



Campus de Kabala, Bâtiment de la Faculté des Sciences Humaines et des Sciences de l'Éducation, 2^e étage droite / www.lmi-macoter.net

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITÉ DES LETTRES ET DES SCIENCES HUMAINES DE BAMAKO (ULSHB)

FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION (FSHSE)

MÉMOIRE

En vue de l'obtention du diplôme d'Anthropologie

Cycle MASTER

2018-2020

Option « Société, Culture et Développement »

Titre du mémoire :

***Les Référents Ethniques Dans Les Pratiques Médicales Au Mali
CHU Point G « Service de Médecine Interne ».***

MÉMOIRE ACADÉMIQUE

Présenté par : Habayi Jérémie DEMBELE

Dirigé par : Laurent VIDAL, Anthropologue, Directeur de recherche, Institut de Recherche pour le Développement (IRD)

Mémoire soutenu, le 29 juin 2021 devant le jury composé de :

Dr Félix KONÉ, Anthropologue, Directeur de recherche, Institut des Sciences Humaines (ISH),
Président du jury

Issa DIALLO, Sociologue, Maître-Assistant à la Faculté des Sciences Humaines et des Sciences de l'Éducation (FSHSE), de l'Université des Lettres et des Sciences de Bamako, Rapporteur.

DÉDICACE

À mes parents

Papa, Maman, je n'exprimerai jamais assez l'amour et l'admiration que j'ai pour vous. Si je suis ici aujourd'hui, c'est grâce à vous. Vous étiez là à chaque fois que j'ai eu besoin de vous, vous m'avez toujours soutenu dans les moments difficiles. Merci pour la vie que vous m'avez donnée ainsi que vos bénédictions. Dieu vous maintient encore longtemps en bonne santé près de nous pour que nous puissions adoucir vos vieux jours. Merci pour vos conseils, vos encouragements et votre amour à mon égard. Vous avez toujours suivi mes études avec intérêt et vous n'avez ménagé aucun effort pour ma réussite. Que l'Éternel vous garde dans sa bonté. Considérez ce travail comme le fruit de ma reconnaissance de vos efforts consentis, je vous dédie ce mémoire.

REMERCIEMENTS

Au Programme de Formation des Formateurs (PFF) via l'État Malien

Pour la confiance que vous avez placée en moi qui m'ai permis de bénéficier de cette bourse d'étude en Master SOCDEV du LMI-MaCoTer.

À tout le personnel de FSHSE, du LMI-MACOTER et de l'IRD

À Dr Laurent VIDAL, pour l'aide précieuse, les conseils avisés et surtout votre disponibilité qui ont été essentiels pour la réalisation de ce travail. Veuillez accepter l'expression de ma profonde reconnaissance.

À tout le personnel du service de Médecine Interne du CHU Point G.

C'est avec une profonde gratitude que je vous adresse mes sincères remerciements pour l'accueil, la collaboration saine et productive. Les connaissances acquises pendant ces moments, ont été un apport indispensable dans le cheminement scientifique de ce mémoire.

À toutes les personnes de bonne volonté de loin ou de près ayant contribué à la réalisation de ce présent mémoire.

LISTES DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ARV : Antirétroviraux

ASACO : Associations de santé communautaires

ASACOM : Association de Santé Communautaire

BK : Basile de Kock

CPS : Cellule de Planification et de Statistiques

CRLD : Centre de Recherche pour Lutte contre la Drépanocytose

CS Réf : Centre de Santé de Référence

CS COM : Centre de Santé Communautaire

CSLP : Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté

DNS : Direction Nationale de la Santé

EDS : Enquête Démographique et de la Santé

FENASCOM : Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire

HGT : Hôpital Gabriel Touré

IB : Initiative de Bamako

IDE : Infirmier Diplômé d'État

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale

MCEM : Modèles Collectifs d'Explication de la Maladie

MIEM : Modèles Individuels d'Explication de la Maladie

NC : Nouveau Cas

OMD : Objectif du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDDSS : Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social

PIB : Produit Intérieur Brut

PMA : Paquet Minimum d'Activités

PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme

PNS : Plan National de Santé

PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social

PV VIH : Personne Vivant avec le VIH

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

RSI : Réseaux de Significations Individuels

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SIH : Système d'Information Hospitalière

SLIS : Système Local d'Information Sanitaire

SNIS : Système National d'Information Sanitaire

SOUB : Soins Obstétricaux d'Urgence De Base

SOUC : Soins Obstétricaux d'Urgence Complets

SSP : Soins de Santé Primaires

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

VIH : Virus Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	10
PREMIÈRE PARTIE : Cadre théorique et méthodologique.....	13
Introduction.....	14
Chapitre I : Cadre théorique.....	15
Chapitre II : Méthodologie.....	21
DEUXIÈME PARTIE : L'organisation du système de santé au Mali.....	26
Introduction.....	27
Chapitre III : La politique de santé publique au Mali.....	28
Chapitre IV : De la santé publique à l'engagement communautaire.....	37
TROISIÈME PARTIE : Pluralisme ethnique, diversité culturelle et soins de santé au Mali.....	41
Introduction.....	42
Chapitre V : L'accueil dans le service sanitaire.....	44
Chapitre VI : Les registres Médicaux.....	67
Chapitre VII : La communication interpersonnelle en santé et à l'hôpital.....	74
CONCLUSION.....	86
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	88
TABLES DES MATIÈRES.....	94
ANNEXES.....	97

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Photographie de la structure architecturale du service de médecine interne du CHU Point G, vue d'en face.....	45
Figure 2 : Photographie de la salle de consultation n° 2 du service de médecine interne du CHU Point G.....	46
Figure 3 : Photographie du registre médical destiné aux consultations dans le service de médecine interne du CHU Point G.....	67
Figure 4 : Photographie du registre médical destiné aux hospitalisations dans le service de médecine interne du CHU Point G.....	69
Figure 5 : Photographie du dossier médical nommé « carton » dans le service de médecine interne du CHU Point G.....	70

RÉSUMÉ

Le Mali est l'un des pays d'Afrique de l'Ouest avec une importante composition pluriethnique disposant d'un système de santé peu conforme à la réalité socioculturelle. Il s'agit dans cette étude de se pencher sur le rôle des pratiques culturelles dans les rapports entre les individus d'une communauté ethnique donnée, leur état de santé et le système de santé. Vu l'ampleur des réalités culturelles présentes sur la population malienne en général et les communautés ethniques géographiquement circonscrites en particulier. Nous partons de l'hypothèse selon laquelle les populations n'échappent pas à une forme de contrôle de leur origine identitaire lors des visites médicales (consultations) dans les hôpitaux à caractère public qui reçoivent un nombre important de personnes démunies et vulnérables.

Cette étude vise à comprendre les effets de la prise en compte de l'origine culturelle sur ces communautés et ce que cela implique en matière de prévention des pathologies. Cela va de pair avec une volonté politique et un engagement communautaire comme support à la bonne réussite des campagnes de prévention. C'est dans ces contextes où précisément peuvent exister de multiples obstacles comme les barrières de langues à travers la communication interpersonnelle à l'hôpital, les incompréhensions, les résistances, les tensions et pressions etc. Ce qui nous amène à conclure que la prise en compte de l'appartenance ethnique dans les hôpitaux publics est une pratique intégrante du métier de soignant malgré quelques résistances du côté des soignés.

INTRODUCTION

Depuis longtemps, des recherches ont été menées dans le secteur de la santé, mais très peu se sont intéressées à l'étude de l'identité socioculturelle des usagers des services sanitaires en rapport avec leur état de santé, d'où notre motivation à mener la présente recherche pour étudier les déterminants des observations faites sur l'origine ethnique des usagers dans les hôpitaux publics au Mali notamment dans les Établissements Publics Hospitaliers comme le CHU Point G. Nous allons apporter une explication anthropologique à des faits culturels mais aussi aux modes de transmission d'une certaine forme de pathologies telles que le paludisme, le diabète, la tuberculose, la drépanocytose etc.

Les maladies tropicales, génétiques et chroniques représentent un problème majeur au Mali. Il s'agit d'apporter une certaine explication des jugements portés sur la santé publique au Mali ainsi que les maladies génétiquement transmissibles et les maladies infectieuses qui sont en lien étroit avec l'ethnie. Ce sujet nous intéresse beaucoup dans la mesure où plusieurs couches sociales de la population malienne ignorent ce pourquoi leur identité ethnique et culturelle peut impacter leur état de santé à travers certains comportements et habitudes de vie (l'alimentation, la consommation de stupéfiants etc.). Ces comportements constituent des risques énormes sur l'état de santé d'une population, ainsi que les pratiques culturelles comme (le mariage précoce, le mariage forcé, l'endogamie, la promiscuité, l'excision etc.). Le sujet peut s'avérer très innovant dans ce cadre idéal où au Mali beaucoup d'études ne sont pas encore répertoriées sur le rapport entre ethnie, culture et maladie d'un individu ou d'une communauté. Par exemple la morbidité liée à certaines maladies transmissibles telles que (le paludisme, la tuberculose) reste beaucoup élevé que celles non transmissibles (la drépanocytose, le diabète et les cancers). Ces maladies gagnent du terrain et inquiètent plus la population que les décideurs politiques.

- **Les Établissements Public Hospitaliers (EPH)** : Selon l'article 54 de la loi n° 02-050 du 22 juillet 2002, de l'Assemblée Nationale du Mali « *les établissements publics hospitaliers sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Leur objet principal est la réalisation du service public hospitalier. Il n'est ni industriel, ni commercial. Ils sont soumis au contrôle de l'État* ».
- **Missions des hôpitaux** : Selon l'article 7 de la loi n° 02-050 du 22 juillet 2002, portant réforme hospitalière, la mission des hôpitaux est fixée comme suite « *Le service public*

hospitalier garantit l'accès de toutes les personnes présentes sur le territoire national à des soins d'urgence ou à des soins de référence de qualité. À ce titre, chaque établissement hospitalier est tenu d'accueillir en urgence et à tout moment, toute personne dont l'état de santé le justifie ».

Considérant que la prise en compte de l'origine ethnique des patients résulte de plusieurs facteurs caractéristiques de l'individu (la discrimination, les stéréotypes, l'étiquetage, la stigmatisation), nous pouvons affirmer qu'elle est une construction sociale, qui donne lieu à un ensemble d'identifications qui seront par la suite imposées dans les structures sanitaires publiques. Il s'agit d'un facteur très important à considérer dans la rencontre clinique, pour ne pas que les professionnels de santé tombent dans le piège des stéréotypes et des discriminations ethniques. Le personnel médical joue un rôle très important pour l'accès des personnes de cultures différentes aux soins de santé de qualité. *« La part de l'éthique ethno médicale est d'aider à révéler les systèmes de représentations de la maladie et les stéréotypes culturels propres à un milieu médical ou des soins, mais aussi à identifier les comportements attendus des soignants et des soignés dans des contextes sociaux et culturels particuliers »* (C. Bouffard et al. 2015, 345).

Ce mémoire s'articule autour de trois grandes parties réparties en sept chapitres constructifs notamment sur tout ce qui peut se rapporter à la médecine, la culture et la santé au Mali d'un point de vue socio-anthropologique. Dans une première partie, nous allons parler du contexte dans lequel ce sujet s'inscrit ainsi que de la méthodologie adoptée pour atteindre les objectifs de recherche de ce présent mémoire regroupé notamment par deux principaux chapitres. Ensuite la deuxième partie du mémoire, porte sur l'organisation du système de santé publique de l'État malien dans son ensemble dans une alternative moyennant, une vision critique et globale sur la santé publique et communautaire inclut dans le système de santé Malien, son évolution et ses défaillances à travers les multiples progrès réalisés en matière de soins de santé dans le système en deux chapitres également.

Cependant, pour aller plus loin nous constaterons par la suite que ce système relève plus d'un déphasage sanitaire que d'une réalité en matière de santé. C'est-à-dire que le système de santé est très bien organisé de façon théorique, mais dans la pratique reste moins performant vu l'état des hôpitaux en particulier et de l'hygiène publique Malienne en général. C'est-à-dire que les hôpitaux aussi font partie intégrante d'un système de clientélisme, de corruption et de favoritisme comme toute autre administration publique. Nous examinerons aussi de plus près les comportements à risques et les pratiques culturelles qui peuvent influencer positivement et

négativement la santé des communautés qui adoptent ces attitudes et pratiques néfastes depuis les temps anciens à nos jours.

La dernière et troisième partie du mémoire, développée en trois chapitres s'articulent autour de l'organisation et la structuration du personnel soignant du CHU Point G notamment au service de Médecine Interne où nous avons mené les investigations scientifiques du présent mémoire intitulé « Les Référents Ethniques Dans Les Pratiques Médicales Au Mali ». Partant de la perception que les usagers ont de leur maladie une fois admis à l'hôpital en particulier dans ce service fréquenté par des personnes de cultures différentes. Nous tenterons de trouver les liens qui existent entre une maladie chronique, génétique et une population géographiquement circonscrite sur le territoire national Malien. Nous allons faire lumière sur l'usage des données recueillies sur les différentes communautés Ethniques à l'hôpital et son impact sur ladite communauté à travers les campagnes de prévention et de sensibilisation, en plus des relations entre les soignants et les soignés. Nous allons aussi tenir compte de l'apport des sciences sociales à la médecine moderne au Mali particulièrement l'anthropologie, la psychologie et la sociologie.

PREMIÈRE PARTIE

Cadre théorique et méthodologique

La première partie de ce présent mémoire est entièrement consacrée à la présentation de certains points focaux tel que le cadre théorique et la démarche méthodologique adoptée pour la collecte des données. Ainsi, le cadre théorique de notre travail s'articule autour de la présentation des intérêts de l'étude, de la problématique, des objectifs en plus des hypothèses de recherches. Il est également constitué de la recherche documentaire qui a été d'une très grande utilité, car elle a permis de mieux circonscrire le sujet. Mais force est de reconnaître que la plupart des études menées ne mettent pas l'accent sur les rapports entre une communauté ethnique et son état de santé. Ce travail se veut un apport à la recherche et répond à des intérêts tant sociaux que scientifiques.

Chapitre I

Cadre théorique

Au Mali, depuis l'avènement des structures sanitaires (hôpitaux, cliniques, CS COM etc.) la population d'origine est définie dans les registres et les dossiers médicaux avec une vocation épidémiologique, néanmoins cette technique peut être gênante pour bon nombre d'usagers de communiquer leur identité ethnique au cours des consultations. Nous nous demandons si toutefois des études sont répertoriées au Mali sur les observations faites à l'égard d'une ethnie dans le milieu médical, à savoir si une certaine perception très sensible véhiculée oralement a une incidence dans la relation de soins de santé dans les hôpitaux. Aussi compte tenu de la crise multidimensionnelle que traverse le Mali, certaines ethnies se sentent menacées.

Cette crise sécuritaire et politique au Mali, en 2012-2013, a eu des impacts négatifs et positifs sur le système de santé Malien. Beaucoup de déplacés au Nord sont contraints d'aller chercher refuge au centre ou au sud du pays. Ce qui va sans doute amener un abandon des services sociaux sanitaires au Nord par les professionnels de santé et les populations ethniques concernées (Tamashek, Maure, Sonrhā, Toucouleur etc.) de ladite localité. Ce problème majeur a bouleversé la vie de ces communautés qui seront par la suite confrontées aux communautés ethniques du centre et du Sud sur tous les plans (éducation, logement, santé etc.). Ces communautés au Nord se verront opprimées par les autres minorités maliennes au centre et au Sud de par leur provenance, donc jugées à travers la couleur de leur peau blanche synonyme de rebelle en son temps partout au Mali par la population. De ce fait des sentiments d'insécurité et de méfiance peuvent régner dans le cœur de ces individus si toutefois ils tombent malades ailleurs que dans leur zone de provenance et qu'on aborde la question de l'origine ou de l'identité ethnique dans les hôpitaux. C'est pourquoi certaines populations sont confrontées à des formes de stéréotype, de stigmatisations et de discriminations même dans les hôpitaux.

Tout récemment il y a eu l'histoire du conflit entre deux communautés ethniques Maliennes (Peulh et Dogon). Il y a ce sentiment de rancœur qui existe entre ces deux communautés ethniques, d'où une motivation à aller vérifier dans l'hôpital si toutefois malgré ces différends antérieurs survenus, un médecin Peulh refuserait d'apporter des soins à un malade Dogon et d'autre part un malade Dogon refuser les services ou l'intervention d'un soignant Peulh. Nous accordons une attention particulière à ces dimensions.

I.1. Revue de la littérature :

Considérant que les modèles explicatifs de la maladie sont étroitement liés aux valeurs, aux croyances et aux comportements culturels, il est raisonnable de croire que, selon la culture, la pathologie¹, le genre ou la place qu'occupe un individu dans sa société d'origine et dans sa société d'accueil, influera vraisemblablement sur les conditions de prestation des services de même que sur la perception de la possibilité d'y avoir droit ou non. Cette prise en compte de l'identité ethnique dans les pratiques médicales est non seulement un marqueur de différences réelles ou imaginaires, mais agit aussi comme révélateur de catégories, orientées vers l'action et la gestion du rapport à l'altérité.

La discrimination quel que soit son caractère (ethnique, religieuse, genre etc.) serait très souvent à l'origine d'un mauvais état de santé dans nos sociétés. Il y a des communautés qui sont discriminées à cause de leur origine dans les structures sanitaires, de tels sentiments envers un patient peuvent affecter son état de santé moralement. « *Le respect des droits humains repose sur le principe de l'absence de discrimination* » (OMS, 2001, 6).

Les facteurs déterminants au sein du secteur de la santé sont : l'accès aux soins (lieu, coût, ségrégation physique raciale et ethnique, inefficacité des services sanitaires) ; la sensibilité culturelle la langue et les valeurs culturelles, la croyance d'où les êtres surnaturels ou d'hommes puissants deviennent la cause de certaines pathologies. « *Dans la prestation de services de santé modernes, il faut par conséquent prendre soigneusement en considération les différentes croyances culturelles afin d'être suffisamment réceptif à ces cultures pour ne pas limiter l'accès des minorités ethniques.* » (OMS, 2001, 8).

« *Les différences logistiques et culturelles entre les patients et les professionnels de santé peuvent, on le voit, affecter leur relation, la compréhension par les premiers des explications qui leur sont transmises au cours de la consultation médicale et, a fortiori, leur degré potentiel d'adhésion au traitement* » (Buchillet, 1991, 80). Prenons par exemple la qualité des services (les rapports entre le médecin et ses usagers, la formation de l'équipe médicale, la technologie médicale, le modèle sanitaire etc.) ; le moment et la prise en compte de référents ethniques dans le système de santé malien (l'effet de la ségrégation à l'endroit des malades). L'expression discrimination vise « *toute distinction, exclusion, restriction ou préférence fondée*

¹ La pathologie est la branche de la médecine traitant des causes et des symptômes des maladies dans leur ensemble. Le terme est souvent utilisé fautivement pour désigner la maladie elle-même, ou ses manifestations, y compris par les médecins. (<https://fr.m.wikipedia.org/wiki>)

sur la race, la couleur, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique qui a pour but ou pour effet de détruire ou de compromettre la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice des droits de l'homme, notamment le droit aux soins de santé, à l'éducation, au travail et à un logement décent » (Article 1 de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale).

« Nous habitons un univers caractérisé par la diversité. Il n'existe pas simplement une planète ou une étoile, mais des galaxies de natures différentes, une pléthore d'espèces animales, différentes sortes de plantes, et des races et groupes ethniques différents. Comment peut-on avoir une équipe de football si tous les membres de cette équipe sont des gardiens de but ? Comment peut-on avoir un orchestre si tous les membres jouent du cor anglais ? » (Archevêque Desmond Tutu, 2001, 14).

Nous parlerons surtout des rapports et les relations interethniques entre soignants et soigné dans le processus de prise en charge de soins dans les hôpitaux. Il y a aussi la valeur attribuée au métier des soignants et des enjeux de l'accès des différentes catégories de populations aux services de santé. L'utilisation des structures sanitaires opte pour une perspective d'accessibilité, d'équité dans les prestations et les risques en santé physique au modèle occidental, au traumatisme etc.

Estelle GARDE rapporte deux approches distinctes pour mieux appréhender ces origines : d'une part l'origine de catégorie (la nationalité, le pays de naissance) d'un point de vue de la recherche française en santé publique et d'autre part de catégories (ethnique et raciale) aux USA et en Grande Bretagne. En France, l'origine est identifiée par la nationalité et le pays de naissance, pour faire une distinction entre un français, un immigré ou un étranger classé selon une pathologie bien déterminé dans une zone géographique en réalité considéré sous cet angle ethnique et raciale camouflé. Elle est généralement peu explorée dans le domaine de la santé en France car pouvant conduire à des stigmatisations.

L'origine joue un rôle sur la santé indépendamment du statut socio-économique. Les attributs ethniques sont très différents de la nationalité ou de pays de naissance. En fait, ces attributs constituent le socle de fondement de société qui coexiste avec un dénominateur commun et partagent une expérience sociale. La discrimination influe beaucoup sur la santé des individus ciblés (les soins inappropriés) d'où un déterminant de santé. Il faut surtout partir du postulat selon lequel les faits sociaux influent les faits de santé, dans ce cas deux études s'opèrent : la définition des populations par leur couleur de peau et celle des populations par

une aire culturelle d'origine (ethnie) dans le souci de mieux appréhender les conséquences et les causes liées à la santé locale de cette population. Il y a une absence de variables ethniques et raciales en France.

Par contre aux USA et en Grande Bretagne, « *Les référentes ethniques et raciales sont des instances intermédiaires entre l'État et les individus à travers des attributs telles que : la nationalité, le lieu de naissance et celui des parents, la langue parlée ou maternelle, la religion et/ou la perception sociale d'une origine* » (Simon, 1997, 11- 44). Il y a une forte concentration de dénombrement des catégories ethniques et raciales aux USA qu'en Grande Bretagne pour une mise en évidence de discriminations à l'endroit des peuples minoritaires, qui ont par la suite milité pour que leur soit accordée une reconnaissance de l'origine. Les soignants aux USA ont rencontré beaucoup de difficultés à classer ces minorités (les Indiens, les Hispaniques).

En France, le pays de naissance ou la communauté circonscrite géographiquement n'est en aucun cas lié à des risques de contagion d'une pathologie. Donc la communauté circonscrite ne doit pas être prise en compte dans les enquêtes épidémiologiques contrairement aux USA comme au Mali. La race et l'ethnie sont primordiales quand il s'agit de décès aux USA depuis les années 1961 et non le lieu de naissance dans les données socio-économiques. Par essentialisation, « *la réduction des origines ethniques et raciales est désignée à quelques caractéristiques culturelles et biologiques, occultant ainsi le fait qu'elles sont des catégories socialement construites, au nom desquelles des individus sont discriminés, stigmatisés, stéréotypés* » (Nazroo, 1998, 710 -730). Le mode de vie de certaines populations serait considéré comme pathogène (le rachitisme en Inde). La santé des individus est influencée par certains comportements discriminatoires de la société (le stress chronique, le stress aigu) pouvant décourager la victime dans le cadre de protocole de traitement (les prescriptions médicales).

Il y a aussi la différence de qualité ou de quantité de services de soins sur un territoire donné. Très souvent la délivrance de soins est illégitime et conduit à des risques de discrimination d'où un favoritisme de certaines catégories ethniques (la culture) en ce qui concerne la prise en charge des soins au sein d'un établissement sanitaire à caractère public ou privé.

I.2. Problématique :

La notion d'ethnie, du Grec ethnos qui désigne « peuple », surtout utilisée par les anthropologues, s'applique à des peuples tardivement intégrés dans un cadre social. C'est donc

une société humaine réputée, homogène, fondée sur la conviction de partager une même origine et une communauté effective de langue et de culture. Une dimension ethnique, c'est surtout ce qui relève d'une ethnie (l'héritage culturel) comme les pratiques, les us et coutumes de ce dernier pour se faire valoir parmi tant d'autres cultures dans un pays.

Pendant longtemps, la question de l'ethnie en matière de soins (la médecine) était abordée dans les questionnaires portant sur les causes de renoncement ou de retard de soins qui se limitaient généralement aux motifs financiers et géographiques. Le problème que nous posons est la suivante : Pourquoi la prise en compte de l'identité ethnique est accentuée dans les services médicaux au Mali ? Alors que son usage laisse est méconnaissable pour la population malienne, et certains professionnels de santé. « *Au cœur des systèmes de représentations, les stéréotypes seraient, selon Hagendoorn une forme de catégorie sociale ou culturelle qui servirait à évaluer et identifier les différences* » (C. Bouffard et al, 2015, 343). Cela faisant, notre problématique est articulée sur un certain nombre de questions qui permet d'atteindre l'objet de recherche. Nous avons formulé les interrogations suivantes :

Question principale :

Quels usages sont faits des données collectées sur les référents ethniques dans les services sanitaires au Mali ?

Questions secondaires :

- Pourquoi certaines maladies sont-elles particulièrement fréquentes au sein des communautés géographiquement circonscrites ?
- Des pratiques culturelles peuvent-elles constituer des comportements à risque pour la santé des populations ?
- Ces perceptions éveillent-elles la sensibilité de certains usagers ?
- La discrimination, le racisme ou la stigmatisation à raison de l'origine sont-ils susceptibles d'affecter la santé des individus au Mali ?

Ces pratiques ne sont-ils pas facteur de promotion de produits néfastes et futiles, la négligence des politiques publiques sur l'environnement hygiénique de certaines minorités, qui n'ont presque pas accès à l'infrastructure sanitaire de base (le centre de santé, le forage, les adductions d'eau). C'est d'ailleurs cette situation qui impacterait de façon positive certaines catégories culturelles et raciales d'un point de vue génétique et pathologique. Comme le dit François Laplantine : « *La médecine contemporaine est encore davantage religieuse que les*

religions, elle ne se contente plus d'annoncer le salut après la mort mais affirme qu'il peut être réalisé dans la vie ». Les réponses qui nous seront fournies à ces questions nous permettront de mieux cerner et de comprendre pourquoi au Mali les professionnels de santé procèdent à une identification de la population d'origine du patient dans leur pratique.

I.3. Objectifs et hypothèses de recherche :

L'objectif général de cette étude est de contribuer au développement d'une relation soignant soigné dans une perspective de soins de santé moyennant une distanciation vis-à-vis de stéréotypes, prénotions et préjugés du personnel soignant à l'égard des patients. Ces formes de catégorisations pourraient influencer de manière négative la pratique du soignant et entraîner certaines positions discriminatoires au sein des hôpitaux.

Objectifs spécifiques : Pour une bonne congruence avec nos questions de recherches, les objectifs et les hypothèses, nous émettons les éléments suivants :

- Identifier et analyser les stéréotypes nés du processus de catégorisation.
- Analyser les facteurs explicatifs de l'ethnie en rapport avec la santé dans les établissements sanitaires ;
- Examiner les situations de tensions et de relations conflictuelles avec le malade sous un angle de proximité ethnique.
- Analyser les impacts de l'usage des données (les référents ethniques) sur la communauté en particulier et la population malienne en général.

Nous partons d'une hypothèse selon laquelle l'identification de l'origine ethnique des usagers du secteur médical justifie des pratiques discriminatoires dans les structures sanitaires au Mali. Laquelle discrimination impactée par les différences en termes de traitement basé sur des critères illégitimes dans certains hôpitaux au Mali comme par ailleurs.

Chapitre II

Méthodologie

II.1. Type et population d'étude :

Il s'agit d'une étude conduite sur une observation directe des référents ethniques dans les pratiques médicales au Mali. Les enquêtes ont été menées auprès de patients suivis en consultation ou hospitalisés mais aussi les soignants du service d'étude pendant quarante-cinq jours.

II.2. Période et lieu d'étude :

L'étude a concerné les soignants en prestation durant la période d'enquête (17 mars au 31 avril 2020) dans le service de médecine interne (Pavillon Diabé N'Diaye) du CHU Point G. Les données techniques sur l'identification de l'origine ethniques en lien avec la santé en milieu hospitalier ont été collectées dans ce service. Le service compte 31 lits d'hospitalisation, 06 bureaux, 02 salles de garde, 02 salles des internes, 02 salles réservées au garçon de salle, 02 salles des archives et 01 magasin.

Le service est dirigé par une professeure agrégée en médecine interne, assistée par trois autres professeurs agrégés et une maîtresse assistante. Le personnel infirmier se compose de 07 infirmiers. Le service a une fréquentation à prédominance adulte et relève d'une gestion clinique commune profitant de la prestation de spécialistes en médecine interne, en endocrinologie et en hémato-oncologie. Le personnel traite les maladies suivantes : le diabète, les maladies du foie, les maladies rénales, les maladies de sang, les maladies du système digestif (l'estomac), les maladies infectieuses et les maladies du système respiratoire.

II.3. Méthode :

Dans le but de collecter des informations permettant de mieux comprendre la problématique des référents ethniques dans les pratiques médicales au Mali, nous avons adopté la méthodologie suivante :

- La recherche documentaire qui permet d'exploiter les documents du lasdel, les mémoires et les thèses, les articles, les rapports, les ouvrages généraux et spécialisés se rapportant à notre sujet de recherche ;
- La méthode qualitative pour mieux connaître et appréhender le rapport entre une communauté ethnique et ses pratiques avec la santé ;
- L'observation directe des soignants/ soignés dans la salle de consultation ;

- Le guide d'entretien pour le besoin de croisement des données ;
- Un échantillon représentatif de soignants et soignés a été choisi pour vérifier les hypothèses et le temps imparti ;
- Entretiens avec les soignants, les patients, l'administration hospitalière pour avoir des impressions sur la perception de catégorisation d'une ethnie. L'usage et l'importance des données recueillies sur l'ethnie d'un individu, d'une population ethnique dans les registres, son impact et son influence (les campagnes de prévention) au sein d'une population ethnique géographiquement circonscrite.

Pour ce faire, les paramètres sur lesquels l'étude porte sont :

Tout d'abord, les données ont été recueillies dans le cahier de charge en charge auprès des soignants, ensuite nous avons procédé à l'exploitation d'un certain registre médical du service, mais aussi les dossiers des patients disponibles dans les archives, en fin une intervention moyennant un guide d'entretien dûment renseigné par les médecins interniste. Les données ont été saisies sur Word 2016.

II.3.1. Considérations éthiques :

Pour le respect de l'éthique, nous avons adressé une demande d'autorisation au chef de service avant de commencer l'enquête. Il a donné un avis favorable à la requête. Aussi, notre étude s'est déroulée dans le strict respect de la confidentialité et les résultats ont été destinés à des fins scientifiques. Cette étude doit aider d'une part les soignants à adopter une position neutre face à une situation où ils seront confrontés à une culture ou une ethnie différente dans la prestation de service. Ils doivent s'abstenir de toutes les formes de préjugés et de prénotions sur l'origine ethnique du malade. L'étude permet également aux soignés (la population malienne) et même à certains professionnels d'être conscient de l'usage des données recueillies sur l'identité ethnique à l'hôpital. D'autre part, cette étude donnera au gouvernement malien des repères sur les prises de décisions pour réduire certains problèmes tel que : l'incidence, la mortalité et la morbidité liée à certaines pathologies qui font ravages parmi certaines communautés culturelles et ethniques géographiquement circonscrites à travers la bonne préparation des campagnes de prévention qui répondent aux normes (pratiques culturelles) de la population concernée.

