantification.

A travers la sensibilisation par les ONG (ADESAH, Association des femmes de Tombouctou, l'équipe mobile mixte d'AVSF et le centre confessionnel Kaïgourou à Gossi), les fréquentations s'étaient améliorées. Ces populations, tout en témoignant ainsi leur confiance en la médecine moderne conventionnelle et leur disponibilité à prendre en charge en partie les soins de santé, se disaient confronter à plusieurs difficultés : coût, distance, moyens financiers et de déplacement, qualité et stabilité des agents de santé, les barrières socioculturelles.

6.1 Les caractéristiques des populations

Les non alphabétisés constituaient la majorité de l'échantillon (47%) et étaient plus représentés dans la tranche d'âge de 38-47 ans suivis des 18-27 ans et 28-38 ans. Cela s'expliquerait par la jeunesse de la population malienne. En plus, les jeunes étaient plus intéressés que les vieux. La réticence de la part des vieux d'adhérer aux études serait due à un manque de confiance suite à de nombreuses promesses qui n'ont pas été tenues par l'Etat et d'autres partenaires dans le cadre d'études ou de projets (développement) divers.

Les hommes étaient plus nombreux parmi les sujets d'étude. Cela est simplement due au fait que les femmes pensaient qu'il appartenait aux hommes de représenter ou de parler au nom de la communauté. Aussi, en milieu tamasheq les femmes sont difficilement accessibles à un homme (contact), surtout s'il n'est pas du milieu, à cause des coutumes et de la religion musulmane (100% de la population d'étude était musulmane).

Le tamasheq était la langue locale la plus parlée soit 65%. Le tamasheq est la langue des touareg et les nomades du désert ; il est le point commun de tout un groupe d'ethnies appelées « *Kel tamasheq* (signifie les gens de la langue tamasheq) ».

Le niveau d'instruction est très important pour l'exécution d'un programme surtout dans les IDC. Le plus grand niveau d'instruction était le secondaire (20%) chez les jeunes de 18-27 ans (fruit des toutes premières écoles nomades). Une grande partie de la population est alphabétisée en arabe pour l'apprentissage du Saint CORAN ou en « *tifinagh* (alphabet tamasheq) ». Ce faible taux de scolarisation est un facteur très limitant pour la mise en œuvre d'une intervention de santé telle que l'IDC car, ce sont les communautés elles mêmes qui seront les acteurs principaux de l'intervention.

Le rattachement des nomades aux valeurs ancestrales est un élément clé qui freine le développement socio-sanitaire. Même si la société est fondée sur un model tribal très solide, l'entraide et la vie associative ne sont pas très développées. Ces deux facteurs sont très importants pour la gestion et l'organisation des communautés en association en vue de créer des ASACO et par la suite des CSCOM et aussi des potentiels comités de mise en œuvre d'interventions de santé.

6.2 Les difficultés d'accéder aux soins de santé par les communautés nomades

Au Mali, le personnel qualifié est insuffisant à tous les niveaux du système de santé. Il est aussi inégalement reparti sur l'ensemble du territoire national. Il en est de même que les

infrastructures sanitaires. Le milieu nomade, à cause du mode de vie des populations et de l'étendue de l'espace occupé paye un lourd tribut.

La distance moyenne au centre de santé le plus proche était de 22,4 km avec un maximum de 70 km. Le moyen de transport le plus utilisé était le véhicule dans près de 40%. Cela témoigne de l'insuffisance des centres de santé (au total 5 dans la commune de Ber et 6 dans la commune de Gossi). Tous ces centres sont dirigés par des infirmiers sauf le CSCOM de Gossi qui est dirigé par un médecin. Par ailleurs, 41,15% (Figure 9) de notre population d'étude habitait à moins de 5 km du centre de santé le plus proche. Cela s'expliquerait par le fait que 35% des participants à l'étude étaient des habitants du village de Ber qui abrite le plus grand centre de santé de la commune en plus de l'infirmerie du camp militaire. Le même scénario a été observé à Gossi. Les villages de Gossi et Ebang imalane ont chacun un centre de santé confessionnel. En effet, ces soins ne sont accessibles qu'à ceux qui habitent près de ces centres. Les sites nomades très éloignés n'ont pas été inclus à cause des moyens de transport très limités.

El Moctar à Ber en 2006 trouve que les soins ne sont pas accessibles pour tous dans cette zone. En effet, ceux qui ont accès aux soins sont essentiellement les personnes qui habitent non loin des centres de santé et celles qui ont les moyens d'assurer les frais de transport et des médicaments. Pour les autres, se rendre au centre de santé est très difficile, voire impossible.

Les coûts de transport élevés et les routes en mauvais état continuent d'être des principaux obstacles qui limitent l'accès aux centres de santé. Les longues distances vers les établissements de santé et la non disponibilité des moyens de transport pour les urgences ont exacerbé les inégalités existantes dans l'accès aux soins obstétricaux de qualité au Mali. La distance vers les établissements de santé et la nécessité de moyens de transport ont été citées comme des obstacles aux soins dans 38 % et 36 % respectivement, par des femmes interrogées [1].

Le coût des soins est un facteur non négligeable. Environ 39,04% (Figure 10) des volontaires trouvaient que le coût des soins était trop cher contre 11,54% qui pensaient que le coût des soins était abordable comparativement à d'autres pays voisins mais qu'en réalité les gens sont très pauvres. Les nomades ne veulent pas vendre leurs animaux au profit de l'argent liquide et pour les besoins de santé. El Moctar à Ber en 2006 trouve que 96,6% des personnes se disaient prêtes à aller au centre de santé si les soins étaient gratuits, car plus de 40%

d'entre eux trouvaient le coût des soins et des médicaments inabordable. Néanmoins, il faut reconnaître que des fois même si la volonté est là, le cadre d'échange pose problème d'où la nécessité de créer des marchés et des AGR.

Le manque d'argent a été cité comme le principal obstacle à l'accès aux soins de santé chez les femmes par 53 % des enquêtés au Mali [1].

Les études indiquent que les catégories les plus vulnérables ne reçoivent pas tous les soins nécessaires alors que les besoins sont plus importants qu'ailleurs. L'inégalité dans l'accès aux soins est présente presque partout. Le coût des soins de santé représente un fardeau de plus en plus difficile à supporter pour les personnes socialement et économiquement vulnérables ; et tout indique que « la disponibilité des soins médicaux de qualité tend à varier de façon inversement proportionnelle aux besoins de la population desservie » [40].

6.3 La fréquentation des centres de santé

Malgré les efforts consentis par l'Etat et les partenaires, la fréquentation des services de santé dans le milieu nomade demeure très faible. Cela est imputable à des obstacles géographiques, financiers et/ou socioculturels.

La moyenne nationale d'accès au Paquet Minimal d'Activités (PMA) dans un rayon de 5 Km était de 58% en 2010. Cette moyenne a augmenté par rapport à celle de 2009 (57%). Par contre, la couverture dans un rayon de 15 Km a augmenté de 88% en 2009 à 89% en 2010 [6].

Plus de 63,26% (Tableau X) de la population d'étude avait un revenu mensuel moyen inférieur à 60 000 FCFA. L'économie de cette population est basée sur l'élevage des bovins, ovins, caprins et des camelins qui leur sont très chers au point qu'elles ne peuvent pas vendre ces animaux (trésor familial) pour se faire de l'argent liquide et couvrir les dépenses de santé. Cet état de fait affecte énormément l'accès aux soins de santé disponibles.

