

# Luisteren naar het waarom: perceptie en gebruik van medische voorzieningen in Mali

Stephan van Praet

*Via de beschrijving van een operationeel antropologisch onderzoek in Mali, waarbij zowel curatieve dienstverlening, moeder- en kindzorg en gezondheidsvoorlichting onderzocht werden, wijst de auteur op het belang van de socio-culturele context bij de uitbouw van gezondheidsprogramma's. Medische antropologie is een belangrijke informatiebron voor beleidsplanning en kan, indien toegepast, de kloof tussen gezondheidsstructuren en patiënten verkleinen.*

## Inleiding

Toegepast antropologisch onderzoek is vrij zeldzaam in België. Het Algemeen Bestuur voor Ontwikkelingssamenwerking (ABOS) en de niet-gouvernementele organisaties investeren er zelden in. Toch lijkt dergelijk onderzoek niet overbodig, aangezien de specifieke verlangens van de doelgroepen in ontwikkelingsprojecten gemakkelijk verwaarloosd worden onder de druk van een gestandaardiseerde projectplanning en heersende opvattingen over ontwikkeling. Door in de verschillende fases van een project (identificatie, implementatie, evaluatie) rekening te houden met de lokale denk- en handelingswereld, zou men obstakels, gebrek aan motivatie of participatie en zelfs apathie ten overstaan van de ontwikkelingsprojecten kunnen vermijden. Het *aandachtig luisteren* naar de doelgroep blijft één van de belangrijkste taken binnen het ontwikkelingswerk. Antropologen kunnen hieraan een bijdrage leveren.

Om de relatief geringe lokale participatie aan de institutionele gezondheidsvoorzieningen in de regio van Tombouctou in het noorden van Mali te analyseren, werd door de Regionale Directie van het Gezondheidsministerie en door Artsen Zonder Grenzen-België besloten om een socio-culturele studie uit te voeren. Deze studie had tot doel na te gaan welke factoren de perceptie van en de participatie aan gezondheidszorg beïnvloeden. Dit artikel is een beknopte weergave van de resultaten in drie van de vier studiedomeinen: de curatieve zorg, de moeder- en kindzorg en de informatie- en vormingsprogramma's. De specifieke problemen van de vaccinatiecampagnes worden hier niet besproken.

## **Methodologie**

De expliciete vraag om de verschillende bevolkingsgroepen uit de regio te contacteren en de beperkte tijd – zes weken veldwerk gedurende de maanden juni en juli 1990 – noodzaakten me tot een algemene benadering. De resultaten zijn niet per bevolkingsgroep uitgewerkt, maar worden op een algemene, samenvattende wijze weergegeven. Drie elkaar aanvullende werkwijzen werden aangewend om de gegevens te verzamelen: documentenanalyse; observatie van de activiteiten binnen de medische structuren; niet-directieve interviews in twee urbane en twee rurale centra met medisch personeel, sleutelinformanten en verschillende bevolkingsgroepen. Het anonieme karakter van de interviews werd steeds benadrukt, en om de vertrouwensrelatie niet te schaden werd geen enkele registratie tijdens de interviews zelf ondernomen.

Dit onderzoek is niet representatief voor de gehele bevolking van de regio van Tombouctou, omdat het heeft plaatsgevonden in de nabijheid van gezondheidscentra. De geografische afstand is een bijkomende hindernis voor de meerderheid van de bevolking in de regio.

## **De regio**

De regio van Tombouctou (VI administratieve regio in Mali, 497.926 km), wordt gekenmerkt door een grote ecologische verscheidenheid: woestijn, sahel, meren en overstromingsgebieden van de Niger. De samenstelling van de 500.000 inwoners is zeer divers. Ongeveer dertig procent is nomade of semi-nomade. Onder hen bevinden zich de Kel Tamacheq/Bella, de Maure/Berabich en de Peul. Aan de Niger wonen de sedentaire Songhai en Bozo die voornamelijk van visvangst en landbouw leven. De traditionele stratificatie volgens sociale kasten is blijkbaar minder belangrijk dan voorheen, maar blijft het sociale leven van vandaag beïnvloeden. De islam is de dominante religie, maar voor-islamitische gebruiken zijn nog sterk aanwezig, voornamelijk onder de Songhai en Bozo. De regio kent, onder invloed van de moeilijke levensomstandigheden, een sterke migratie naar urbane centra, naar Zuid-Mali en naar de omliggende landen. Deze migraties veroorzaken een versnelde verandering in opvattingen en gedragingen, voornamelijk onder de jongeren.

