



Mémoire Présenté

par : M.Samba

DIARRA

Université Cheikh Anta Diop

Faculté des Lettres et Sciences

Humaines (F, L, S, H)

Département de Sociologie

**PERCEPTION ET PRISE EN CHARGE DU
PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0 A
5ANS DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE
SELINGUE CAS DU VILLAGE DE BAYA-
SIEKOROLE.**

ANNEE ACADEMIQUE 2011-2012

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR



Faculté des Lettres et Sciences Humaines

(F, L, S, H)

Département de Sociologie

PERCEPTION ET PRISE EN CHARGE DU
PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE 0 A 5ANS
DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE SELINGUE
CAS DU VILLAGE DE BAYA-SIEKOROLE.

Master II sociologie

Présentation :

M. Samba DIARRA

Sous la direction de

Pr. Moustapha TAMBA

Professeur Titulaire

ANNEE ACADEMIQUE 2011-2012

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

DEDICACE I

REMERCIEMENTS.....II

SIGLES ET ABREVIATIONS III

Liste des figures V

Liste des tableaux V

Liste des Cartes..... V

Liste des photos..... V

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE 4

1.1. Revue critique de littérature 4

1.2. Problématique..... 11

1.3. Les objectifs 21

1.3.1 Objectif général 21

1.3.2 Objectifs spécifiques.....21

1.4. Les hypothèses..... 21

1.4.1 Hypothèse principale..... 21

1.4.2. Hypothèses secondaires..... 21

1.5. Le concept opératoire : le Health Belief Model (HBM) ou modèle des croyances relatives à la santé. 22

1.6. Modèle Théorique : le culturalisme 25

1.7. Modèle d'analyse : la Théorie de comportement planifié proposé par Icek Ajzen... 27

1.8. Définition des concepts 29

1.8.1. Maladie..... 30

1.8.2. Santé..... 31

1.8.3. Représentations sociales.....	31
1.8.4. Culture.....	31

CHAPITRE II : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE 33

2.1. Méthodologie	33
2.1.1. Type d'étude.....	33
2.1.2. Univers d'étude	33
2.1.3. Lieu d'étude.....	33
2.1.4. Population cible.....	33
2.2. Méthode.....	34
2.2.1. Technique de collecte.....	34
2.3. Echantillonnage.....	35
2.3.1. Taille de l'échantillon.....	35
2.3.2. Nature de l'échantillon	36
2.4. Difficultés rencontrées	36

CHAPITRE III : PRESENTATION DU MALI ET DU MILIEU D'ETUDE 39

3.1. Aperçu sur le Mali et la région d'étude.....	39
3.1.1. La région d'étude : Sikasso	39
3.1.1.1. Présentation physique de Sélingué.....	40
3.2. Aspects Epidémiologiques	43
3.2.1. Quelques statistiques sur le paludisme au Mali	46
3.2.2. Les étapes de la lutte contre le paludisme au Mali.....	48
3.3. Situation sanitaire de Sélingué :	51

CHAPITRE IV : PRESENTATION, ANALYSE et	
INTERPRETATION.....	52
4.1. Présentation du village de Baya-Siekorolé.....	52
4.1.1. Historique	53
4.1.2. Géographie	54
4.1.3. Organisation sociale	54
4.1.4. Population – Habitat.....	55
4.1.5. Activités économiques	55
4.1.6. Santé- Education-Communication	55
4.3. Résultats	56
4.4. Analyse des discours	58
4.4.1. Facteurs favorisant la prolifération des moustiques.....	58
4.4.2. Causes du paludisme	60
4.4.3. Signes du paludisme simple	60
4.4.4. Signes du paludisme grave.....	61
4.4.5. Traitement et prise en charge.....	62
4.4.6. Politiques de prise en charge.....	66
4.4.7. Facteurs culturels dans la prise en charge du paludisme.....	67
4.4.8. Représentations sociales sur les causes et symptômes du paludisme	68
4.4.9. Pratiques médicales	70
4.4.10. Croyance populaire sur les formes du paludisme.....	71
4.4.11. L’itinéraire thérapeutique.....	72
4.4.12. Environnement	72
4.4.13. L’impact du barrage sur la santé de la population	76
CONCLUSION.....	81

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUE	83
ANNEXES.....	86

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

DEDICACE

A ma très chère Mère Assétou Coulibaly, qu'Allah t'accorde longue et heureuse vie

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

Pr Moustapha TAMBA notre directeur de recherche pour ses critiques constructives et ses conseils qui ont été des plus précieux.