Au Mali, une étude sur la santé communautaire 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 [41].

Le personnel mixte pour les prestations de santé (homme et femme) était souhaité par les deux sexes respectivement 61,41% et 48,65% ; et cela pour des raisons diverses. Plus de 25% de la

population d'étude a affirmé qu'elle n'accepterait jamais se faire consulter par un agent de sexe opposé et cela pour des raisons de religion, de traditions et de coutumes.

Le recours à l'automédication est un phénomène très développé en milieu nomade. Près de la moitié ont recours à l'automédication avant d'aller dans un centre de santé (49%) (Figure 6). Cela est dû en partie à la pauvreté, à l'accessibilité des structures de santé et à la qualité des soins attendus.

Les pauvres d'un côté, les femmes de l'autre, ont plus recours à l'automédication que les riches et les hommes [42 ; 43].

En plus de l'automédication, 44% (Figure7) des enquêtés avait recours aux marabouts ou aux guérisseurs traditionnels en cas de maladie. En 2006, El Moctar trouve un taux de 57,4% chez les communautés nomades de Ber pour le recours à ces alternatives.

Bien que le coût joue un rôle important, ce facteur ne doit pas être surestimé dans l'analyse des conditions d'accès aux services de santé de base. Apporter un soutien financier aux plus pauvres est crucial pour diminuer les barrières à l'accès aux soins de santé [44]. Lorsque les services sont de qualité, la majorité de la population les utilise, même si leur coût est relativement élevé. De nombreuses études ont montré le lien entre l'amélioration de la qualité et l'augmentation de la fréquentation [45].

6.4 Les insuffisances des systèmes de santé

Les stratégies adoptées par les politiques de santé ne sont pas épargnées par les barrières d'accès aux interventions de santé. Toutefois, les stratégies avancées (pour les aires de santé situées au delà de 5 km du CSCOM) et mobile (pour les aires de santé situées au delà de 15 km du CSCOM) utilisées actuellement pour atteindre les aires de santé non fonctionnelles sont souvent considérées comme la meilleure approche en milieu nomade. Une évaluation du PNT faite par AVSF/ADESAH en 2010 rapporte que 84% des personnes interrogées déclaraient que les actions de la composante santé mobile mixte (santé humaine et animale) étaient en adéquation avec leurs besoins.

Ces résultats sont différents de ceux obtenus dans cette étude : 59, 81% préféreraient plutôt un centre fixe pour plusieurs raisons à savoir les courts séjours de l'équipe mobile sur les sites, la non fonctionnalité de certains marchés, l'insuffisance de communication en direction des communautés. Un chef de site a dit:

« Ils ne sont pas là au moment où nous avons besoin d'eux. Ils viennent une fois par mois pour une ou deux heures de temps et aussi on ne peut pas les atteindre pour les évacuations en cas d'urgence ».

En outre, les moyens déployés par l'équipe mobile (salaire du personnel, coût de l'entretien du véhicule et du carburant) sont très élevés par rapport au rendement, le personnel est insuffisant et l'insécurité est parfois présente. En plus, la distance entre les sites est souvent très espacée (de l'ordre de 70 km et parfois plus de 200 km). Enfin, il faut noter que les pannes liées aux moyens de transport (véhicules) lorsqu'ils sont usés et les risques de s'égarer dans le désert peuvent coûter la vie à toute l'équipe.

Au vu des résultats obtenus, nous pouvons affirmer que l'objectif de cette étude a été atteint malgré certaines limites à savoir le temps limité sur le terrain (45 jours pour l'interview et l'administration des questionnaires) avec un nombre limité des leaders communautaires disponibles, de chefs religieux, d'agents de santé et de guérisseurs traditionnels qui auraient pu nous donner plus d'informations. A cela, il faut ajouter les barrières linguistiques et culturelles.

7. CONCLUSION

Cette étude sur l'offre, les besoins et les attentes des populations nomades en matière de santé a été initiée par l'OMS en partenariat avec la Faculté de Médecine de Bamako afin de mieux comprendre pour bien agir en matière de santé nomade.

Au terme de cette étude, il apparaît que malgré les efforts consentis, la multiplication des centres de santé, les stratégies adoptées, l'accès aux interventions de santé de base n'est pas à la hauteur des attentes. Cette étude montre l'importance d'un ensemble de facteurs qui devraient être pris en compte pour améliorer l'accès aux interventions de santé en milieu nomade. Ces facteurs sont entre autres la sous fréquentation des services de santé, la qualité des services proposés, le rattachement des nomades aux valeurs ancestrales, la pauvreté et les stratégies actuelles recommandées par les politiques de santé.

Il importe d'entreprendre des études pour compléter les informations existantes, et mettre en œuvre d'autres stratégies pour mieux connaître les problèmes de santé des populations nomades et élaborer des meilleures stratégies d'accès en vue d'un système de santé plus efficace.

Enfin, cette étude ne prétend pas apporter toutes les solutions pour améliorer l'accès aux services de santé, elle ne détaille ni la stratégie d'amélioration de la fréquentation, de la qualité des soins et les insuffisances des systèmes de santé. Cependant, elle nous permet de mieux comprendre les facteurs qui ont une influence positive ou négative sur l'accès des nomades aux interventions de santé. Elle apporte des recommandations pratiques pour guider l'ensemble des parties prenantes.

8. RECOMMANDATIONS

Aux populations nomades

- Augmenter le nombre d'infrastructures scolaires (salle de classe, cantine scolaire) et le salaire des acteurs de l'école afin de promouvoir la formation des enfants (école) pour assurer les services techniques par des ressortissants des zones nomades à long terme,
- Développer la notion d'épargne santé pour disposer de liquidité financière à tout moment,
- Observer les mesures hygiéno-diététiques et les conseils donnés pendant les campagnes de sensibilisation,
- Créer des ASACO pour la promotion de la santé en milieu nomade.

Aux autorités politiques et administratives

- Rassurer les populations nomades à travers des campagnes de CCC sur la bonne foi et la compétence des agents de santé et la nécessité de fréquenter les écoles ou de pouvoir implanter des agents de santé issus de leur communauté qui pourront mieux s'adapter aux conditions socio-culturelles nomades,
- Créer un créneau de collaboration directe et facile entre les services techniques de santé humaine et vétérinaire en milieu nomade,
- Elaborer une stratégie à long et cours terme pour lever les obstacles à l'accès aux soins essentiels,
- Encourager et financer des études de recherche action pour proposer des solutions pratiques locales aux manques d'accès aux soins de santé essentiels,
- Développer et accompagner un système de référence/évacuation des CSCOM vers les hôpitaux en milieu nomade,
- Rendre les conditions de vie et de subsistance plus faciles pour les personnels de santé et leur famille et investir dans les infrastructures et les services (assainissement, électricité, eau potable, télécommunication, école, création de marchés etc.),
- Veiller au maintien de la paix et la sécurité pour attirer les investisseurs et les partenaires au développement.

Aux partenaires au développement des régions nomades

- Renforcer les campagnes de changement de comportement en santé,
- Accompagnement (financement, suivi et évaluation) des projets et programmes de développement,
- Mettre en place des programmes de développement socio-sanitaires et éducatifs durables basés sur le système de recouvrement des coûts,
- Soutenir les projets de création des activités génératrices de revenus
- Appuyer les services techniques en moyens logistiques (véhicules et autres matérielles techniques).