## **De curatieve dienstverlening**

In de regio's van Tombouctou en Gao (VI en VII administratieve regio) werd door Artsen Zonder Grenzen-België, in samenwerking met het Malinese Ministerie voor Volksgezondheid het project 'Gezondheidswinkels' (Les Magasins de Santé) uitgebouwd. Binnen dit project, dat zich gedeeltelijk zelf moet bedruipen, worden de patiënten in de gezondheidscentra door medisch geschoold personeel voorzien van essentiële medicijnen voor een vaste prijs per behandeling van zeven dagen, ongeacht de aard van de aandoening. Deze prijs bedraagt 200 CFA wanneer de behandeling gebeurt door een verpleger en 300 CFA wanneer een geneesheer de behandeling

verleent (ongeveer 25 en 37 BF). De inkomsten worden gecentraliseerd en via een globale offerte uitbesteed om in Europa bij gespecialiseerde verenigingen zonder winstoogmerk medicijnen tegen groothandelsprijzen aan te kopen. Dit project functioneerde aanvankelijk met technische bijstand van Artsen Zonder Grenzen en wordt nu volledig beheerd en uitgevoerd door de lokale medische staf.

Uit het onderzoek blijkt hoezeer de kwaliteit van de curatieve dienstverlening het beeld bij de bevolking bepaalt van het geheel van de gezondheidsvoorzieningen. De medicijnen en de curatieve zorgen zijn ontegenzeggelijk de voornaamste toegangspoort tot het geheel van de medische dienstverlening, inclusief preventie en informatie. Een tekort aan medicijnen betekent doorgaans het wegvallen van de stimulans om een medische dienst te bezoeken. De drie voornaamste opmerkingen van respondenten over de curatieve dienstverlening hadden betrekking op de prijzen, de beschikbaarheid van alternatieve geneeswijzen en het gedrag van het medisch personeel.

#### *De financiële drempel*

De prijs van 200 à 300 CFA voor een ziektebehandeling blijkt aanvaardbaar voor de grote meerderheid van de bevolking. Alleen in de verpauperde wijken werd de opmerking gemaakt dat sommige bewoners geen contant geld hebben om voor gezondheidszorg te betalen aangezien ze zelf doorgaans in natura betaald worden, namelijk met voedsel voor zichzelf en hun familie.

De financiële drempel wordt echter hoger, wanneer de medische staf medicijnen voorschrijft die buiten het circuit van de 'Magasins de Santé' aangekocht moeten worden. De prijs daarvan bedraagt al gauw enkele duizenden CFA en is vrijwel onbetaalbaar voor de meerderheid van de bevolking. "Het is niet de moeite waard om naar het gezondheidscentrum te gaan, we kunnen de medicijnen toch niet betalen!", was een veel gehoorde klacht.

Waarom dan die bijkomende dure voorschriften in de marge van een project dat bedoeld is om de prijs van de gezondheidszorg zo laag mogelijk te houden? Tekorten in de voorraad of ontoereikende dotaties nopen de medische staf soms om medicijnen buiten het circuit 'Magasins de Santé' voor te schrijven. Deze 'dure' periodes zijn nefast voor het imago van de curatieve dienstverlening. Zelfs al zijn deze periodes van korte duur, de bevolking verwijst er voortdurend naar.