II.3.2 : Déroulement de l'enquête :

Le guide d'entretien était destiné aux médecins internistes. Il a permis de recueillir des renseignements sur la base des registres de consultation et des dossiers médicaux disponibles dans les archives. Nous avons mené cette recherche en deux phases dans trois salles de consultation. Dans un premier temps, nous avons observé les soignants en consultation pendant les jours de consultations (Lundi, mercredi et jeudi), ensuite nous avons rencontré les mêmes médecins en dehors des heures et des journées de consultations individuellement, pour mieux approfondir les informations collectées en lien avec le sujet de recherche.

II.3.3. Résultats :

Cette recherche a porté sur les contacts avec les soignants et les usagers de cultures différentes dans le cadre de la consultation, les dossiers de malades sur l'origine des patients en rapport avec leur maladie dans le service de médecine interne à savoir : le paludisme, la tuberculose, la drépanocytose, le diabète, les infections sexuellement transmissibles (IST) etc.

Ce travail est une étude préliminaire des « Référents ethniques dans les pratiques médicales au Mali » menée entre Mars et avril 2020. Pendant cette période, le service de médecine interne du CHU Point G a enregistré une centaine de consultations, parmi lesquelles nous avons recensé 25 au total, observé des dossiers et des registres médicaux des malades. L'observation a aussi porté sur la fréquence de maladies en termes d'origine ethnique et géographique ainsi que la fréquentation du service de médecine interne par plusieurs communautés ethniques du Mali et d'ailleurs.

II.3.4. Difficultés rencontrées sur le terrain :

Nous avons rencontré plusieurs difficultés dans le cadre de cette investigation au CHU Point G. Une première difficulté a été l'accès au terrain, parce que c'est devenu par la suite tout un processus administratif hiérarchique (la rédaction d'une demande d'accès de terrain) jusqu'à l'accès au service médical conformément au protocole de l'éthique. C'est après une longue attente que nous avons finalement pu accéder au service d'étude plus particulièrement le service de médecine interne.

Au début de l'enquête, nous avons rencontré des difficultés au niveau du service d'accueil à savoir une absence de collaboration avec certains médecins dans le service et la réticence liée à la fourniture de l'information par rapport à certaines questions malgré la note de service. Des fois, les soignants nous donnaient des faux rendez-vous. C'était très fatigant d'aller sur le terrain

et d'être renvoyé à la maison quelques minutes plus tard sans pour autant collecter ne serait-ce que le minimum d'information (données). La distance à parcourir chaque jour pour atteindre l'hôpital du CHU Point G pendant et en dehors des journées de consultations était énorme. Les médecins stagiaires surtout ne cherchaient même pas à nous comprendre. Nous avons donc été contraints d'insister à chaque fois pour se faire accepter dans le service dans le but d'accéder aux consultations étant donné que le temps d'enquête était bien déterminé.

II.4. Présentation du milieu d'étude :

Cette enquête s'est déroulée dans le Centre Hospitalier Universitaire du Point - G particulièrement dans son service de médecine interne. Vu le temps limité de l'enquête, nous avons pu explorer que ce service hospitalier. Le choix de ce service n'est pas gratuit. Il représente la médecine générale en question, d'où une justification majeure de notre part. L'étude concerne le Mali et plus précisément à Bamako, cette ville regorge un lieu de rencontre interethnique (le brassage culturel entre les Maliens et les étrangers) au Mali. C'est ce qui nous a motivés à réaliser cette étude au CHU Point G situé au nord de la ville de Bamako. Ledit centre hospitalier est parmi les grands établissements sanitaires du territoire national Malien.

Le premier dispensaire de Bamako destiné aux autochtones fut construit en 1903. Il était situé en face de la poste centrale actuelle. L'augmentation de la population européenne qui nécessita la création de l'hôpital militaire colonial de Bamako communément appelé « Point G ». En 1920, pour des raisons de salubrité publique, le dispensaire indigène sera transféré hors de la ville européenne sur un terrain non défriché en face de la Gare des chemins de fer. Ce dispensaire est l'actuel Hôpital Gabriel Touré. L'hôpital de Bamako appelé depuis Hôpital du Point G ou Hôpital du Diamadia Koulou a été réalisé de 1906 à 1913. C'est dans le cadre du transfert de la capitale de la colonie du Haut-Sénégal-Niger de Kayes à Bamako sur le Niger que le site de Kati a été retenu pour servir d'Hôpital. Cet hôpital réalisé sur une superficie de 25 hectares était administré par des médecins militaires français jusqu'en 1958. Il est situé à 403 mètres au-dessus du niveau de la mer, 83 mètres au-dessus du niveau du fleuve Niger.

À cette époque, l'Hôpital ne pouvait recevoir que 40 Européens et 60 indigènes. De nos jours, l'Hôpital du Point G est le plus ancien et le plus grand des formations sanitaires du Mali. Il est aussi la dernière référence. Au moment de la construction de l'Hôpital, il était prévu 120 lits qui ont coûté 1 500 000 francs de l'époque. La population bénéficiaire était estimée à de 4 000² personnes environ. Actuellement, l'établissement Public Hospitalier (l'hôpital du Point G),

² SOURCE : Dr Amadou Malick GUISSÉ

l'Hôpital du Point G assure trois missions principales : une mission de soins, une mission de formation et une mission de recherche, avec un personnel de 502 éléments agents environ. Il est géré par trois organes, à savoir le Conseil d'Administration, la Direction Générale et le Comité de Direction.

DEUXIÈME PARTIE
L'organisation du système de santé au Mali

Le Mali, pays enclavés de l'Afrique de l'ouest comme tous les pays à un système de santé spécifiquement propre à lui qui se développe au fil des années. Ce pays, pour mener à bien sa politique de santé, a ratifié plusieurs politiques universelles de santé. Entre autres, celle de la santé pour tous, la stratégie des soins de santé primaires, l'initiative de Bamako et de la santé pour tous au XXI^e siècle. Cependant, le Mali après les années 1990³ sur le plan national a pris des mesures indispensables pour mieux asseoir sa politique sanitaire. C'est alors que différents plans décennaux de développement sanitaire et social (PDDSS) ont vu le jour. On dénombre plusieurs structures qui offrent des soins au Mali à savoir :

- Les structures sanitaires publiques : Elles regroupent entre autres les centres de santé communautaires (CS COM), qui sont plus proches des populations.
- Les centres de santé de référence (CSREF) ;
- Les hôpitaux régionaux et les établissements publics hospitaliers de 3^e référence ;

Les structures sanitaires privées sont devenues une composante clé du système de santé au Mali. À cet effet, on en distingue deux (2) : le secteur privé à but lucratif et le secteur privé à but non lucratif. Les structures de soins du secteur parapublics englobent les infirmeries et maternités des forces armées et de sécurité. À celles-ci s'ajoute le réseau de distribution de la pharmacie populaire du Mali etc. Fais partie intégrante dans le système, les tradithérapeutes sollicités par les plus démunis, la médecine traditionnelle n'est pas restée en marge en ce qui concerne les soins de santé de la population malienne. La Politique Nationale de Santé (PNS) au Mali date de 1990. Elle s'inscrit dans une approche sectorielle qui intègre l'organisation du système de santé, le développement social et plus récemment la promotion de la famille. Elle est mise en œuvre à travers le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS). L'actuel PDDSS 2014-2023 présente la vision du gouvernement Malien en matière de santé et de développement social pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

³ Health Systems 2020, 2012. The Health System Assessment Approach : A How-To Manual- Version 2.0. www.healthsystemsassessment.org

Chapitre III

La politique de santé publique au Mali

La politique de santé du Mali est fondée sur les stratégies des Soins de Santé Primaires (SSP) définies lors de la Conférence d'Alma Ata en septembre 1978. La mise en œuvre des SSP a été renforcée par l'adoption en septembre 1987 de l'Initiative de Bamako (IB), dont l'un des objectifs majeurs est de réduire la mortalité maternelle et infantile tout en rendant disponibles et accessibles géographiquement et financièrement les médicaments essentiels aux couches les plus défavorisées de la population.

La situation sanitaire au Mali en ce moment était certainement meilleure qu'il y a des dizaines d'années. Les résultats de l'enquête démographique et de la Santé IV (EDS) peuvent en dire plus, avec des données représentatives de l'ensemble du pays. Sans risque de se tromper, les actions entreprises ont concouru à des résultats qui montrent que la santé des Maliens s'améliore si nous nous référons aux informations du PRODESS. La carte sanitaire du Mali enregistre 1 070 aires de santé dont 729 ont bénéficié de construction de Centres de Santé Communautaire (CS COM) suite à une dynamique communautaire ayant permis la mise en place d'Association de Santé Communautaire (ASACO). Le nombre de CS COM en 2005 était restreint. Le CS COM offre le paquet minimum d'activités (PMA) qui comprend les soins préventifs, curatifs et promotionnels. L'accessibilité géographique des populations aux services de santé reste encore limitée (42% de la population n'ont pas accès à une structure de santé dans un rayon de 5 Km) et le taux de consultation par habitant et par an reste très bas (0,41 en 2015). Les proportions de population ayant accès aux soins sont respectivement 58% dans un rayon de 5 Km et 87% dans un rayon de 15 Km. La qualité des services de santé a été insuffisamment prise en compte (mauvais accueil, mauvaise organisation des soins, manque de continuité et de globalité, insuffisance et inadéquation des équipements).

Les capacités des districts sanitaires ont été développées pour répondre à une prise en charge de qualité des cas référés ou évacués des CS COM notamment en ce qui concerne les urgences obstétricales. Ainsi sur 59 districts sanitaires, 43 ont bénéficié de l'organisation de la référence /évacuation. Pour les soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC) 25 structures dont 6 hôpitaux (Kayes, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, HGT) sont fonctionnels et 32 structures offrent des soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB).

L'augmentation progressive du taux de consultation prénatale a permis d'enregistrer des progrès de 2002 (54 %) à 2005 (74 %). L'accouchement assisté par le personnel qualifié a progressé de 40 % en 2002 à 52 % en 2005.

Au Mali, 97 % les enfants sont entièrement vaccinés avant leur premier anniversaire. Ce taux était de 74 % en 2002. La prévalence contraceptive en 2002 était de 2,99 % en 2005 contre 2 % en 2002. L'efficacité de la surveillance épidémiologique et la promptitude des ripostes ont contribué à diminuer d'année en année les taux de létalité de certaines maladies comme la rougeole. En 2005, 100 cas suspects de rougeole ont été enregistrés et aucun décès. En 2006, 223 cas suspects de rougeole ont été enregistrés dont 1 décès jusqu'à juin 2006. Par ailleurs, le Mali a atteint le seuil d'élimination de la lèpre soit moins d'un cas pour 10 000 habitants. Les prévisions pour 2006 sont orientées sur les axes du PRODESSII.

1. Accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires.
2. Disponibilité, qualité et gestion des ressources humaines.
3. Disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux.
4. Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie.
5. Accessibilité financière, soutien à la demande et participation.
6. Réforme des établissements hospitaliers et des autres établissements de recherche.
7. Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation.

Il faut rappeler également que le Gouvernement du Mali a adopté en 1998 un plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007 basé sur l'approche sectorielle dans une vision globale sur le secteur de la santé. Ce plan a été mis en œuvre à travers deux plans quinquennaux à savoir :

Le « programme de développement sanitaire et social 1998-2002 », la 2^e phase des dits PDDSS s'organise autour de deux composantes, la composante santé et celle du développement social.

L'objectif majeur de la politique sanitaire du Mali est la réalisation de la santé pour tous sur un horizon aussi rapproché que possible. La concrétisation de cet objectif passe par la réalisation des objectifs intermédiaires suivants :

- Améliorer l'état de santé des populations afin qu'elles participent plus activement au développement socio-économique du pays en réduisant la mortalité maternelle et infantile de même que la morbidité et la mortalité due aux principales maladies. Il s'agit également de développer les services de planification familiale et promouvoir des attitudes et comportements sains favorables à la santé et au bien-être de la famille.
- Étendre la couverture sanitaire tout en rendant les services accessibles à la population en implantant un dispositif de soins adapté aux réalités socio-économiques du pays et le plus rapproché possible des populations en assurant des services de santé de qualité,⁴ géographiquement et économiquement accessibles y compris la disponibilité de médicaments essentiels et en intensifiant l'utilisation des services par des actions d'information, d'éducation et de communication.

- rendre le système de santé visible et performant en intégrant la politique socio sanitaire dans celle du développement socio-économique du pays, en rationalisant les services du secteur de la santé et de leur expansion en rapport avec les ressources disponibles et mobilisables, en améliorant l'efficacité du système de santé par une gestion rationnelle des ressources humaines, matérielles et financières en organisant la participation de l'État, des collectivités, des individus, et des partenaires au développement de la prise en charge du système de santé et en développant une approche pluridisciplinaire et multisectorielle de l'action sanitaire.

III.1. De la santé publique à la santé communautaire :

La communauté est un groupe de personnes vivant ensemble dans les mêmes réalités sociales, linguistiques, économiques et politiques en vue de protéger et améliorer leur état de santé. Ces concepts émanent de la constatation du caractère non individuel de la santé.

D'une part, la santé de la personne ne peut être appréhendée au même titre à la santé et des conditions de vie collective de la communauté à laquelle elle appartient. D'autre part, la santé collective d'un groupe ou d'une population constitue une globalité qui ne représente pas la somme des états de santé individuels de chacun de ses membres. Ces notions sont aujourd'hui bien connues et fondées. Elles sont à la base même de la santé publique et plus récemment de la santé communautaire. Le débat autour de la santé communautaire est devenu fréquent et parfois abusif. Le principe fondamental est qu'une communauté est un groupe dont les membres

⁴ SOURCE : Bibliothèque de l'OMS, BAMAKO MALI
Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle (MTR) 200-2005 P 34-60

ont des intérêts communs. La famille en représente un modèle fondamental, par ailleurs il en existe bien d'autres.

Au départ, ils s'agissaient généralement de groupes dont les membres ont des relations peu soutenues et motivées uniquement par leur présence sur un même lieu (comme les familles des enfants hospitalisés dans un même service par exemple). Le groupe ne devient une communauté que lorsque certaines circonstances lui permettent d'affirmer des relations privilégiées entre eux. Ces relations induisent des changements sociaux particuliers et inédits. La lutte pour la santé, (la mortalité maternelle et infantile, la morbidité) peut faire naître ou réveiller le désir des actions communes.

De même un quartier, un village et une entrée d'immeuble constituent des communautés, car les habitants ont quelque chose en commun à défendre (le stockage de déchets, les problèmes d'accès à l'eau potable, la mise en place de mesure de prophylaxie et la protection de l'environnement etc.). Cela ne veut évidemment pas dire qu'ils ont le sentiment d'appartenir à une même communauté d'où un phalanstère utopique.

L'usage du concept communauté plutôt que population ou de collectivité n'est pas neutre. Il ne s'agit plus d'un ensemble de personnes, mais de la nature des relations que celles-ci établissent et leur implication dans la dynamique des progrès.

L'humanité s'inscrit dans cet état d'esprit et principe activement à ce développement social, c'est même un devoir, une nécessité pour assurer la pérennité des actions, pour préparer après son départ, des lendemains sans aide, sans appui. Dans l'approche communautaire comme de simples collectivités à l'échelle desquelles seraient administrés des soins. L'action des soins dans une perspective communautaire suppose que la communauté soit elle-même actrice, qu'elle participe réellement et que s'instaurent entre elle et les professionnels, voire un engagement communautaire, qu'elle s'organise à des degrés variables pour trouver des réponses à ses problèmes collectifs de santé.

La participation communautaire ne se réduit pas à collective. Cependant, la participation à une action de santé peut accroître les liens sociaux, la solidarité entre les personnes ou les groupes et de donner l'existence à la communauté. L'engagement communautaire ne peut être acquis d'emblée, mais le plus souvent il est stimulé par les échanges, les rencontres et les jours grâce à la motivation et à la prise de responsabilité commune.

III.2. De la santé publique à l'engagement communautaire :

En 1946, l'organisation mondiale de la santé a promulgué une définition de la santé qui reste étonnamment moderne. Cette définition considère la santé comme un « *état de santé complet, de bien-être physique, mental et social et pas seulement de l'absence de maladie* ». Dans cette perception de la santé, deux notions paraissent fondamentales. D'une part le caractère dynamique de la santé : on en avait fait un concept statique. Et d'autre part la certitude que la santé et la maladie sont fonction de la capacité des personnes, des familles et des groupes à s'adapter aux changements dans l'entourage familial, professionnel et social, l'environnement, le mode de vie, l'alimentation etc. Mais aussi fonction par conséquent de ces conditions de vie elles-mêmes.

SOURCE : ministère de la santé : revue, regards, priorité de la santé AMAP, Bamako/Mali, 105 pages, p 5-6
maientendu entre les professionnels de sante et les citoyens. Pour les premiers, la sante est généralement perçue comme un but en soi, un objectif à atteindre. Pour les seconds, elle est surtout un moyen pour atteindre des objectifs plus généraux portant sur la qualité de vie. Il est fréquent que ce moyen ne soit pas considéré comme le plus important pour les intéressés dans la hiérarchie des besoins. Ceci justifie que toute action de santé tienne compte de l'ensemble des possibilités qui améliore la qualité de vie. Ce qui va nous conduire à examiner les actions menées par le Programme de Développement Sanitaire et Social pour l'amélioration de la qualité de vie des Maliens.

III.2.1. La mise en œuvre du Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) comme facteur de progression régulière de l'offre de service.

L'amélioration de la qualité des soins et l'extension de la couverture sanitaire sont des priorités inscrites dans la politique sectorielle de santé de la République du Mali. Les pouvoirs publics et les partenaires au développement ont déployé de gros efforts pour la mise en œuvre d'un programme de santé cohérent et capable de prendre en compte nos préoccupations en la matière.

Le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS), première phase quinquennale du Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) devait couvrir initialement la période 1998-2007. Le PRODESS était essentiellement basé sur la composante santé et développement social, avec cinq programmes ou volets.

Ces volets se déclinent par l'extension de la couverture sanitaire, la lutte contre l'exclusion sociale, le développement des ressources humaines, des formes et modalités de financement alternatif de la santé et le renforcement institutionnel. La mise en œuvre de la première phase du PDDSS devrait couvrir la période 1998-2002. Mais, elle a démarré d'une année plus tard (1 999) pour déborder sur 2003, le programme a néanmoins permis au Mali d'atteindre des résultats satisfaisants et d'améliorer les indicateurs sociaux sanitaires. Une grande avancée est également survenue dans l'approche des questions de santé par les communautés.

Les statistiques du PRODESS sont révélatrices de ces progrès dans différents domaines. Pour les accouchements assistés, par exemple le Mali a enregistré une réelle évolution. Le taux d'accouchements assistés est passé de 33 % en 1999 à 49 % en 2004. Pour la même période, les consultations prénatales sont passées de 47 % à 75 %. La même progression régulière a été observée dans les activités de vaccination. Ainsi le taux de vaccination des DTCP3 (diphtérie, coqueluche, tétanos, poliomyélite) chez les enfants de moins d'un an a enregistré une nette amélioration en passant de 51 % à 90 %.

Faut-il rappeler à ce niveau que l'État Malien accorde une grande importance à toutes les questions liées à la santé de la mère, et de l'enfant. La décision politique qui consacre depuis 2005 une gratuité de la césarienne au Mali pour toutes les parturientes en atteste. Cette décision salubre dans son essence, a permis de sauver des vies humaines, notamment celles des mères. Il est en effet inadmissible qu'en donnant la vie qu'une femme perde la sienne. Il faut par conséquent améliorer le système référence évacuation afin d'influer notamment sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Mali. S.S, le directeur général de la Cellule de Planification et de Statistiques (CPS) du département de la santé, a indiqué la quasi-totalité des indicateurs suivent une courbe ascendante. Ils ont été améliorés dans le cadre de la mise en œuvre du programme.

Dans le cadre de la mise en œuvre des politiques, le Mali a développé son troisième Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) pour la période 2014-2023. Ce nouveau plan, présente une approche nouvelle pour la prise en compte du secteur regroupant les domaines de la santé et du développement social qui ont été élargis à la promotion de la femme, de la famille et de l'enfant en 2010. Il succède au PDDSS 1998-2007 qui a été mis en œuvre à travers deux programmes quinquennaux suivant l'approche sectorielle : le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS I) sur la période de 1998-2002 et le PRODESS II 2005-2009 qui ont pris en charge deux composantes (santé et développement

social) avec la scission en 2000 du département de la santé et de l'action sociale en deux départements distincts, dont l'un en charge de la santé, et l'autre en charge du développement social. Le PRODESS II a été prolongé en 2011 dans un souci d'alignement à la période du Cadre Stratégique pour la Croissance et de la Réduction de la Pauvreté (CSCR) 2007-2011, qui constitue le document de référence des politiques et programmes sectoriels dans le cadre de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

⁵Le processus d'élaboration du PDDSS (2014-2023) et sa première tranche quinquennale ont démarré en 2011 après l'évaluation du PDDSS précédent et ses phases quinquennales (PRODESS). Les principales orientations proposées concernent :

- L'amélioration de la performance du système de santé pour qu'il soit proche des populations, bien géré et fournisse des prestations de qualité ;
- La responsabilisation des acteurs ;
- Le renforcement de la solidarité et la maîtrise du développement du secteur.

Toutefois, le processus d'élaboration du PDDSS (2014-2023) a connu des retards à cause de la crise socio politique de mars 2012.

III.2.2. Plus de 700 Associations de santé communautaires :

La réussite du PRODESS passait aussi par l'accessibilité géographique des structures de soins de santé. Les données du PRODESS indiquent à ce niveau, que les efforts déployés par le département de la santé et les partenaires ont porté leurs fruits. Beaucoup de Centres de Santé Communautaires (CS COM) ont été construits. En 2003 déjà, le Mali était largement au-delà des prévisions avec 660 CS COM sur 647 planifiés pour le programme. Sur la base de ce constat, le pourcentage des populations vivant dans un rayon de 15 kilomètres autour d'un CS COM est allé de 50 à 71 %. Grâce à cette extension de la couverture sanitaire, les communautés situées même dans les périphéries reçoivent en première intention les soins dans ces structures de base (CS COM).

Le Dr B D, conseiller santé au niveau de la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire (FENASCOM), apprécie les résultats atteints. « *Actuellement nous sommes à un peu plus de 700 Associations de Santé Communautaires (ASACO) sur toute l'étendue du territoire* ». Ce décompte dénote de la participation consciente des différentes

⁵ SOURCE : Ministère de la Santé, regard « priorité santé » Bamako/Mali, 2007, 105 pages, p 5-6

communautés à la gestion des problèmes de santé. Compte tenu de l'importance des CS COM, la deuxième phase du PDDSS envisage des conventions d'assistance mutuelle entre les Associations de Santé Communautaires (ASACO) et les collectivités locales conformément au décret 02-314 de 2004.

Précisons que le Mali a adopté depuis plus d'une décennie, une politique de santé communautaire pour accélérer le développement des services de soins de base. Elle repose sur la participation des communautés dans la prise en charge de leurs problèmes de santé.

III.2.3. Émergence Maladies de civilisation :

De l'analyse de la première phase quinquennale du PRODESS, il ressort que des insuffisances existent. Celles-ci ont trait à la persistance d'une mortalité et morbidité élevées chez la mère et l'enfant.

Les maladies infectieuses et parasitaires, les carences nutritionnelles chez les couches vulnérables en matière d'hygiène et d'éducation sanitaire, freinent la progression des indicateurs de santé. La pandémie du VIH SIDA demeure une préoccupation de santé publique dans les pays en voie de développement notamment ceux du continent africain. Dans cette partie du monde, le VIH est considéré comme une urgence à assumer. Le Mali fait résolument face à cette maladie, aux infections sexuellement transmissibles et d'autres maladies dites de génération ou de civilisation (les maladies cardio-vasculaires, les diabètes, les troubles mentaux entre autres).

Si le PRODESS a enregistré des résultats satisfaisants, ses imperfections sont prises en compte durant la deuxième phase quinquennale du PRODESS ou PRODESS II. Celui-ci s'étend sur la phase 2005-2009 et s'articule sur deux composantes : santé et développement social. Cette disposition s'explique par la scission en 2000 du ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées.

Dans le contexte du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP), des stratégies spécifiques et cibles ont été élaborées pour la disponibilité et l'accessibilité des soins de santé dans les localités d'extrême pauvreté. Le CSLP inscrit ses efforts dans la durée pour atteindre en 2015 les objectifs du millénaire pour le développement. La politique actuelle de décentralisation est en phase avec la lutte contre la pauvreté et la participation des populations au développement.

La mise en œuvre de la composante développement social du PRODESS II est inspirée des orientations des premières assises du développement social tenues en 2001 à Ségou. Celles-ci ont permis aux acteurs de la question de s'accorder sur l'essentiel : mettre la personne, ses besoins et capacités au centre des actions de développement. Ces orientations constituent le cadre de référence dans lequel doivent s'inscrire toutes les interventions.

Dans cette perspective, le Mali entérine le passage de l'approche sectorielle à l'appui budgétaire. La volonté affichée des pouvoirs publics, notamment des responsables du département de la santé, d'améliorer la gouvernance et l'utilisation des ressources du pays, mérite l'accompagnement des partenaires techniques financiers.

Chapitre IV

La problématique du système des soins au Mali

Il existe une autre partie cachée de l'iceberg. Le système de santé au Mali rencontre beaucoup de difficultés malgré les progrès cités ci-dessus. Cependant, l'arbre ne doit pas se cacher de la forêt. Nous pouvons les réduire à quelques points essentiels à savoir : les ressources humaines, le financement du système de santé public malien, les médicaments, les hôpitaux ainsi que la gestion des programmes sanitaires.

IV.1 L'agonie des hôpitaux :

Les hôpitaux ont un rôle déterminant à jouer dans le système de santé publique. Cette théorie est reconnue dans le monde entier en général et en Afrique particulièrement. Ce sont des structures essentielles pour accéder aux soins. Il existerait une certaine interdépendance entre les soins hospitaliers et communautaires dans une perspective d'harmonisation de leurs relations. Parlant des hôpitaux au Mali, même avec l'efficacité des progrès au niveau sanitaire, il y a des problèmes de missions à éclairer, des équipements techniques adaptés aux soins, des infrastructures hospitalières. Des études auraient montré qu'un peu partout une part non négligeable des malades s'évanouit dans la nature et ne parvient pas au lieu de la référence par manque d'argent ou par défaut de moyens de transport.

Au niveau régional, les hôpitaux ne disposent pas des moyens nécessaires pour accomplir pleinement leur mission. Certains hôpitaux disposent des infrastructures et équipements adéquats pour une meilleure prise en charge de ses usagers, mais manquent le plus souvent de médecin spécialiste surtout au niveau régional. Dans les CHU, par moments, on se croyait dans le CS COM alors que la capitale malienne (Bamako) dispose suffisamment d'autres structures de niveau supérieur.

Les hôpitaux nationaux constituent également des éléments clés du système de santé. La plupart de ces EPH ne sont pas bien équipés. Il y a des services qui sont confrontés à des problèmes au niveau matériels comme (les appareils d'analyse des examens), la pratique médicale (la qualité de services.), de l'enseignement et de la recherche (l'amélioration de la compétence des praticiens). Malgré les progrès enregistrés au niveau cercle, région et national, beaucoup reste à faire. Néanmoins des efforts importants ont été réalisés en matière de gestion de la qualité des infrastructures et des équipements. Malheureusement certaines spécialités importantes dans la

prise en charge font défaut. Par exemple, les hôpitaux ne disposent pas de centres spécialisés de traitements de cancers avec prise en charge médicale, chirurgicale et radiothérapeutes.

Certes, nous remarquons une faible fréquentation des EPH par nos dirigeants en particulier. C'est pourquoi, nous pouvons avancer l'argument selon lequel tant que les dirigeants africains en général et malien en particulier continuent de se faire soigner dans les hôpitaux privés ou étranger les hôpitaux publics seront confrontés à des difficultés d'approvisionnement, les problèmes liés à la maintenance, le manque de personnel et l'insuffisance de ressources propres des hôpitaux. Les EPH seront toujours dans un état agonisant. Cette situation de négligence de service des Hôpitaux publics a pour cause majeure la création d'hôpitaux privée par certains professionnels de santé. C'est pourquoi, la plupart des EPH n'assurent pas leur mission de service public de façon satisfaisante au Mali.

Selon l'article 57 du code de déontologie médicale « *Le détournement ou la tentative de détournement de clientèle est interdit* ». Ce sont les mêmes soignants des EPH qui orientent les malades vers leur propre structure sanitaire (le détournement de la clientèle). Les structures privées qui cette dernière dispose les commodités les équipements et matériels nécessaires plus sophistiqués pour la prise en charge des patients. Ce sont le décideur politique qui dénigre le recours aux établissements publics hospitaliers. « *Restez ici, n'allez pas vous faire soigner à la clinique, vous allez tous mourir ici* » (propos d'un professeur agrégé en médecine apporté par une infirmière). C'est-à-dire que le service ne dispose pas de toutes les commodités et matériels pour la bonne prise en charge de soins des malades. Le système de santé Malien a failli à ses missions sur le terrain à travers l'anéantissement rapide des différents projets de réhabilitation. Les bâtiments neufs ne sont pas entretenus et les pannes prématurées des équipements par manque de maintenance sont fréquentes. En plus il faut noter la détérioration de l'environnement par manque d'hygiène. La qualité des services ne cesse de détériorer, par exemple imaginez un instant dans un service, les soignants qui n'arrivent pas à trouver un lit d'hospitalisation pour un patient. Il existe aussi les paiements clandestins au personnel médical devenu une pratique courante au mépris de toute déontologie. Le personnel se fait revendeur de médicaments au sein de l'établissement.

Les dépenses c'est-à-dire les acquittements des tarifs officiels et achats des médicaments que doivent faire les patients sont énormes et excessives le plus souvent. À cela s'ajoutent les frais des analyses et des examens complémentaires (le scanner, la radiographie, l'échographie, les analyses biologiques etc.). Le même dans les urgences, il manque de véhicules pour évacuer le malade d'un service à un autre. Le patient prend en charge les consommables médicaux (la

compresse, la lame, les gans etc.) de l'opération chirurgicale. Il existe une insuffisance dans la formation initiale et continue des professionnels de la santé des hôpitaux publics au Mali.

Cela est dû à la négligence de l'apport des sciences sociales (l'anthropologie, la sociologie, la psychologie etc.) dans les politiques de santé publique de l'État. D'ailleurs, cette négligence est démontrée à travers cette boutade du docteur Alexander Leighton qui rappelle que « *l'administrateur utilise les sciences sociales de la même manière qu'un ivrogne utilise un poteau électrique, pour se supporter plutôt que pour s'éclairer* » (MASSÉ, 1995, 19). C'est pourquoi après tant de progrès du système de santé au Mali, les campagnes de prévention contre telles ou telles pathologies n'aboutissent pas en réalité à des résultats encourageants. Il existe ce manque de volonté politique. L'État doit déployer encore des moyens pour remédier les obstacles, autrement dit les néfastes qui influencent le système de santé, en veillant au bon fonctionnement des structures sanitaires, a priori les établissements publics hospitaliers. Le système doit être adapté aux pratiques culturelles de chaque communauté ethnique. En résumé, selon le ministère de la santé « *l'accessibilité géographique des populations aux services de santé reste encore limitée (42 % de la population n'ont pas accès à une structure de santé dans un rayon de 5 km) et le taux de consultation par habitant et par an reste très bas (0,41 en 2015) ; La qualité des services de santé a été insuffisamment prise en compte mauvais accueil, mauvaise organisation des soins, manque de continuité et de globalité, insuffisance et inadéquation des équipements* ».