A l'Organisation Mondiale de la Santé

- Concevoir des programmes de formation continue et de développement professionnel qui répondent aux besoins des personnels de santé en milieu nomade afin de renforcer leur fidélisation,
- Renforcer les capacités opérationnelles à travers la création et le financement des programmes de recherche,
- Elaborer une stratégie à long terme pour assurer la pérennité des politiques mises en place et pour lever les obstacles persistants de l'accès aux soins essentiels.

9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. 2007. Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc.
2. Wyss K, Bechir M, Schelling E et *al.* Quels types de services de santé pour les populations nomades? Apprentissages des activités de recherche et d'action au Tchad, 2002.
3. ECHO. Evaluation report of the Humanitarian Project funded by ECHO in the North of Mali and Niger. 1999. [Consulté le 3 novembre 2009] ; disponible à: http://ec.europa.eu/echo/files/policies/evaluation/2000/mali_niger3.pdf
4. OXFAM. West Africa Regional Pastoral Programme. 2009 [cited 2009 September 7, 2009]; disponible à: http://www.oxfam.org.uk/resources/countries/wafrica_pastoralism.html
5. Swift J, Toulmin C, Chatting S. Providing services for nomadic people. UNICEF Staff Working Papers No. 8. New York: UNICEF; 1990.
6. SLIS. Annuaire statistique sanitaire du système local d'informations sanitaires 2010.
7. OMS. Déclaration d'Alma-Ata. 1978. [consulté le 17 décembre 2010]; disponible à: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
8. Omar MA. Health care for nomads too, please. *World Health Forum*. 1992; 13(4) :307–10. [Consulté le 10 octobre 2011]; Disponible à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1466726>

9. Imperato PJ. Problems in providing health services to desert nomads in West Africa. *Tropical Doctor* 1975;(5):116–123.
10. Ailou S. What health system for nomadic populations? *World Health Forum* 1992;13:311-314.
11. Chabasse D, Roure C, Rhaly A, ag Ranque Ph & Quilici M The health of nomads and semi-nomads of the Malian Gourma: an epidemiological approach. In: *Population, Health and Nutrition in the Sahil* (ed. AG Hill) Routledge and Kegan Paul, London 1985; 2: 319–339.
12. Sheik-Mohamed A and Velema JP. Where health care has no access: the nomadic populations of sub-Saharan Africa. *Tropical Medicine and International Health*; 1999; 4(10):695–707.
13. MacLean LM, Meyer M, Estable A. Improving accuracy of transcripts in qualitative research. *Qualitative Health Research* 2004; 14 (1):113-123.
14. El Moctar M. Logiques de production et utilisation des services de santé en milieu nomade au Mali : cas de la commune de Ber (Tombouctou). Thèse de Doctorat de médecine, Université de Bamako. 2006;06-M-269.
15. OMS. A propos des systèmes de santé. 2011. [consulté le 16 octobre 2011]; disponible à : www.who.int/healthsystems/about/fr/
16. OMS. The Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November. 1986. [Consulté le 16 octobre 2011]; disponible à <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
17. WHO. First WHO report on neglected tropical diseases. [Consulté le 7 Octobre 2011]; disponible à: http://www.who.int/neglected_diseases/2010report/en/

18. Homeida M, Braide E, Elhassan E, Amazigo UV, Liese B, Benton B, et al. APOC's strategy of community-directed treatment with ivermectin (CDTI) and its potential for providing additional health services to the poorest populations. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology* 2002; (96):93-104.
19. OMS. For a Policy Framework on Pastoralism in Africa. Pastoralist Voices OMS The CDI Study Group. Community-directed interventions for major health problems in Africa: A multi-country study (Final report). Geneva: World Health Organization on behalf of the Special Program for Research and Training in Tropical Diseases. 2008; 1(3):1-4.
20. OMS/Banque mondiale/PNUD/UNICEF. Africa: a multi-country study: final report. Genève, Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales. 2008. [consulté le 26 août 2009]. Disponible à : http://www.who.int/tdr/publications/publications/pdf/cdi_report_08.pdf.
21. Programme Santé USAID / Kenya Ciwara. Stratégie de relais santé en milieu nomade du nord Mali : Tombouctou, Gao et Kidal, février 2007.
22. PNUD / Banque mondiale / OMS / TDR, Programme de recherche sur les maladies tropicales 1997-1998, 14e Rapport du programme, 1999, p. 29
23. Sightsavers. Sightsavers a piloté les essais dans l'état de Kaduna au Nigéria. Les partenaires pilotes dans les autres régions étaient : l'université de Buea, l'université de Yaoundé, l'université de Yola et le Ministère de la Santé ougandais 2010. [Consulté le 2 septembre 2011]. Disponible à : www.sightsavers.org/fr
24. Liese B, Rosenberg M, Schratz A. Programmes, partnerships, and governance for elimination and control of neglected tropical diseases. *Lancet* 2010; 375 (9708):67-76.
25. DNS. Plan stratégique de lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) 2007 – 2011. Intégration de la composante chimiothérapie de masse pour le

- trachome, la filariose lymphatique, l'onchocercose, les schistosomoses et les géo-helminthiases. [Consulté le 3 octobre 2010]; disponible à : <http://www.maliba.com/pdf/Societe/lutte-contre-les-maladies-tropicales-negligees-vers-une-harmonisation-des-messages-sur-les-mtn.pdf>
26. Malian National Lymphatic Filariasis Elimination Program (MNLFEF). National Strategic Plan for Lymphatic Filariasis Elimination in Mali 2004-2008. 2003.
27. OMS/AFRO. Stratégie de coopération de l'OMS avec les Pays 2010–2015 Mali. 2009. [Consulté le 20 octobre 2011]; disponible à : www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_mli_fr.vvv
28. SLIS. Annuaire statistique sanitaire du système local d'informations sanitaires 2009.
29. OMS /Carter Centre. Integrated Control of the NTDs: A Neglected Opportunity Ripe for Action. Présentation à l'ONU et à la rencontre Global Health, Carter Centre, États-Unis ; mai 2008.
30. Habbema D, Stolk W, Veerman L, Vlas SD. « A rapid health impact assessment of APOC », mandaté et financé par l'APOC 2006, p.5
31. Gyapong J, Gyapong M, Yellu N, Kwadwo A, Amofah G, Bockarie M, Adjei S, « Integration of control of NTDs into health care systems : challenges and opportunities », *The Lancet* 2010;375:164
32. WHO. Community-directed interventions for major health problems in Africa: a multi-country study final report. [Cited December 27, 2010]; disponible à : <http://www.who.int/tdr/svc/publications/tdr-research-publications/community-directed-interventionshealth-problems>
33. Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), INFO-STAT et ICF Macro. 2010. Enquête sur la prévalence de l'Anémie et de la Parasitémie palustre