Het komt voor dat de medische staf medicijnen voorschrijft die zich niet in het gamma van de essentiële medicijnen van de 'Magasins de Santé' bevinden. Daardoor krijgt het project een 'zwak' en 'duur' imago, aangezien het volgens de bevolking niet kan voorzien in de noodzakelijke medicijnen.

Een achterstand in de uitbetaling van de – karige – lonen kan bepaalde gezondheidswerkers aanzetten tot het niet correct toepassen van de gebruikelijke tarieven, waarbij de patiënten gedwongen worden een hogere prijs te betalen.

#### *Alternatieve geneeswijzen*

In de regio van Tombouctou bestaan alternatieve behandelingsmethoden met een grote geografische, culturele en financiële toegankelijkheid. Alvorens patiënten in

contact komen met het 'moderne' gezondheidscentrum, hebben ze vaak reeds een serie andere raadplegingen achter de rug. Het meest gebruikte alternatief is dat van de zelfmedicatie binnen de eigen familie. Oudere personen die de voorvaderlijke medische kennis overgeërfd hebben, zijn doorgaans de eerste toevlucht van de zieken. Deze hulp binnen de familie is meestal gratis.

Een tweede alternatief zijn de marabouts en andere lokale genezers. Het Nationaal Onderzoeksinstituut voor Volksgezondheid schatte het aantal *tradipraticiens* in 1986 op één per vijfhonderd inwoners voor het geheel van de Republiek Mali (UNICEF 1989). De behandelingen door de marabouts zijn zeer verscheiden: religieuze bezweringen, preventie door amuletten (*tira*), de heilige wetenschap der cijfers (*abadjaka*) en divinatie via droomuitlegging (*alistekhara*). De andere traditionele genezers gebruiken naast rituele bezweringen hun kennis van het woord, van planten en dierlijke produkten, de bezetenheidsdansen (*holey hore*) en Hauka-dansen (*Dieux de la Force*). De oorzaken waar de lokale genezers de ziekten aan toeschrijven, sluiten aan bij de religieuze leefwereld van de patiënten. Volgens de traditionele Songhai kosmologie bijvoorbeeld, bevindt de mens zich in een door geesten (*hole*) gecontroleerd universum. De genezer bezit de kennis via welke hij de onzichtbare krachten kan controleren die heersen over het evenwicht tussen leven en dood. De ziekte wordt verklaard en behandeld binnen haar relatie met dit universum en niet enkel op het niveau van haar symptomen. De opvattingen over ziekte en genezing verschillen per bevolkingsgroep en kunnen zelfs binnen één groep variëren naar sociale klasse (cf Bissilliat 1976, El-Mehdi Ag-Hamahady 1989, Imperato 1976, Le Jean 1987, Rouch 1989, Stoller 1980).

De vergoedingen voor lokale genezingspraktijken verschillen sterk (van 50 CFA tot 50.000 CFA en soms zelfs meer) naargelang het type van behandeling, de economische situatie van de patiënt en de mate van voldoening die de patiënt heeft na de behandeling. Deze aan de patiënt aangepaste wijze van betalen verlaagt de financiële drempel, ook al liggen de bedragen soms aan de hoge kant. Doorgaans moet de patiënt eerst 'de hand van de genezer bevochtigen', wat betekent dat hij een klein voorschot moet geven om de behandeling te starten. Wanneer de patiënt na de behandeling tevreden is, vergoedt hij de therapeut met het bedrag dat vooraf overeengekomen is. Deze vergoeding kan ook in één of meerdere malen in natura gegeven worden, naargelang de mogelijkheden van de patiënt. Sommige genezers eisen betaling vóór de behandeling, maar geven deze terug of gaan over op kosteloze behandeling, als de patiënt niet tevreden is. De wijze van betalen is een belangrijk element in de vertrouwensrelatie tussen patiënt en therapeut. Deze notie van 'krediet' bestaat niet in het 'moderne' gezondheidssysteem, hetgeen een aantal patiënten doet twifelen of het wel verstandig is te investeren in een behandeling waarvan ze niet zeker zijn of die wel resultaat zal hebben.