IV.2 Déphasage du métier de professionnel de la santé

Dans le secteur de la santé, des professionnels se retirent en attribuant certains rôles à de non professionnels avec des risques énormes. Ils confondent le métier et les occupations pour abandonner les postes. Puis les praticiens ne sont pas supervisés par la hiérarchie. Ce qui porte préjudice aux normes sanitaires. Suite au non-respect de la culture organisationnelle du métier de soignant (le dysfonctionnement et la rupture de professions), ensuite de la culture institutionnalisée (la délégation de tâches). Selon un médecin interniste « *Il faut parfois s'éloigner des malades pour s'enrichir dans ce domaine* ». C'est-à-dire que c'est plus rentable de recourir à d'autres fonctions comme (les formateurs, le médiateur, le délégué) à l'hôpital que le métier légitime de soignant. Le centre hospitalier universitaire est sans aucun doute là pour la réalisation l'unité de lieu, de temps et d'action, pour la pratique médicale, l'enseignement et la recherche. L'État doit trouver les moyens pour fixer les médecins dans leur service respectif.

« Parfois, ce sont les protocoles thérapeutiques qui ne sont pas respectés par les médecins ».
(Buchillet, pages 1991, 75).

Le métier de délégué, revient à faire la promotion des produits pharmaceutiques au nom d'une société de fabrique de médicaments auprès des soignants dans les services hospitaliers. Le but est que les professionnels de santé prescrivent ces médicaments à leur patient comme mode de traitement à leur maladie. Il existe une hypothèse selon laquelle la fonction de délégué est plus lucrative que l'exercice d'actes médicaux. Les soignants au cours de leur carrière cultivent une certaine estime de soi oubliant leur raison d'être à l'hôpital, laquelle situation interroge leur citoyenneté dans les activités de prestation. C'est une culture de service public et de santé publique que les médecins doivent adopter pour bien exercer leur profession.

TROISIÈME PARTIE

Pluralisme ethnique, diversité culturelle et soins de santé au Mali

Le Mali est constitué de communautés ethniques avec une diversité culturelle. C'est surtout une population qui se rencontre autour d'un intérêt commun qui serait qualifiée de groupement ou de communauté ethnique. D'après Poutignat et Streiff-Fenart, c'est « *la croyance dans une origine commune qui constitue le trait caractéristique de l'ethnicité* » (1995, 77). Au Mali, les soignants font face à une pluralité ethnique dont les principales sont : les Bambaras, les Bobos, les Bozos, les Dogons, les khassonkés, les Malinkés, les Miniankas, les Peulhs, les Sénoufos, les Soninkés ou Sarakolés, les Sonrhaïs, les Touaregs, les Toucouleurs etc. cette pluralité est facteur de risque lors des visites médicales et les consultations. Ainsi il faut une solidarité organique entre des populations qui se reconnaissent d'une même appartenance communautaire. Dans laquelle solidarité, les individus se soutiennent mutuellement avec un sens d'altruisme. En général, les soignants sont disposés à recevoir des patients de cultures différentes. La déontologie médicale interdit aux prestataires de soins les pratiques discriminatoires (stigmatisation, discrimination, préjugés ou stéréotypes) pour catégoriser une ethnie. Un patient a tous les privilèges de choisir son médecin traitant, mais ce choix n'est pas donné aux soignants. Ces différentes représentations sociales des professionnels de santé particulièrement leur façon d'agir, de sentir et de se comporter ne doivent pas porter atteinte à la prise en charge médicale des patients à l'hôpital. Même si le patient est d'une autre appartenance ethnique que celle du soignant. Ce principe est problématique dans le service de médecine interne.

Des fois, un soignant peut mal agir par le simple fait que le patient se présente en compagnie de plusieurs membres de sa communauté (la famille) dans la salle de consultation. Car il estime que les accompagnants pourraient perturber l'interrogatoire. De plus, le soignant porte son jugement à partir des symptômes énoncés par le patient, mais également de la vision sociale qu'il se fait de son patient à travers son apparence physique, son comportement, son statut et son langage.

En dehors de cela le médecin ne présente pas d'éventuels stéréotypes concernant l'ethnie du patient. Compte tenu de cette imperfection de la race humaine, ces remarques des médecins au regard du patient, somme toute d'accord qu'elles doivent impérativement être cachées. Les stéréotypes, les stigmatisations, les préjugés sont des constructions sociales qui ne prennent place qu'au sein de la société, mais généralement sont à l'intérieur du cadre socio sanitaire (les hôpitaux). C'est d'ailleurs ce que nous rappelle l'article 7 du code de déontologie médical « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur*

appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances, il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée ».

Chapitre V

L'accueil dans le service sanitaire

Dans le service de médecine interne du CHU Point G, il existe une organisation procédurale de l'accueil des patients. D'abord, le patient doit se présenter dans le service à l'aube (5 heures) pour s'enregistrer sur une liste établie par les infirmiers (ères) dans la salle d'attente. Ils font recours à ce procédé pour la bonne organisation de mouvement (ordre et discipline) dans le service. Le nombre de patients à prendre par jour est connu. Les prestations commencent à 08 h 30 (fin de la circulation de la liste) et se terminent à 16 heures, (heure de descente). Donc, ce qui en théorie pourrait être interprété comme suit : « First in, first out » (le premier rentré, le premier sorti ou servi). Raison pour laquelle les patients arrivent très tôt à l'hôpital, pour remplir les formalités (inscription, ticket de consultation).

« Un bon accueil est source de fidélité clientèle au service, car un très bon accueil soulage le patient de 25 % de sa symptomatologie (la maladie) », (Raconté par le Dr SS). C'est pourquoi le premier contact est important dans la profession de soignant, si l'accueil est bien, la prise en charge serait de très bonne qualité. Souvent des erreurs de contact peuvent faire surface au niveau de l'accueil lors de l'enregistrement à travers une certaine pratique de fraude dans la constitution et la disposition de la liste malgré la transparence à l'hôpital. Les patients dans leur souffrance se plaignent généralement de la mauvaise gestion du service à travers l'établissement de la liste par les infirmiers (ères) d'une part et de la gestion du temps de consultation par les soignants d'autre part. C'est ainsi que des plaintes de tous genres se font ressentir dans la salle d'attente ; « Je suis ici depuis 07 h 00 et il est presque 13 h 00, mon nom n'a pas été appelé. Des personnes sont venues me trouver ici, mais ont accédé au médecin bien avant moi et je ne comprends rien dans cette pratique, d'où les raisons de ma plainte ». (Propos d'un usager).

Malgré les multiples plaintes à caractères variées, les patients n'ont autres choix que d'attendre et de rester toujours à l'écoute. À cause de ce dysfonctionnement dans la structure sanitaire d'autres patients s'énervent facilement et finissent par rentrer à leur domicile respectif. Cette négligence du personnel médical peut conduire le malade à un abandon de traitements à sa souffrance, d'où une atteinte à l'intégrité physique du malade. *« Je n'aime pas venir à l'hôpital et surtout s'il n'y a pas une connaissance préalable entre le personnel du service médical et moi »* (propos d'un patient). Cette manière de penser de certains patients et du comportement des soignants est source de clientélisme et de favoritisme dans les services

sanitaires au Mali. Force est de reconnaître qu'un bon accueil donne de l'espoir aux malades, et cet espoir est facteur de survie du malade. Dans le service la priorité est uniquement donnée aux cas graves de maladies que les soignants doivent prendre en charge pour une intervention rapide pour que le patient ne succombe pas de sa maladie.

Malgré la transparence dans le service, des fois les soignants font des pratiques qui n'honorent pas l'Éthique et la déontologie médicale justement en privilégiant les proches parents et connaissances dans l'accès aux salles de consultation. Ce qui n'est d'ailleurs pas une nouveauté au Mali, par contre c'est une pratique courante que nous rencontrons partout dans les services publics de l'État et non seulement dans les EPH, la priorité est attribuée aux personnes âgées, les parents proches, les collatéraux ou voisins etc. À l'hôpital cette pratique porte atteinte au code de déontologie médicale et dénigre la personnalité morale des soignants dans l'exercice de leur fonction après avoir prêté serment devant Dieu et devant les hommes.



Figure 1 : Photographie de l'architecture du service de Médecine Interne du CHU Point G, vu d'en face (Source : Habayi Jérémie Dembélé, le 07/05/2020)

V.1. L'interrogatoire à l'Hôpital

L'interrogatoire consiste en la méthode d'entrée pour aborder le malade en lui posant des questions relatives à son état de santé et de sa maladie d'où un second contact après l'accueil. Au début de l'interrogatoire, le soignant se présente (le nom et le prénom) au malade avant d'entamer les séries de questions qui concernent le malade dans sa souffrance. Il commence par l'adresse complète du patient, suivi de son appartenance ethnique, les antécédents d'une pathologie quelconque que le malade a vécus etc. Le patient doit être en

mesure d'expliciter sa souffrance (les maux) au médecin. Cependant, certains questionnements à l'interrogatoire peuvent impérativement heurter la sensibilité de bon nombre de patients, surtout religieux, intime et souvent en rapport avec l'origine ethnique. Par exemple demander un patient s'il consomme oui ou non de produits stupéfiants (drogue, alcool, cigarette etc.),

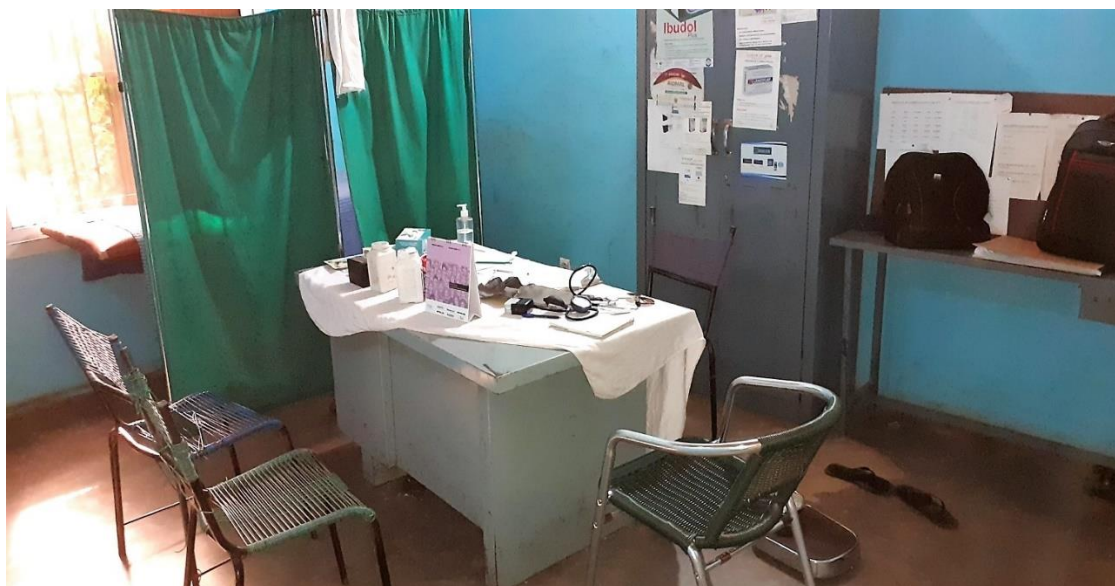


Figure 2 : Photographie de la salle de consultation n°2 du service de Médecine Interne du CHU Point G, (Source : Habayi Jérémie Dembélé, le 07/05/2020)

« Interroger un malade, suivre une démarche diagnostique nécessite de savoir comment celui-ci nomme son corps » (Jaffré, pages 9, 1 990). Toutes les questions posées à l'interrogatoire rentrent dans la cadre du protocole pour avoir une idée sur la maladie dont le patient est victime. L'ethnie en tant que forme de catégorisation sociale nous interpelle ici dans ce cadre précis.

Pour une identification du patient, le soignant relève les paramètres suivants pour renseignement (le nom, prénom, profession, ethnie etc.). Ensuite le patient explique mieux sa symptomatologie afin que le soignant puisse poser un diagnostic (les renseignements cliniques) après auscultation du patient. C'est dans ce cadre que le médecin doit au préalable avoir une certaine connaissance de la conception qu'il se fait de la maladie et de son étiologie pour bien communiquer avec le patient. À la consultation, le patient a la liberté d'expression et doit pouvoir exprimer ses douleurs au médecin traitant. C'est pourquoi, nous avons souligné que la douleur guide le malade dans le processus de traitement. Le soignant échange avec le patient sur les causes liées à la maladie ainsi que ses antécédents. « Pour traiter efficacement des patients ayant un bagage socioculturel différent, le médecin doit acquérir une compréhension spéciale de leurs croyances et de leurs pratiques médicales » Harwood, 1971, cité dans (Foster, 1978, 231).

C'est après une longue discussion entre soignant et soigné que la procédure d'auscultation commence dans une petite pièce aménagée à côté dans la même salle de consultation. Le médecin examine le patient à travers ses touchées attentives sur le corps. C'est un examen physique minutieux qui renseigne davantage sur les causes de la maladie. Après auscultation, le médecin fait part au patient le résultat de son diagnostic (les complications liées à l'état de santé du patient). Ensuite, il prescrit le traitement adéquat pour la prise en charge du malade.

La médecine, c'est l'interrogatoire, si le malade n'a pas de fil conducteur au cours de l'interrogatoire, la tâche revient au soignant de booster un peu le patient (timide) à se prononcer. Par exemple, les dames généralement quand elles partent à l'hôpital pour des raisons pathogènes comme les pertes blanches, elles ont tendance à contourner les signes de la maladie à cause de la honte. C'est pourquoi, elles remplacent les mots « pertes blanches » par les mots « mal au ventre tout simplement ». Elles ont une connaissance de leur souffrance mais ne peuvent pas l'exprimer théoriquement. Donc, il appartient au soignant de stimuler le malade à divulguer tous les renseignements (sensibles) sur sa maladie, pour éviter les erreurs lors du diagnostic. Tout dépend de la méthode d'approche, si cette étape n'est pas brûlée, il ne peut y avoir d'obstacle à l'interrogatoire.

De ce fait, le constat est qu'il n'y a pas beaucoup de résistance du côté des patients en ce qui concerne leur appartenance ethnique. D'ailleurs, cela ne veut pas dire que des patients s'énervent facilement quand le médecin leur aborde la question sur l'ethnie. *« Des résistances, à ce propos, ce n'est pas tous les jours qu'on en rencontre, mais je me rappelle très bien un jour un vieil homme a failli me gifler parce que tout simplement je lui ai demandé son ethnie »* (Propos d'une registraire). À part quelques notions qui heurtent la sensibilité des patients lors de l'interrogatoire, ces derniers n'ont aucune difficulté à communiquer leur origine ethnique au soignant dans le service de médecine Interne du CHU Point G. Par contre, dans d'autres milieux tels que le centre et le Nord les patients peuvent craindre de divulguer leur appartenance ethnique au soignant compte tenu de la crise sécuritaire qui sévit le pays depuis 2012. Cette crise qui au départ a détruit tous les acquis des projets et programmes de développement socio sanitaire. Elle s'est fait remarquer par de lourdes conséquences dans le domaine de la santé particulièrement des populations au nord du Mali.

Les conséquences sont entre autres : le repli des agents socio sanitaire, une faible fréquentation des services sociaux sanitaire par les populations. En fin par un fort déplacement des populations du Nord vers le sud et dans les pays limitrophes. Cette situation a fait régner dans

le cœur des populations au Nord la peur et la crainte. Ce fait (le sentiment de peur et d'insécurité) n'a pas beaucoup impacté la prise en charge des soins dans les hôpitaux au Sud en général, car le soignant doit obligatoirement accepter l'autre (le patient) dans sa différence comme énoncé dans le code de déontologie médicale. Avec la peur, il arrive des fois que le patient Nordiste contourne l'interrogatoire, surtout la partie de l'origine ou l'appartenance ethnique pour avoir les soins car il se sent menacer à cause de la couleur de sa peau, ainsi que de sa provenance.

- *Quelques séances d'interrogatoires à l'hôpital CHU Point G Service de Médecine Interne dans les encadrées suivantes :*

Encadré 1 : Interrogatoire du Dr D.S avec une patiente par rapport à une douleur thoracique, (service de médecine interne du CHU Point G, le 21 mars 2020)

M.A : Bonjour

Dr D.S: Bonjour, je suis le docteur DS, et vous comment vous vous appelez ?

M.A : M.A

Dr D.S: Quel âge avez-vous ?

M.A : 56 ans

Dr D.S: Ça n'a pas atteint les 57 ans ?

M.A : Non.

Dr D.S: Vous êtes de quelle ethnie ?

M.A : Je suis Bwa (Bobo)

Dr D.S: Vous habitez où ?

M.A : Koulouba

Dr D.S: Vous faites quoi dans la vie ?

M.A : Ménagère

Dr D.S: Oui ma maman raconte

M.A : C'est par rapport au pied, mon pied, ça me fait mal, ça pique

Dr D.S: Le pied pique ! Donc Quel est le principal motif qui fait que vous êtes là ?

M.A : Mon pied, l'intérieur de mon pied s'échauffe. Eh bien j'ai des douleurs fortes au niveau du thorax

Dr D.S: Les deux pieds ?

M.A : Oui les deux pieds

Dr D.S: Vous l'avez depuis combien de semaines

M.A : Très longtemps, ça vaut des mois. Ça me brûle depuis 3 mois déjà, lorsque je marche, on dirait que la peau va se déchirer on dirait, regarder qu'il y a quelque chose entre la chair.

Dr D.S: Donc le mois, vous avez pris des médicaments.

M.A : Oui

Dr D.S: Donc des fois ça part et d'autres fois le contraire. Est-ce que vous avez des vomissements ?

M.A : Non

Dr D.S : Oh, vous ne vomissez pas, mais d'après vous, la douleur quand elle se calme, ça va et rechute de nouveau ?

M.A : Oui

Dr D.S: Mais la chose qui vous ronge vous dérange-t-elle ?

M.A : Un peu

Dr D.S: Picotement (neuropathie) lombaire, ça pique, ça vous brûle ? Mais qu'est ce qui a amené cela ?

M.A : En vérité je ne sais pas comment ça a pu arriver

Dr D.S: Quand ça arrive, qu'est ce qui l'aggrave ?

M.A : J'ignore ce qui l'aggrave, c'est commencer, lorsque je marchais, je sentais une faiblesse au niveau de mon pied (faiblesse musculaire) jusqu'à ce que ça me brûle.

Dr D.S: Après cela, qu'est-ce qui vous ronge encore ?

M.A : Je n'ai aucune autre souffrance.

Dr D.S: Le pied s'est-il gonflé ?

M.A : Oui en effet

Dr D.S: Les deux (pied) ou bien un seul ?

M.A : Un seul pied, comme vous le voyez du côté gauche.

Dr D.S: C'est juste cela et aucune autre partie de ton corps te fait souffrir ?

M.A : Non, aucune

Dr D.S: Ça vous arrive d'uriner à plusieurs reprises ?

M.A : Oui

Dr D.S: Consommez-vous beaucoup d'eau ?

M.A : Oui

Dr D.S: Est-ce que vous avez maigri ?

M.A : En effet puisque je n'arrivais pas à porter cet habit.

Dr D.S: Cet habit, donc t'a beaucoup perdu de poids. Est-ce que tout le temps tu sentes de la fatigue, au niveau de ton corps ?

M.A : Le problème, c'est uniquement mon pied avec ses picotements successifs.

Dr D.S: Le corps s'échauffe-t-il ?

M.A : Les extrémités de mes doigts (membres supérieurs) picotent.

Dr D.S: Le corps chauffe-t-il ?

M.A : Non

Dr D.S: Transpirez-vous ?

M.A : Oui je transpire, surtout à cause de ces maux (Picotement des membres supérieurs et du pied).

Dr D.S: D'accord nous avons compris. Maintenant quel traitement (médicament) utilisiez-vous ?

M.A : Je le traitais avec des produits pharmacopée (la médecine traditionnelle). Mais qui ne faisait qu'aggraver la situation au lieu d'y remédier.

Dr D.S: D'accord, est-ce que vous avez des antécédents d'une autre maladie connue ? Vous avez de la tension ?

M.A : Tension ! Non je ne connais pas ça

Dr D.S: Et le Diabète ?

M.A : Non, je n'ai jamais été diabétique.

Dr D.S: Et l'ulcère gastro-duodéal ?

M.A : Je l'ignore, même si je l'ai, je n'ai aucune connaissance de cela.

Dr D.S: Vous n'avez pas de tension, diabète ou encore la gastrique comme maladie ?

M.A : Non j'avais juste l'estomac mais qui maintenant va mieux.

Dr D.S: Vous n'avez aucune autre maladie connue ?

M.A : Vous pourrez regarder tout ça

Dr D.S: D'accord, je vais vérifier ça après. C'est bien aussi d'interroger le malade pour savoir ce qui ne va pas, c'est d'accord !

M.A : Je vois

Dr D.S: D'accord, donc vous n'avez pas de maladie connue (insiste le docteur), alors vous avez des enfants ?

M.A : Oui

Dr D.S: Avez-vous auparavant subi une opération chirurgicale ?

M.A : Non

Dr D.S: Votre Père et votre mère sont-ils là-bas dans la famille chez vous ?

M.A : Oui ma maman

Dr D.S: Donc c'est votre mère qui est là, le papa il est décédé ?

M.A : Oui

Dr D.S: Est-elle chez vous ?

M.A : Oui

Dr D.S: Est-ce que la maladie de l'ulcère gastro-duodéal existe dans votre famille ?

M.A : Non

Dr D.S: Personne n'est atteint de cela (la gastrique), votre père, votre mère, vos frères et sœurs, personne ?

M.A : Mon père en était atteint.

Dr D.S: D'accord, maintenant ma maman vous allez vous lever et nous allons ensemble dans la salle pour vous ausculter

M.A : D'accord.

Dr D.S: Nous pensons qu'elle fait de l'ulcère gastro-duodéal comme souffrance. Maman, vous souffrez de l'estomac, donc nous allons vous prescrire des remèdes (médicaments).

M.A : D'accord (d'un air inquiet) Merci Docteur. Au revoir

Dr D.S: Très bien, bonne journée et prompt rétablissement. ⁶

⁶La causerie éducative est l'une des canaux les plus efficaces de la communication pour le changement de comportement. Son efficacité réside dans le fait que c'est une forme de communication où le message arrive immédiatement au destinataire et l'émetteur peut adapter son langage ou son message aux circonstances et au feedback de l'audience. La causerie suit le processus suivant : création de l'ambiance, partage de l'expérience, commentaires des participants, récapitulation, application des nouvelles connaissances et conclusion.

Encadré 2 : Interrogatoire du Dr D.S avec une patiente par rapport à une sécheresse de la bouche diagnostiquée comme étant le Diabète, (service de médecine interne du CHU Point G, le 21 mars 2020)

H.S : Bonjour Docteur

Dr D.S: Bonjour, prenez place, moi c'est le docteur DS, c'est quoi votre nom ?

H.S : Je suis HS

Dr D.S: Quel est votre âge ?

H.S : J'ai 58 ans

Dr D.S: Vous êtes de quelle ethnie ?

H.S : Sarakolé

Dr D.S: Quelle est votre profession ?

H.S : Ménagère

Dr D.S: Vous résider dans quel quartier ?

H.S : Magnambougou projet

Dr D.S: Maintenant, qu'est-ce qui vous dérange ?

H.S : Il y a une sécheresse de ma bouche

Dr D.S: La sécheresse de votre bouche et quoi d'autre ?

H.S : C'est uniquement ça

Dr D.S: Quoi d'autre, disons qu'elle est le motif principal de ta présence ici ? Qu'est-ce qui vous faites souffrir réellement ?

H.S : C'est juste cette sécheresse de la bouche

Dr D.S: Donc vous l'avez depuis combien de temps ?

H.S : Depuis plus de deux mois environ

Dr D.S: Deux mois, après ça, vous avez quelle autre souffrance ?

H.S : Rien, qu'à même je souffre de la tension, dont je fais le traitement.

Dr D.S: La bouche sèche à part ça, aucune souffrance ?

H.S : Non

Dr D.S: Avant cela, est-ce que vous consommiez assez d'eau ?

H.S : Non

Dr D.S: Est-ce que vous urinez beaucoup ?

H.S : Oui régulièrement

Dr D.S: Combien de fois ?

H.S : Je peux faire 4 fois la nuit.

Dr D.S: Est-ce que vous mangez beaucoup ?

H.S : Non je ne mange pas trop

Dr D.S: Avez-vous beaucoup amaigri, si vous étiez très grosse, maintenant êtes-vous maigres ?

H.S : Ah (rires) je ne peux détecter cela comme ça.

Dr D.S: Donc vous avez amaigri ou grossi, vous ne pouvez pas déterminer cela ?

H.S : Les gens qu'à même affirment que j'ai maigri un peu

Dr D.S: Donc vous avez un peu maigri ?

H.S : Oui

Dr D.S: Est que vous sentez beaucoup de la fatigue ?

H.S : Oui, quand je travaille juste un peu je me fatigue.

Dr D.S: Avez-vous des antécédents d'autres maladies connues, c'est uniquement la tension que vous avez ?

H.S : Oui

Dr D.S: Ensuite quelle autre maladie ?

H.S : À part l'estomac aussi

Dr D.S: La tension, vous le traitez avec des médicaments ?

H.S : Oui

Dr D.S: Ça fait combien d'années que vous avez la tension ?

H.S : Ça vaut dix ans

Dr D.S: 10 ans ?

H.S : Oui

Dr D.S: Et vous avez quel âge aujourd'hui ?

H.S : 58 ans

Dr D.S: Vous avez aussi la gastrique, avez-vous déjà fait la fibroscopie (examen) ?

H.S : Non je n'ai jamais fait cela

Dr D.S: Vous n'avez pas de diabète, personne ne vous l'a dite auparavant ?

H.S : Non

Dr D.S: On ne vous l'a pas dite au moins ?

H.S : Non, je suis venu voir si toutefois j'en suis atteinte également.

Dr D.S: Après ça vous n'avez rien d'autre ? Vous êtes mariés, vous avez des enfants ?

H.S : Oui je suis mariée, j'ai des enfants et même des petits enfants.

Dr D.S: Lors de votre accouchement est ce que vous avez déjà eu des gros enfants dont le poids varie entre 4 à 5 kg ?

H.S : J'ai déjà eu des enfants, seulement environ 3 kg.

Dr D.S: Mais ça n'a jamais atteint les 4 kg ?

H.S : Non

Dr D.S: Étiez-vous grosse, le corps trop gros ?

H.S : Oui je l'ai été à l'adolescence

Dr D.S: Est-ce que vous avez des diabétiques au sein de la famille.

HS D.S: L'un de mes enfants est né avec le diabète qui malheureusement est décédé. On l'a même amputé une jambe.

Dr D.S: Ton enfant, biologique ?

H.S : Non ce n'était pas mon propre enfant mais celui de ma coépouse.

Dr D.S: Alors là, on ne s'est pas compris, je parlais de vos enfants biologiques.

H.S : Non il n'y a pas de diabétique parmi eux

Dr D.S: D'accord vous n'avez pas tort hein, c'est compréhensible. C'est nous qui devrions bien vous posez la bonne question claire et concise, c'est à de savoir si c'est votre enfant biologique ou pas.

H.S : C'est terminer (l'interrogatoire) ?

Dr D.S: Non, pas encore. C'est nous qui devons être pressés ou bien c'est vous ? Vous voulez partir ?

H.S : Mais non comme vous avez plusieurs patients en attente. C'est pour ça que j'ai demandé.

Dr D.S: Non, nous sommes là pour vous tous, il n'y a pas un temps déterminer pour l'interrogatoire. Donc maintenant vous allez dans l'autre pièce, puis vous nous attendez, nous allons vous examiner de plus près.

H.S : D'accord

De retour dans la salle de consultations

Dr D.S: Avez-vous contrôlé votre taux de sucre (glycémie) aujourd'hui ?

H.S : Non

Dr D.S: Donc nous allons voir ça maintenant. Avez-vous déjà mangé ?

H.S : Ce matin, oui j'ai déjeuné

Dr D.S: Dorénavant, laissez le déjeuner de côté en arrivant ici prochainement. C'est d'accord.

H.S : J'ai compris.

Dr D.S: Maman, vous avez le diabète. Le taux de sucre est beaucoup élevé dans votre sang.

H.S : Beaucoup ! Moi je ne bois que du thé.

Dr D.S: Vraiment, le diabète ce n'est pas uniquement le sucre, c'est aussi l'alimentation (les nourritures), de même toutes les personnes qui ont une corpulence énorme développent généralement le diabète. Donc ce qu'on va faire, nous allons vous donner un traitement. Maman vous avez compris ?

H.S : Oui j'ai compris

Dr D.S: Il y a trop de sucre dans votre sang. En temps normal le taux de ce sucre ne doit pas dépasser 5 ou 6. Le tien est allé jusqu'à 8. Votre taux de sucre (glycémie) est de 8, selon les normes si ça arrive 6,5 ; c'est le diabète, pour vous c'est 8. Donc votre taux de sucre ne devrait pas dépasser 5 ou 6, mais pour toi c'est 7,72 ; ce qui prouve que vous avez le diabète. Pourquoi donc, parce que le sucre est de trop, aussi vous développer les symptômes (uriner beaucoup, fatigue du corps, être fatigué tout le temps) sont les signes du diabète. Mais ne vous inquiète pas, ça se soigne vous avez entendu. Ça va guerrier plaise à Dieu. Mais vous devez observer les mesures suivantes (ne mangez plus trop, même si vous prenez du thé, n'y ajoute pas de sucre, de préférable un tout petit peu.). Donc il faut le prendre en charge (traitement contre le diabète) rapidement sinon au contraire, ça peut déclencher l'aveuglement, le problème de cœur, le manque d'eau dans le corps, le problème de nerfs etc.). Vous voyez, votre cas, l'âge est déjà avancé, en plus vous avez de la tension, s'il faut que tous ceux-là s'en rajoutent, vous ne devez pas être étonné de la sécheresse de votre bouche. Vous avez compris, donc vous êtes contraintes de suivre à la lettre ces conseils et prendre au sérieux les traitements (médicaments) que nous allons vous prescrire. C'est noté ?

H.S : Oui j'ai tout compris

Dr D.S: Ça va guérir si vous faites exactement ce qu'on vous recommande. Il y a une dame qui répond au nom d'Ami Keita dans notre service de médecine interne. Elle fait des séances d'éducation chaque mercredi sur ce que c'est le diabète, ses causes, ses conséquences etc. Cette séance de causerie éducative avec les patients diabétiques, vous pourrez venir suivre ces cours, ça vous aidera à mieux comprendre le diabète.

H.S : J'ai compris.

Dr D.S: Comme je vous l'ai dite, nous, on ne peut pas vous expliquer tous, de fond en comble, on vous donne juste les grandes lignes. Parce qu'on n'a pas assez de temps, il y a d'autres personnes qui sont à l'attente.

H.S : Je comprends, merci.

Dr D.S: Donc je vous suggère de venir suivre ces séances chaque mercredi pour comprendre votre maladie. C'est l'une des meilleures solutions pour la communication interpersonnelle. C'est d'accord ?

H.S : Oui, merci infiniment.