- chez les enfants (EA&P) au Mali 2010. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et ICF Macro.
34. OMS. The CDI Study Group. Community-directed interventions for priority health problems in Africa: results of a multicounty study. Bulletin of the World Health Organization.2009; [E-publication ahead of print, published, 1 December 2009].
 35. Traore MS. Situation sanitaire du Mali, journées études formation administrative continue. Bamako, 7-14 novembre 2009. [Consulté le 7 Octobre 2011];disponible à [http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/ulpmed/aufemo/PDF/actualites/Situation sanitaire Mali.pdf](http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/ulpmed/aufemo/PDF/actualites/Situation_sanitaire_Mali.pdf)
 36. Ramaiah KD, Vijay Kumar KN, Hosein E, Krishnamoorthy P, Augustin DJ, Snehalatha KS, Nanda B, Das PK. PRODESS II: Programme of Health and Social Development, May 2004
 37. SLIS. Annuaire statistique sanitaire du système local d'informations sanitaires 2008 - 2010.
 38. Salomon AM. Le suivi médical et socio-économique d'une population nomade sinistrée et déplacée dans le Gourma malien.1990. [Consulté le 10 octobre 2011]; disponible à http://amisdegossi.org/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=7&Itemid=68
 39. Amazigh. Les touareg: un peuple oublié. Amazigh world. [Consulté le 20 août 2011] ; disponible à : http://www.amazighworld.org/studies/articles/touareg_oublies.php
 40. AVSF. Santé et diabète au Mali. 2008. [cited 2009 September 10, 2009]; disponible à : http://www.santediabetemali.org/newsite/rapport/Rapportsemetriel_2008_engl.pdf

41. Hart T. The inverse care law. *Lancet* 1971; (1): 405-412.
42. Flachenberg F. & Talibo A. Santé communautaire: une expérience pilote au Mali: Handicap International, coordination technique santé, 1998.
43. Diakité BD, Diarra T, Traoré S. Recours aux soins et consommation médicale dans le quartier de Bankoni. In: J. Brunet-Jailly (ed). *Se Soigner au Mali*, Paris, Karthala/ ORSTOM ; 1993. p.153-175. [consulte le 6 mars 2009] ; disponible à : http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_7/b_fdi_03_03/37866.pdf
44. Touré L. Recherche socio-anthropologique sur la politique communautaire et son acceptabilité par la population dans la zone sanitaire de Sélingué, Rapport final, Médecins dans frontières Luxembourg, MSF/L. 2002.
45. Cissé S. Pratiques de sédentarité et nomadisme au Mali: Réalité sociologique ou slogan politique? 2006. [consulté le 17 décembre 2010] ; disponible à : <http://www.politique-africaine.com/numeros/pdf/034030.pdf>
46. OMS. A campaign of "communication for behavioural impact" to improve mass drug administrations against lymphatic filariasis: structure, implementation and impact on people's knowledge and treatment coverage *Annals of Tropical Medicine & Parasitology* 2006;100(4):345-61.

10. ANNEXES

Annexe A : Formulaire de consentement

Accès aux soins de santé dans les populations nomades:

Ce projet auquel nous voulons que vous participiez est un projet de recherche.

Explication des objectifs de la recherche

Il ya plusieurs organisations qui aimeraient voir les communautés participer au renforcement des soins de santé chez les populations nomades liées au village de Ber (cercle de Tombouctou) et de Gossi (cercle de Gourma Rharous). Nous recueillons des informations sur les expériences des gens pour nous aider à renforcer les activités des soins de santé dans votre communauté.

Description des procédures à suivre

Nous allons poser des questions sur de nombreux aspects de la vie dans cette communauté nomade (ménage / famille) liée au village de Ber (cercle de Tombouctou) ou de Gossi (cercle de Gourma Rharous). Nous voulons en savoir plus sur vous et votre expérience de soins de santé. Nous pourrions prendre des photos sur les activités dans la communauté et prendre des notes, qui nous aideront à expliquer nos conclusions. Nous allons parler avec les leaders communautaires comme vous dans la communauté de nomades liés au village de Ber (cercle de Tombouctou) ou de Gossi (cercle de Gourma Rharous) individuellement. Certaines des conversations peuvent être enregistrées, de sorte que nous ne raterons pas certaines choses importantes qui sont dites.

Je voudrais vous demander gentiment d'enregistrer cette discussion pour que je puisse saisir tout ce dont nous discutons. Si vous êtes consentant nous allons commencer avec l'enregistrement de la bande sonore

Intervieweur : les interviews ne seront pas enregistrées à moins que les participants aient donné leur consentement

Durée prévue de la participation à la recherche

Cette étude devrait durer environ onze mois. Si vous décidez d'être dans cette étude, nous allons vous poser des questions sur vos expériences personnelles. Les questions sont d'ordre général, mais si vous trouvez que certaines questions vous mettent mal à l'aise, veuillez ne pas vous sentir obligé d'y répondre pour une raison quelconque. Nous allons vous parler pendant environ 45 -60 minutes.

Annnonce d'alternative appropriée à la participation

Vous pouvez décider si vous souhaitez participer à cette étude. Prendre part à cette étude ne vous coûtera rien. Vous pouvez également quitter l'étude à tout moment pour une raison quelconque, sans encourir le moindre problème.

Description des avantages qui peuvent raisonnablement être attendus de la recherche pour le sujet d'étude ou les autres

Vous pouvez ne pas avoir de bénéfices directs sur votre participation à cette étude, mais ce que vous nous direz nous aidera à mieux élaborer une stratégie pour renforcer les activités des soins de santé et améliorer ainsi la santé de la population de cette communauté de nomades liée au village de Ber (cercle de Tombouctou) ou de Gossi (cercle de Gourma Rharous).

Risques associés

Les risques associés à cette recherche sont minimes. Cependant, il peut y avoir des inconvénients concernant la vie privée et la confidentialité.

Confidentialité des enregistrements

Votre nom et ce que vous nous direz dans le cadre de cette étude seront gardés secrètement autant que la loi le permet. Les renseignements que vous fournissez resteront confidentiels. Les bandes, les notes et les transcriptions seront déposées dans un endroit auquel seule l'équipe de recherche aura accès. Ceci sera pour une période de 3 ans après la fin de l'étude, période après laquelle elles seront toutes détruites. Pour les besoins du suivi et de l'évaluation, les sponsors et les organes de régulation du ministère de la santé pourraient examiner les documents.

Questions sur la recherche

Si vous avez des questions concernant cette étude, vous pouvez contacter *Dr Yaya Ibrahim Coulibaly* à la *Faculté de Médecine de Bamako* au *66742341* pendant la période d'étude et dans le futur. Si vous avez d'autres questions au sujet de l'étude, vous pouvez également contacter le coordonnateur du projet *Mr Abdoul Ag Souleymane* qui sera logé non loin des bureaux de la *Direction Régionale de la Santé de Tombouctou* (téléphone: *745 81 632*) pendant la période d'étude et dans le futur.

Si vous avez des soucis concernant les questions sur les droits de l'homme, l'éthique et le bien être, veuillez contacter le président du Comité d'Ethique de la Faculté de Médecine de Bamako (Pr Mamadou Marouf Keïta) au 66 72 20 22 ou le secrétariat permanent au 20 22 52 77 poste 113.

Annexe B : Guide d'interview

INSTRUCTION: chercher et obtenir le consentement éclairé individuel des participants avant de commencer la session d'interview.