Ook binnen het domein van de moderne gezondheidszorg is er een parallelle markt ontstaan waar de bevolking regelmatig gebruik van maakt:

- Privé-consultaties door het medisch personeel of door de 'vrijwilligers' die in de gezondheidscentra werken.
- Rechtstreekse aankoop van medicijnen in de staatsapotheek of bij handelaars die zich in de staatsapotheek bevoorraden.

- Giften van medicijnen door toeristen. Zo bezit de door toeristen meegebrachte nivaquine met de vermelding 'N' op het tablet een betere reputatie dan de normaal verkrijgbare versie.
- Doorsijpeling van medicijnen van de 'vrije' markt in Burkina Faso. Tetracycline is bijvoorbeeld erg in trek en wordt aangeduid als 'Soigne Tout'. Het middel wordt dan ook op de meest willekeurige wijzen toegediend aan mensen en vee.

#### *Het onthaal van de patiënten*

“Ze zijn afstandelijk.”

“Ze respecteren ons niet.”

“Ze praten niet.”

In sommige van de gezondheidscentra kunnen interculturele verschillen tussen patiënten en medisch personeel aan de basis liggen van een moeilijke en afstandelijke patiënt-therapeutrelatie. De medische staf is vaak uit Zuid-Mali afkomstig en heeft weinig culturele aanknopingspunten met de diverse bevolkingsgroepen uit de regio. Wanneer daarenboven een misprijzen voor de nomadische levenswijze aanwezig is, kan men wel degelijk spreken van een vertrouwensprobleem. De dialoog – een zo essentieel element in de lokale behandelingswijzen – beperkt zich vaak tot de anamnese en stemt niet overeen met wat de patiënt verwacht van de consultatie. De verklaring van het 'waarom' van de ziekte blijft achterwege en dit schept al gauw een psychische onvrede na afloop van de consultatie.

#### **Moeder- en kindzorg**

Onder moeder- en kindzorg verstaan we hier de pre- en postnatale consultaties en alle activiteiten in verband met de bevalling. De aangehaalde motieven en verklaringen voor niet-participatie aan de moeder- en kindactiviteiten zijn divers en kunnen bovendien sterk verschillen per lokatie. Sommige verklaringen hebben betrekking op de kwaliteit van de zorgverlening, andere op sociaal-culturele aspecten van de moeders.

#### *Gebreken en problemen in zorgverlening*

Tijdens gesprekken over de moeder- en kindzorg werden vooral vier problemen binnen de zorgverlening genoemd: institutionele problemen, het gebrek aan vrouwelijk personeel, de houding van het personeel en financiële bezwaren.

Alle bezochte instellingen – op de centrale kraamkliniek van Tombouctou na – vertonen lacunes op niveau van de gebouwen, de medische uitrusting of de logistieke organisatie. Deze situatie wordt door het medisch personeel als een handicap in het werk en door de bevolking als weinig uitnodigend ervaren.

In sommige gezondheidsposten is er geen lokale vroedvrouw aanwezig. Zo wordt één van de posten bezet door een mannelijke verpleger uit Zuid-Mali die geen enkele van de lokale talen spreekt, en die zich tijdens de consultaties laat bijstaan

door een plaatselijke mannelijke vertaler. De moeder- en kindactiviteiten zijn in deze gezondheidspost dan ook zo goed als stilgevallen.

Discretie blijkt een heel belangrijke waarde te hebben in de regio, ook binnen de gezondheidscentra. Vele vrijwilligers, wier activiteiten binnen de gezondheidsstructuren toegelaten worden omwille van een gebrek aan gediplomeerd personeel, hebben geen kennis van medische deontologie en respecteren niet steeds het medisch geheim. Deze gang van zaken wordt door de vrouwen regelmatig vermeld als reden om niet in de officiële instellingen te bevallen. In dezelfde zin wordt het komen en gaan van verschillende personen gedurende de consultaties of bevallingen niet op prijs gesteld. De jonge leeftijd van het medisch personeel kan vrouwen van een oudere leeftijd afschrikken: "We willen niet geholpen worden door jonge meisjes!"