Dr D.S: En plus, pratiquez une activité physique régulière soit en marchant des fois de longues distances. Veillez à ce que vous portez des chaussures fermées pour éviter les plaies s'il arrive que vous tombiez, ou vous faire piquer par un objet tranchant ou pointu en marchant. Aussi nous vous avons prescrit une pommade que vous devrez appliquer sur vos pieds. Donc les analyses à faire que nous allons vous donner sont les suivantes : la prise de sang et analyse ophtalmologique. Pour les consultations, moi je suis là tous les jeudis. Chaque jeudi vous avez compris j'espère ?

H.S : Oui j'ai compris

Dr D.S: Voilà pour vous c'est terminer, maintenant le suivant.

H.S : Merci

Dr D.S: Faudra veiller à faire les analyses, vous avez l'ordonnance avec vous non, procurez-vous des médicaments contre le diabète, c'est compris.

H.S : Oui

Dr D.S: Bonne journée.

V.2 L'ethnie :

D'après le dictionnaire d'économie et de sciences sociales l'ethnie est une collectivité unifiée par une langue, une histoire et une culture communes (la représentation du monde, coutumes, principes d'organisation sociale) et souvent par un espace propre relatif (l'unité territoriale). Le sexe, l'âge, et l'origine ethnique rentrent dans le cadre de caractéristiques biologiques ethniques en médecine. L'ethnie est devenue au fil de l'histoire « *une communauté imaginaire de sang ou de race* » (AmseIle, 1985, 36).

Soulignons par-là que l'ethnie est une réalité culturelle avant toute chose. La seule trajectoire biologique est celle toute relative, de plusieurs liens de consanguinité qui prennent source à travers les alliances internes à la collectivité communautaire ethnique⁷.

C'est aussi une notion très difficile à cerner, des fois mal interprétées car émane de plusieurs dimensions. Parfois, elle peut se confondre avec la nationalité (le peuple grec), aussi en être tout au plus un élément (les groupes, les composantes ou les minorités ethniques), par au-delà des limites nationales (les peulhs en Afrique noire). Une aire linguistique, une confession religieuse pourront correspondre à de nombreuses ethnies. Reprise par les théoriciens modernes, l'ethnie a toujours été utilisée en référence à une problématique raciale. Dans son livre "Les sélections sociales (1896)", Vacher de Lapouge tente de rendre compte de la séparation des populations raciales homogènes. De ce fait, il juge impropres les termes de race, de peuple, de la nation ou de la nationalité et leur substitue ceux de l'ethne ou de l'ethnie. C'est pourquoi tous les individus sans exception ont une identité ethnoculturelle.

V.2.1. La culture :

La culture peut être désignée comme étant la manière de faire, de sentir, de penser propres à une collectivité humaine au sens anthropologique du terme.

Selon Tylor « *La culture est un tout complexe englobant les connaissances, les croyances, l'art, la morale, la loi, la tradition, et toute autre aptitude et habitude acquises par l'homme en tant que membre d'une société* ». La culture est ici envisagée comme regroupant tous les traits humains qui peuvent être transmis socialement et mentalement, plutôt que biologiquement. Donc la définition de Tylor continue d'envisager la culture en l'opposant à la

⁷ Jacques DUFRESNE, "Aspects culturels de la santé et de la maladie" (1985), p 5.

nature. Relève de la culture tout ce qui est acquis et transmis par opposition à l'inné, en un mot tout ce qui fait des individus des êtres créateurs, rénovateurs de leur propre condition d'existences. Cependant, tout groupement humain (la communauté ethnique) qui partage une culture dans la mesure où la société quelle que soit sa nature engendre et pratique des règles de conduite, des techniques et construit une représentation du monde d'où une communauté à part entière. « *La culture se rapporte à toutes les sphères de l'activité humaine : langage, organisations économiques, structures politiques, idéologies, règles vestimentaires, normes alimentaires, système scolaire, système de santé, etc.* » (Massé, 1985, 313).

V.2.1.1 L'influence des comportements culturels sur l'état de santé d'une communauté

Les comportements culturels ainsi que l'environnement dans lequel se trouve un individu rejoignent ce que nous pouvons appeler les déterminants sociaux de la santé. Nous remarquons cependant qu'au Mali, il existe des problèmes d'hygiène publique et de la salubrité. Dans la société humaine, la maladie et son approche relève du domaine de la culture, tandis que dans la médecine cette culture renvoie très souvent au symbolique (le vêtement). Ainsi l'homme en pratiquant certains déterminants liés à la culture, ne se rend pas compte qu'il est en train de combattre des microbes. Par exemple en Inde, les rituels de pureté impactent positivement la lutte contre les parasites et les agents pathogènes. Dans son ouvrage "**Aspect culturel de la santé**", Jacques DUFRESNE rapporte que : « *Il y a un petit peuple en Himalaya (les Hunzas) biologiquement (la génétique) en très bonne santé. Cet état de santé est dû aux aspects culturels tels que l'alimentation et les conditions physiques de vie (les costumes, les danses, les chants)* ».

Parlant aussi de la mortalité infantile, nous avançons l'hypothèse selon laquelle ce phénomène est très élevé au sein des communautés Touaregs au Nord du Mali. Une mère Touareg est contrainte de confier son nouveau-né à la naissance à une autre femme d'une couche sociale plus basse (démunie et défavorisée) dans la société. Ainsi survient une morbidité infantile au sein de cette communauté, car les mamans adoptives ne peuvent pas fournir à l'enfant tous les besoins et les premiers soins nécessaires à la survie des enfants à la maternelle. Ainsi, nous remarquons que les comportements culturels peuvent avoir tantôt des impacts négatifs d'une part et positifs d'autre part sur l'état de santé d'une communauté ethnique donnée. Nous allons donc essayer de mettre en évidence les éléments de culture qui, dans un groupe ethnique donné, conditionnent le rapport au corps et aux agents agresseurs, c'est-à-dire : les croyances et les valeurs. C'est pourquoi, nous allons voir que l'individu est le premier responsable de l'augmentation des maladies de nature différente dans la société.

Au Mali, lorsque nous prenons les pratiques culturelles et les comportements à risques pour la santé tels que : l'excision, l'endogamie et les mariages forcés et la promiscuité etc. Ces pratiques en soi sont le fondement, un idéal du fonctionnement de la vie en société de certaines ethnies. Les ethnies ont forgé une culture populaire (croyances, connaissances, attitudes, valeurs, conceptions, idéologies, etc.). « *Les croyances relatives aux effets du comportement sanitaire qui n'ont rien à voir avec la santé peuvent constituer d'aussi bons, sinon de meilleurs prédicateurs du comportement, que les effets anticipés sur la santé* » (Norman, 1985, 71). Les populations concernées sont conscientes des effets néfastes et indésirables de ces pratiques qui donnent lieu à plus de mal que de bien au sein de la société. L'excision étant une pratique taboue et rigide au sein des communautés est abolie de nos jours, par contre une certaine population a du mal à abandonner cette pratique. Elles sont convaincues que cette croyance culturelle relève d'une norme sociale ancestrale. ⁸L'excision au Mali à un taux plus élevé de prévalence en Afrique subsaharienne. Selon l'UNICEF, « *Au moins 80 % des jeunes filles de moins de 5 ans subissent cette pratique qui entraîne fréquemment des complications sanitaires* » (PRODESS III, Version final, 34).

Cette pratique selon les médecins peut rendre stérile une femme en bonne santé, ou encore créer des complications liées à l'accouchement (les saignements, l'hémorragie interne etc.). Elle provoque chez les adolescents des décès en couche. L'endogamie peut déclencher la maladie génétique (la drépanocytose, la mucoviscidose etc.) au sein de la communauté pratiquante. « *L'hétérogénéité génétique est plus grande à l'intérieur des groupes raciaux et/ou ethniques qu'entre ces groupes* » (Polednak, 1989, 278). Lorsqu'une jeune fille est donnée en mariage sans son consentement, elle pourrait développer des formes de psychose ainsi que des troubles mentaux. « *En revanche, englobées dans un tout indistinct, les populations ne sont pas l'objet de la même indifférence critique, leur ignorance, leur analphabétisme et plus largement leurs comportements sont en effet désignés comme la source des difficiles progrès de la prévention* » (Vidal et Fall, 2006, 246). Cette influence de la culture sur la construction des diagnostics n'est pas neutre. Elle joue un rôle fondamental dans la définition de certains types de maladies (génétiques, chroniques). Bref, les pratiques traditionnelles néfastes (l'excision, le mariage précoce/forcé, l'endogamie, la promiscuité), peuvent négativement impacter la santé d'un individu ou les communautés ethniques qui les ont adoptées.

⁸Ministère de la Santé et de L'hygiène Publique, Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord, Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille 2014 "Programme de Développement Socio-Sanitaire 2014-2018 (PRODESS III).

V.3 La santé

La santé, c'est d'abord ne pas être malade d'où un état positif complexe dont on ne prend conscience que lorsqu'on l'a perdu. D'après la définition de l'OMS, la santé « *est un état complet de bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ».

Elle désigne en général le parfait état et le bon fonctionnement de nos organes. Il ne suffit pas de guérir un corps malade, il faut aussi tenir compte de ce qui l'entoure. Ceci est évident dans les pathologies à composantes psychologiques (l'asthme, les ulcères gastro-duodénaux, le diabète, l'hypertension artérielle etc.). Dans ce cas le soignant doit inclure et intégrer les facteurs physiques, psychologiques et sociaux dans ses réflexions sur la santé et la maladie dans un contexte global, ce qui doit largement s'exprimer dans les soins qu'il va fournir à ses patients lors des visites et les consultations médicales. « *La santé est définie comme la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie* » (Lyne Jobin, 2010, 5). Cette définition rejoint presque celle de l'OMS, mais la seule différence ici est que les individus sont les premiers acteurs de leur bon état de santé, car certaines pratiques culturelles et les comportements à risque peuvent du moins impacter leur état de santé dès lors que ces individus ne font pas attention à leur environnement social et hygiénique. C'est-à-dire que dans la société moderne, la pollution, les produits chimiques, le stress, sont en majeure partie responsable de la maladie.

Foster et Anderson avancent pour leur part que toute société, qu'elle soit développée ou primitive, possède un système médical qui « *embrasse l'ensemble des croyances et des actions de promotion de la santé de même que les connaissances et les habiletés scientifiques des membres du groupe qui souscrivent au système* » (Foster et Anderson, 1978, 36).

V.3.1 : Soins de santé inégalitaire au Mali

Comme nous avons mentionné dans les chapitres précédents, la population malienne est constituée de plusieurs communautés ethniques (le caractère pluriethnique). Cependant, la majorité de cette population se trouve dans les zones très reculées du pays, loin des grandes agglomérations et des infrastructures socio-sanitaires (Bamako) notamment. Nous pouvons remarquer que l'accès aux soins de santé dans les grands Établissements Publics Hospitaliers de ces groupements communautaires se trouve altérer. Dans un premier temps la distanciation remarquable entre les villages (les zones rurales) et la grande ville (les zones urbaines) les plus

proches. Force est de reconnaître que sur le plan économique, ces groupes ethniques sont pour la plupart défavorisés (démunies). Nous distinguons d'autres obstacles aux soins de santé dont la diversité culturelle du pays est responsable, par exemple lorsqu'il s'agit d'accéder aux soins de santé et le traitement avec les cliniciens (le manque de confiance). Très, généralement par la mauvaise maîtrise de la langue nationale. Ce sont les patients qui créent la confusion dans la pratique médicale des soignants très souvent. Certains préfèrent recevoir les soins dans les structures sanitaires privées (la bonne qualité de prestation de service) que publiques (la mauvaise qualité de prestation de service). Par contre, il faut reconnaître que ce sont les mêmes types de soins (traitement) prescrits aux patients souvent par le même et seul médecin qui intervient dans les deux structures (le privé et le publique). « *Que vous ayez recours à une structure privée ou publique, ce sont les mêmes soins diagnostiqués pour telles ou telles cas de pathologies, seulement les tarifs peuvent varier* » (Propos d'un médecin).

La médecine recommande l'égalité des soins entre les patients dans les services hospitaliers, même si depuis plusieurs années le secteur de la santé est victime de grands bouleversements organisationnels. Compte tenu du progrès médical, de la réorganisation des modes de prises en charge dans les structures au niveau du cercle, de la région et le national, il y a des changements techniques auxquels les cliniciens doivent faire face au Mali.

Il y a aussi cette hypothèse selon laquelle la pauvreté peut affecter beaucoup plus le milieu rural qu'urbain. C'est ainsi que le statut socio-économique influence la délivrance de soins aux patients démunis, parce que les problèmes financiers peuvent faire en sorte que des situations favorables aux patients se transforment donc en obstacle pour sa prise en charge totale et complète.

C'est pourquoi, le Mali dans sa politique d'équité des soins de santé à l'ensemble de la population surtout les communautés défavorisées d'avoir accès aux services de soins ne serait pas une petite affaire. Dans un contexte de restructuration et de modernisation des hôpitaux, l'État doit veiller au bon accès de l'ensemble de la population malienne aux soins de santé en attribuant au secteur de la santé plus de subvention sur les médicaments. L'État doter les EPH de plus de commodités nécessaires (les équipements, les infrastructures etc.) pour le déroulement lucratif des activités ainsi que de faire un regard rétrospectif aux communautés rurales qui n'ont pas accès aux infrastructures socio-sanitaires de bas.

V.4. Ethnies, Pathologies, quels rapports ?

Les soignants procèdent à l'enregistrement des usagers, (ethnie) pour se renseigner du statut sociodémographique du malade ainsi que son identité complète (le nom, le prénom, le sexe, la profession, l'âge, la résidence etc.), d'où les premiers critères de l'interrogatoire. Actuellement, demander à un patient son ethnie ne pose pas de problème. Avant les gens faisaient une comparaison hiérarchique des ethnies avec les notions de superlatifs de supériorité et d'infériorité. Ce sont des hypothèses peu plausibles. Aujourd'hui, il existe ce problème lié à la configuration des noms de famille par rapport à la géolocalisation des ethnies. C'est-à-dire que des noms de famille déterminent forcément l'appartenance à une ethnie donnée dans notre société, par exemple les noms de famille (Traoré, Diarra, Coulibaly) automatiquement font référence à l'ethnie Bambara. Il y a aussi le nom Malla à l'ethnie Minianka. Cette hypothèse n'est pas toujours fondée, nous pouvons trouver des ethnies avec ces différents noms mais qui n'appartiennent pas particulièrement à ces communautés (Bambara, Minianka). « *Le rapport entre santé et maladie, entre normal et pathologique est socialement modelé et constitue un moyen d'accès au système global des interprétations, des croyances et des valeurs d'une société* » (Pierret, 1984, 217).

La notion de groupe ethnique, a toujours fait partie de l'identité des patients et c'est strictement important, car l'ethnie permet de savoir qui est le patient (l'origine) dans son ensemble. L'ethnie ou l'origine des patients intéresse les soignants (le monde médical), parce qu'il y a des pathologies qui sont propres à une ethnie d'une part et plus fréquentes au sein d'autres communautés ethniques que dans d'autres ailleurs. ⁹« *En fait, la notion de groupe ethnique recouvre, de façon plus ou moins claire, les concepts de race, de groupe culturel et de groupe religieux* » (Massé, 1995, 500). Les différentes formes de pathologies et signes cliniques que nous avons pu rencontrer lors de ces journées de consultations dans le service de médecine interne du CHU Point G étaient très diverses. En voici quelques-unes : le paludisme, la tuberculose, la drépanocytose, le diabète, le Sida etc.

V.4.1. Le paludisme

Selon les soignants, « *le paludisme est une affection causée par la présence dans le sang de l'individu un parasite unicellulaire (protozoïde) du genre plasmodium à cycle diphasique : cycle à deux hôtes indispensables, l'Homme et l'Anophèle, son vecteur biologique* ». C'est une des pathologies très difficile à prendre en charge le plus souvent en ce sens que les diagnostics

⁹ MASSE Raymond, 1995 " *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé* "

de cette maladie sont confrontés à diverses difficultés. Certaines études révèlent que l'entité nosologique ¹⁰« *sumaya* » est la plus utilisée pour désigner un accès palustre dans les hôpitaux au Mali. D'après les aspects cliniques, la fièvre est le symptôme le plus fréquent avec une prédominance liée à des signes neurologiques au cours du paludisme compliqué et grave (la détresse respiratoire, le coma).

À l'issue des études et observations sur les groupes ethniques, l'hypothèse de l'existence d'un facteur immunogénétique conférant une protection contre une infection palustre chez les Peulhs par rapport aux Dogons a été émise mais le facteur en question reste non identifiable de nos jours. Des études ont démontré très clairement que cette pathologie est plus fréquente chez l'ethnie Dogon. Mais l'hémoglobine C, assure un rôle protecteur contre le paludisme sévère chez principalement deux ethnies distinctes du Mali (les dogons de Bandiagara et les Malinkés de Kangala et Kela). Au Mali, le paludisme constitue un grand nombre de pourcentages des motifs de consultations pour l'ensemble des consultations. Son épidémiologie diffère selon les régions éco-climatiques naturelles (saisonnière). Selon les estimations de l'OMS en Afrique le paludisme tue un enfant toutes les 30 secondes, et constitue 10 % du poids total de la maladie du continent, 40 % des dépenses de la santé publique et plus de 12 milliards de dollars en perte du Produit Intérieur Brut (PIB).

La lutte contre cette pathologie qui demeure un problème majeur de santé publique encore de nos jours s'effectue à travers un organe spécialisé : le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) mis en place en 1993. Le PNLp rentre dans le cadre général de la lutte contre la pathologie par le biais du Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS). Le PNLp a pour objectif : la réduction, la morbidité et la mortalité dues au paludisme, et pour atteindre cela, il met en œuvre la stratégie mondiale de lutte contre le paludisme basé sur la prise en charge précoce et adéquate des cas cliniques, la chimio prophylaxie des groupes cibles, et la réduction du contact homme vecteur par l'utilisation de supports imprégnés d'insecticides et la promotion des actions d'hygiène et d'assainissement.

V.4.2. La tuberculose

¹⁰ Jean Olivier De Sardan dans "CONSTRUCTION SOCIALE DE LA MALADIE" nous interpelle à ce niveau que « Le terme bambara *sumaya* signifie aussi fraîcheur et en même temps désigne un état pathologique fébrile, mais dans le contexte du dispensaire, il désigne strictement une crise de paludisme » (Entité nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest, page 151, 1999)

Selon certains soignants du service de Médecine Interne du CHU Point G, c'est surtout l'ethnie peulh qui développe beaucoup plus cette pathologie. Cette maladie constitue à une échelle plus large un sérieux problème de santé publique. La tuberculose est une maladie infecto-contagieuse due à une mycobactérie (le bacille de Koch) qui se transmet par voie aérienne d'une personne malade à un individu sain. En parlant, chantant, éternuant ou toussant, le malade projette dans l'air de fines gouttelettes de salive infectées. (Buchillet, 2001, 72). Donc le fait de se retrouver dans un état polluant (environnement malsain) est source de cette pathologie. C'est ainsi que Sudre (1993) attribue le développement de cette maladie par trois mécanismes à savoir : la progression de l'infection en maladie, la réactivation endogène et la réinfection exogène.

(Long et Oli, 1999), au Vietnam, en outre, « *Il existerait quatre formes ou variétés de tuberculose reconnues par la population de ce pays : une primaire (tuberculose héréditaire) transmise de génération en génération par les liens de sang ; une deuxième (tuberculose physique) associée à l'excès de travail physique et atteignant surtout les hommes ; une troisième (tuberculose mentale) résultat de l'anxiété féminine ; et, enfin, une quatrième (tuberculose pulmonaire), de nature contagieuse, due aux BK (Basile de Kock), et qui atteint de préférence les hommes* » (Buchillet, 1991, 85). Les cas de tuberculose de l'ethnie peulh au Mali rejoindraient forcément la première forme de tuberculose qu'au Vietnam soit la tuberculose héréditaire à travers les pratiques culturelles néfastes telles que l'endogamie en ce qui concerne le mariage et à un état polluant de comportement à risque comme la consommation de lait impur (l'alimentation).

« *Les diagnostics de ces deux maladies (la tuberculose, paludisme) ont à leur tour été confrontés à diverses difficultés. Pour la tuberculose, il est difficile à poser de façon sûre, compte tenu des formes atypiques de la maladie que l'on rencontre notamment chez les patients aussi infectés par le VIH et, dans le cas du paludisme, il ne s'accompagne pas toujours d'une confirmation biologique du diagnostic clinique* » (Vidal et Fall, 2006, 242).

V.4.3. La drépanocytose

Au Mali, il y a cette pathologie qui est très fréquente notamment parmi les populations ou groupement ethnique qui font assez de mariages endogamiques (Peulh, Sarakolé etc.) ainsi qu'une certaine communauté Nordiste (les Tamasheks). La prévalence du gène drépanocytaire est très élevée, au Mali variant de quatre à vingt-cinq pour cent d'après le Pr Drapa Diallo, Directeur du Centre de Recherche pour Lutte contre la Drépanocytose (CRLD) et qui que

5 000 à 6 000 nouveau-nés sont des drépanocytaires majeurs, nécessitant un suivi médical structuré (chiffre 2005). Au Mali, généralement, les soignants locaux en savent peu sur cette pathologie, dont le diagnostic est établi trop tardivement uniquement à l'occasion de complications graves.

Des études nous révèlent que cette maladie est beaucoup plus ethnicisée. En faisant une analyse anthropologique de la drépanocytose, une pathologie considérée comme étant une construction sociale d'où une maladie tout aussi héréditaire que génétique. « *En Afrique, où sa prise en charge est récente, elle révèle une stigmatisation des femmes, une culture du secret et un dysfonctionnement des systèmes de santé* » (Bonnet, 2001, 2). Aux USA, cette maladie met en exergue la notion de radicalisation associée à la négritude, une maladie génétiquement noire.

Les Britanniques soutiennent l'idée selon laquelle les facteurs biologiques héréditaires expliquent certains écarts de santé entre groupes raciaux ethniques, généralement chaque race présenterait un patrimoine génétique plus ou moins susceptible de développer certaines maladies, ce qui n'est d'ailleurs pas toujours évident génétiquement parlé. Les gènes ne qualifient pas toujours la race, il n'y a pas d'association entre la race et une population d'origine d'où une construction sociale. Les chercheurs qui s'en tiennent à des raisonnements pareils sont induits dans l'erreur pensant expliquer le développement de toutes sortes de maladies par la simple présence de gène. Selon Bonnet pour illustrer l'impasse de ce raisonnement, on peut prendre l'exemple de la drépanocytose, maladie génétique présentée volontiers comme une « *maladie des Noirs* », également et notamment une maladie d'une ethnie du centre du Mali (peulh).

Donc l'association entre une origine géographique (Afrique subsaharienne) et un risque de maladie (la drépanocytose) est donc ici avérée, même si elle n'est pas exclusive. « *Les noirs sont plus vulnérables à des gènes du fait de leur appartenance ethnique et ancestrale car une évolution génétique ne se réalise pas simplement sur une génération mais sur des centaines* » (David et al, 2007, 7-19). Cette vulnérabilité n'est aucunement pas liée aux conditions de vie de celle-ci. Les soignants en pensant ainsi sont induits dans l'erreur, car des cas spécifiques peuvent faire surface. Par exemple un blanc atteint de drépanocytose n'est pas diagnostiqué dans les normes, pour cause cette pathologie cible uniquement les noirs.

V.5. La perception quotidienne et culturelle de la maladie (savoir profane, savoir clinique)

Les croyances culturelles influencent très souvent le choix du comportement pathologique au sein des communautés ethniques. En général l'origine des maladies est attribuée à des causes exogènes comme (la sorcellerie, la transgression d'un interdit, un accident) qu'à des causes endogènes. Dans toutes les sociétés, l'individu ne se contente pas de savoir ce qu'est une maladie, par contre il tente de l'expliquer en sa manière avec des prénotions qui ne sont toutefois pas fondées. « *Dans la prestation de services de santé modernes, il faut par conséquent prendre soigneusement en considération les différentes croyances culturelles afin d'être suffisamment réceptif à ces cultures pour ne pas limiter l'accès des minorités ethniques* » (OMS, 8, 2001). Au Mali particulièrement, un patient ramène toujours le soignant dans son propre système médical folklorique (traditionnel). Par contre dans les sociétés occidentales, seul un médecin (savoir clinique) est apte à déterminer les causes biologiques et physiologiques de la pathologie, ce qui donne lieu au savoir populaire de combler les vides et d'apporter ses propres modèles et explications étiologiques. « *Chaque culture possédant ses propres conceptions de la normalité, ses propres seuils de tolérance à la déviance, ses propres modes d'expression de la souffrance et ses propres règles d'interprétation de la nature, des causes et des effets des symptômes et de la maladie, toute épidémiologie devra d'abord être, selon cette approche, intra-ethnique* » (Massé, 1985, 263).

Les connaissances et les croyances¹¹ constituent les premiers éléments de base du savoir populaire. Un individu peut concevoir sa maladie comme la conséquence de mauvaises habitudes de vie ou du hasard, comme la réalisation de son karma, comme la manifestation du pouvoir divin, comme l'aboutissement normal de l'usure du corps, comme le produit de certaines expériences critiques, etc. Certaines maladies aux fondements biologiques incontestables se voient attribuer par la population une signification qui dépasse largement leur simple dimension biomédicale.

À titre illustratif, dans le service de médecine Interne du CHU Point G, au cours de nos investigations, nous avons été témoin d'une scène dans laquelle un patient (personne âgée) très malade, qui avait la foi que son existence serait liée à la survie d'un lion dans la brousse lointaine de son village natale. Donc il paraît que ce lion a été gravement blessé, ce qui a d'ailleurs conduit le monsieur (malade) à son tour à l'hôpital pour recevoir des soins. Les

¹¹ KESSAR Zalia, 2009 " Prendre en compte les pratiques culturelles à l'hôpital ", *La revue de l'infirmière*, n°156, pp.19-20.

médecins ne comprenaient pas cette version de la conception de la maladie. Par contre les soignants font espérer le malade en lui disant que sa maladie pouvait être guérie par la médecine moderne. Malheureusement le monsieur n'avait pas foi à la recommandation des soignants. Il a été amené à l'hôpital contre son gré, tandis qu'il était déjà conscient de la gravité de sa situation. Quelques heures plus tard, dans l'après-midi, les parents du patient ont reçu un appel téléphonique provenant du village selon lequel le lion gravement blessé a succomber à ses blessures et tout d'un coup le monsieur se met à agoniser et c'était la fin pour lui aussi, il meurt tout de suite. Cette signification s'éloigne intégralement de la compréhension médicale de la maladie. « *En Occident, le savoir populaire n'est jamais conçu autrement que comme un sous-ensemble du savoir médical, transféré par fragments aux non-initiés* » (Massé, 1985, 331).

Cependant, les racines culturelles du Mali peuvent impacter très largement la mentalité des soignants dans leur prestation. Une population culturelle donnée (individuellement ou collectivement) peut interpréter les signes comme des symptômes liés à leur pathologie. En effet, l'interprétation et l'explication personnelles de la maladie se construisent à partir des valeurs, des normes et des symboles qui prévalent dans le groupe d'appartenance de l'individu. Le fondement même de savoirs populaires est basé sur deux fonctions à savoir l'interprétation et l'explication de la maladie qui constituerait une grande entreprise de signification. L'interprétation est associée au sens des symptômes, des événements et contextes liés à la maladie. D'un autre point de vue, l'explication est associée à des causes et manifestations de la maladie dans une société donnée.

Il y a lieu de faire une distinction entre ce que Raymond MASSE dans son ouvrage intitulé "Culture et santé publique" appelleraient les réseaux de significations individuels (RSI) et les réseaux de significations collectifs (RSC), les modèles individuels d'explication de la maladie (MIEM) et les modèles collectifs d'explication de la maladie (MCEM). Foster et Anderson (1978), par exemple, distinguent les systèmes médicaux naturalistes, qui recherchent les causes de la maladie dans le déséquilibre des humeurs ou les principes naturels, de l'organisme, des systèmes personnalistes. Au cœur de ces systèmes la responsabilité de la maladie est attribuée à des forces ou à des êtres surnaturels sur lesquels les individus n'ont aucun contrôle et qui nécessitent le recours à des thérapeutes branchés sur le surnaturel (médecine traditionnelle).

Prenons par exemple le cas de l'hypertension expliqué dans le savoir populaire et le savoir clinique (médical). Le savoir populaire nous apprend que l'hypertension serait une maladie du sang dans laquelle le sang considéré comme trop chaud, trop épais ou trop riche,

remonte vers la tête pour y rester durant des mois, tandis que le savoir clinique nous démontre une autre vision de la chose. C'est-à-dire que le système est perçu comme étant au repos jusqu'à ce que survienne une émotion intense et soudaine qui fait brusquement remonter le sang à la tête d'un individu « *Les diagnostics populaires de maladie véhiculent un ensemble de significations qui ne concordent que très partiellement avec celles associées aux catégories diagnostiques médicales* » (Massé, 1995, 210).

Les symptômes dits anormaux ne sont pas tous interprétés comme des signes de maladie. Aussi les changements physiques ou émotifs ne sont pas tous considérés comme des signes avant-coureurs d'une pathologie. Raison pour laquelle, toutes les brûlures d'estomac ne peuvent pas être interprétées comme des signes d'ulcères ; de plus les périodes de découragement ne peuvent pas toutes être interprétées comme des signes de dépression. Notamment dans les cas où ces signes se manifestent avec virulence. En Europe tout comme en Afrique, la maladie est interprétée ou représentée comme le résultat d'une faute ou d'une transgression d'interdit. Mais au lieu d'accuser le sorcier ou un mauvais sort, l'Européen accusera plutôt l'environnement ou le stress comme étant la cause de ses maux.

V.6. Diagnostic et patient

Les jeunes médecins aujourd'hui pensent que les résultats de la maladie ne doivent pas être attribués au malade. Involontairement, ils cachent l'évolution de la pathologie qu'elle soit chronique ou génétiques au malade lui-même. C'est pourquoi, le soignant n'aborde de tel sujet qu'avec une tierce personne (accompagnant ou proches parents du malade). Une personne qui prend en charge les frais médicaux serait le mieux placée pour être renseigné de l'état de son patient plutôt que le malade lui-même. Le diagnostic appartient au malade, il doit pouvoir lire son dossier, ces ordonnances, ces examens et analyses et comprendre de quoi souffre-t-il exactement d'après la déontologie médicale. Cette perspective reste plus un déphasage qu'une réalité car les soignants au Mali après avoir diagnostiqué un malade donnent toutes les d'informations (diagnostic) soit aux enfants, à l'accompagnant du malade ou aux parents proches si et seulement si le malade n'est pas en mesure d'analyser ou de comprendre sa situation pathologique.

Cette situation peut avoir des impacts négatifs sur l'état de santé du patient, car si ce dernier n'est pas informé de son statut (pathologie), la maladie peut rechuter d'où une ignorance des normes déontologiques de la médecine par les soignants. Le contact prend un peu ce que nous appelons le corps de l'intéressé médical. Quand nous prenons les articles de la déontologie

médicale, le malade a le libre choix de manifester une situation quelconque par exemple choisir son médecin. À titre illustratif, un malade qui rend visite à un soignant, et que ce dernier lui fournit des informations non convaincantes. Il est libre de changer de médecin en tout état de cause d'où une difficulté majeure dans le métier du soignant. C'est pourquoi la relation triangulaire est nécessaire de ce fait que le malade n'est pas renseigné sur sa maladie contrairement à l'accompagnant.