Remarques préliminaires

Bonjour /bonsoir je m'appelle..... (Intervieweur). Je travaille au sein d'un projet financé par l'OMS, le Ministère de la Santé et la Faculté de Médecine de Bamako. Vous avez été choisi comme pour ce projet. Nous sommes ici pour échanger des idées avec vous sur les questions liées aux soins de santé primaires, sur votre expérience des services de santé, vos relations avec les fournisseurs de services de santé, votre implication dans la mise en œuvre des interventions de santé, vos préoccupations majeures sur la santé et les programmes de santé et comment y faire face. Votre participation à la discussion sera très utile si vous voulez y prendre part. Tous les renseignements seront utilisés sans mentionner votre nom. Toutefois, pour des raisons pratiques, nous voudrions enregistrer la discussion pour pouvoir saisir toutes les idées exprimées. Nous allons discuter pendant une durée maximale d'une heure.

Avez-vous des questions ou des commentaires avant de continuer?

Interviewer: En cas de questions, veuillez essayer d'y répondre avant de continuer.

Je voudrais aussi vous demander gentiment de me permettre d'enregistrer sur bande sonore cette discussion afin que je puisse saisir tout ce dont nous discutons.

Interviewer: Au cas où les participants refusent l'enregistrement sonore, ignorer l'enregistreur et procéder à la discussion en écrivant *in extenso* autant que vous pouvez.

[Si oui, passez à l'interview. Si Non arrêtez,]

Rôles dans la Communauté _____

Nombre d'années comme dirigeant communautaire _____

Profession _____ Sexe _____

A. prise de conscience / Perception

Quels sont les structures de santé utilisées par cette Communauté? Sonder pour:

a. la disponibilité des structures de soins de santé (à différents périodes de l'année (différents emplacements) et comment elles fonctionnent dans la Communauté.

b. A qui appartiennent les structures (sonder pour les structures privées)

c. qui gère

d. qui utilise

e. Proximité des services de santé

f. comment ces services de soins de santé répondent-ils aux besoins de la communauté ?

g. interventions de santé existantes

1. Quels sont les problèmes de santé/maladie auxquelles vous êtes confrontés dans votre Communauté ?sonder pour :

-quelles sont vos problèmes majeurs de santé ?

-les maladies les plus fréquentes au sein de cette communauté

-les maladies les plus sérieuses et graves pour la communauté et les raisons de cette perception et priorisation.

-que font les gens de la communauté au cas où quelqu'un tombe malade?

- En tant que Communauté que faites vous pour prévenir les maladies/rester sains?

-Y a-t-il quelque chose de faite par les gens dans cette communauté pour prévenir les maladies/rester sains?

2. Veuillez décrire les structures de prise de décision dans cette communauté

Sonder pour:

- Quelles sont les personnes impliquées dans le processus de prise de décision ?

- Comment la Communauté apprend elle les décisions prises ?
 - Quelles sont les mécanismes de résolution des problèmes ?
 - La communauté a-t-elle été impliquée dans les interventions de santé existantes ?
 - Types d'interventions de santé existantes auxquels la communauté prend part
 - Quel est le niveau d'implication de la communauté (enquêter sur l'implication au niveau de la planification, à la mise en œuvre et au suivi)
 - Type de soutien ou de motivation donné aux interventions de santé existantes (financier, matériel, main d'œuvre)
 - Type de soutien/motivation donné aux autres activités de la communauté)
 - Le soutien/motivation était-il une décision participative ?
4. Comment la Communauté fournit-elle les motivations pour les interventions existantes en matière de santé/autres domaines ?

Sonder pour:

- Type de motivation et fréquence
- Effets de la motivation

Annexe C : Questionnaires

1. Questionnaire pour leaders communautaires

- 1 No ID/sujet : /_____/
- 2 Site : /_____/
- 3 Date : /__/__/____/
- 4 Sexe :
- 5 Nom et prénom : /_____/ Age : /_____/ans
- 6 Niveau d'étude : lettré __1__ illettré __2__ Autres __99__
- 7 Si lettré quel est le niveau d'étude.....
- 8 Le personnel médical est-il disponible pour recevoir un malade ?
1. toujours /__/2. Jamais /__/3. Souvent /__/
- 9 Quelles sont ceux qui décident des questions sanitaires dans votre communauté ?
Hommes/_1_/ Femmes/_2_/ Jeunes/_3_/ Chefs de famille/_4_/ Leaders de la communauté
/_5_/ Autres (à préciser)...99.....
- 10 Quelle est le rôle des leaders communautaires en matière de santé ?
Décideurs /_1_/ Conseillers/_2_/ Gestionnaire/_3_/ Financier/_4_/ Autres...99.....
- 11 D'où proviennent-ils les fonds alloués à la santé ?
Etat/_1_/Communautés/_2_/ Mairie/_3_/ ONG/_4_/ Autres...99.....

- 12 Que pensez-vous des méthodes actuelles de fourniture des soins (consultations, médicaments) ? Bon/_1_/Mauvais/_2_/ 99. Autres.....
- 13 Si mauvais pourquoi ?.....
- 14 Avez-vous participé à des campagnes de MDA ? Oui /_1_/Non /_2_/
- 15 si oui Spécifier
(Nombre et type).....
- Non informé /_1_/ pas vu les distributeurs /_2_/ Refus /_3_/ Peur d'effets secondaire /_4_/ Pas confiance /_5_/ Autres...99.....
- 16 Quelle était la qualification des distributeurs ? Relais communautaires /_1_/ Agents de santé /_2_/ Autres...99.....
- 17 Quelle est votre appréciation ? Bon/_1_/Mauvais/_2_/NSP/_88_/ Autres.99.....
- 18 Etes-vous prêts à distribuer gratuitement les médicaments dans votre communauté oui/_1_/ Non /_1_/
- 19 Si oui pourquoi ?.....
- 20 Si non pourquoi ?.....
- 21 Avez-vous des propositions par rapport aux méthodes de distribution des soins à base communautaire en milieu nomades ?
 - 1.....
 - 2.....
 - 3.....
- 22 Avez-vous des questions ou des observations à faire ?

Je vous remercie pour votre participation

2. Questionnaire pour guérisseurs traditionnels

1. No ID/sujet:/_____ /
2. Nom et prénom:/_____ /
3. Genre : /___/ 1=féminin ; 2= masculin
4. Site : /_____ /
5. Etes vous du campement ? /___/ 1= oui ; 2= non
6. Si oui avez-vous toujours résidé dans ce campement ? /___/ 1= oui ; 2= non ;
7. Quelle science utilisez-vous pour soigner vos malades ? Les plantes /__1_/ le Coran /__2_/ . Autres (à préciser)...99.....
8. Comment avez-vous acquis vos connaissances ? Par formation /_1___/. Par don /__2_/ Par héritage /__3_/ Autre (à préciser)...99.....
9. Et depuis quand ?/_____/ ans
10. Guérissez-vous toutes les maladies ? /___/ 1= oui ; 2=non ; 88= NSP

11. Si non, que faites vous lorsque vous vous trouvez impuissant face à un mal ?
 1. Envoyer le malade vers un autre guérisseur /___/
 2. Envoyer le malade au centre de santé /___/
 3. Se remettre à la volonté de Dieu /___/
 88. Autre (à préciser).....
12. Quelles sont les maladies que vous soignez le mieux ?
 1. Les maladies de l'esprit /___/
 2. Les maladies du corps /___/
 3. Autres (à préciser).....
13. Croyez-vous en la médecine moderne ? /___/ 1= oui ; 2=non ;
14. Pourquoi ?
15. Vos malades sont-ils essentiellement /___/ 1= oui ; 2=non ; 88= NSP
Femmes /_1_/ Hommes /_2/ c. Enfants /_3_/Autres (à préciser) 99_____
16. Combien par moyenne ? /___/
17. Pensez-vous continuer longtemps votre métier ? /___/ 1= oui ; 2=non ; 88= NSP
18. Avez-vous des questions ou des observations à faire

C'est la fin de l'entretien, je vous remercie !