Tenslotte zijn er vrouwen die stellen dat ze geen tijd hebben om de pre- en postnatale consultaties bij te wonen. Ze moeten immers hun produkten verkopen op de markt of hebben gewoonweg teveel huishoudelijk werk. In geval van een noodsituatie bij de bevalling is het voor de meeste vrouwen bovendien onmogelijk de kosten van een ambulance (privé-voertuig) te betalen. De aankoop van een 'gezondheidsboekje' dat recht geeft op controle-consultaties voor gezonde kinderen, wordt niet begrepen en moeilijk aanvaard door de moeders. Sommige vroedvrouwen die in de gezondheidscentra werken, ontvangen geen loon, maar worden vergoed volgens de gebruiken, bijvoorbeeld een schapebout op de dag van het doopsel of een paan. Deze kosten kunnen oplopen tot 5000 CFA en dwingen sommige moeders om in de eigen familiekring te bevallen. Om bevalling in de officiële gezondheidscentra te bevorderen werd in bepaalde lokaties door de administratieve overheid een belasting ingevoerd van 3000 CFA voor elk kind van de familie dat thuis geboren wordt. Deze belasting kan misschien wel het aantal bevallingen in de centra verhogen, maar heeft geen enkel educatief effect. Het imago van de gezondheidsdiensten wordt er negatief door beïnvloed: 'gezondheid = geld = boete = mogelijkheid tot bevoorrechten = autoritair'. Bovendien bestaat het risico dat vrouwen hun zwangerschap of hun medische problemen verbergen om deze belasting te ontduiken.

#### *Socio-culturele motieven*

##### *Schaamte*

'Schaamte' wordt door het medisch personeel en andere informanten het meest genoemd als verklaring voor het niet deelnemen aan de moeder- en kindactiviteiten. Vooral vrouwen uit de Peul, Maure en Tamacheq bevolkingsgroepen willen hun naaktheid niet tonen. Om die reden weigeren zij soms een gynaecologisch onderzoek te ondergaan of aangeraakt te worden, zelfs op het ogenblik van de bevalling.

Traditioneel kenmerkt een sfeer van veiligheid, bescherming en vertrouwen de verschillende periodes van de zwangerschap en geboorte. Doorgaans verbergen de vrouwen – met uitzondering van de Tamacheq vrouwen – hun zwangerschap zo lang mogelijk om het kind te beschermen tegen kwade geesten, blikken of woorden. Dit verklaart gedeeltelijk de geringe belangstelling van de vrouwen voor de

prenatale consultaties gedurende het eerste en een gedeelte van het tweede trimester van hun zwangerschap. De zwangerschapsperiode wordt beschouwd als een situatie van zwakte en kwetsbaarheid. De vrouwen uit hogere sociale lagen, voornamelijk bij de Maure, hebben daarenboven de gewoonte om zich niet publiek, buiten de familiekring, te vertonen.

Wanneer het ogenblik van de bevalling nadert, zoeken de vrouwen de nabijheid van hun moeder of van een oudere vrouw die binnen de familie het vertrouwen geniet. Het kan gebeuren dat een vrouw de nabijheid van een kraamkliniek verlaat om bij haar moeder te bevallen, zelfs al woont deze in een dorp waar geen gezondheidscentrum aanwezig is. De bevalling gebeurt meestal thuis, in een 'veilige' houding (gezet en gehurkt) die het onderlichaam, '*le corps ouvert*', niet blootgeeft. De moeder of vertrouwenspersoon houdt de geheimen van de bevalling voor zich en zal nooit vertellen of een vrouw gehuild of geschreeuwd heeft gedurende de bevalling, aangezien dit als een schande gezien wordt. De nageboorte wordt door de vertrouwenspersoon in de nabijheid van de woonstee begraven.