Les malades ne sont pas informés de leur statut (résultat du diagnostic) surtout dans le cas de la pathologie de l'hépatite B. Hépatite B en voie de complication par exemple, le malade fait une virose hépatite, c'est-à-dire les brûlures, soit les premières complications, la douleur régénère au niveau de son foie qui est déjà en train de se déclarer donc devant un virus, celui de l'hépatite B. Imaginons par la suite qu'il y a là deux médecins en ville dans une structure sanitaire et qu'au départ le malade ne leurs fournit pas assez d'information sur sa maladie (complexe, intimité). C'est simplement ses enfants ou des parents proches qui sont informés de tous les maux que le malade a subis et vécu. Le malade, quand il est interrogé, il répond tout simplement en divulguant quelques plaintes se résumant à une perte d'appétit alors qu'en réalité, il souffre largement d'une maladie chronique. Seuls les accompagnants sont en mesure d'explicitier au soignant la réalité des faits (ce qui est caché) sur l'état de santé actuel de leur malade. Leur présence n'a pas d'effet négatif sur le diagnostic final du patient.

Chapitre VI

Les registres médicaux et auxiliaires

VI.1. Le registre :

La définition d'un registre médical peut être variée d'un service à l'autre selon les soignants. C'est tout d'abord un support d'enregistrement, un recueil de données ou une référence pour détecter nombre de cas de pathologies survenus au sein d'une communauté ethnique consultée à l'hôpital.

Un registre médical doit être renseigné au préalable pour déterminer le type de patient le soignant a affaire. Il permet une évaluation du nombre de patients reçu à l'hôpital et contient des renseignements sur le statut du malade tels que (le nom, le prénom, l'âge, le sexe, la date de naissance, l'ethnie, le diagnostic et le traitement). Dans cette optique, le registre devient un répertoire d'identification des patients pour les soignants. Il y a aussi ce qu'on appelle le registre des consultations externes, ce registre contient les diagnostics du patient attribué aux hôpitaux via les services du ministère de la santé. Ce registre est différent des registres manuscrits élaborés par les soins des registraires à l'hôpital. Il contient le mode de traitement recommandé à un patient et qui permet par la suite aux médecins chercheurs de s'y référer pour étudier le fond d'une pathologie dans un souci de préserver la santé de la population. Ce registre contient les informations suivantes : (N° de dossiers, le mode de paiement, le nom, le prénom, la résidence habituelle, l'âge, le sexe, les références, la profession) du patient, ainsi qu'un bref rapport de la consultation, des diagnostics et les observations du soignant. Ces renseignements permettent surtout d'adopter une politique de santé publique. « *Les registres médicaux sont des banques de données, ayant des caractéristiques spécifiques, rassemblant tous les cas d'une maladie sur un territoire précis* » (Giroud, 2003, 3).

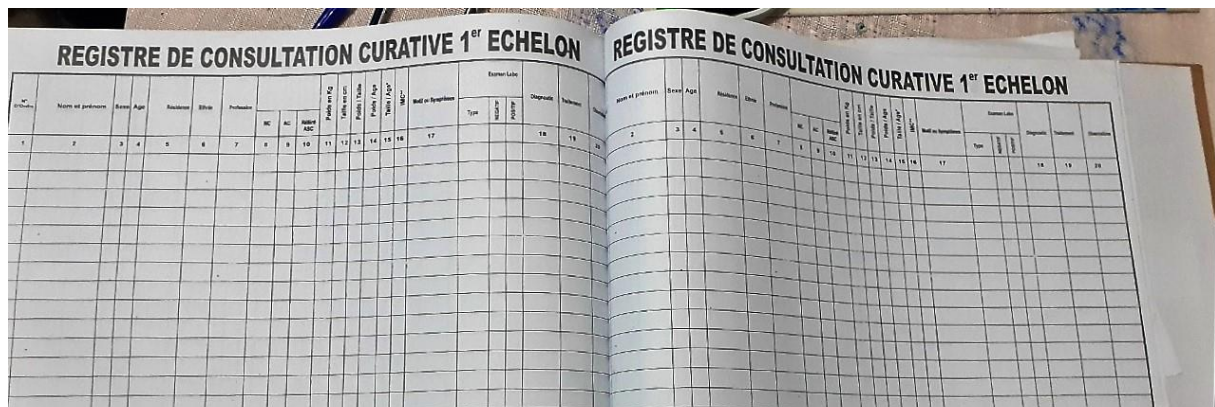


Figure 3 : Photographie du registre médical, destiné aux consultations dans service de Médecine interne du CHU Point G. (Source : Habayi Jérémie Dembélé, le 16/04/20).

La conservation des renseignements sur chaque individu qui vient au moins une fois à la consultation dans les structures sanitaires publiques permet une meilleure prise en charge de soins de ces personnes et de leur communauté. Le médecin est renseigné du passé médical et du vécu du patient, d'où une contribution lucrative pour élaborer un diagnostic complet et prescrire les traitements d'une pathologie nouvelle à laquelle la société est confrontée. « *Les premiers registres ont fait leur apparition après la reconnaissance de la tuberculose comme problème majeur de santé publique qui a eu lieu au moment de la révolution industrielle* » (Giroud, 2003, 2). C'est pour la sécurité de la population que l'hôpital procède ainsi. Le personnel soignant assure une méthode de surveillance liée à l'état de santé des communautés ethniques pour la prise en charge d'autres pathologies qui ont fait surface au fil des ans. Un registre est selon le dictionnaire un « *gros cahier sur lequel on note des faits, des noms, des chiffres dont on veut garder le souvenir* », mais il prend une tout autre forme dans le cadre de la médecine (souvenir, étude et partage des informations collectées sur les patients).

« *Un registre médical n'est pas comme n'importe quel autre type de recueil de données. En effet ici, il est question de données concernant la santé des personnes* » (Giroud, 2003, 5). Ces données peuvent être très sensibles (intime), il contient des renseignements personnels. Dans la médecine, l'anonymat et la confidentialité sont la règle d'or dans le souci de protéger les patients et leur vie privée pour le respect des principes éthiques. L'utilité des registres médicaux se justifie de nos jours avec l'apparition de certaines formes de pathologies qui pour des raisons de santé publique nécessitent un suivi permanent, c'est le cas des diabètes et des maladies infectieuses (le VIH Sida). En plus des pathologies touchant une partie de la population comme le paludisme, la drépanocytose, la tuberculose etc.

REGISTRE DES CONSULTATIONS EXTERNES											
N° du Dossier	Mode de paiement	Nom et prénom	Résidence habituelle	Age	Sexe	Allergies	Profession	Consultations		Diagnostic	Observations
								N	A		

Codage référence : 1 = non codé, 2 = Casco, 3 = Cascof, 4 : EPHB, 5 : EPH 3°R, 6 = cabinet med privé, 7 = cabinet soins privés, 8 = clinique privée, 9 : hôpital privé / Polyclinique, 10= Autres
 Mode de paiement : gratuité, demi-tarif, Plein tarif, ticket-payant (AMO, RAMO, Mutuelle de santé, etc.)
 Version d'octobre 2012

Figure 4 : Photographie du registre médical, destiné aux hospitalisations dans le service de Médecine interne du CHU Point G. (Source : Archive- Habayi Jérémie Dembélé, le 27/04/20).

« Au Québec, la loi sur la santé publique apporte un début de définition dans son article 49. L'alinéa premier dispose que des registres peuvent être institués à des fins de soins préventifs cliniques ou de protection de la santé de la population » (Giroud, 2003, 10). Cet article est clair, concis et précis,¹² les registres contiennent aussi des renseignements personnels sur les prestations de soins de santé reçue par un individu ou une population donnée.

VI.2. Le dossier médical

Le dossier médical varie d'une structure sanitaire à d'autre au Mali, c'est pourquoi notre sens de curiosité nous a fait découvrir dans le service de médecine interne du CHU Point-G, deux (2) types de dossier médical : le premier appelé par les soignants « le carton ». Il est attribué à tous les patients dès les premières consultations dans la structure, ce dossier est utilisé pour enregistrer les pathologies curatives. Il y a un second dossier sous la forme d'un mini-registre appelé (le dossier vert) avec une centaine de pages. Celui-ci est destiné aux malades du VIH SIDA, parce que cette maladie infectieuse doit faire état d'une très longue suivie et observation.

Le dossier (carton) retrace les renseignements comme : le nom et l'adresse de la structure sanitaire, le numéro du dossier en question, le service hospitalier, le nom, le prénom, la profession, le sexe, l'âge, le contact du patient à Bamako, le médecin traitant, l'ethnie, et la

¹² GIROUD Clémentine, 2003 "Les registres médicaux et la confidentialité ", Montréal, Université de Montréal, 140 pages.

[illegible]

Donc, nous pouvons affirmer que le dossier médical du fait de la nature des renseignements (sensibles) qui y sont attribués est un document très confidentiel. Il n'est donc accessible qu'au personnel soignant habilité et le soigné lui-même. C'est pourquoi chaque service à l'hôpital a ses propres papiers (les fiches ou un carton) pour recenser chaque patient (le dossier médical individuel). Le dossier médical est nécessaire pour la meilleure prise en charge du patient, un support de rappel pour les médecins sur les différentes interventions effectuées sur chaque patient (antécédents médicaux, traitements encourus). « *Ces données, lorsqu'elles sont analysées pour un patient, permettent de mieux le soigner ou du moins mieux comprendre son état et évolution de santé* » (Giroud, 2003, 2). Dès lors, les soignants pourront déterminer l'avènement de la pathologie en rapport avec l'âge de l'individu, le genre ou l'environnement auquel cette personne est confrontée. Par exemple, si nous comparons deux milieux naturels (une zone riche en iode et une zone pauvre en iode). Dans l'environnement riche en iode, les populations développent plus le goitre que dans l'espace appauvrie par la présence d'iode, donc développe

de la carence. En résumer les ressources naturelles impacte négativement la santé d'une communauté ethnique géographiquement circonscrite. La seule et unique relation qui relie ces différents registres et dossiers médicaux à l'ethnie est le recensement des cas de maladies (les risques et les éléments déclencheurs) au sein d'une population caractérisée par sa culture.

VI.3. Usages et utilités des données enregistrées au registre médical

L'ethnie a toujours été prise en compte dans les registres médicaux, du moins dans les pratiques médicales au Mali. Déterminer l'ethnie des patients et des autres renseignements en rapport avec leur état civil reviendrait à faire des études à vocation épidémiologique sur une population donnée. C'est pourquoi le registre est utilisé à des fins de recherche épidémiologique, de fournir des données statistiques de santé publique dans le but de promouvoir des campagnes de sensibilisation et de prévention. Son principal objectif est de faire un recensement exhaustif de tous les cas de pathologie diagnostiqués dans l'enceinte d'une population. Ce sont ces renseignements médicaux qui alimentent le Système National d'Information Socio-sanitaires. D'ailleurs, un registre est classé par ordre, l'État dans sa politique d'assurer la santé pour tous fera recours aux registres pour estimer et surveiller l'évolution et la fréquence d'une pathologie sur toute l'étendue du territoire national ou local. Lorsqu'un registre arrive à terme, les autorités compétentes (le ministère de la santé) ravitaillent le plus tôt possible le service sanitaire concerné afin que ce dernier continue à enregistrer tous les patients et les maladies survenues pendant un laps de temps bien déterminé (le mois ou l'année) au sein d'une ethnie.

D'ailleurs, pour atteindre les objectifs du système de santé publique, il faut le concours d'une volonté politique des personnes physiques et morales qui peuvent prendre en charge les fonctions de surveillance continue de l'état de santé de la population telles que : le ministère de la santé, les directeurs de santé publique ainsi que le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) du Mali. Toutes ces personnes (physiques et morales) doivent intégralement participer à la promotion et à l'amélioration de la santé publique malienne. Chaque mois, ce sont les services hospitaliers après une minutieuse élaboration de rapport sur les registres délivrent aux agents du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) du Mali pour faire la compilation de tous les renseignements contenus dans les registres médicaux.

« À l'état actuel, la Direction Nationale de la Santé produit l'annuaire statistique du Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) d'une part et la Cellule de Planification et de Statistique l'annuaire statistique du Système d'Information Hospitalier (SIH) d'autre part. »

(Annuaire SNIS, 2012, 12). C'est donc à partir de ces sous-systèmes qu'est élaboré l'annuaire du Système National d'Information Sanitaire au Mali, un document traçant ¹³toutes les données sociodémographiques du Mali ainsi que l'organisation du système de santé malien avec les indicateurs et des résultats sur de nombreuses pathologies (le Paludisme, le Sida, la Tuberculose, la Drépanocytose etc.), observées au sein d'une communauté ethnique géographiquement circonscrite. Il contient également des situations épidémiologiques sur les maladies chroniques, les maladies à éradiquer et les maladies tropicales. Ce document donne lieu aux modes de financement du système de santé de la République du Mali. Il raconte la maladie en termes de fréquence, de définition, de cas (le cas témoin notamment), c'est-à-dire : l'épidémiologie dans toutes ses formes. Toutes les données des autres structures sanitaires telles que les CS Réf, les CS COM, les centres INPS ainsi qu'une partie des données de cabinets privés sont recueillis et rassemblées dans le Système National d'Information Sanitaire, en plus des hôpitaux au niveau régional et national.

Ce sont les épidémiologistes qui s'occupent des déroulements ou suivis de situations épidémiques et pandémiques en corrélation avec les cliniciens. Le rôle des épidémiologistes est d'interpréter les registres médicaux, de constater des cas de maladies fréquentes au sein des populations, de déterminer les symptômes les plus fréquents (les visibles, les semblables, les cachées). Bref, c'est à travers leur intervention que s'effectuent des campagnes de prévention et de vaccination chaque année pour éradiquer telle ou telle pathologie ou du moins affaiblir sa propagation sur l'étendue du territoire national.

Ils sont aussi chargés de mener des études sociodémographiques. Une fois que la pathologie est ciblée et détectée au sein d'une communauté ethnique donnée, la sensibilisation sera révoquée et accentuée à traverses langues locales de ladite population. C'est ainsi, que la faible prévalence de drépanocytose et du paludisme dans une population pluriethnique au Mali peut par exemple, être associée à l'interdiction de mariages entre le même sang, les unions précoces et les mariages forcés notamment chez les peulhs, les Touaregs, les Sarakolés. Ce procédé contribue à l'adhésion à un mode de vie plus moderne chez les Dogons et les Malinkés.

On pourra mesurer l'influence des conditions environnementales difficiles dans lesquelles vivent plusieurs ethnies en comparant la fréquence de la méningite, du paludisme, de

¹³ Lise Renaud et Carmen Rico de Sotelo dans " COMMUNICATION ET SANTÉ : DES PARADIGMES CONCURRENTS" rappellent que « Cette volonté politique permet de travailler de concert avec toutes les instances et groupes interpellés par diverses thématiques de santé, ainsi que de développer des programmes tenant compte des diverses réalités économiques, ethniques et religieuses ». P 37, 2007.

la cholera, de la tuberculose, des maladies bactériennes, de l'hépatite B, du glaucome ou du cancer du foie et du diabète chez les Dogons et les Malinkés et d'autres peuples ayant dans d'autres pays les mêmes conditions socio-économiques que le Mali.

Il faudrait une adaptation des programmes de prévention et de promotion dans un contexte socioculturel spécifique (langue, coutumes et us etc.). Par exemple, nous avons dit que la population Dogon souffre de cas de paludisme grave. Il faudra sensibiliser les Dogons chez eux en langue locale sur les mesures préventives qu'ils pourront adopter pour plus de compréhension¹⁴. Ces actions permettent de faire une certaine proportion et des comparaisons entre l'ethnie Bambara et Malinké sur la fréquence élevée de la fièvre typhoïde fréquentes chez l'une que l'autre. Les groupes ethnoculturels, ethniques et/ou religieux se distinguent nettement par des croyances et des pratiques originales que constituent en quelque sorte des laboratoires vivants qui permettent de contrôler divers facteurs de risque ou de protection.

¹⁴ LE BRETON David. 2002 « Hôpital et communication » Soins, n°670, pp. 26-29

Chapitre VII

La communication interpersonnelle en santé et à l'hôpital

La médecine c'est l'interrogatoire, une science de la communication entre soignants/soignés. Si un patient n'est pas sûr dans l'explication des symptômes de la maladie qu'il a au soignant traitant. Cette situation fait défaut à la communication et au diagnostic du soignant. Expose également le malade à des risques énormes sur son intégrité physique sur son état de santé. Quand l'explication des symptômes n'est pas claire au début, le malade ne manifeste pas de mécontentement (la résistance). Par contre, lorsque le soignant interprète le diagnostic avec plus de précision au malade, ce dernier aura l'esprit tranquille, mais résiste dans le cas contraire. C'est pourquoi, il appartient au patient ce droit incontournable de changer de médecin traitant. Le patient peut mal interpréter les propos du soignant et vis versa, « *On a beau essayer de leur expliquer, leur faire comprendre la situation sur leur état de santé pour rien. Il y a toujours de nouvelles plaintes auxquelles il faut s'attendre* » (propos d'un soignant).

À cause du jeune âge de certain patient et de la barrière linguistique qui s'impose dans certains milieux, les consultations doivent impérativement se dérouler à la présence des parents (le père, la mère, l'oncle etc.), ou un interprète qualifié. C'est-à-dire que le traducteur est sollicité pour apporter une explication claire des symptômes de la maladie, voire la réponse à une interrogation adressée par le médecin au patient. Il faut impérativement la présence de l'interprète. Pour les enfants, les parents peuvent venir en appui pour expliquer les symptômes, aussi une éventuelle intervention de l'enfant pour décrire sa maladie. En quelque sorte, il faut une réinterprétation des réponses du médecin aux informations reçues et les retraduire de nouveau pour combler certain vide. Toutes ces étapes peuvent représenter un obstacle à la communication. Finalement, le véritable obstacle à la communication lors des interrogatoires est le manque de renseignement que les patients de très jeune âge et leurs proches disposent par rapport à la pathologie. Il appartient donc au médecin de découvrir les signes et les symptômes de la maladie du patient en faisant recours à une auscultation complète.

VII.1. Les langages d'expression

Le Mali dans sa diversité culturelle, la langue française dans ce pays est la langue officielle. Il faut reconnaître, la population malienne parle majoritairement les langues nationales, mais la langue Bambara en particulier est le plus souvent utilisée. C'est a priori la langue de consultation à l'interrogatoire, elle sert à la langue française une langue véhiculaire.

En plus du Bambara de douze (12) langues sont reconnues par l'État malien comme des langues nationales à savoir : Bobo, Peul, Soninké, Senoufo, Sonrhäi (Songoy), Dogon, Minianka, Tamasheq, Khassonkés, Mande kan et le Maninkakan.

VII.1.2. Les barrières de langues

À l'hôpital, les soignants utilisent très peu la langue officielle (Français) contrairement la langue nationale (Bambara) lors des interrogatoires au cours de la prestation. Les soignants sont appelés à diagnostiquer les malades, faire les rapports et rendre compte et mettre à jour les renseignements cliniques fournis par les patients. Il n'est pas demandé aux médecins d'être des experts de savoir certaines expressions nosologiques lors de l'interrogatoire. Par exemple ([sɔgɔ sɔgɔ be i la wa ?] Est-ce que vous avez la toux ? [i fari be kalaya wa ?] Est-ce que vous avez de la fièvre ? etc.). À ceux-ci s'ajoutent d'éventuels mots incontournables en langue nationale Bambara (le nom[jamu], le prénom[tɔgɔ], les signes de manifestation [bana kisɛw] etc.), « *L'analphabétisme n'empêche donc pas les échanges, la délivrance de conseils* » (Vidal et Fall, 2006, 247). Malgré le faible taux d'alphabétisme de la population malienne, les soignants font le nécessaire pour une meilleure prise en charge des patients. Il est important pour le professionnel de santé de connaître tout d'abord les symptômes et les signaux avant-coureurs d'une maladie qui touche un patient au cours des consultations cliniques.

L'incompréhension dans la ¹⁵communication peut impacter l'état de santé du malade avec la barrière de langue. Le malade dans sa souffrance exprime ses maux aux soignants dans la langue locale parlée, que le soignant lui-même des fois à du mal à comprendre. Les noms de la pathologie changent selon les langues locales, contrairement à la langue française. C'est-à-dire qu'à la limite, aucune traduction en français ne peut jamais être en mesure d'exprimer l'intégralité des sens que prennent les concepts populaires (les entités nosologiques) dans les cultures auxquelles ils appartiennent. Les usagers expriment les maux en évoquant les parties ou les organes du corps atteintes par la maladie. C'est pourquoi, les soignants se font aider le plus souvent par d'autres soignants qui comprennent mieux la langue des usagers pour élaborer un meilleur diagnostic. L'interprète doit être de qualité, c'est-à-dire à la hauteur des attentes pour éviter toutes mauvaises interprétations de la maladie, d'où l'importante capitale des dialectes locaux dans la communication entre le soignant et le soigné. « *Bon, les ressources*

¹⁵ La communication interpersonnelle est un processus par lequel des informations s'échangent en deux personnes ou un groupe d'individus à travers des canaux appropriés en vue de produire un changement souhaité dans le comportement.

pour nous aider dans notre travail, c'est aussi la recherche d'interprète entre les parents du patient ou bien entre nous-mêmes (soignants) dans le service » (propos d'un médecin). Une communication assez riche est source de fondement d'une confiance entre un usager et son médecin traitant lors de l'interrogatoire.

Il est fréquent que le médecin pose une question précise, mais que la réponse soit entièrement discordante. De même, il arrive souvent que le parent donne des explications longues, mais la traduction de l'interprète se limite qu'à quelques mots. Dans ces situations, le médecin doit reposer les mêmes questions ou demander plus de clarifications à ce sujet. La relation médecin parent n'existe qu'à travers l'interprète. Le soignant a la tâche compliquée d'écouter les explications des parents. En plus il doit éventuellement éliminer les informations non pertinentes tout en restant fidèle au récit original et traduire de manière claire et concise les paroles, afin de n'être embrouillé par les deux interlocuteurs. Cette pratique est très nécessaire, car les explications et la traduction première sont insuffisantes

VII.2. La relation triangulaire (avantages et désavantages)

Cette relation consiste à réunir dans une même salle de consultation les parties concernées suivantes : (Soignant-Soigné-Tierce personne ou Accompagnateur). Très souvent, les patients deviennent timides lors des interrogatoires pour bien expliquer les motifs de leur souffrance aux soignants. C'est dans ce cadre que l'intervention d'une tierce personne est irrévocable lors de la consultation. L'accompagnant est là pour compléter uniquement les renseignements sur l'état de santé du patient, son intervention est très capitale dans la prise en charge des soins des usagers.

Beaucoup de malades étant trop fatigué aussi, ne parviennent pas à fournir assez de renseignements complémentaires au soignant pour une meilleure prise en charge. L'accompagnateur a une position de soutien, ainsi il aide le malade à expliquer sa maladie. En dehors de ce rôle, l'accompagnant peut-être amener à effectuer des courses au nom du patient. Il aborde et dénonce surtout les informations cachées pour compléter le dossier médical du patient.

- ***Quelques séances d'interrogatoire dans les encadrées suivantes en rapport avec la relation triangulaire dans le service de médecine Interne du CHU Point G.***

Encadré 3 : Interrogatoire du Dr K.M avec une patiente et ses deux accompagnants, (service de médecine interne du CHU Point G, le 23 mars 2020).

Dr K.M: Je vous écoute Madame, qu'est-ce qui vous dérange ?
S.T : C'est à propos de mon foie, ça me fait mal des fois. Je sens la douleur un moment, ça part et après j'ai mal au ventre
Dr K.M: Quel est votre nom ?
S.T : S.T
Dr K.M: Vous avez quel âge ?
S.T : 62 ans
Dr K.M: Vous logez dans quel quartier ?
S.T : AC2, vient répondre je ne connais pas trop la ville
AC2 : Garantikibougou
Dr K.M: Vous êtes de quelle ethnie ?
S.T : Malinké
Dr K.M: D'accord, le foie vous fait mal, après votre ventre vous faites mal.
S.T : Oui Docteur
Dr K.M : Mais la douleur là, part et revient, c'est ça ?
S.T : Pardon !
Dr K.M : Je disais, la douleur ça part et revient de suite, quelle est sa nature ?
S.T : Ça se calme puis ça revient
Dr K.M : La douleur là, ça brûle ou bien ça pique ?
S.T : Elle me brûle
Dr K.M : Ça te brûle ?
S.T : Oui c'est exact
Dr K.M : Donc, elle est assise par ici seulement.
S.T : Voilà
Dr K.M : La douleur fit-elle des mouvements ou bien est-elle mobile ?
AC1 : Elle dit que ça se trouve uniquement de ce côté-ci
Dr K.M : Je vois, la gauche ou bien la droite ?
AC2 : Gauche ou droite ? C'est le côté gauche, montre-leur avec votre main
Dr K.M : Ça se trouve à gauche ou droite ?
AC2 : C'est le côté gauche.
Dr K.M : D'accord, donc le côté gauche qui fait mal, en plus ça vous brûle ?
S.T : Oui
Dr K.M : Bien
S.T : Et après mon ventre me fait mal
Dr K.M : Mais est-ce que vous avez remarqué que si vous avez faim, les maux persistent ?
S.T : Bon, depuis les premières consultations après que survient le déclenchement des signaux, ils m'ont privé de divers aliments (nourriture)
Dr K.M : Oh
S.T : On m'a dit que j'ai la gastrique (furu dimi)
Dr K.M : D'accord
S.T : Les soignants m'ont suggéré de ne pas manger les aliments amers, de la sauce d'arachide, ainsi que les aliments contenant trop d'huile.
Dr K.M : D'accord.
S.T : C'est pourquoi j'ai abandonné la consommation d'aliments huilée. Je me nourris avec soupe de poisson, je bois cela. En ce moment-là, c'était beaucoup plus grave.

Dr K.M : D'accord

AC1 : En effet, on l'avait fait faire des traitements dans d'autres structures sanitaires.

Dr K.M : Je vois, mais est-ce que vous avez les résultats de ces analyses avec vous ici ?

AC1 : Non, malheureusement ils sont restés à Kayes.

Dr K.M : Et qu'est qu'ils ont raconté par rapport à ces résultats ?

AC1 : Ils ont parlé de gastrique (Furu dimi) comme diagnostic.

Dr K.M : Ils ont dit que c'est dans l'estomac que la maladie se trouve ?

AC1 : Oui, ils ont signalé cela, que c'est au niveau de son estomac, que si ça peut être une plaie à l'intérieur.

Dr K.M : Je vois

AC1 : Donc, ils ont demandé à qu'elle ne consomme plus d'amertume aliment, de la sauce à pâtes d'arachides, qu'elle laisse ceux-là de côté en plus des nourritures trop huilées ainsi que les boissons gazeuses.

S.T : J'ai abandonné tous ceux-là.

Dr K.M : D'accord

AC1 : Depuis qu'elle a suivi ces différents traitements à la lettre, on l'a amené chez un autre docteur dont le nom m'échappe un peu et c'est ce dernier qui a appelé un autre collègue du nom d'E.X pour qu'il vienne voir ça de nouveau.

Dr K.M : Donc...

AC2 : C'est ce monsieur Ex qui l'a ausculté en dernière position et a vu qu'il y a un léger changement au niveau de la couleur des yeux et a posé comme dernier diagnostic la gastrique (furu dimi).

Dr K.M : Je vois, d'accord. Donc les maux de ventre et le changement de la couleur des yeux ont été signalés d'abord ?

AC2 : En effet

Dr K.M : Mais, la couleur de vos urines est-elle changée

S.T : Oui, elle a changé

Dr K.M : Et lorsque vous partez aux toilettes, votre excrément a-t-il changé de forme (couleur).

S.T : La scelle a changé bien sûr

Dr K.M : Elle a changé ?

S.T : Oui Docteur.

Dr K.M : Mais, a-t-elle changé légèrement de couleur ou bien... ?

S.T : Elle a complètement changé

Dr K.M : D'accord, le corps vous gratte-t-il ?

S.T : Non

Dr K.M : D'accord,

S.T : Les maux étaient persistants au début qu'aujourd'hui. C'était encore plus grave que ça.

AC2 : L'atteinte de la maladie et sa guérison ne sont pas les mêmes choses.

AC1 : C'était plus grave que ça.

AC2 : Évidemment

AC1 : Docteur, je voudrais vous pouvez poser une question si vous n'y voyez pas d'inconvénient ?

Dr K.M : Allez-y

AC1 : Maintenant, qu'est ce qui provoque cette maladie-là chez les gens, sa maladie là ?

Dr K.M : C'est principalement ce que nous allons déterminer tout à l'heure madame.

AC1 : Ce qui la déclenche à l'individu ?

Dr K.M : Voilà, la cause de ces maux-là est nombreuse. Mais nous allons en déterminer progressivement

AC1 : Mais le traitement de la gastrique (furu dimi) n'est-il pas à la base du déclenchement d'autres maux ?

Dr K.M : Non, loin de ça ce ne sont pas les mêmes maladies. Celle-là, si ça se trouve, c'est dû au foie, ou bien la circulation gastrique dans l'estomac. Mais c'est dû réellement à quoi c'est ce qu'on va chercher.

AC1 : Ils lui ont seulement parlé du foie, et rien d'autre.

Dr K.M : Voilà, elle-même s'est du foie.

AC1 : C'est ça qui a aggravé son état

Dr K.M : Donc maintenant elle est en train d'imaginer son état de santé et d'interpréter ses maux pour insérer cela dans sa compréhension des choses.

AC1 : Depuis qu'ils ont dit que la douleur provienne de son foie, que son foie est malade. Elle est devenue inquiète. Je pense que ce sont ces soucis qui aggravent sa maladie plus que la maladie elle-même en soi. Ce n'est pas facile, la maladie là a débuté, ça vaut trois mois.

Après auscultation

Dr K.M : Alors, madame nous allons vous prescrire des examens échographiques à tenir en compte.

S.T : Oui

Dr K.M : Maintenant je vais voir le professeur Y dans son bureau, avec elle je vais voir et décider le genre de traitement à suivre pour ce cas précis.

AC1 : D'accord, on vous attend

De retour dans la salle de consultation

Dr K.M : La professeure a donné quelque chose (traitement), de voir cela. Donc vous allez voir avec elle dans son bureau pour plus de détails à ce sujet.

AC1 : Uniquement le malade ?

Dr K.M : Non vous deux (accompagnant)

AC1 : Il est où même AC2 ? Attendez, je vais l'appeler.

S.T : Tous les résultats sont terminés ?

Dr K.M : Oui pour l'instant Madame. Partez maintenant, je vais voir un autre patient d'ici la prochaine date de consultations, probablement la semaine à venir.

S.T : Merci Docteur, au revoir.

Encadré 4 : Interrogatoire du Dr M.K avec un patient et ses deux accompagnants, (service de médecine interne du CHU Point G, le 23 mars 2020).

Dr M.K : Asseyez-vous

M.A : Merci

Dr M.K : Donc en réanimation, vous êtes sorti aujourd'hui ?

M.A : Oui Docteur

Dr M.K : Mais est ce qu'on vous a dit, pourquoi vous étiez hospitalisés là-bas.

M.A : Les causes

Dr M.K : Oui, c'est à cause de telle maladie que vous êtes admis ici, on ne vous a rien expliqué.