3. Questionnaire pour agent de santé

1. No ID/sujet:/_____/ 2. Nom et prénom:/_____/
3. Sexe : /___/ 1=féminin ; 2= masculin
4. Centre de santé : /_____/
5. Type d'établissement :
 1. Hôpital [] 2. Centre de santé de référence [] 3. CSCom []
 4. Maternité/dispensaire [] 99. Autre (à préciser).....
6. Catégorie :
 1. Médecin [] 2. Infirmier [] 3. Sage femme [] 4. Aide Soignant []
 5. Matrone [] 99. Autre (à préciser).....
7. Est-vous le chef de ce centre de santé ? /___/ 1= oui ; 2= non ; 88= NSP
8. Avez- vous suivi récemment un recyclage ? /___/ 1= oui ; 2= non ; 88= NSP
9. Si oui, à quand remonte la dernière formation ? /___/

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

10. Le centre de santé est-il fonctionnel ? /___/ 1= oui ; 2=non ; 88= NSP

11. Si oui, il fonctionne ?

- 1. les jours de marché []
- 2. les week end []
- 3. les jours ouvrables []
- 4. tous les jours []
- 99. Autre (à préciser).....

12. Disposez-vous d'une ambulance (véhicule en état de marche) ? /___/

1= oui ; 2= non ; 88= NSP

13. Si non, comment sont évacués vos malades vers le CS réf ou l'hôpital ?

- 1. A pied []
- 2. A dos de chameau []
- 3. A charrette []
- 99. Autre (à préciser).....

14. Composition du personnel ?

- 1. Médecins :.....
- 2. Infirmiers.....
- 3. Aide soignant.....
- 4. Sage-femme.....99. Autre (à préciser).....

15. Avez-vous des difficultés particulières avec la population locale ? /___/

1=oui ; 2=non ; 88= NSP

16. Si oui lesquelles _____

17. La population fréquente-elle le centre de santé ? /___/1=oui ; 2=non ; 88=NSP

18. Si non pourquoi selon vous?

- 1. A cause de la distance []
- 2. A cause du prix des soins []
- 3. A cause de leur mode de vie []
- 99. Autres (à préciser).....

19. Quelles sont les maladies pour lesquelles la population vient en consultation ?

- 1. 4.
- 2. 5.
- 3. 6.

7.88=NSP..... 99. Autres (à préciser).....

20. Quelle est la frange de la population la plus fréquemment rencontrée lors des consultations ? citer dans l'ordre ___/___/___/___

- 1. Les enfants [] 3. Les hommes []
- 2. Les personnes âgées [] 4. Les femmes []
- 5. 88 NSP..... 99. Autres (à préciser).....

21. Avez-vous des questions ou des observations a faire

C'est la fin de l'entretien, je vous remercie !

4. Questionnaire pour 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=oui ; 2=non ;

10. Avez-vous la possibilité de vous rendre au centre de santé ? / ___ /
1=oui ; 2=non ; 88=NSP

11. Si non pourquoi ?.....

12. Avez-vous besoin de la permission de quelqu'un pour vous rendre au centre de santé ?
/ ___ / 1=oui ; 2=non ; 88=NSP

13. Si vous en aviez la possibilité, iriez-vous au centre de santé chaque fois que vous êtes
malade ? / ___ / 1=oui ; 2=non ; 88=NSP

14. Si non pourquoi ?.....

15. Avez-vous déjà été vacciné ? / ___ / 1=oui ; 2=non ; 88=NSP

16. Avez-vous déjà utilisé un moyen de contraception ? / ___ / 1=oui ; 2=non ; 88=NSP

17. Quelles sont les maladies les plus fréquentes chez les enfants de 0-5 ans ?

1 2.
3.....4.....

18. Pour quelles maladies partez-vous avec les enfants au centre de santé ?

1 2.
3.....4.....

19. Avez-vous déjà accouché dans un centre de santé ? / ___ / 1=oui ; 2=non ; 88=NSP

20. Si non pourquoi ?.....

21. Quand vous êtes enceintes suivez-vous des consultations prénatales ? / ___ /

1=oui ; 2=non ; 88=NSP

22. Si non pourquoi ?.....

23. Vous arrive t-il de cacher des maladies ? / ___ / 1=oui ; 2=non ; 88=NSP

24. Accepteriez-vous être consultée par un agent de santé masculin ? / ___ /

1=oui ; 2=non ; 88=NSP 99. Autres (à préciser).....

25. Si vous-avez une maladie liée aux organes sexuels, en parleriez-vous ?

/ ___ / 1=oui ; 2=non ; 88=NSP 99.s Autre (à préciser).....

26. Comment rendez-vous au centre de santé ?

1. Directement []
 2. Après avoir essayé tous les traitements traditionnels []
 3. Lorsque la maladie sera très grave []
 99. Autre (à préciser).....
27. Les mères sont-elles vaccinées pendant la grossesse? Oui /_1_/
- Non/_2_/NSP/_88_/
28. Si oui pourquoi ?.....

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

1. Le père []
 2. la mère []
 3. le marabout []
 4. le guérisseur []
- 99e. Autres (à préciser).....

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

/__/ 1=oui ; 2=non ; 88=NSP

31. Si oui lesquelles ?.....

32. Avez-vous des questions ou des observations à faire ?

Je vous remercie pour votre participation!

5. Questionnaire pour les membres de la communauté

1. Quelle est votre âge? _____ ans 2. Genre : Masculin _____ Féminin _____
3. Quelle est votre statut matrimonial? Célibataire _____ Marié(e) _____ Séparé(e) _____
Divorcée _____ Autres _____
4. Quelle est votre place dans la famille _____ fraction _____ village _____ autres _____
5. Depuis combien de temps habitez-vous dans cette région? _____
6. Quelle est votre langue locale? Tamasheq _____ Maure _____ Arabe _____
Bambara _____ Peulh _____ Autres _____
7. Quel est votre niveau d'éducation ? Illettré _____ Fondamental _____ Secondaire _____ Collège
technique _____ Université _____ Autres _____
8. Quelle est votre occupation principale? -----
9. Quel est votre revenu mensuel moyen? <60.000Fcfa _____ 61.000-100.000Fcfa _____
101.000-175.000Fcfa _____ 176.000-249.000Fcfa _____ >250.000Fcfa _____
10. Quelles sont vos moyens d'information ? TV _____ Radio _____ Téléphone _____
Interpersonnel _____ Autres _____
11. Connaissez-vous les maladies endémiques dans votre communauté? /_____/oui /_____/ non
12. Si oui, laquelle ou lesquelles : _____
13. Les membres de votre famille ont-ils accès aux soins de santé? Oui _____ Non _____
14. Si oui, Quels types de soins de santé ? _____
15. Et comment ? _____
16. Si non pourquoi ? _____
17. Quels moyens utilisez-vous contre les maladies ? MII _____ TDM _____ Hygiène :
corporelle _____ alimentaire _____ Vaccination _____
18. Si oui contre quelle maladie _____ Autres _____
19. Combien de personnes composent votre famille ?
20. Combien de consultations ont-ils fait dans les 12 derniers mois au : CSCom _____ CS réf
_____ Hôpital _____ tradi-thérapeutes _____ Autres _____