De postnatale periode wordt gekenmerkt door een afzondering tot aan het doopsel (zeven dagen) of tot veertig dagen na de geboorte (*la quarantaine*). Deze afzonderingsperiode is een periode van rust voor de vrouw, tijdens welke ze vermijdt buiten te komen, te werken of seksuele omgang te hebben. Ze moet zich voornamelijk voeden om kracht te herwinnen, want ze blijkt nog erg kwetsbaar voor ziekte en ongeluk. Deze gebruiken zijn nog sterk verspreid, behalve bij vrouwen met een 'moderne' instelling of bij vrouwen uit zeer arme gezinnen die moeten werken om te kunnen overleven gedurende deze periode.

Dit zoeken naar een beschermende sfeer, naar vertrouwen en afzondering staat in scherp contrast met de gang van zaken in de meeste kraamklinieken. Het zou een uitdaging voor de gezondheidscentra kunnen zijn om dit verlangen naar bescherming en geborgenheid te vertalen in de organisatie van de diensten. Voorlopig blijkt dit echter niet realiseerbaar.

#### *Opvattingen over ziekte en genezing*

De moeders in de regio van Tombouctou reageren in geval van medische problemen doorgaans conform hun opvattingen over ziekte en genezing. Ze bezoeken de therapeut die hun vragen en angsten beantwoordt in een taal die ze kennen, volgens inzichten over ziekte en dood die hun vertrouwd zijn. Dikwijls wordt slechts in geval van een sterke achteruitgang van de gezondheidstoestand een beroep gedaan op het officiële gezondheidscentrum. Een studie in de streek van Douentza (V regio) (Touré-Cormont 1989) toont aan dat van de 54 ondervraagde vrouwen er 47 de oorzaken van hun medische problemen plaatsen binnen een traditioneel conceptueel kader: God, het niet naleven van bepaalde regels, bovennatuurlijke krachten zoals tovenaars, geesten, een nachtelijke vogel of de wind, buitenechtelijke relaties en het warm/koud-evenwicht. Een enquête van UNICEF in de regio van Tombouctou (Hofers Sias 1989) bevestigt deze gegevens met betrekking tot gezondheids- of voedingsproblemen gedurende de borstvoedingsperiode. Hoewel de stedelijke Songhai gemakkelijk toegang hebben tot de moderne voorzieningen, doen ze vaak een beroep op de grootmoeder (50%), of vrouwelijke traditionele

genezers en oudere vrouwen in de buurt (30%). Slechts twee op de tien raadplegen het medisch personeel. De stedelijke Maure-vrouwen verklaren dat ze het traditionele kader bezoeken (60%) of geven de voorkeur aan de grootmoeder (40%). Niemand van hen deed een beroep op het dispensarium. Bij de Maure-plattelandsvrouwen richtten zes op de tien zich tot andere vrouwen, terwijl twee op de tien het vertrouwen schenken in het traditionele kader. De grootmoeder wordt in vier van de tien huishoudens genoemd, maar geen enkele moeder vermeldde het dispensarium dat zich op twee kilometer afstand bevond.

In verband met de zorg voor pasgeborenen blijkt duidelijk dat de moeders weten hoe kwetsbaar hun kinderen zijn. Preventie gebeurt voor vrijwel alle kinderen, maar dan in de vorm van armbanden uit metaal of leer, die de kinderen moeten beschermen tegen kwade blikken, woorden of magische handelingen. Men ziet niet het nut van preventie via deelname aan de consultaties voor pasgeborenen. Bovendien houden de moeders er niet van dat hun kind publiek, voor de ogen van anderen, gewogen wordt.

### Gezondheidsvoorlichting

Activiteiten op het vlak van informatieverstrekking en algemene vorming zijn essentieel voor de uitbouw van de publieke gezondheidszorg, zowel op het vlak van de gezondheidsopvoeding als bij het doorzichtig maken van de activiteiten binnen de gezondheidscentra. Deze voorlichting vindt plaats via een geformaliseerd kader zoals de eenheidspartij, de officiële vrouwenvertegenwoordiging of de administratieve autoriteiten en bereikt slechts een beperkt deel van de doelgroep. Om de participatie aan deze activiteiten te dynamiseren en te verruimen, is het noodzakelijk de toegangskanalen tot de bevolking te diversifiëren.