M.A : Si

Dr M.K : Qu'est-ce qu'ils ont dit ? Ou bien tu voudrais qu'eux (les accompagnants) sortent ?

M.A : Non, ils peuvent rester

Dr M.K : D'accord

M.A : Bon premièrement, c'était concernant les multiples maux de ventre. J'avais des maux de ventre intense, en plus de ça j'avais des problèmes de vessies. Ils ont aussi diagnostiqué le diabète chez moi

Dr M.K : Ah d'accord, vous avez le diabète ?

M.A : Oui, oui, en plus de ça, les douleurs pancréatiques aiguës. Donc c'est ce qu'ils m'ont expliqué à la suite de cette hospitalisation.

Dr M.K : D'accord, c'est comme si vous avez été hospitalisés suite à des douleurs pancréatiques et le diabète ?

M.A : Oui effectivement

Dr M.K : Mais tu as fait des examens abdominaux (scanner) ?

M.A : Oui

Dr M.K : Même si vous avez fait cela, est-ce vous consommiez beaucoup d'eau, uriniez-vous beaucoup avant le diabète ?

M.A : L'alcool ?

Dr M.K : Non de l'eau, vous buviez beaucoup d'eau ?

M.A : Oui, à un moment donné je buvais beaucoup d'eau vraiment, même à la maison je buvais beaucoup d'eau, c'était la saison de la chaleur.

Dr M.K : D'accord mais est-ce qu'en ce moment tu faisais beaucoup d'urine.

M.A : Oui je pissais, je ne sais pas comment les urines ont été perturbées, sinon je pissais normalement.

Dr M.K : D'accord, mais la fréquence est ce que c'était levée, c'est-à-dire tu vas uriner trois quatre fois de suite ?

M.A : Non, non c'était comme d'habitude quoi, j'urinais normalement.

Dr M.K : Ok

Dr M.K : Votre nom

MA : MA

Dr M.K : Vous avez quel âge ?

M.A : 30

Dr M.K : 34

M.A : Non, 30 ans.

Dr M.K : Quelle est votre profession

M.A : Bon j'étais un restaurateur

AC1 : Il disait qu'il a soif

Dr M.K : D'accord, vous résidez à Bamako ?

M.A : Oui je suis à Djélibougou

Dr M.K : Vous êtes de quelle ethnie ?

M.A : Je suis Bwa (Bobo)
AC1 : Voilà ton eau
M.A : Juste un tout petit peu s'il vous plaît.
Dr M.K : Les résultats des analyses précédentes je vous prie ?
AC1 : Bon, ce n'est pas ordonné comme pouvez le constater
Dr M.K : D'accord, dis est ce que vous avez eu du sang (perfusion)
M.A : Oui
Dr M.K : Combien de poche ?
AC1 : Trois, nous avons été en demander trois précisément.
Dr M.K: OK
M.A : Mais j'en ai reçu deux comme perfusion
AC1 : Il affirme avoir reçu deux notamment.
M.A : Le troisième a été retourné (rendu)
Dr M.K : D'accord.
AC2 : Bonjour
Dr M.K: Bonjour
AC2 : Je pense que j'ai amené tous le traitement (médicaments) et analyses (échographie, scanner) avec moi.
Dr M.K: D'accord, mais aujourd'hui vous avez vérifié votre insuline ?
M.A : Non pas vraiment.
Dr M.K : Très bien nous allons voir ça ensemble. Mais Est-ce que vous consommiez de l'alcool
M.A : Oui de la bière (d'un air timide)
Dr M.K : Oc, Vous fumez ?
M.A : Non
Dr M.K : D'accord, je pense que le mieux pour vous serait de vous garder encore une semaine en observation (hospitalisation) ici dans notre service pour y voir clair dans votre état.
M.A : Encore ?
Dr M.K : Oui
AC2 : Non docteur je pense que ça ne serait pas possible pour le moment, vu que nous sommes à bout de notre ressource pour prendre en charge les dépenses d'une autre hospitalisation.
Dr M.K: Je vois, mais essayer au moins.
AC2 : Malheureusement, il n'y a plus d'autres choix pour nous, nous suggérons qu'il rentre à la maison avec nous. Et avec les séances de consultations à faire, nous allons faire le trajet Djélibougou/Point G avec lui. On préfère les déplacements.
Dr M.K : Très bien, c'est vous qui voyez. Vous avez le choix.
AC1 : Merci
Dr M.K : Bonne journée.

Très généralement, les accompagnants aussi peuvent causer du tort au travail des soignants. Par exemple dans certaines cultures, comme chez les Sarakolés de la zone de Kita d'après le docteur S. S de la Médecine Interne, au cours d'une séance d'interrogatoire la tendance chez eux est que chaque accompagnant est contraint de parler d'où une charge. Il arrive souvent qu'il demande la parole pour donner leur point de vue ; tandis que chez les Dogons quand 5 individus accompagnent un malade, primo le patient s'exprime, ensuite les cinq accompagnants choisissent entre eux une personne qui détient une connaissance préalable des causes de la maladie du patient. Après cette personne divulgue ces renseignements au soignant, les autres accompagnants observent simplement, c'est l'une des différences entre les dogons et les Sarakolés de la zone de Kita.

En dehors de cela, il y a un autre constat dans les zones de Koutiala (Minianka, Senoufo) que Dr S. S a signalé. Il s'agit de la scène d'accouchement. Chez les Senoufos et les Miniankas, les femmes qui viennent pour l'accouchement sont seulement accompagnées par les vieilles dames. Il y a une similitude entre cette pratique et celle des Dogons. Nous notons une différence chez les Miniankas et les Senoufos. Chez eux, lorsque la femme rentre en contraction (le travail), les vieilles personnes en plus des soignants restent toujours à côté de la femme avec l'accord des soignants.

Bamako avec sa diversité ethnique a des particularités. L'ethnie Djogoromès crée des troubles dans la prise en charge. Les pratiques de l'accouchement sont identiques à Bamako, sauf chez les Djogoromès. Il empêche souvent le médecin de travailler correctement à cause de leur influence. Si par exemple un seul individu tombe malade chez eux, toute la famille se mobilise auprès du patient. Cette situation empêche le médecin d'effectuer des visites quotidiennes à son malade. Cela entraîne une large perturbation dans l'intervention du soignant dans l'exercice de sa profession à l'hôpital.

VII.2.1. Relation soignants/soignés à l'hôpital :

Comme le dit encore Laplantine, cité par E. Galam et Michot Casbas « *les processus d'échange entre soignants et soignés ne s'effectuent pas seulement entre l'expérience vécue du malade et le savoir scientifique du médecin mais aussi entre le savoir du malade sur sa maladie et l'expérience vécue du médecin* ». Dans la structure sanitaire, les patients et les médecins entretiennent des relations plus ou moins fragiles dans la mesure où les uns et les autres ne sont pas compris lors des consultations. Dans les rapports humains, il y a toujours des erreurs d'incompréhension, et d'une façon générale il existe une barrière entre les deux parties. Cette

remarque se fait notamment par le langage du corps et des comportements en quelque sorte dans la structure.

Le médecin crée le plus souvent des obstacles supplémentaires dans cette relation¹⁶ sans le savoir. Il y a également d'autres obstacles comme les bruits, les entrées - sorties des secrétaires, des stagiaires, des délégués et les appels téléphoniques qui conditionnent des perturbations ou des résistances. L'examen corporel se pratique d'une manière très brève lors de l'auscultation. Le patient ne se déshabille que s'il le faut absolument. Les soignants passent très peu de temps avec le patient à cause de leur nombre dans l'hôpital. Ceci est d'autant compréhensible, les explications sur la suite des traitements sont très brèves. Il s'avère que cette relation médecin/patient est beaucoup plus fondée sur les plaintes du patient. C'est pourquoi le médecin ne fait pas très attention aux aspects personnels et relationnels dans le service entre lui et son patient.

Par exemple Marguerite COGNET rapporte « *un service de santé est un espace de tensions (les conflits). Pour réguler ces différends, il faut discuter et négocier au sein de la structure car les difficultés sont toujours présentes dans le cadre du traitement, le patient devient alors du matériel qu'il faudra amadouer la collaboration, le marchandage, la négociation, le donnant-donnant* » C'est pourquoi les relations à l'hôpital entre les soignants et les patients sont uniquement fondées sur la base de l'appartenance ethnique dans certains pays. Ce sont les membres d'une même communauté qui côtoient le plus dans la structure sanitaire. Cette situation est présente dans presque tous les domaines d'activité de la vie et non seulement à la médecine. L'appartenance ethnique est primordiale, car elle devient une source de médiation dans la relation soignants/soignée.

Cette relation bascule dans une autre dimension à savoir l'échange de services entre originaires d'une même culture. C'est ainsi que le patient valorise le médecin par son dévouement, son humanisme et sa disponibilité à son égard. À travers l'établissement d'une bonne communication, les malades se confient aux soignants. Nous pouvons remarquer que le lien ethnique est instrumentalisé dans les relations soignants/soignés dans le seul but de se faire valoir au sein de l'hôpital. Un peulh préfère l'intervention d'un agent peulh dans le service médical pour traiter sa maladie qu'une autre personne. Ces médecins de même appartenance ethnique que le soigné semblent les plus liés aux patients dans la structure. Tous les médecins

¹⁶ COGNET Marguerite, 2001 " Quand l'ethnicité colore les relations dans l'hôpital ", Hommes et Migrations, n°1233, pp.101-107.

ont une opportunité encore meilleure de nouer des rapports de confiance avec les patients, car ils vivent au quotidien avec les malades. Pour renforcer la relation, ils font appel à certains médiateurs tels que l'interconnaissance (l'âge, l'ethnie, la langue parlée, l'origine etc.). « *En fait, les discussions se font sur des points qu'on a en commun, la vie professionnelle, l'âge, le goût, bref l'univers du patient dans le but de gagner leur confiance totale* » (Propos d'un médecin).

D'une part aussi, Cognet explique cette idée selon laquelle « *La proximité ethnique peut conduire à des situations de tensions et de relations conflictuelles avec le malade* ». C'est-à-dire que les usagers très souvent exagèrent dans leurs prises en charge par ses auxiliaires (le personnel médical) et médecin traitant. Ces comportements peuvent conduire à la conflictualité. La relation intervenant/malade valorise la position des auxiliaires et des soignants à travers la reconnaissance des efforts qu'ils fournissent. C'est pourquoi, une relation domestique/employeur n'est pas à féliciter. Il existe des ethnies, partout où ils vont, ils se mettent dans une position supérieure aux autres. De tel cas engendre de la guerre dans une structure sanitaire entre soignants/soignés et auxiliaires dans leur rapport.

VII.3 : Les sciences sociales et la médecine :

De nos jours, l'apport des sciences sociales à la médecine moderne est incontournable. Les jeunes médecins en puissance ont tendance à négliger les matières de sciences sociales enseignées dans les Facultés de Médecine en général et particulièrement au Mali. Alors qu'elles ont d'une importante capitale, surtout lorsqu'il s'agit de soins de santé d'une communauté ethnique. Force est de reconnaître que la psychologie ne relève pas du domaine de la médecine, même si beaucoup de gens l'ignorent encore, mais plutôt des sciences sociales. Cependant, nous voyons que plusieurs services médicaux ont recours à des psychologues. Ceux-ci ont un rôle majeur à jouer dans la prise en charge d'un malade. Parmi ces rôles, nous pouvons noter entre autres : l'annonce des résultats des tests, des maladies très graves à un malade comme le VIH Sida. Le psychologue peut enseigner et apprendre à un soignant les techniques en matière de ¹⁷counseling.

Les anthropologues interviennent dans le même sens que les psychologues dans la formation du personnel médical. L'Homme en soi n'est pas facile à comprendre, et la médecine savante

¹⁷ Le counseling est un processus qui consiste à aider une personne à prendre une décision sans se substituer en vue de trouver une solution à son problème.

ne peut pas assurer à elle seule cette fonction de la compréhension et l'étude de l'espèce humaine dans son ensemble d'où une intervention des anthropologues et des sociologues auprès des professionnels de santé pour remédier aux multiples problèmes rencontrés lors des prestations comme les campagnes de prévention et de sensibilisation des communautés ethniques géographiquement circonscrite sur le territoire national.

Les spécialistes des sciences sociales sont donc invités à expliquer les constatations comme la détresse physique, les conséquences de mariage précoce/forcé ou endogamie ainsi que les comportements à risques. Ainsi, ils parviennent à relier les formes typiques de l'organisation de la famille, les styles et les rapports entre les sexes au sein d'une communauté donnée.¹⁸ L'anthropologie et la sociologie peuvent apporter un complément à la médecine, en fournissant un éclairage permettant de voir pourquoi et comment les interactions s'établissent entre les variables. Ce sont ces variables qui en viennent à former, dans un groupe socioculturel humain particulier, le fondement et l'origine d'un problème ou une sorte de dispositif pathologique qui favorisera une émergence de certains troubles dans la communauté. De manière générale, nous pouvons dire que la médecine est d'orientation individuelle et populationnelle qui considère l'individu comme étant une unité centrale d'analyse à travers un échantillonnage représentatif. Tandis que, l'anthropologie relève plutôt d'une orientation communautaire considérant la communauté elle-même comme l'unité centrale d'analyse, un contexte social et culturel qui renseigne les perceptions, les valeurs et les comportements des individus contrairement à la médecine savante.

C'est dans le souci de résoudre les multiples problèmes de santé publique que le protocole anthropologique s'inscrit dès le départ dans le monde de représentation collective. Ce protocole centre sa démarche sur la description populaire des problèmes, les modèles dominants d'explications des problèmes, les systèmes interprétatifs ainsi que les comportements individuels. En agissant de la sorte, il crée une certaine condition particulièrement pathologique et la forme des problèmes les plus graves d'un milieu donné ainsi que les pathologies structurelles qui modèlent ces maladies culturellement.

¹⁸ SARRADON-ECK Aline à propos de VIDAL Laurent, 2010 " *Faire de l'anthropologie : Santé, science et développement* ", Paris, Edition La Découverte, 295 pages.

Conclusion

Au Mali, l'étude des référents ethniques dans les pratiques médicales dans les structures spécialisées de prise en charge des maladies chroniques et infectieuses notamment le service de Médecine interne du CHU Point G à Bamako ; nous avons permis de situer la place de l'intégration de la dimension ethnique liée aux soins de santé dans le service de médecine Interne. Il ressort de cette étude que la notion des référents ethniques est un concept bien présent dans la prise en charge des malades au Mali. Seulement, nombreux sont les problèmes rencontrés par les professionnels de santé pour y faire face. Il y a les impacts et les influences des racines culturelles ethniques qui pèsent sur la mentalité des soignants dans leur pratique de prestation. Cette situation fait en sorte qu'elle est à un stade plus négligent des fois surtout quand il s'agit de mener des campagnes de sensibilisation préventive dans l'enceinte des communautés ethniques, tenant compte des croyances et pratiques culturelles de ces groupes. Cet état de fait ne va pas sans conséquences néfastes auprès des patients. Ceci se répercute sur l'efficacité des soins reçus par le patient. Les soignés ne sont pas conscients de cet état de connaissance, de responsabilisation et d'autonomie dans la gestion au quotidien de leur maladie la plupart du temps.

Beaucoup restent à faire pour la mise en œuvre d'un système de santé qui réponde aux attentes des Maliens à tous les niveaux du secteur de santé. L'État doit prendre ses responsabilités en instaurant un système de santé conforme et bénéfique à chaque groupement ethnique. Il doit y avoir une politique de santé publique par les Maliens et pour les Maliens sur toute l'étendue du territoire national. Il faudrait que chaque ethnie se sente en sécurité surtout lorsqu'il s'agit de soins hospitaliers.

Ne remuons pas longtemps le couteau dans la plaie, le système sanitaire malien a besoin de réajustement aux politiques et aux procédures appliquées par les diverses institutions en cause. L'ethnie, c'est ce qui caractérise un individu au Mali et personne ne doit craindre de dévoiler son origine ethnique de peur de mourir dans le milieu hospitalier. Le système ressemble beaucoup plus à un déphasage qu'à une réalité. Les recherches et études sur le terrain en attestent. La médecine moderne doit plus recourir aux sciences sociales pour mieux cerner et comprendre un individu, un groupe ethnique dans sa diversité culturelle en matière de comportement associé à la santé. Les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux et les autres professionnels du secteur de la santé doivent tirer profit d'une très bonne formation pour faire face aux barrières culturelles. Pour confirmer nos hypothèses de recherche, nous allons remarquer que ce sont ces barrières qui impactent la saine relation clinique et prospère entre les

parties concernées. C'est d'ailleurs une réalité qu'au Mali dans les hôpitaux les patients donnent aux soignants leur origine ethnique. Cette pratique est pourtant inutile pour chercher les causes d'une maladie et sa fréquence au sein d'une communauté ethnique bien déterminée.

Références bibliographiques

- ANDRAS Zempleni, 1985 " *Causes, origines, agent de la maladie chez les peuples sans écriture*", Paris : Société d'ethnographie, Ed. Spécial issue of ethnographie, 216 pages.
- ANTONI Michel, FROT N, 2009 " *Communiquer avec des patients de culture différente* ", *Savoirs Et Soins Infirmiers*, n°3, pp 27-29.
- AURORE Bégayent, 2011 " *La relation interculturelle à l'hôpital* ", Toulouse, les Presses universitaire de Toulouse, 39 pages.
- Bahonon Dominique Patricia, 2019, " *Étude Panoramique de la Pathologie Infectieuse du Sujet du 3ème Âge Au Mali* ", Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, 68 Pages.
- BELGHAZI Dounia, MOUSSAOUI Driss, KADRI Nadia, 2016 " *Spécificités épidémiologiques, cliniques et culturelles des patients hospitalisés au centre psychiatrique universitaire Ibn-Rochd de Casablanca* ", *Annales médico-psychologiques*, n° 2. pp.100-104
- BENOIST Jean, 1996 " *Soigner au pluriel, essai sur le pluralisme médical* ", Paris, éd. Karthala, 520 pages.
- BERCHE Thierry, 1998 " *Anthropologie et santé publique en pays dogon* ", Paris, APAD-Karthala, 232 pages.
- BLEY Daniel, 2004 " *Recherche sur le paludisme et son association à d'autres maladies transmissibles, pour les pays en développement* " *Natures sciences sociétés* ; n° 12, pp.225-227.
- BLONDEAU Danielle, 2013 " *Éthique et soins infirmiers* " Montréal, Éditeur : PU Montréal, 337 pages.
- BONNET Doris, 2004 " *Drépanocytose et ethnicité* " pp 45-73, in Agnès Lainé (sous la dir. de), *La drépanocytose. Regards croisés sur une maladie orpheline*, Paris, Karthala.
- BOUFFARD Chantal, DUPLAIN-LAFERRIERE F, COUTURE Vincent, 2015 " *Stigmatisations, handicaps et identités à l'épreuve de l'éthique ethnomédicale* ", *Ethics Medicine and Public Health - Ethique Médecine et Politiques Publiques*, n° 1, pp 339-347.
- BRUNET-JAILLY Joseph, 1993 " *Se soigner au Mali, une contribution des sciences sociales*", Paris, Karthala-ORSTOM, 341 pages.
- BUCHILLET Dominique, 2001 " *Tuberculose et santé publique : les multiples facteurs impliqués dans l'adhésion au traitement* " *Autrepart*, n° 19, pp.71-90.
- CAMARA N-A, POMMIER Frédéric, 2012 " *Différence culturelle dans la perception de l'image échographique : étude des représentations maternelles dans une perspective interculturelle*", *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 3, pp 166-1750.

CARDE Estelle, 2011 " *De l'origine à la santé, quand l'ethnique et la race croisent la classe*" *Revue européenne des migrations internationales*, n° 3, pp.31-51.

CHANELIERE Marc. 2017 " *La sécurité du patient en soins primaires : Éléments conceptuels, épidémiologie, interventions auprès des professionnels de santé* ", Lyon, Université Claude Bernard, 210 pages.

CHIPPEAU Jean Philippe, 2004 " *Pratique des essais cliniques en Afrique* ", Paris, Didactiques IRD Éditions, 318 pages.

COGNET Marguerite, 2001 " *Quand l'ethnicité colore les relations dans l'hôpital* ", *Hommes et Migrations*, n° 1233, pp.101-107.

DAGNEAUX Isabelle, 2016 " *Normativité et surdité : passer d'un déficit à une culture*", *Revue européenne de recherche sur le handicap*, n° 2, pp.168-180.

DARMON Muriel, 2008 " *Une entrée par l'hôpital : enjeux méthodologiques* ", pp.36-75, in DARMON, *Devenir anorexique*, Paris, La Découverte.

DOUCET Hubert, 2002 " *L'éthique de la recherche, guide pour le chercheur en science de la santé* " Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 270 pages.

DUFRESNE Jacques, 1985 " *Aspects culturels de la santé et de la maladie* " pp.241-251, in DUFRESNE, DUMONT et MARTIN, *Traité d'anthropologie médicale*, Québec, les Presses universitaires de Lyon (PUL).

FALL Abdou Salam Et VIDAL Laurent, 2006 " *Émergence d'une culture, déclin d'une profession. Soigner et prévenir au Sénégal et en Côte d'Ivoire* ", pp.239-264, in ANTONOV, *Quarante ans après : GURVTCH*, Paris, les Presses universitaires de Paris (PUF).

FAURE Jacqueline et HANQUET Patricia, 2009 " *Souffrance et plainte chez le patient adulte drépanocytaire en crise douloureuse* ", *Recherche en soins infirmiers*, n°97, pp.104-115.

GALAM Éric, Michot-Casbas MAILYS, 2017 " *Domage associé au soin : penser et raconter la médecine* ", *Éthique, Médecine et Politiques Publiques*, n° 4, pp.493-499.

GARDOU Charles et POIZAT Denis, 2007 " *Denis Poizat, Désinsulariser le handicap. Quelles ruptures pour quelles mutations culturelles ?* ", Toulouse, Érès, 360 pages.

GAU Catherine, 2012 " *Des désordres ethniques ? Culture et sujet : étude au centre de santé mentale de Melen, Libreville, Gabon* ", pp.211-232, in Mannoni, *Figures de la psychanalyse*, Toulouse, Érès.

GIROUD Clémentine, 2003 " *Les registres médicaux et la confidentialité* ", Montréal, Université de Montréal, 140 pages.

GRAVEL Sylvie et BATTAGLINI Alex (sous la direction), 2000 "*Culture, santé et ethnicité, vers une santé publique pluraliste* ", Montréal, Direction de la Santé publique de Montréal, 243 pages.

HUDELSON Patricia, 2008 "*Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ?* ", pp.35-39, in *Santé conjugquée*, Bruxelles, Fédération maisons médicales santé et solidarité.

ISABELLE Levy, 1999 "*Soins et croyances : guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux* ", Paris, Estem, 224 pages.

JACQUARD Albert, 1978 "*Éloge de la différence. La génétique et les hommes* ", Paris, Éditions du Seuil, 224 pages.

JAFFRÉ Yannick et DE SARDAN Olivier Jean-Pierre, 1999 "*La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest* ", Paris, Presses Universitaires de France (PUF), 374 pages.

JAFFRÉ Yannick, "*Conclusion. La construction sociale des maladies* ", pp.359-370, in Yannick Jaffré et Jean-Pierre olivier de Sardan, *La construction sociale des maladies*, Paris, les Presses universitaires de France (PUF).

JAFFRÉ Yannick, 1990 "*Comprendre les mots du malade* " pp.126-133, in Didier Fassin et Yannick Jaffré, *Sociétés, développement et santé*, Paris, les Éditions Ellipses.

JEOFFRION Christine, DUPONT Pierre, TRIPODI D, ROLAND-LÉVY Christine, 2016 "*Représentations sociales de la maladie : comparaison entre savoirs experts et savoirs profanes* ", L'encéphale, n° 3, pp.226-233.

JOBIN Lyne, 2012 "*La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants* ", Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 26 pages.

KESSAR Zalia, 2009 "*Prendre en compte les pratiques culturelles à l'hôpital* ", *La revue de l'infirmière*, n°156, pp.19-20.

KLEINMAN Arthur, 2002 "*Santé et stigmat ; Note sur le danger, l'expérience morale et les sciences sociales de la santé* ", pp.97-99, in Pierre Bourdieu, *Actes de la recherche en sciences sociales*, Paris, les Éditions du Seuil.

KOPP N, RÉTHY M.P, CHAPUIS F, 2006 "*Ethique médicale et interculturelle* ", *Ethique et Santé*, n° 2, pp.115-120.

KOTOBI Laurence, 2000 "*Le malade dans sa différence : les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital* ", *Hommes et Migrations*, n° 1225, pp.62-72.

KOTOUÏ Laurence et LKHADIR Aïcha, 2017 " *Une ethnographie hospitalière autour de la pudeur et de la diversité culturelle* ", Bordeaux, CHU de Bordeaux, 66 pages.

LACHENAL Guillaume, 2011 " *Quand la médecine coloniale laisse des traces* ", *Les tribunes de la santé*, n° 33, pages.59-66.

LE BRETON David. 2002 « *Hôpital et communication* » Soins, n° 670, pp. 26-29.

LEBREUILLY Romain, SAKKOUR Sam et LEBREUILLY Joëlle, 2012 " *L'influence de la culture dans l'expression verbale de la douleur : étude comparative entre des patients cancéreux Français et Syriens* ", *Revue internationale de soins palliatifs*, n° 4, pp.125-129.

MAHJOUB Mohamed, BOUAFIA Nabih, CHEIKH Ben Asma, EZZI Olfa et NJAH Mansour, 2016 " *Culture sécurité des patients par la réponse non-punitive à l'erreur et la liberté d'expression des soignants* ", *Santé publique*, n° 5, pp.641-646.

MARCHAL H, 2009 " *La relation de soin éthique ou l'art de conjuguer le singulier au pluriel* ", *Éthique et Santé*, n° 4, pp.181-186.

MARIN Benoit, GUERCHET Maëlen, 2017 " *Ethnicité et maladies neurodégénératives* ", *Revue Neurologique*, n° 2, pp.196-197.

MASSE Raymond, 1995 " *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé* ", Montréal Paris : Ed. Gaëtan Morin, 499 pages.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2010 " *Système National d'Information Sanitaire, (SNIS) Annuaire 2009* ", Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de La Famille, 120 Pages.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2014 " *Système National d'Information Sanitaire, (SNIS) Annuaire 2012* ", Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de La Famille, 107 Pages.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2017 " *Plan Directeur De Lutte Contre Les Maladies Tropicales Négligées (M.T.N) 2017-2021* " Direction Nationale de la Santé, 80 Pages.

Ministère de la Santé et de L'hygiène Publique, Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord, Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille 2014 " *Programme de Développement Socio-Sanitaires 2014-2018 (PRODESS III)* ", Secrétariat Permanent du PRODESS Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé, Développement Social et Promotion de La Famille, Version finale 87 Pages.

MOLEUX Marguerite, SHAETELZEL Françoise, SCOTTON Claire, 2011 " *Les inégalités sociales de la santé : déterminants sociaux et modèles d'action* ", Paris, Inspection Générale Des Affaires Sociales (IGAS), 124 pages.

Ordre National des médecins 2017, " *Code de Déontologie Médicale* ", Conseil National de l'ordre, 36 pages.

Organisation panaméricaine de la santé, 2019 " *Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025* " Washington D.C, OPS, 32 pages.

Oumou H. SAADE 2005 " *Le Paludisme au Mali : Bilan de Dix Huit Dix Huit Années d'Activités de Recherche et de Lutte (1985 – 2003)* ", 125 pages.

POIROT-MAZÈRES Isabelle, 2011 " *L'accès aux soins, principes et réalité* ", Toulouse, Institut fédératif de recherche, 286 pages.

Pr Dembélé 2019 " *Système de Santé Publique au Mali, d'hier à aujourd'hui* " Ministère De la Santé 26 Pages.

RENAUD Lise et DE SOTELO Carmen Rico, 2007 " *Communication et santé : des paradigmes concurrents* ", *Santé publique*, n° 1, pp.31-38.

RIDDE Valéry, 2012 " *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues* ", Montréal, Presses de l'université de Montréal, 362 pages.

RIGAL Fabienne, 2018 " *Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux* ", Paris, Commission Nationale Consultative Des Droits De L'homme (CNCDH), 76 pages.

SAILLANT Francine, 2000 " *Identité, invisibilité sociale, altérité. Expérience et théorie anthropologique au cœur des pratiques soignantes* ", *Anthropologie et Sociétés*, n° 1, pp.155- 171.

SARRADON-ECK Aline, VIDAL Laurent, 2010 " *Faire de l'anthropologie : Santé, science et développement* ", Paris, Edition La Découverte, 295 pages.

SIMON Patrick, 2005 " *L'ordre discriminatoire dévoilé ; Statistiques, reconnaissance et transformation sociale* ", *Multitudes*, n° 23, pp.21-29.

TAÏEB Olivier, HEIDENREICH F, BAUBET Thierry, MORO Marie Rose, 2005 " *Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle* ", *Médecine et maladie infectieuse*, n° 4, pp.173-185.

TISON Brigitte., HERVÉ-DÉSIRAT Ellen, 2007 " *Soins et cultures formation des soignants à l'approche interculturelle* ", Paris, Elsevier Masson, 226 pages.

TRANI Jean-François, BAKHSHI Parul, LOPEZ Dominique, GALL Fiona, BROWN Derek. 2017, " *La situation socio-économique des personnes en situation de handicap au Maroc et en Tunisie : inégalités, coût et stigmatisation* ", *Alter-European Journal of Disability*, n° 4, pp.215-233.

TREMBLAY Marc-Adélaïde, 1966 " *Les fonctions de l'hôpital dans la nouvelle société* ", Québec, Association des hôpitaux généraux du Québec, 21 pages.

USAID, 2017 " *Évaluation Du Système De Santé Au Mali* ", Health Finance And Governance, 150 Pages.

UWE Flick, 1993 " *La perception quotidienne de la maladie et la santé, théories subjectives et représentations sociales* ", Paris, l'Harmattan, 402 pages.

VISSANDJEE Bilkis, HEMLIN Isabelle, GRAVEL Silvie, ROY S et DUPÉRÉ S, 2005 " *La diversité culturelle montréalaise : une diversité de défis pour la santé publique* ", *Santé publique*, n° 3, pp.417-428.

VULLIET-TAVERNIER Sophie, 2000 " *Réflexions autour de l'anonymat dans le traitement des données de santé* ", *Médecine et amp*, n° 40, pp.1-40.

WALTER Hesbeen, 1997 " *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante* ", Paris, Elsevier Masson, 208 pages.

WANQUET-THIBAULT Pascale, 2008 " *Situations professionnelles : quelques illustrations de l'accueil des parents et du travail réalisé par les équipes de soins* ", pp.101-154, in Wanquet-Thibault, *L'enfant hospitaliser : travailler avec la famille et l'entourage*, Paris, Elsevier Masson

WERTZ D. C, FLETCHER J. C et BERG K. 2001, " *Les problèmes éthiques rencontrés en génétique médicale* ", Paris, Programme Génétique humaine OMS, 124 pages.

World Health Organization, 2003 " *Contribution de l'OMS à la conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée : Santé et absence de discrimination* ", Genève, Organisation mondiale de la santé (OMS), 18 pages.

ZAFFRAN Marc, 2014 " *Le patient et le médecin* ", Montréal, Presses de l'Université de Montréal (PUM), 264 pages.