Méthodes actuelles de distribution des médicaments

21. Savez-vous Comment le système de santé du Mali est organisé ? Oui _____ Non _____
22. Si oui, expliquez _____ Niveau national _____

Niveau district _____

Niveau CSCOM _____

23. Depuis quand la dernière fréquentation

24. Quelle est votre appréciation? Bon _____ Mauvais _____ Autres _____

25. Quelles sont les moyens d'accès au centre de santé ?

26. Selon vous quelle est la mieux adaptée en milieu nomade _____

27. Avez-vous déjà fait un traitement contre une maladie? Oui _____ Non _____

28. Si oui quel type de traitement? Médical _____ Traditionnel _____ si médical

29. Avez-vous participé à un traitement de masse? Oui _____ Non _____

30. Si oui contre quelle(c) maladie(c) ?
Filariose _____ Schistosomose _____ Trachome _____ Autres _____

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

31. Y a t-il un centre de santé dans votre communauté ? Oui _____ Non _____

32. Si oui Quelle en est l'état ? Bon _____ Mauvais _____ Acceptable _____

33. Que pensez-vous du personnel ? Bon _____ Mauvais _____ Suffisant _____ Insuffisant _____

34. Que pensez-vous des médicaments ? Bon _____ Mauvais _____ Suffisant _____ Insuffisant _____

35. Les femmes et les enfants ont-ils accès au tant que les hommes au centre de santé ?
Oui _____ Non _____

36. Si non pourquoi ? _____

37. Combien de Km vous séparent du centre de santé le plus proche ? Moins 5 km _____ entre
5-10 km _____ 10-20 km _____ plus de 20 km _____

38. Quelles vos moyens de transport des patients ? Véhicule _____ chameau _____ pied _____
Charette _____ autres _____

39. Consultez-vous des guérisseurs traditionnels ? Oui _____ Non _____

40. Si oui pourquoi ? _____

41. En moyenne combien de fois par an pour vous _____ votre femme _____ vos enfants _____

42. Qu'est ce qui vous protège contre la maladie ? Dieu___ Agent de santé ___
Fétiche ___ Autres_____

43. Quels types de problèmes rencontrez-vous dans les centres de santé ?

44. Pour quels types de maladies partez-vous consulter dans les centres de santé ?

45. Pour quelles raison ne partez vous pas au centre de santé : distance /___/ coût /___/ qualité des soins /___/ temps d'attente /___/ manque de moyen /___/ Autres (à préciser)

46. Quelles sont dans l'ordre les franges de la population qui ont le moins accès au centre de santé selon vous? Hommes___ Femmes___ Personnes âgées___ adultes jeunes___

Enfants___ Autres___ Pourquoi ? _____

47. Quelle proposition faites-vous à l'état malien et aux partenaires pour faciliter l'accès des communautés nomades et rurales aux interventions de santé à base communautaire ?

Evaluer les stratégies et les processus d'accès aux interventions de santé

48. Les soins (consultation, médicaments) sont – ils disponibles à tout moment ?

Oui ___ Non

49. Si Oui quel est le coût ? Trop cher___ un peu cher___ abordable___ moins cher___

Autres (à préciser).....

50. La délivrance de soins est – elle accompagnée de conseils (hygiène, posologie et contre indication des médicaments) ? Oui___ Non___

51. Existe –il un suivi ? (observance, surveillance, rendez – vous ...) Oui__ Non__

52. Quelles sont les voies d'administration les mieux acceptées par les populations ?

IV___IM___ Oral___ Topique___ Autres___

53. Donner les raisons de votre choix _____

54. Voulez-vous des personnels de santé ? Homme___ Femme___ Mixte___

55. Accepterez-vous de vous faire consultez par le genre opposé ? Oui ___ Non___

56. pourquoi ?

57. Préférez-vous un personnel de santé originaire de votre communauté ? Oui__ Non__

58. Pourquoi ? _____

59. Avez-vous déjà eu recours à l'automédication avec les médicaments modernes ?

Oui ____ Non ____

60. Si Oui, combien de fois dans les 3 mois précédents ? _____

61. Quels types de médicaments le plus souvent utilisés vous ? _____

62. Contre quels types d'affections ? Citer :

63. Selon vous quelle est la stratégie de délivrance des soins la mieux adaptée en milieu nomade ? Centre fixe ____ Stratégie avancée ____ Equipe mobile ____ Equipe mobile mixte (Homme & Animale) __ Autres _____

64. Existe-t-il des organisations locales dans votre communauté qui s'intéressent aux questions de santé / ____ / oui / ____ / non

65. Si oui Combien / ____ /

66. quels types ?.....

67. Depuis quand ?.....

68. Y avez-vous adhérez : Non / ____ / Peu / ____ / Complètement / ____ /

69. Avez-vous des questions ou des observations à faire ?

C'est la fin de l'entretien, je vous remercie!

FICHE SIGNALÉTIQUE

Français

Nom: SANGARE

Prénom: Moussa Brema

Section: Médecine

Titre: "Accès aux Soins de Santé des Communautés en Milieu Nomade, Cas des Communes de Ber et Gossi à Tombouctou au Mali"

Année : 2010-2011

Pays: Mali

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS)

E-mail: moussng@yahoo.fr; mbsangare@icermali.org

Secteur d'intérêt: Santé publique ; Epidémiologie

Résumé

L'accès aux services des soins de santé communautaires est l'un des facteurs clés d'une politique de santé publique efficace. Au Mali, les interventions sous directives communautaire n'atteignent pas les communautés nomades à cause de leur mode de vie. Pour déterminer une meilleure stratégie d'intervention de santé pour ces populations nomades, nous avons effectué une étude transversale dans la région administrative de Tombouctou au Mali qui consistait à l'interview des informateurs clés de la communauté et l'administration de questionnaires aux membres de la communauté, prestataires des soins de santé, guérisseurs traditionnels, leaders communauté et les mères d'enfants de 0 à 5 ans. Le consentement éclairé a été obtenu de tous les participants. Une approche de l'analyse des données quantitative et qualitative intégrée a été utilisée. Un total de 520 personnes de deux communautés nomades, Gossi et Ber, a été inclus dans l'étude. Quatre (4%) a subi une interview supplémentaire. Basé sur l'étude des questionnaires, la majorité des habitants des deux communautés nomades étaient des éleveurs de bétail (27%), ménagères (26,4%), commerçants locaux (11%), fermiers (6%) et artisans (5,5%). L'âge médian des sujets d'étude était de 38 ans [18-86]. Les participants à l'étude vivaient à une distance moyenne de 22,4 km du centre de santé le plus proche. Les plaintes majeures en ce qui concerne l'accès aux soins médicaux ont été le coût (39%), la distance du centre de santé (35,58%), la qualité des services fournis (30,19%) et le manque de ressources financières ou moyens de déplacement (60,96 %). Approximativement, 44% des participants visitaient en premier des guérisseurs traditionnels quand ils sont malades. L'automédication (49%), la sous information (39%) étaient des facteurs importants de la sous fréquentation des

services de santé. Plus de 25% des participants de la communauté ont déclaré qu'ils n'accepteront jamais être examinés par un agent de santé de sexe opposé. En résumé, il apparaît des entrevues que la population nomade a des besoins de santé qui ne sont pas couverts par le système de santé actuel. S'attaquant à la méthode et l'organisation des prestations en matière de santé adapté au mode de vie locale, la culture et les valeurs traditionnelles, cela pourraient conduire a des améliorations considérables dans ce sens.