Een mogelijke toegangspoort zijn de informele leeftijdsgroepen, de *Kondé* (Songhai) of *Kel Tarraiyt* (Tamacheq). De *Kondé* zijn mannelijke, vrouwelijke of gemengde leeftijdsgroepen die zich verenigen binnen het kader van een gemeenschappelijk feest (huwelijk, geboorte, avondfeest, *takamba*) of voor een gezamenlijk werk (*Fewa Kondé*). Een *Kondé* bestaat uit 20 à 40 leden en heeft een leider, vergelijkbaar met een peter of meter. Levenslange vriendschap en vertrouwen tussen de leden kenmerken een *Kondé*. Contact leggen via de *Kondé* kan vele voordelen bieden bij gezondheidsvoorlichting:

- directe toegang tot de bevolking;
- sfeer van vertrouwen en vriendschap;
- gemakkelijker communicatie, want de deelnemers behoren allen tot dezelfde leeftijdsgroep. Sommige onderwerpen zijn immers taboe of roepen schaamte op.

Indien alle leeftijdsgroepen aanwezig zijn kan het gebeuren dat jonge meisjes geen vragen durven stellen in aanwezigheid van hun 'moeders' en vice versa.

Het spreekt vanzelf dat een benadering via de *Kondé* aangepast moet zijn aan de aard van deze groepering: 'en douceur' en met de toestemming van de leiders en de leden. Het doorgeven van een boodschap gedurende de informatiesessies kan vergemakkelijkt worden door rekening te houden met door de bevolking gekende begrippen of gebruiken. Zo blijkt dat de bevolking in de regio van Tombouctou



reeds heel lang vertrouwd is met 'vaccinaties'. Verschillende van mijn informanten toonden me de littekens op hun benen als gevolg van de traditionele vaccinatie, *la variolation*. Bij bepaalde groepen (Tamacheq, Bella, Songhaï en Bozo) bestond het gebruik om bij een pokkenepidemie de kinderen te vaccineren door middel van een besmette tak of staaf (cf. Imperato 1968).

Ook de rol en positie van de mannen is belangrijk in het kader van gezondheidsvoorlichting. Als vanzelfsprekend worden de meeste vergaderingen gehouden voor de vrouwen, maar het is in de regio van Tombouctou nog steeds de man die de morele autoriteit binnen de familie heeft en de financiële beslissingen neemt, ook op het vlak van de gezondheidsuitgaven.

### **Conclusie**

De betrokkenheid van de bevolking bij gezondheidszorg is afhankelijk van organisatorische en socio-culturele factoren. De belangrijkste aanbevelingen van deze studie situeren zich dan ook op deze twee domeinen.

Zo is het op organisatorisch vlak belangrijk voorraadtekorten te vermijden en een verplichte affichage van de gebruikelijke tarieven in de centra door te voeren. Het voorschrijfgedrag moet zich beperken tot de betaalbare essentiële medicijnen. Bij seminars voor medisch en vrijwilligerspersoneel moet gewezen worden op de medische deontologie en op het belang van een vriendelijk onthaal en van respect voor de patiënten.

Als in de organisatie van de moeder- en kindzorg meer rekening gehouden wordt met de socio-culturele eigenheid van de regio, zullen meer moeders deze dienst bezoeken. Het gebruik van lokale medische kennis en van plaatselijke begrippen kan informatiesessies meer begrijpelijk maken. De kloof tussen de medische 'zuil' en de bevolking kan verkleind worden door een benadering langs vertrouwde verenigingsvormen en door rekening te houden met het verwachtingspatroon van de patiënten.