TABLES DES MATIÈRES

DÉDICACE.....	3
REMERCIEMENTS.....	4
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	5
SOMMAIRE.....	7
LISTE DES FIGURES.....	8
RÉSUMÉ.....	9
INTRODUCTION.....	10
PREMIÈRE PARTIE : Cadre théorique et méthodologique.....	13
Introduction.....	14
Chapitre I Cadre théorique.....	15
I.1.Revue littérature.....	16
I.2. Problématique.....	18
I.3.Objectifs et hypothèses de recherche.....	20
Chapitre II : Méthodologie.....	21
II.1. Type et population d'étude.....	21
II.2. Période et lieu d'étude.....	21
II.3. Méthode.....	21
II.3.1. Considérations éthiques.....	22
II.3.2. Déroulement de l'enquête.....	23
II.3.3. Résultats.....	23
II.3.4. Difficultés rencontrées sur le terrain.....	23
II.4. Présentation du milieu d'étude.....	24
DEUXIÈME PARTIE : L'organisation du système de santé au Mali.....	26
Introduction.....	27

Chapitre III : La politique de santé publique au Mali.....	28
III.1. De la santé publique à la santé communautaire.....	30
III.2. De la santé publique à l'engagement communautaire.....	32
III.2.1. La mise en œuvre du Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) comme facteur de progression régulière de l'offre de service.	32
III.2.2. Plus de 700 Associations de santé communautaires.....	34
III.2.3. Émergence Maladies de civilisation.....	35
Chapitre IV : La problématique du système des soins au Mali.....	37
IV.1. L'agonie des hôpitaux.....	37
IV.2. Déphasage du métier de professionnel de la santé.....	39
TROISIÈME PARTIE : Pluralisme ethnique, diversité culturelle et soins de santé au Mali....	41
Introduction.....	42
Chapitre V : L'accueil dans le service sanitaire.....	44
V.1. L'interrogatoire à l'Hôpital.....	45
Encadré 1.....	48
Encadré 2.....	51
V.2. L'ethnie.....	54
V.2.1 Culture.....	54
V.2.1.1. L'influence des comportements culturels sur l'état de santé d'une communauté.....	55
V.3 La santé.....	57
V.3.1 : Soins de santé inégalitaire au Mali.....	57
V.4. Ethnies, Pathologies, quels rapports ?.....	59
V.4.1. Le Paludisme.....	59
V.4.2. La Tuberculose.....	61

V.4.3 La Drépanocytose.....	61
V.5. La perception quotidienne et culturelle de la maladie (savoir profane, savoir clinique)..	63
V.6. Diagnostic et patient.....	65
Chapitre VI : Les registres Médicaux et auxiliaires.....	67
VI.1. Le registre.....	67
VI.2. Le Dossier Médical.....	69
VI.3. Usages et utilités des données enregistrées aux registres.....	71
Chapitre VII : La communication interpersonnelle en santé et à l'hôpital.....	74
VII.1. Les langages d'expressions.....	74
VII.1.2. Les barrières de langues.....	75
VII.2. La relation triangulaire (avantages et désavantages)	76
Encadré 3.....	77
Encadré 4.....	80
VII.2.1. Relation soignants/soignés à l'hôpital	82
VII.3 : Les sciences sociales et la médecine.....	84
CONCLUSION.....	86
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	88
TABLES DES MATIÈRES.....	94
ANNEXES.....	97

ANNEXE I

Guide d'entretien pour le terrain à l'hôpital

Fiche d'enquête adressée au professionnel de santé

- 1- Nom :Prénom :
- 2- Age :Sexe :Ethnie :
- 3- Résidence :Profession :Nationalité :
- 4- Depuis quand travaillez-vous dans ce service ? Ancienneté du diplôme ?
- 5- Avez-vous déjà été confrontés à des cultures différentes de la vôtre dans le cadre de votre profession avec les malades ? Racontez-moi comment cela s'est passé.
- 6- Cela vous a-t-il posé un problème pour la prise en charge des soins ?
 - Si oui, à quel niveau ? Sauriez-vous identifier les causes du problème ? Comment avez-vous fait pour y remédier ?
 - Si non, quelles ont été les attitudes et les ressources qui vous ont aidés pour la prise en charge des soins ?
- 7- Au moment de l'accueil, certains soignants ont des difficultés pour poser des questions sur les habitudes de vie, habitudes culturelles ou religieuses, quel est votre vécu par rapport à ces questions ?
- 8- Les patients peuvent avoir des perceptions sur l'hôpital et des soignants, pensez-vous que vous en tant que soignants, vous ayez des représentations sur les patients ?
 - Si oui, lesquelles ?
- 9- De même que les représentations du patient peuvent avoir une incidence sur leur vécu d'hospitalisation, pensez-vous que celles des soignants aient une incidence sur la prise en soin ?
 - Si oui, à quel niveau et comment faire pour y remédier ?
 - Si non, selon vous y a-t-il d'autres facteurs personnels qui peuvent entrer en jeu dans la relation soignant soignés.
- 10- Pensez-vous que les soignants doivent développer des compétences, ou avoir des attitudes spécifiques pour la prise en charge en soin d'un patient de culture différente ? Lesquelles ?

- 11- Y a-t-il des moyens (humains, outils de service) facilitant la prise en charge en soin des personnes de culture différente ?
- Si vous pouviez instaurer des moyens, qu'envisageriez-vous ?
- 12- Quels usages sont faits des données collectées sur l'ethnie (registre médical) des patients dans les services sanitaires au Mali ?
- 13- Pourquoi certaines maladies génétiques sont-elles particulièrement fréquentes dans des communautés géographiquement circonscrites ?
- 14- Des pratiques culturelles peuvent-elles constituer des comportements à risque pour la santé des populations qui les ont adoptées ?
- 15- Les discriminations ou stigmatisation en raison de l'origine culturelle sont-elles susceptibles d'affecter la santé de leurs victimes au Mali ?

ANNEXE II

Rédaction de quelques entretiens collectée à l'hôpital auprès des soignants sous forme de questionnaires préétabli.

Entretien 1 : Avec un soignant interniste

- 1- Nom : S Prénom : S
- 2- Âge : 36 ans Sexe : Masculin. Ethnie : Dogon
- 3- Résidence : Point G Profession : Médecin Interniste Nationalité : Malienne
- 4- Depuis quand travaillez-vous dans ce service ? Ancienneté du diplôme ?

Dr SS : J'ai pris fonction dans ce service depuis déjà 4 ans après avoir soutenu ma thèse en 2013. Du service de Maladies infectieuses, j'ai été affecté dans ce service de médecine Interne.

- 5- Avez-vous déjà été confrontés à des cultures ou ethnies différentes de la vôtre dans le cadre de votre profession avec les malades ? Racontez-moi comment cela s'est passé.

Dr SS : Oui effectivement par exemple, moi je suis Dogon, je rencontre plusieurs cultures même en dehors du cadre hospitalier. À Kati par exemple dont j'ai fait la zone à travers les sorties sociales sanitaires, là-bas c'est très de chez moi (ethnie), même à l'interrogatoire par exemple, si toi l'accompagnant vient avec un malade après c'est-à-dire quand la personne qui souffre parle, chaque accompagnant parle obligatoirement, il demande la parole à tour de rôle. Tout le monde se prononcera chez les Sarakolés par exemple. Dans ce cas, chaque personne demande la parole pour donner son point de vue alors que chez nous les Dogons, si c'est cinq (5) personnes qui accompagnent un malade, en un premier temps le patient se prononce d'abord ensuite les accompagnants choisissent entre eux un seul interlocuteur qui ce dernier connaîtrait mieux la maladie du patient pour intervenir lors de l'interrogatoire en s'exprimant et les autres resteront en tant qu'uniquement spectateurs ou témoins de la scène. Là c'est une des différences entre Dogon et les gens de la zone de Kita.

Maintenant en dehors de cela, il y a aussi la zone de Koutiala, voilà les Miniankas, les Senoufos, là aussi le constat est que dans les salles d'accouchements, c'est très différent de chez les Dogons. Chez eux en général celles qui viennent pour accoucher, c'est non seulement les vieilles personnes qui les accompagnent à l'hôpital, identique comme chez nous, mais la différence majeure est que chez eux lorsque la femme enceinte rentre en travail, les personnes âgées féminines adorent rester à côté de la femme dont la grossesse est arrivée à terme en plus

des soignants mais selon le protocole, en demandant l'autorisation et avec l'agrément du médecin, elles pourront suivre le processus de naissance. Donc c'est ça un peu leur culture (la coutume). Ce sont là les constats par rapport à des cultures différentes de la mienne rencontrée tout au long de ma profession.

6- Cela vous a-t-il posé un problème pour la prise en charge des soins ?

- Si oui, à quel niveau ? Sauriez-vous identifier les causes du problème ? Comment avez-vous fait pour y remédier ?
- Si non, quelles ont été les attitudes et les ressources qui vous ont aidés pour la prise en charge ?

Dr SS : En effet je peux vous affirmer que d'une part cette situation ne m'a aucunement posé de difficultés, c'est après tout notre profession. Sinon à Bamako et ailleurs je n'ai pas eu de problème.

Non parce que sans nous, ce sont elles (les vieilles femmes) qui font face à l'accouchement dans les villages donc on les autorise maintenant, les autres là on les demande sûrement de venir assister à l'avènement des différentes activités.

D'autre part particulièrement à Bamako comme il y a beaucoup d'ethnies notamment chez les Diogaramè. Avec ces derniers souvent il y a des problèmes, c'est presque parfois la même chose chez eux qu'ailleurs, mais ils t'empêchent même de travailler correctement vu l'influence du nombre (la communauté). Si par exemple un seul individu tombé malade, c'est toute la communauté qui vient à côté de lui pour un soutien moral et des fois cette présence affecte le travail des soignants de faire des visites quotidiennes auprès du malade d'où une perturbation de la profession de médecin, sinon ailleurs (Sarakolé, les gens de Kita, les Miniankas, Senoufo et Dogon) il n'y a pas de problème contrairement chez les Diogaramè à Bamako ici dont j'ai vécu une mauvaise expérience.

7- Au moment de l'accueil, certains soignants ont des difficultés pour poser des questions sur les habitudes de vie, habitudes culturelles ou religieuses, quel est votre vécu par rapport à ces questions ?

Dr SS : Vous savez, la médecine c'est l'interrogatoire. Si le malade n'a pas de file conductrice, nous-même on le pousse, s'il ne pose pas de question le soignant même lui pose des questions à l'interrogatoire pour l'inciter à se prononcer et répondre à une question quelconque. Je prends par exemple des malades, chez les femmes généralement quand une dame vient en consultation

pour des raisons de perte blanche, elle refuse de dire les mots au sens propre du terme, d'où un contournement soit Dr j'ai mal au ventre, alors que ce sont les pertes blanches et non un simple mal au niveau du bas-ventre, dans ce cas nous soignants on pousse la personne à nous parler correctement sans tabous de ça en lui reposant la question est ce que vous avez des pertes blanches, elle confirme par un simple oui j'ai les pertes blanches.

Ça existe même chez les individus qui consomment de l'alcool, c'est au médecin de leur pousser à se confier, il y en a qui par exemple qui disent qu'ils ont juste de l'insomnie, je ne dors pas la nuit mais jamais au grand jamais ils ne vont te dire la version véridique qui ne serait autre que la consommation de stupéfiante drogue, tabac, alcools etc.... Lors de l'interrogatoire. Le devoir revient au soignant de pousser le malade à répondre à bon nombre de questions qui peuvent heurter leur sensibilité.

8- Les patients peuvent avoir des perceptions sur l'hôpital et des soignants, pensez-vous que vous en tant que soignant, vous ayez des représentations sur les patients ?

- Si oui, lesquelles ?

Dr SS : Oui je prends un exemple, si un patient vient se plaindre du service (ventilation ou climatisation et l'hygiène dans les chambres d'hospitalisation) effectivement c'est le soignant qui rapporte cette information aux majors, qui ce dernier en informe la hiérarchie administrative hospitalière pour remédier à ce problème. Dans les pays développés par exemple, une boîte de suggestions est mise à la disposition des usagers de l'hôpital pour exprimer leurs plaintes et requêtes par rapport à la qualité de soins dans le service et à la fin de la semaine ou 2 mois après cette boîte est ouverte pour faire état des lieux des suggestions des patients et répondre aux différentes requêtes et exigences des patients au niveau du service. Mais chez nous ça n'existe pas, certains malades ont le courage de dire aux médecins et personnels soignants ce qui ne va pas dans leur pratique.

9- De même que les représentations du patient peuvent avoir une incidence sur leur vécu d'hospitalisation, pensez-vous que celles des soignants aient une incidence sur la prise en charge de soins ?

- Si oui, à quel niveau et comment faire pour y remédier ?
- Si non, selon vous y a-t-il d'autres facteurs personnels qui peuvent entrer en jeu dans la relation soignants /soignés ?

Dr SS : Oui, par exemple un malade qui vient, on veut le soigner. Il rentre dans la chambre et ne trouve pas les confort nécessaires (électricité, toilettes, climatisation etc.), cette situation

pourrait beaucoup influencer sur la prise en charge de soins. Sinon le malade peut dire par exemple si moi j'ai besoin des accompagnants ou des médecins, je ne sais comment les trouver, néanmoins ça joue sur la prise en charge du côté des patients et des soignants. Donc il faut maintenant faire un feedback de l'autorité compétente pour y remédier.

Ensuite nous avons plusieurs facteurs tant positifs que négatifs dans les relations soignants /soignées. Un patient qui vient dans le service et qu'il est bien accueilli par le soignant, on dira que le malade a un soulagement de 25 % de sa symptomatologie. Donc un bon accueil soulage un malade de 25% et le contraire se produit le malade va se demander si le médecin de la manière où j'ai été reçu j'aurais satisfaction lors des consultations. Lors des consultations, seul le premier contact compte car très important par contre si cette entrée échoue, la prise en charge serait de mauvaises qualités.

10- Pensez-vous que les soignants doivent développer des compétences, ou avoir des attitudes spécifiques pour la prise en charge de soins d'un patient de culture différente ?

Lesquels ?

Dr SS : On parlera ici de formations continues, vous savez par exemple au sein de notre service d'infectiologie à l'époque même maintenant ici ça continue, nous avons un psychologue d'où ce n'est pas le médecin seulement qui doit former d'autres médecins. Il faut aussi par exemple vous entant qu'anthropologue vous pouvez nous former (médecins) sur certaines pratiques courantes de la vie. Le psychologue n'est pas forcément un médecin car il peut nous apporter des séries de formations sur ce qu'on appellerait le counseling par exemple si un soignant veut faire un test de dépistage du VIH sur une personne, quelles sont les bonnes paroles ou phrases d'approches pour avoir son attention. C'est à travers les psychologues que les médecins peuvent appréhender et amadouer plus facilement un patient pour des résultats sensibles. C'est pourquoi ces formations continues sont faites pour améliorer la qualité de service du soignant pour que le malade soit satisfait.

11- Y a-t-il des moyens (humains, outils de service) facilitant la prise en charge de soins des personnes de cultures différentes ?

- Si vous pouviez instaurer des moyens, qu'envisagerez-vous ?

Dr SS : C'est surtout une collaboration anthropologue, psychologue et médecins qui va favoriser cette situation-là, parce qu'il y a des gens qui dans la place ont étudié, l'ethnie ou uniquement la psychologie donc ce sont eux qui vont s'associer à nous soignants pour résoudre

divers problèmes, là on a fait des études de médecine, étudier la maladie mais souvent comment gérer la gestion des ressources humaines là, nous médecins nous n'avons pas cette capacité, donc cette tâche revient de droit aux anthropologues, sociologue, psychologue maintenant associés à nous soignants d'où l'appellation « les auxiliaires de la santé », donc associés ensemble pour ressouder des problèmes de santé dans la société.

Si, je peux dire qu'il existe déjà des moyens chez nous par exemple l'idée d'envisager l'apport du service d'un psychologue au sein du service de médecine interne parce qu'au début on avait des soucis de faire les pré-counseling, parce que c'est très difficile de faire comprendre un individu sur une pathologie jugé nécessaire, dire au chef de service « Ah peut-être si vous pouvez nous chercher une personne qui pourrait nous faciliter cela, donc on va faire une consultation psychiatrique, psychologique pour un malade, on va expliquer aux malades comment faire le prélèvement et après cet acte si toutefois un malade est atteint du SIDA, comment l'annoncer. Après avoir annoncé ça au chef de service, ce dernier s'est prononcé à son tour au comité qui va envoyer le psychologue.

12- Quels usages faites-vous des données collectées sur l'ethnie (registre médical) des patients dans les services sanitaires au Mali ?

SS : C'est dans les soucis majeurs de faire des études épidémiologiques que nous procédons à l'identification ethnique et culturelle des patients. Par exemple l'hémoglobine C qui protège les dogons de paludisme grave.

13- Pourquoi certaines maladies génétiques sont-elles particulièrement fréquentes dans des communautés géographiquement circonscrites ?

Dr SS : Cela dépend de la composition, comment dirais-je des substances par exemple si je prends des zones qui sont très riches en iode, donc cette population plus par exemple du goitre dans les zones où il y a plus d'iode. Si toutefois une zone est pauvre en iode, sa population peut développer une carence en iode. Donc cette situation dépendrait forcément de la richesse terrestre (ressources) d'où l'exemple de goitre lié à l'iode.

14- Des pratiques culturelles peuvent-elles constituer des comportements à risque pour la santé des populations qui les ont adoptées ?

SS : Si, par exemple je vous en donne deux (2) exemples :

L'excision peut même si c'est culturel et bénéfique quelque part, il y a aussi des risques (hémorragie, infections etc.).

Les mariages précoces et forcés par exemple comme disent les gens peuvent créer une psychose chez la jeune fille et cette psychose peut être chroniquée et devient par la suite un grave problème mental d'où l'obligation d'une consultation psychiatrique chez la personne (les impacts de la culture).

Les parents disent oui je donne obligatoirement ma fille au garçon monsieur x, si la fille n'est pas d'accord et qu'elle y est contrainte, cela peut produire chez elle des problèmes psychiques d'où une influence sur sa santé.

15- Les discriminations ou stigmatisations en raison de l'origine culturelle sont-elles susceptibles d'affecter la santé de leurs victimes au Mali ?

Dr SS : Je comprends, chez nous bon aucune idée, même le serment d'Hippocrate dit que par exemple quand tu veux soigner une personne sans distinguer la religion, l'ethnie, la race, que tu sois d'une ethnie quelconque, de confessions religieuses différentes, tout le monde sans exceptions doit être traité avec le même pied d'égalité à l'hôpital.

Entretien 2 : Avec un soignant interniste

- | | | |
|----|--|---|
| 1- | Nom : S | Prénom : D |
| 2- | Age : 38 ans | Sexe : Masculin Ethnie : Peulh |
| 3- | Résidence : Sotuba Profession | Médecin Interniste Nationalité : Malienne |
| 4- | Depuis quand travaillez-vous dans ce service ? Ancienneté du diplôme ? | |

Dr. SD : Bon, j'ai commencé ici la formation de base après je suis parti, puis revenu il y a de cela 3 bonnes années, rester en 2008 et commencer à exercer ici en début 2009-2010. Vers 2014 je suis réparti et revenu encore en 2017 pour exercer en tant que médecin Interniste après l'obtention de mon diplôme en médecine en 2013-2014.

- 5- Avez-vous déjà été confrontés à des cultures ou ethnies différentes de la vôtre dans le cadre de votre profession avec les malades ? Racontez-moi comment cela s'est passé.

Dr SD : En général, il n'y a pas de problème nous en tant que médecin sommes confrontés à des patients de culture et d'ethnie différentes dans l'exercice de notre fonction. Principalement notre métier c'est ça, notre déontologie nous interdit même d'avoir une position à ce niveau. Au Mali, il y a plusieurs ethnies et je peux vous affirmer que dans mon cas je n'ai guère rencontré de problèmes.

- 6- Cela vous a-t-il posé un problème pour la prise en charge des soins ?
- a. Si oui, à quel niveau ? Sauriez-vous identifier les causes du problème ? Comment avez-vous fait pour y remédier ?
- b. Si non, quelles ont été les attitudes et les ressources qui vous ont aidés pour la prise en charge ?

Dr. SD : Cela ne m'a pas posé de problème pour la prise en charge de soins. Généralement même s'il y a un petit problème de barrière de langue qui s'impose le plus souvent, on n'a pas trop de soucis à se faire, des fois on cherche des interprètes qui peuvent nous traduire les faits. Par exemple si moi soignant Peulh, je suis face à un patient Songoy ou Bambara qui vient en consultation, il essayera de trouver un interprète. Qu'a même on n'a pas de problème à ce niveau. Bref les ressources pour nous d'aider dans la prise en charge de soins, c'est la recherche d'interprètes traducteurs d'entre les parents du patient ou nous-même médecins.

7- Au moment de l'accueil, certains soignants ont des difficultés pour poser des questions sur les habitudes de vie, habitudes culturelles ou religieuses, quel est votre vécu par rapport à ces questions ?

Dr. SD : Également, je n'ai pas eu de problème à ce niveau hein. Avoir du mal à demander les habitudes de vie du malade, moi j'ai rarement rencontré cette situation parce qu'il faut tout bonnement respecter les étapes et quand on les respecte il n'y aura pas d'obstacles entre le soignant et le soigné, car l'objectif selon le protocole dépend du commencement. Lorsque tu vois un patient, tu lui demandes son nom, prénom, bref son identité puis toi-même soignant tu vas te présenter, alors je suis un tel suivant le protocole et en général si cette étape n'est pas brûlée, il ne peut y avoir de problème dans ces relations soignants/soigné en principe.

Donc tout dépend de la méthode d'approche, si c'est bien fait en général il ne se passe rien sinon des fois il peut y avoir des petites difficultés entre les deux (soignants /soignés), ces cas peuvent survenir. Il peut avoir des problèmes de compréhension dans ce cas le soignant peut se faire aider par les parents ou bien à même un collègue du service. Cette situation permet parfois de rassurer le patient, la barrière de langue étant un problème majeur dans l'exercice de notre fonction, donc si la communication se passe bien, le patient se confiera au soignant sans aucune difficulté. Donc, il faudra dire que tout dépend des étapes dans la démarche pour aborder un patient sur son état de santé en question sinon pas de problèmes rencontrés par rapport à ces mœurs.

8- Les patients peuvent avoir des perceptions sur l'hôpital et des soignants, pensez-vous que vous en tant que soignant, vous ayez des représentations sur les patients ?

a. Si oui, lesquelles ?

Dr. SD : En tout cas chaque patient est un cas majeur, tout dépend de l'approche du soignant ou du clinicien, du médecin envers son soigné. On ne peut au préalable connaître un patient sans l'interroger, savoir de qui est-il, de quelle personnalité il est, tout va dépendre du premier contact. Il faut échanger avec lui pour essayer de comprendre ces plaintes et préoccupations.

9- De même que les représentations du patient peuvent avoir une incidence sur leur vécu d'hospitalisation, pensez-vous que celles des soignants aient une incidence sur la prise en charge de soins ?

a. Si oui, à quel niveau et comment faire pour y remédier ?

b. Si non, selon vous y a-t-il d'autres facteurs personnels qui peuvent entrer en jeu dans la relation soignants /soignés ?

Dr SD : J'ignore où vous voulez en venir en réalité à propos des perceptions. Mais rien ne doit s'interposer entre nos patients et notre profession, vous vous rencontrez simplement autour de la pathologie. Par exemple ce qu'on peut faire, c'est vous conseiller d'avoir certaine bonne pratique dans la vie, mais d'autres choses-là ça va venir après. Par exemple un patient qui est là en consultation, on peut lui donner un traitement, mais tout traitement prévaut une bonne sensibilisation pour la prévention de telle pathologie (Le rapport sexuel non protégé) il ne faut pas avoir beaucoup de partenaires sexuelles d'où nos conseils et notre rôle de soigner.

On ne doit en aucun cas critiquer ou juger mais apporter des solutions préventives contre les maladies. Par exemple tu fais le rapport sexuel non protégé, tu peux attraper des maladies comme le VIH Sida, les infections sexuellement transmissibles (IST) qui peuvent rendre stérile entraînant des démangeaisons au niveau de l'organe génital, puis entraîner des problèmes de facultés. Mais en aucune manière ne constitue une critique ou jugement de bilan ambulatoire du patient. Par exemple aussi, on suppose qu'un patient qui vient pour un problème bien précis et qu'à la fin si on a un diagnostic, le médecin conseille et le patient doit suivre en principe bien vrai qu'il y a certains patients qui contournent la façon dont cette prévention doit se tenir, ça pourrait exister.

Il y en a qui néglige les traitements, mais nous avons des moyens pour faire en sorte de donner un traitement au patient, nous allons élaborer un bilan pour avoir un résultat, on pose un diagnostic puis un traitement et en fin on évalue tout ça pour permettre de savoir qui est votre patient, est ce qu'il est observant, comment lui rappeler à l'ordre. Par exemple des individus qui viennent pour des cas de VIH, on fait des tests et après on informe, s'ils sont d'accord dans ce cas on donne un traitement comment savoir s'ils respectent ce traitement. Nous leur donnons un rendez-vous pour savoir si le patient en question prend le traitement au sérieux, si ce dernier prend régulièrement ses médicaments, ses symptômes vont diminuer et si nous voyons que les signes persistent, nous saurons à notre tour que le patient ne suit pas correctement le mode de traitement qui lui a été prescrit.

Maintenant quelle stratégie adoptée pour que le patient soit observant, des fois il peut avoir des délits dans la maladie, en ce moment il y a d'autres choix et moyens pour faire comprendre le malade de sa maladie en tout cas cela fait partie de notre prise en charge où l'on voit des patients qui ont des troubles de mentalités, des problèmes psychiques. En tout cas ces problèmes mentaux là, des fois on fait appel aux psychologues et aux psychiatres pour essayer d'y pallier.

C'est difficile d'annoncer aux patients sa souffrance des fois et cela va dépendre de la personnalité du patient par exemple niveau relation soignants/soignés, sinon moi généralement on dit que le diagnostic appartient aux patients. Un patient adulte, vous lui dites en fonction de ses facultés sinon ce n'est pas son père ou sa mère, bref son diagnostic lui revient de droit. Il faut informer un patient en fonction de son diagnostic normalement c'est ce qu'on doit faire, par contre si ce patient est un enfant, c'est principalement les parents qui doivent être informés. En tout cas il n'y a aucune représentation.

Normalement ça ne doit pas exister, en milieu médical nous, on n'a pas ça même étant témoin de ces pratiques en ce moment nous allons agir pour y faire face. Non par exemple un patient homosexuel qui vient à l'hôpital pour la consultation, l'homosexualité étant une pratique non considérée par la société. Donc leur déviance sexuelle ne doit être un problème dans leur prise en charge à l'hôpital en tout cas à notre niveau en tant que soignant peut-être certains peuvent le comprendre autrement. C'est-à-dire à chacun sa façon de compréhension de la situation, mais en milieu médical ce n'est pas trop fréquent, c'est uniquement dans la société qu'on retrouve cette marginalisation contrairement une condamnation en milieu médical et ça se fait, elle doit être connue d'avance. On ne peut accepter de privilégier une ethnie au détriment d'une autre à l'hôpital.

La relation à l'hôpital soignant /soignés dépend que l'on proche parent ou pas, mais ça ne se voit pas trop par exemple moi je suis médecin.

10- Pensez-vous que les soignants doivent développer des compétences, ou avoir des attitudes spécifiques pour la prise en charge de soins d'un patient de culture différente ?
Lesquels ?

Dr.SD : C'est une histoire de culture différente, c'est-à-dire nous, on n'en a pas, ce n'est pas un défaut pour nous les cliniciens. Donc ce n'est pas quelque chose pour où nous allons essayer de travailler, c'est-à-dire de mettre en exergue, non. Nous nous intéressons par rapport à la personnalité du patient, à l'état culturel, à la culture du patient, il n'en existe pas ces situations dans notre profession.

Bon, je ne sais pas peut-être on le développe dans d'autre milieu. C'est-à-dire au Mali, cette histoire de problème de culture différente, c'est une chose très rare dans les structures de soins. Par exemple des cultures ou du moins faire une stigmatisation, franchement cette pratique n'existe pas chez nous.

Je ne dis pas non plus que c'est impossible, mais très rare. Notre société ne nous inculque pas cela. Aussi le métier même n'autorise pas cela, c'est-à-dire de loin cette barrière par rapport à la culture du patient. En tout cas personnellement il n'en existe pas.

On peut dire oui, certes c'est le respect de l'éthique médicale, la considération du respect médical et de la personne etc.

11- Y a-t-il des moyens (humains, outils de service) facilitant la prise en charge de soins des personnes de cultures différentes ?

a. Si vous pouviez instaurer des moyens, qu'envisageriez-vous ?

Dr SD : Non, sinon faire intervenir un interprète pour élucider cette barrière de langues.

12- Quels usages faites-vous des données collectées sur l'ethnie (registre médical) des patients dans les services sanitaires au Mali ?

Dr.SD : C'est surtout dans le souci de mener des études sociodémographiques, quand on connaît, après on utilise la sensibilisation lorsque telle maladie est plus fréquente parmi une ethnie par exemple. On peut accentuer la sensibilisation à travers la langue locale de la communauté visée. Par exemple on sait déjà que le paludisme est fréquent chez les dogons. Donc nous allons mettre en place une campagne de sensibilisation pour éveiller la conscience de cette population sur les mesures préventives à adopter pour faire face à cette pathologie et mieux encore dans leur propre langue pour plus de compréhension d'où ce rôle farouche de nos langues locales dans les pratiques médicales. C'est l'une des méthodes pour véhiculer une information sanitaire.

13- Pourquoi certaines maladies génétiques sont-elles particulièrement fréquentes dans des communautés géographiquement circonscrites ?

Dr. SD : Oui en effet par exemple, la pauvreté, la drépanocytose, la promiscuité, l'endogamie, la circoncision et l'excision en groupe (risque de transmission de maladie), ainsi que les tatouages et scarifications.

14- Des pratiques culturelles peuvent-elles constituer des comportements à risque pour la santé des populations qui les ont adoptées ?

Dr.SD : Nous pouvons parler d'encore de la pauvreté, de l'endogamie et de l'ignorance, de la drépanocytose qui peuvent aboutir à des maladies génétiques.

15- Les discriminations ou stigmatisations en raison de l'origine culturelle sont-elles susceptibles d'affecter la santé de leurs victimes au Mali ?

Dr.SD : C'est interdit dans la médecine cette prise de position par rapport à une quelconque ethnie d'où une violation du serment d'Hippocrate. Ces pratiques ne doivent en aucun cas exister, c'est-à-dire les mœurs.

Entretien 3 : Avec un soignant de la médecine interne

- 1- Nom : K Prénom : M
- 2- Age : 37 ans Sexe : Masculin Ethnie : Malinké
- 3- Résidence : Bamako Profession : Médecin Interniste Nationalité : Malienne
- 4- Depuis quand travaillez-vous dans ce service ? Ancienneté du diplôme ?

Dr.KM : J'exerce cette fonction dans ce service depuis 2015 après avoir obtenu mon doctorat en médecine générale dans les années 2011 et actuellement en spécialisation en médecine interne

- 3- Avez-vous déjà été confrontés à des cultures différentes de la vôtre dans le cadre de votre profession avec les malades ? Racontez-moi comment cela s'est passé.