English

Name: SANGARE

First name: Moussa Brema

Section: Medicine

Title: "Communities Access to Healthcare in Nomadic Area, Cases of the Communes of Ber and Gossi in Timbuktu, Mali"

Year: 2010-2011

Country: Mali

Discharge point: Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Dentistry

E-mail: mousssng@yahoo.fr; mbsangare@icermali.org

Sector of interest: Public health; Epidemiology.

Summary

Access to community-based healthcare services is one of the key factors in successful public health policy. In Mali, community-based interventions do not reach nomadic communities because of their lifestyle. In order to determine a better healthcare strategy for these nomadic populations, we conducted a cross-sectional survey in the administrative region of Timbuktu in Mali consisting of interviews of key members of the communities and distribution of questionnaires to community members, health care providers, traditional healers, community leaders and the mothers of children of 5 years or less. Informed consent was obtained from all participants. A mixed quantitative and qualitative data analysis approach was used. A total of 520 individuals from two nomadic communities, Gossi and Ber, were included in the questionnaire survey. Twenty (4%) underwent an additional interview. Based on the questionnaire survey, inhabitants of the two nomadic communities were livestock breeders (27%), housekeepers (26.4%), local traders (11%), farmers (6%) and artisans (5.5%). The median age of the study subjects was 38 years (18-86 years). The participants from Gossi and Ber lived at a mean distance of 22.4 km and 8 km from the closest health center, respectively. The major complaints with respect to healthcare access were cost (39%), distance to the health center (35.58%), the quality of the services provided (30.19 %) and the lack of finances or means of displacement (60.96%). About 44% of the participants visit traditional healers first when they are sick. More than 25% of the participants from the community stated that they will never accept to be examined by a health care provider of the opposite gender. In summary, it appears from the interviews that the nomadic population has health needs not covered by the current health delivery system. Tackling the method and organization of health care delivery by adapting them to the local lifestyle, culture and values could lead to significant improvements in this regard.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je 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 participerai à 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 parti 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 leurs pères.

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.

Table des matières

Dédicaces.....	i
Remerciement	iii
Hommages aux membres du Jury.....	vi
Liste des sigles et abréviations.....	viii
Table des matières.....	x
Liste des tableaux et figures.....	xii
1. INTRODUCTION.....	1
2. CADRE CONCEPTUEL.....	4
2.1 Définition opérationnelle de quelques termes et notions.....	4
2.1.1 La santé.....	4
2.1.2 Le système de santé.....	4
2.1.3 La politique de santé.....	4
2.1.4 Kel tamasheq	5
2.1.5 Tribu	5
2.1.6 Fraction.....	5
2.1.7 Site nomade	6
2.1.8 L'intervention sous directive communautaire (IDC).....	6
2.2 Maladies Tropicales Négligées (MTN)	6
2.2.1 Situation des MTN au Mali	7
2.2.2 Plan stratégique de lutte contre les MTN au Mali	10
2.2.3 Epidémiologie des MTN	11
2.3 Politique et organisation du système de santé du Mali.....	14
2.3.1 Situation sanitaire de la population du Mali	14
2.3.2 Politique de santé du Mali.....	15
2.3.3 Organisation du système de santé.....	17
3. OBJECTIFS.....	18
3.1 Objectif général	18
3.2 . Objectifs spécifiques	18
4. METHODOLOGIE	19
4.1 Type et période d'étude.....	19
4.2 Description des sites d'étude	19
4.3 Population d'étude.....	26
4.4 Echantillonnage	26

4.5	Taille de l'échantillon.....	27
4.6	Description générale.....	27
4.7	Procédures de travail	27
4.7.1	Description de l'étude.....	27
4.7.2	Etudes quantitatives.....	27
4.7.3	Etudes qualitatives.....	28
4.7.4	Traitement et analyses des données.....	28
4.7.5	Considérations éthiques.....	28
5.	RESULTATS	29
5.1	Résultats de l'étude qualitative.....	29
5.1.1	Organisation socio-économique	29
5.1.2	Itinéraires des Kel tamasheq du Mali	33
5.1.3	Relation entre les nomades et leurs animaux.....	34
5.1.4	Education.....	34
5.1.5	Ressources humaines et matériels	35
5.1.6	Les maladies fréquentes	36
5.1.7	Attitudes de la population par rapport au recours aux soins de santé.....	36
5.1.8	Identification des problèmes prioritaires	37
5.1.9	Guérisseurs traditionnels	37
5.1.10	Concept de santé en milieu nomade.....	38
5.1.11	Culture nomade et soins de santé modernes	41
5.1.12	Synthèse	42
5.2	Résultats de l'étude quantitative.....	43
6.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	53
6.1	Les caractéristiques des populations	54
6.2	Les difficultés d'accéder aux soins de santé par les communautés nomades.....	54
6.3	La fréquentation des centres de santé.....	56
6.4	Les insuffisances des systèmes de santé.....	57
7.	CONCLUSION	59
8.	RECOMMANDATIONS	60
9.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	62
10.	ANNEXES	68

Liste des tableaux

Tableau I : Prévalences des différentes formes du trachome par région.....	8
Tableau II: Seuil d'endémicité des MTN.....	11
Tableau III : Répartition de la population d'étude par tranches d'âge.....	43
Tableau IV : Répartition de la population d'étude par sites d'étude et par profession.....	44
Tableau V : Répartition de la population d'étude par sites nomades visités.....	44
Tableau VI: Répartition de la population d'étude en fonction de la langue locale.....	45
Tableau VII : Motifs de la non fréquentation des centres de santé.....	46
Tableau VIII : Répartition des mères d'enfants de 0 à 5 ans en fonction de l'acceptation des CPN.....	46
Tableau IX : Perception des enquêtés sur certains facteurs pouvant diminuer la fréquentation des centres de santé.....	48
Tableau X : Revenu mensuel moyen des enquêtés par sexe en FCFA.....	51

Liste des figures

Figure 1: Carte du Mali montrant la région de Tombouctou.....	19
Figure 2 : Carte de la commune de Ber dans le cercle de Tombouctou.....	22
Figure 3 : Carte de la commune de Gossi dans le cercle de Gourma Rharous.....	25
Figure 4: Photo du jardin médicinal de l'association Tiowat de la commune de Gossi.....	40
Figure 5. Répartition de la population d'étude par sexe.....	43
Figure 6 : Répartition des sujets enquêtés en fonction du niveau d'instruction.....	45
Figure 7 : Répartition de la population d'étude selon le recours à l'automédication.....	47
Figure 8: Répartition de la population d'étude par rapport à la consultation chez les guérisseurs traditionnels comme premier contact en cas de maladie.....	47
Figure 9 : Fréquence des moyens de transport utilisés pour le transport des malades vers les centres de santé.....	49
Figure 10: Localisation des enquêtés par rapport au centre de santé le plus proche.....	50
Figure 11 : Appréciation du coût des soins modernes conventionnels par la population d'étude.....	51
Figure 12 : Moyens d'information utilisés par les enquêtés.....	52
Figure 13 : Fréquence des maladies chez les enfants selon les mères d'enfants de 0 à 5 ans.....	52