Toegepast antropologisch onderzoek kan, wanneer de mogelijkheden geboden worden, ongetwijfeld een constructieve bijdrage leveren aan de opbouw en uitwerking van gezondheidsprogramma's. Luisteren naar de bevolking en rekening houden met de specifieke culturele context in de uitbouw van een programma, kan de kans op welslagen ervan verhogen. Zowel donatoren, projectuitvoerders als de bevolking zelf zullen hierbij baat hebben.

### **Nawoord**

In de loop van 1991 escaleerde een gewapend conflict in de regio van Tombouctou. Vrijwel alle perifere medische centra werden geplunderd of vernield of door het gezondheidspersoneel verlaten. De aanvoer van medicijnen en medisch materiaal is ten gevolge van de geringe veiligheid volledig stilgevallen. Naar schatting 100.000 vluchtelingen bevinden zich nu in kampen in Mauretanië, Algerije en Burkina Faso. Planning van gezondheidsprogramma's op lange termijn is op dit

moment onmogelijk. Een omschakeling naar noodhulp zou de moeizaam verkregen dynamiek van medefinanciering totaal kunnen breken.

### Noot

Stephan Van Praet heeft sociologie en culturele antropologie gestudeerd in Leuven. Als free-lance onderzoeker is hij betrokken geweest bij medische noodhulp en ontwikkelingsprojecten in Zuid-Soedan, Mozambique, Guinée, Armenië, Mali, Somalië en Ethiopië.

Hij dankt de Regionale Directie van het Ministerie van Volksgezondheid te Tombouctou en Artsen Zonder Grenzen-België die het initiatief voor deze studie genomen hebben.

Contact-adres: Van Hoomissenstraat 8, 2880 Bornem, België.

### Literatuur

Bissilliat, J.

- 1976 Village diseases and bush diseases in Songhay: a description and classification with a view to a typology. In: J.B. Loudon (ed) *Social anthropology and medicine*. London: Academic Press, pp. 553-93.

Coulibaly, G.

- 1990 Enquête pour une participation plus active des populations aux actions du projet de développement rural intégré au Lac Horo. Ongepubliceerd.

El-Mehdi Ag-Hamady

- 1989 Nosographie tamachèque des gastro-entérites dans la région de Tombouctou. Thèse, Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali. Bamako. Ongepubliceerd.

Hofers Sias, B.

- 1989 Etude des pratiques du sevrage chez les populations arabes et Songhaï de la région de Tombouctou. UNICEF-Tombouctou. Ongepubliceerd.

Imperato, P.J.

- 1968 The practice of variolation among the Songhaï of Mali. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 62(6): 868-73.  
1976 Traditional medical beliefs and practices in the city of Tombouctou. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 52: 241-52.

Le Jean, Y.

- 1987 Médecine traditionnelle en milieu nomade dans la région de Tombouctou. Paris, Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Paris-Sud. Ongepubliceerd.

Mazeau, M.G.

- 1989 Enquête sur la nutrition et l'alimentation en VI région. Le milieu Tamacheq. Bamako. UNICEF. Ongepubliceerd.

Randall, D., B. Diakate & C. Pirault

- 1989 Enquête socio-sanitaire dans le Gourma. 1988-1989. Bamako. INRSP. Institut National de Recherche en Santé Publique. Ongepubliceerd.

Rapport de mission d'évaluation. Projet nutrition/SMI/PEV.

- 1989 Rapport Médecins Sans Frontières-Belgique.

- Rouch, J.  
1989 *La religion et la magie Songhai*. Bruxelles: Editions de l'Université de Bruxelles.
- Stoller, P.  
1980 The epistemology of Sorkotarey. Language, metaphor and healing among the Songhay. *Ethos* 8(2): 117-30.  
1989 *Fusion of the worlds: an ethnography of possession among the Songhay of Niger*. Chicago: University of Chicago Press.
- Touré-Cormont, C.  
1989 *La fréquentation des maternités. Etude menée dans le cercle de Douentza*. Save The Children U.K. Ongepubliceerd.
- UNICEF  
1989 *Enfants et femmes au Mali: une analyse de situation*. Paris: L'Harmattan.