Dr.KM : Oui notamment la barrière de langue, souvent on est face à des malades qui ne comprennent pas notre langue nationale (Bambara) en général et officiel (Français) et parfois même son accompagnant, il est souvent difficile l'interrogatoire.

- 4- Cela vous a-t-il posé un problème pour la prise en charge des soins ?
- Si oui, à quel niveau ? Sauriez-vous identifier les causes du problème ? Comment avez-vous fait pour y remédier ?
 - Si non, quelles ont été les attitudes et les ressources qui vous ont aidés pour la prise en charge des soins ?

Dr.KM : Oui au moment de l’interrogatoire du malade, il y a plusieurs langues et ethnies au Mali. Il s’agit de prendre seul le temps pour le comprendre ou chercher une tierce personne plus apte à traduire.

- 5- Au moment de l'accueil, certains soignants ont des difficultés pour poser des questions sur les habitudes de vie, habitudes culturelles ou religieuses, quel est votre vécu par rapport à ces questions ?

Dr.KM : C'est vrai, usez les sujets âgés, demandé son comportement sexuel à risque, son statut matrimonial. Les habitudes religieuses à travers la consommation de drogues et alcools, pas facile des fois.

- 6- Les patients peuvent avoir des perceptions sur l'hôpital et des soignants, pensez-vous que vous en tant que soignants, vous avez des représentations sur les patients ?
- Si oui, lesquelles ?

Dr.KM : Oui un médecin compétent avec un sens élevé de savoir être et savoir-faire peut influencer cette perception.

7- De même que les représentations du patient peuvent avoir une incidence sur leur vécu d'hospitalisation, pensez-vous que celles des soignants aient une incidence sur la prise en soin ?

- Si oui, à quel niveau et comment faire pour y remédier ?
- Si non, selon vous y a-t-il d'autres facteurs personnels qui peuvent entrer en jeu dans la relation soignant soignés.

Dr.KM : Oui au moment des visites au lit du malade, le soignant doit rassurer le malade par le savoir, savoir-faire et savoir être en mettant l'accent sur la communication.

8- Pensez-vous que les soignants doivent développer des compétences, ou avoir des attitudes spécifiques pour la prise en charge en soin d'un patient de culture différente ? Lesquelles ?

Dr.KM : Oui le soignant doit s'adapter au milieu dans lequel il exerce notamment et apprendre la langue locale si possible, chercher à comprendre tous les aspects culturels et à les tolérer d'après le serment d'Hippocrate.

9- Y a-t-il des moyens (humains, outils de service) facilitant la prise en charge en soin des personnes de culture différente ?

- Si vous pouviez instaurer des moyens, qu'envisageriez-vous ?

Dr.KM : Je l'ignore.

10- Quels usages sont faits des données collectées sur l'ethnie (registre médical) des patients dans les services sanitaires au Mali ?

Dr. KM : Elles permettent de faire une recherche sur les relations entre une ethnie et l'évolution d'une maladie sur le plan statistique.

11- Pourquoi certaines maladies génétiques sont-elles particulièrement fréquentes dans des communautés géographiquement circonscrites ?

Dr. KM : Les maladies génétiques sont des maladies héréditaires à transmission surtout familiale (ethnique)

12- Des pratiques culturelles peuvent-elles constituer des comportements à risque pour la santé des populations qui les ont adoptées ?

Dr. KM : Oui par exemple les peulhs sont des éleveurs avec un contact étroit avec les animaux et le produit laitiers et cette pratique fait qu'ils font plus de tuberculoses après les autres ethnies au Mali.

13- Les discriminations ou stigmatisation en raison de l'origine culturelle sont-elles susceptibles d'affecter la santé de leurs victimes au Mali.

Dr. KM : Aucune idée, mais oui en tout cas.

Entretien 4 : Médecin généraliste

- 1- Nom : C Prénom : M
2- Age : 47 ans Sexe : Masculin Ethnie : KASSONKE
3- Résidence : Bankoni-Plateau Profession : Médecin Interniste Nationalité : Malienne
4- Depuis quand travaillez-vous dans ce service ? Ancienneté du diplôme ?

Dr. CM : J'exerce cette fonction au sein de ce service depuis 12 ans après avoir obtenu mon doctorat en médecine générale. J'ai cependant une ancienneté de diplôme de 15 longues années.

5- Avez-vous déjà été confrontés à des cultures différentes de la vôtre dans le cadre de votre profession avec les malades ? Racontez-moi comment cela s'est passé.

Dr. CM : Oui par exemple un vieil hospitalisé au service dont l'âme serait liée à la survie d'un lion et donc qui a été hospitalisé parce que son âme sœur le lion aurait été blessé dans la brousse. Une fois admis dans notre service de médecine interne, le vieillard n'avait plus espoir d'être encore sauvé par les soins du personnel hospitalier, mais ses parents l'ont tout de même amené à l'hôpital. Soudain, les parents reçoivent un appel du village pour annoncer la mort du lion blessé et très particulièrement le vieil homme succomba de sa maladie après avoir appris la nouvelle.

6- Cela vous a-t-il posé un problème pour la prise en charge des soins ?

- Si oui, à quel niveau ? Sauriez-vous identifier les causes du problème ? Comment avez-vous fait pour y remédier ?
- Si non, quelles ont été les attitudes et les ressources qui vous ont aidés pour la prise en charge des soins ?

Dr. CM : Notamment oui au moment de l'interrogatoire du malade, le monsieur n'avait pas confiance en notre pratique pour lui tirer d'affaire de ce fait qu'il a une farouche croyance selon laquelle sa vie serait liée à l'existence de ce lion et j'avais du mal à le suivre.

Les attitudes et ressources disponibles sur place à date n'étaient autres que la médiation pour essayer de faire revenir à la raison le vieux.

7- Au moment de l'accueil, certains soignants ont des difficultés pour poser des questions sur les habitudes de vie, habitudes culturelles ou religieuses, quel est votre vécu par rapport à ces questions ?

Dr. CM : Très souvent nous avons des difficultés, surtout quand il s'agit de demander les habitudes de vie de certains patients à propos de certaines notions qui peuvent heurter leur sensibilité comme la prise d'alcool et de drogue.

8- Les patients peuvent avoir des perceptions sur l'hôpital et des soignants, pensez-vous que vous en tant que soignants, vous ayez des représentations sur les patients ?

- Si oui, lesquelles ?

Dr. CM : Non, car tous les patients quel que soit leur ethnie, cultures ou religion restent de même des patients.

9- De même que les représentations du patient peuvent avoir une incidence sur leur vécu d'hospitalisation, pensez-vous que celles des soignants aient une incidence sur la prise en soin ?

- Si oui, à quel niveau et comment faire pour y remédier ?
- Si non, selon vous y a-t-il d'autres facteurs personnels qui peuvent entrer en jeu dans la relation soignant soignés.

Dr. CM : Il faudrait surtout un respect mutuel et de confiance entre le soignant et ses patients, confiance mutuelle je parle et cette première tâche revient au médecin d'assurer le patient de son état de santé et lui fournir des renseignements cliniques très compréhensibles.

10- Pensez-vous que les soignants doivent développer des compétences, ou avoir des attitudes spécifiques pour la prise en charge en soin d'un patient de culture différente ? Lesquelles ?

Dr. CM : Oui, a priori engager des formations continues pour les enseigner ce qu'on appellerait le code de déontologie médical.

11- Y a-t-il des moyens (humains, outils de service) facilitant la prise en charge en soin des personnes de culture différente ?

- Si vous pouviez instaurer des moyens, qu'envisageriez-vous ?

Dr. CM : Oui comme la communication en santé, très souvent faire intervenir des intermédiaires afin de faciliter la communication (compréhension).

12- Quels usages sont faits des données collectées sur l'ethnie (registre médical) des patients dans les services sanitaires au Mali ?

Dr. CM : Il y a plusieurs utilités de ces données par exemple une analyse de données statistiques sur la fréquence et l'évolution de certaines maladies sur l'ethnie.

13- Pourquoi certaines maladies génétiques sont-elles particulièrement fréquentes dans des communautés géographiquement circonscrites ?

Dr. CM : Cette situation majeure est surtout liée à l'endogamie, par exemple la drépanocytose en milieu Peulh.

14- Des pratiques culturelles peuvent-elles constituer des comportements à risque pour la santé des populations qui les ont adoptées ?

Dr. CM : Oui par exemple des pratiques comme l'excision, les mariages de consanguinité et les mariages forcés en milieu rural.

15- Les discriminations ou stigmatisation en raison de l'origine culturelle sont-elles susceptibles d'affecter la santé de leurs victimes au Mali.

Dr. CM : Non, car tout patient est une pièce du puzzle à prendre en compte quelle que soit son origine ethnique, mais cette discrimination peut influencer l'état de santé de l'individu en question.

ANNEXE III

Quelques entretiens réalisés à l'interrogatoire dans les salles de consultations avec les soignants du service de Médecine Interne du CHU Point G.

Entretien du 23 mars 2020 avec le Dr. MK, médecin interniste, CHU Point G, Service de médecine Interne : Salle de Consultation N° 2.

HJD : Bonjour Dr, comment allez-vous

Dr. MK : Oui bonjour, que puis-je faire pour vous ?

HJD : Je suis Habayi Jérémie DEMBELE anthropologue, étudiant au Master Socdev (Société-Culture-Développement) du Laboratoire Mixte International Mali Cohésion Territoire (LMI-MaCoTer). Je suis là pour mener des investigations concernant mon mémoire de fin de cycle en Master pour une durée Maximale de 45 jours. Voici une note de service certifiée par la direction de l'hôpital pour que je puisse mener cette recherche à propos des référents ethniques dans les pratiques médicales au Mali. Donc je voudrais avoir votre autorisation d'assister à votre interrogatoire d'avec les patients, ainsi je vous poserais des questions sur mes observations sur la pratique sans trop vous interrompre dans votre travail.

Dr. MK : D'accord je vois, bienvenue prenez place je vous prie.

HJD : Merci

Dr. MK : Bien, moi je suis Dr. MK, médecin interniste.

HJD : Dr, Pourquoi vous demandez l'origine ou l'identité ethnique des patients dans les au cours de l'interrogatoire ?

Dr. MK : C'est uniquement à vocation épidémiologique d'une part, parce qu'une certaine forme de pathologies est simplement détectée au sein d'une population ou groupement ethnique. Donc la première des choses à faire c'est de renseigner le registre pour déterminer de quel type de patient on à faire.

HJD : Donc à vocation épidémiologique

Dr. MK : Exactement, c'est pourquoi, il s'est avéré important de constater chez l'ethnie Peulh par exemple l'existence de la tuberculose due à la non-pasteurisation du lait avant la consommation.

HJD : L'ethnicité, quel rapport avec l'état santé d'un individu dans la société ?

Dr MK : Vous savez, chacun de nous relève d'une communauté ethnique avec ses normes et pratiques culturelles.

HJD : Par exemple les comportements à risque.

Dr MK : Oui il y a ça aussi, donc cependant des pratiques culturelles d'une certaine ethnie ont une incidence négative sur leur état de santé d'où le rapport. C'est pourquoi je dirais qu'une communauté avec des comportements sains est une population en bon et uniforme état de santé.

HJD : Quel est principalement le but recherché ?

Dr MK : Comme je vous l'ai dit, d'une part c'est à vocation épidémiologique dans ce sens où nous essayons de déterminer des pathologies au sein d'une communauté ethniques donnée (présence de tuberculose chez l'ethnie Peulh par exemple, les cas de paludisme grave chez les Dogons etc.)

HJD : D'accord, mais cette demande (observance ethnique) ne leur gêne-t-elle pas ?

Dr MK : Quelle demande, développez ?

HJD : Le fait que vous demandez aux patients leur appartenance ethnique, est-ce qu'ils résistent ou se sentent gêné suite à ce questionnement à leur endroit ?

Dr MK : Bon, moi qu'à même je n'ai vu trop de résistance des patients que j'ai consulté durant ces dernières années. Néanmoins il y en a qui peuvent être un peu sensible à la question sinon il n'y a pas de problème à ce niveau, c'est-à-dire sur le fait que le patient nous communique son identité ethnique même si ce dernier ignore ce qu'on va en faire par la suite.

HJD : Très bien arrive-t-il parfois que des patients contournent cette situation dans le protocole de soin ?

Dr MK : Peut-être que certains patients le font compte tenu de l'imperfection même de l'homme parce qu'ils ont peur de dévoiler leur identité ou encore ils ne veulent tout simplement pas, par exemple quelqu'un peut dire qu'il est Dogon alors qu'il est Bobo, mais cela n'engage que lui. Néanmoins ce qui serait dans leur bien, c'est de nous donner des informations fiables sur leur être.

HJD : Comment définirez-vous un registre médical ?

Dr MK : Un registre est un support qui permet de relever les données sociodémographiques du patient.

HJD : Données sociodémographiques ?

Dr MK : Oui évidemment tout ce qui se rapporte à l'identité générale même du patient en quelque sorte (Nom, Prénom, Age, Sexe, Profession, Ethnie etc.)

HJD : Vous en tant que soignant, avez-vous des sentiments de stéréotypes ou de préjugés à vis-à-vis de vos multiples patients de culture différente lors de vos scènes d'interrogatoires ?

Dr MK : Pas du tout. C'est contraire à l'éthique médicale. Toutes les communautés ethniques sont égales et prioritaires lorsqu'il s'agit de prise en charge et soins. Moi par exemple je n'ai de position à prendre sur le comportement culturel d'un patient, je me dois juste de l'écouter et non avoir un jugement sur son appartenance ethnique ou quoi que ce soit d'autre. Notre statut de professionnels de santé ne le permet pas, c'est une entrave au serment d'Hippocrate (code de déontologie médicale).

HJD : Pensez-vous que l'ethnicité peut induire des soins de santé inégalitaire à l'hôpital ?

Dr MK : En tout cas, pas du tout au niveau du service de médecine interne, car en matière de prise en charge toutes les ethnies sont égales en ce qui concerne la réception de soins adéquats pour la guérison. Il n'y a pas cette transparence dans notre service ici, chaque patient est un cas majeur. Ce sentiment d'infériorité et de supériorité des ethnies, c'est uniquement dans la société, ce point de brassage culturel. Les hôpitaux ne prennent pas part à cette discrimination pointue. Au Mali dans presque tous les services publics, privés et parapublics, la tendance est qu'on privilégie très souvent les plus proches parents (ami, cousin, voisin etc.) au détriment d'autres personnes. Mais dans les hôpitaux la transparence est de mise, cette tendance n'est pas actualisée, uniquement sont privilégiés les personnes âgées et des cas de prise en charge urgent d'où le terme « Priorité aux personnes âgées ».

HJD : Avez-vous eu des relations triangulaires (soignants intermédiaires patients) lors des interrogatoires et comment cela s'est-il passé ?

Dr MK : C'est-à-dire ?

HJD : Il s'agit tout simplement des cas où vous avez été confrontés à la présence de plusieurs personnes lors de l'interrogatoire, le malade y compris ses accompagnants.

Dr MK : Oui effectivement ces cas de figure on n'en rencontre tous les jours. Le malade vient surtout accompagner s'il n'est pas en mesure de bien expliciter sa maladie, ainsi intervient son accompagnant qui des fois nous dévoile des trucs sur lesquels le patient a oublié de signaler sur son état de santé d'une part et d'autre part les accompagnants traduisent les paroles du malade dans leur langue locale qui ne parvient pas à s'exprimer dans la langue nationale ou officielle pour nous faciliter la tâche.

HJD : Merci, donc quel est cet impact de la communication sur l'état de santé d'un patient à l'hôpital ?

Dr MK : Un professionnel de santé qui ne comprend pas les mots du malade peut exposer ce dernier à des risques énormes. Une bonne connaissance de certaines langues locales est souhaitable et bénéfique pour le personnel du service de santé. La langue est un meilleur atout en soins de santé.

Par exemple, vous avez vu par vous même la patiente Dogon qui est venue accompagnée de son fils qui ce dernier comprend et la langue locale (Dogon) et la langue officielle (Française). Le fils nous interprète en la langue française ce que la maman lui communiquait dans sa langue locale. La dame parlait Dogon et son accompagnant me traduisait les maux du malade d'où l'importance des langues locales dans les prises en charge. Le problème est que les informations reçues peuvent ne pas être fiables d'où l'originalité ou la cohérence des renseignements cliniques fournies sur l'état de santé du patient.

HJD : Des comportements culturels peuvent il y a des influences sur l'état de santé d'une communauté ethnique ?

Dr MK : Mon cher, évidemment que Les comportements et habitudes de vie (l'alimentation, consommation de stupéfiants etc.), peuvent beaucoup influencer l'état de santé d'un individu ou d'une communauté ethnique. Ils peuvent constituer des risques sur l'état de santé d'une population, il y a des pratiques culturelles telles que les mariages précoces, les mariages consanguins qui pourront avoir des effets néfastes et négatifs sur l'état de santé d'une tierce personne.

HJD : Selon vous quels peuvent être les rapports entre soignants et l'infirmier (ères) ?

Dr MK : Parlant de rapports, je dirais tout simplement qu'il repose uniquement sur la subordination (la hiérarchisation) entre le personnel médical.

HJD : Parle-moi un peu des rapports entre les patients de culture différente et les soignant dans le service ?

Dr MK : Les soignants entretiennent de très bonne relation avec les patients mais souvent conflictuelles aussi. C'est surtout dans un cadre de respect mutuel et de confiance que se développe notre relation à l'hôpital. Les petits conflits peuvent surgir de nulle part parce que des patients peuvent se plaindre de la qualité du service et finissent conditionner par un abandon de la structure sanitaire, bref du traitement.

HJD : Merci Dr pour votre disponibilité, c'était très instructif.

Dr MK : Pas de problème

HJD : C'est tout ce que j'ai pu préparer et observer aujourd'hui en votre compagnie, mais comme c'est la première phase de mon investigation à savoir observer le pratique du soignant dans sa profession, nous nous verrons certainement pour la deuxième phase pour une tête à tête dans votre bureau plaise à Dieu.

Dr MK : Il n'y a absolument pas de problème, n'hésitez surtout pas à me faire vos remarques et osez poser vos questions, je suis là pour ça. Merci.

HJD : Donc au revoir et à la prochaine.

Entretien du 19 mars 2020 avec le Dr DS, médecin interniste, CHU Point G, Service de médecine Interne : Salle de consultation N° 1.

HJD : Bonjour Dr

Dr DS : Bonjour, c'est pourquoi ?

HJD : Dr ; je suis HJD, actuellement je suis en train d'enquêter sur un sujet, celui de mon mémoire bien évidemment à propos des Référents ethniques dans les pratiques médicales au Mali.

Dr DS : Quels référents, je n'ai pas compris, vous pouvez expliciter un peu s'il vous plaît ?

HJD : D'accord, je suis là pour effectuer une recherche sur le pourquoi vous soignant dans les services sanitaires vous procédez à l'identification originaire de vos patients. Donc voici la note de service certifiée par le chef de service le Pr KAS, vous pouvez le lire.

Dr DS : Bien, laissez-moi voir ça de plus près.

HJD : De ce fait, je vous demande une autorisation d'assister vos différentes scènes d'interrogatoires dans le seul but d'observer et prendre des notes et vous posez quelques questions si bien sur vous n'y voyez pas d'inconvénients.

Dr DS : Ok M. D, installez-vous, je suis le Dr DS clinicien interniste dans ce service.

HJD : Merci Dr.

Dr DS : Anthropologue c'est ça ?

HJD : Oui, effectivement je suis anthropologue.

Dr DS : Vous pouvez poser vos questions hein, voilà.

HJD : Dr, quel est quelle peuvent être les facteurs positifs ou négatifs de cette relation soignant soigné et accompagnateur sur l'état de santé du malade en question ?

Dr DS : Les soignants demandent toutes les informations nécessaires sur l'état de santé du patient pour ensuite pouvoir le diagnostiquer. L'intermédiaire (accompagnateur) parfois arrive en soutien au patient pour compléter le plus souvent uniquement les informations en rapports avec l'état de santé du malade, mais force est de reconnaître que l'accompagnateur ne pourra traduire pas tous les maux du malade en restant fiable à certaine notion qui existe dans

la langue locale que nationale ou officielle à la place de ce dernier car des pistes peuvent être brouillées.

HJD : Le statut socio-économique impact il l'état de santé d'un individu ?

Dr.DS : Le statut socio-économique joue forcément sur l'état de santé d'un patient, car les problèmes financiers peuvent pousser un patient ou les parents d'un patient à un abandon de traitement de la maladie. Des parents se sont sentis des fois annuler l'hospitalisation de leur enfant compte tenu de leur situation financière, c'est pitoyable je dirais. Donc seront par la suite contraints de faire des allers-retours sur de long trajet avec leur malade en question, ce qui nécessite également à des dépenses colossales. Cette situation peut porter atteinte sur l'intégrité physique du patient en quelque sorte.

HJD : Quelle définition pouvez-vous donner à ce registre (Médical) ?

Dr DS : Le registre, c'est pour une évaluation et l'enregistrement du nombre de patients reçu dans un hôpital qui contient les éléments suivants (nom, prénom, l'âge, le sexe, date et lieu de naissance, l'ethnie, le diagnostic et traitement). C'est un répertoire pour les soignants d'identifier les patients.

HJD : Je vois et pourquoi s'intéresser à l'ethnie du patient ou du moins quel est ce lien entre l'appartenance ethnique du patient et son état de santé ?

Dr DS : La question ethnique est bel et bien prise en compte dans les pratiques médicales au Mali. C'est généralement à vocation épidémiologique que nous le faisons soit pour déterminer la maladie en termes de fréquence au sein d'une communauté ethnique géographiquement circonscrite.

HJD : Quelles sont les pathologies (maladies) que vous traitez principalement dans ce service de médecine interne ?

Dr DS : Mon cher, tu dois comprendre par ici que la médecine interne, c'est la médecine elle-même dans sa généralité. Donc au sein de ce service nous sommes spécialistes de maladies telles que le diabète, le paludisme, la tuberculose, le cancer, les maladies de foie, rénales, ainsi que les maladies du système digestif et infectieux etc.

HJD : Merci pour la précision Dr ; qu'en est-il exactement des maladies génétiques ?

Dr DS : Vous savez, les maladies génétiques ce sont des pathologies très rare dans nos sociétés, certes ils en existent bel et bien, par exemple si nous prenons la drépanocytose elle est

génétique d'où une maladie du sang qui affecte plus particulièrement certaines populations au Mali, les peulhs par exemple. Je vais trop m'attarder sur tous les explications médicales. Il y a aussi l'hémophile ainsi que la trisomie etc. Cependant, il existe à Point ici une structure spécialisée dans le traitement et l'éradication de la drépanocytose, c'est tout près d'ici.

HJD : D'accord, merci ; qu'entendez-vous par santé, une définition de la santé en quelque sorte quoi. ?

Dr DS : La santé, bon la santé c'est avoir un état sain, aussi si je peux me permettre je rejoins également l'OMS qui la définit comme étant cet état de bien-être physique, mentale et sociale ne consistant à l'absence d'une intégrité morale et physique mais de toutes formes d'infirmités.

HJD : Dr, par exemple l'ethnicité ou la couleur de la peau peut-il induire des soins de santé inégalitaires à l'hôpital ?

Dr DS : Dans les hôpitaux, de tel cas doit être sévèrement sanctionné car après avoir prêté serment un soignant n'a pas intérêt à faire cela. Le médecin n'a aucune raison de privilégier une ethnie par rapport à d'autres. L'hôpital est un centre d'accueil de soins fréquenté par une farouche diversité ethnique. Les soins dans la prise en charge sont dus être égaux à tous les niveaux, par exemple un albinos à le même droit de prise en charge de soins de santé que tout autre individu ainsi que le Peulh, le Dogon, le Tamasheq et le Bobo déontologiquement parlé.

HJD : Quelles sont les difficultés auxquelles vous êtes confrontés au cours de l'exercice de votre fonction dans ce service ?

Dr DS : Les difficultés, vous allez nous aider à les résoudre j'espère ?

HJD : Bon, en fin bref probablement.

Dr DS : C'est bien, en réalité les problèmes ça ne manque pas à l'hôpital. Nous sommes confrontés à des difficultés tels que le manque de matériel de travail et d'équipements pour la bonne pratique de notre profession. Je dirais qu'il n'existe surtout pas de volonté politique pour bien équiper nos structures sanitaires particulièrement à caractère public. Nous sommes dans un pays où les doléances ne sont pas traitées prioritairement. C'est pourquoi nous essayons à chaque fois de faire notre métier du mieux que l'on peut avec les moyens de bords qui eux aussi ne suffisent pas largement pour une très bonne prise en charge des malades.

HJD : Avez-vous eu des difficultés à comprendre les mots ou les expressions du malade quand ce dernier s'exprime au cours de l'interrogatoire ?

HJD : Vous s'avez la médecine c'est l'interrogatoire, c'est-à-dire la bonne communication entre l'émetteur et le récepteur à mon niveau je n'ai pas rencontré autant de difficultés quand il s'agit de la prononciation (résonance, similitudes etc.). La difficulté majeure c'est de ne pas savoir interpréter les mots du malade dans sa langue locale. Donc pour poser un diagnostic complet, on se fait aider soit par un collègue qui comprend mieux la langue du patient soit par l'accompagnant du malade. Pour compléter souvent il existe des maladies dont le nom existe dans la langue locale que nationale et officielle, ce qui pourrait impacter notre diagnostic final. Je pense que c'est la fin des consultations pour aujourd'hui.

HJD : Très bien Dr, en tout cas merci pour les réponses à mes questions, j'espère que je n'ai pas trop perturbé la séance d'interrogatoire avec vos patients.

Dr DS : Non mon cher, vous avez bien fait, je comprends et sache que j'ai moi-même été dans cette situation, donc la roue tourne. Si vous avez d'autres questions n'hésitez pas dans les prochains jours à venir me voir durant le laps de temps de votre recherche, mon bureau se trouve au premier étage.

HJD : Merci infiniment Dr pour votre entière disponibilité, au revoir à bientôt.

Dr DS : Allez, bien de chose à vous.

HJD : Merci, et bon après-midi.

Entretien du 1er avril 2020 avec le Dr MM, médecin interniste, CHU Point G, Service de Médecine Interne : Salle de consultation N° 3.

HJD : Bonjour à tous, Dr bonjour.

Dr MM : Oui bonjour comment allez-vous monsieur ?

HJD : Bien, Dieu merci Dr.

Dr MM : Alhamdoulila, c'est pour quoi ?

HJD : Pour commencer je suis HJD, étudiant en Master, actuellement je mène une enquête dans votre service pour l'obtention de mon diplôme de Master en Anthropologie sociale, excusez-moi veuillez procéder à la lecture de cette présente note de service pour plus d'information complémentaire sur le but principal de ma présence dans votre établissement.

Dr MM : Ok, donnez je vais voir ça sous peu.

HJD : Merci, donc comme je disais je voudrais maintenant avoir votre accord pour assister dans vos différentes séances d'interrogatoire avec les patients pour observer et collecter des données qui me permettront d'appuyer les hypothèses que j'avance concernant ce sujet de mémoire.

Dr MM : Donc c'est pour effectuer des recherches sur l'ethnie des patients et la médecine si je comprends bien.

HJD : Oui en quelque sorte je dirais.

Dr MM : Très bien asseyez-vous là-bas, moi je suis le Dr MM, actuellement en spécialisation dans la médecine interne.

HJD : Merci, enchanter Dr.

Dr MM : Je vous en prie.

HJD : Alors Dr comment définirez-vous la santé ?

Dr MM : La santé ou encore le bon état de santé si je peux me le permettre est un état de bien être complet, physique, mentale et sociale sans aucune infirmité.

HJD : Aucune infirmité vous dites ?

Dr MM : Oui par exemple dans le service de psychiatrie, il y a certainement des individus qui semblent être bien portants physiquement mais par ailleurs souffrent de traumatismes ou déviances mentaux. Donc c'est l'ensemble des aspects physiques, psychologique et social qui prévaut cette absence d'infirmité chez l'être humain et constituerait le très bon de santé.

HJD : Quel rapport existe-t-il entre l'identité ethnique d'une personne et son état de santé dans sa prise en charge ?

Dr MM : Le seul rapport est qu'il y a certaines pratiques culturelles comme les mariages de consanguinité pouvant engendrer une émergence de maladie génétique ou héréditaire (drépanocytose, tuberculose) au sein d'une population géographique circonscrite (Peulh, Tamasheq, Sarakolé). Aussi des individus adoptent au fil des ans des comportements à risque pour leur état, donc nous, on se doit d'y remédier en trouvant les solutions.

HJD : Ces perceptions véhiculées oralement n'éveillent-elles pas la sensibilité de certains patients ? Vous est-il arrivé que des patients contournent cette situation (refusez) ?

Dr MM : De nos jours, il n'y a plus de mal à ce qu'un individu dévoile son identité ou origine ethnique au soignant pour sa prise en charge totale. Autrefois c'était tout un problème, des personnes ne voulaient pas dévoiler leur appartenance ethnique parce qu'ils ont peur ou honte de leur identité. Des ethnies étaient considérées comme des esclaves et d'autres les maîtres ou les nobles de la couche sociale au Mali, même actuellement cette situation sévit dans notre pays, aussi prenons la crise sécuritaire au Mali, les ethnies du Nord sont exposées à un grand risque ou danger, donc contournent parfois cette situation (identification de l'origine ethnique) dans le cadre leur prise en charge. Au Mali selon mes constats certains noms de famille déterminent clairement quel groupement ou populations ethniques appartiennent un individu sauf exception des noms de famille tel que TRAORÉ, DEMBELE, COULIBALY etc.

HJD : Qu'est-ce que vous pensez de l'inégalité sociale de santé (ISS) au Mali ?

Dr.MM : Bon, je dirais à mon niveau qu'il n'existe pas cette tendance en matière de santé au Mali, car un médecin qui consulte dans une clinique de grand prestige peut aussi bien diagnostiquer des malades dans une autre structure antérieure, c'est-à-dire les EPH, ainsi que les CS COM etc. Ce sont les patients qui font la part des choses en faisant les comparaisons entre ces structures. Mais il faut reconnaître que ces structures opèrent de la même façon,

suivent les mêmes procédures de soins de santé mais c'est la prise en charge qui diffère un peu d'où la qualité de service de prestation de soins.

HJD : Pour une dernière observation qu'est-ce que vous pensez de la parenté ou le cousinage à plaisanterie dans les hôpitaux, comme vous venez tout à l'heure de taquiner verbalement la dame, dit quel est son effet sur la personne malade ?

Dr.MM : Le cousinage à plaisantin vous dites, au fait c'est d'ailleurs ce qui fait la beauté de notre pays, les ethnies se critiquent sans avoir recours à la violence physique mais un peu verbale qu'à même. Les soignants tout comme les patients se jettent des petits clashes à caractères pacifiques lors des consultations au cours de l'interrogatoire. Très souvent ces faits donnent du sourire et de l'espoir au patient lors de l'accueil dans ce sens où un bon accueil donne de l'espoir au malade. Il oublie tout de suite sa maladie pendant un moment bien avant d'en arriver aux vifs du sujet de sa présence même à l'hôpital.

HJD : Merci Dr M, j'espère vous retrouvez une prochaine fois pour d'autres interrogations d'ici la fin de la durée de mon investigation dans votre service.

Dr.MM : Au plaisir Monsieur D, vivement une prochaine fois alors. Au revoir

HJD : Au revoir et bon après-midi à vous.

Dr.MM : Merci.