Le corps professoral de la FLSH, principalement aux professeurs chargés de cours en master II sociologie

Mr Samba Diouf pour ses corrections et orientations tout au long de ce travail

La famille Dicko à Gueule Tapée pour avoir m'hébergé

Pr Samba Diop pour ses conseils et son encadrement

Mr Seydou Diarra pour ses encouragements

Ma chère et tendre épouse Mme Diarra Dr Bakoura Issaka Coulibaly pour sa patience et ses encouragements renouvelés

Ma famille à Bamako

Mes collègues Maliens : Sekouba M Traoré, Balla Fofana et Amadou AC Barry pour votre solidarité

Mes amis et camarades : Aboubacar Traoré, Idrissa Coulibaly, Assad Tolo, Mamadou Traoré, Seydou Magassa, Ali Hama Sangaré, Timothée Kassogué, Modibo Fofana, Youssef Ag Rhissa, Adama Traoré du Burkina Faso, Malik Salifou du Niger pour votre solidarité

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de ce travail.

NB : ce mémoire a reçu le soutien financier du CODESRIA

SIGLES ET ABREVIATIONS

AMAPROS : association Malienne pour la promotion au sahel
ANICT : agence nationale d'investissement des collectivités territoriales
BEACIL : bureau d'études et d'appui conseils aux initiatives locales
CMDT : compagnie Malienne pour le développement du textile
CODESRIA : conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique
CPN : consultation prénatale
CTA : combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
CSCom : centre de santé communautaire
DEAP : département d'épidémiologie des affections parasitaires
EAP : enquête sur la prévalence de l'anémie et de la parasitémie
EDM : énergie du Mali
EDS : enquête démographique et de santé
FMPOS : faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie
FRP: faire reculer le paludisme
GRAAP –Mali : groupe de recherche d'action et d'appui pour les populations
HBM: health belief model
Hbts: habitants
INRSP: institut national de recherche en santé publique
IRA : infections respiratoires aiguës
MIE : maladie infectieuse
MR: multi-résistante
MRTC: malaria research and training center
MST: maladie sexuellement transmissible
ODRS: office de développement rural de Selingué
OMS : organisation mondiale de la santé
ONG : organisation non gouvernementale
P : plasmodium
PAPIM : projet d'aménagement du périmètre irrigué de Maninkoura
PDSEC : programme de développement économique et social

PEV : programme élargi de vaccination
PID : pulvérisation intra domiciliaire
PNLP : programme national de lutte contre le paludisme
PRM : présidence de la république du Mali
TDR : test de diagnostic rapide
TPI : traitement préventif intermittent
SIMR : surveillance intégrée des maladies et riposte
SHS : science de l'homme et de la société
UCAD: université Cheikh Anta Diop
USA: unit state of America
VIH : virus de l'immunodéficience humaine

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Liste des figures

Figure 1: Théorie du comportement planifié	29
--	----

Liste des tableaux

Tableau N° 1: Répartition selon l'âge.....	46
Tableau N° 2: Répartition selon le sexe.....	46
Tableau N° 3: Répartition selon la résidence.....	47
Tableau N° 4: Répartition selon la région.....	47
Tableau N° 5: Répartition de la population d'étude	56

Liste des Cartes

Carte 1: Localisation du site d'étude	43
Carte 2: Carte sanitaire de Sélingué.....	51

Liste des photos

Photo N° 1: champ rizicole vue d'horizon.....	59
Photo N° 2: Les étangs de poissonnerie.....	59
Photo N° 3: Retenue d'eau.....	74
Photo N° 4: gîte larvaire	74
Photo N° 5: gîtes larvaires	78
Photo N° 6: canal d'irrigation	79

INTRODUCTION

La lutte contre les maladies infectieuses fait l'objet de beaucoup de recherches tant biomédicales que sociales. Certaines de ces maladies sont bénignes (rhume), d'autres mortelles (sida), et parfois incurables. Une maladie infectieuse est due à une bactérie, un virus, un champignon, un parasite ou un prion. Cet agent infectieux s'introduit dans le corps par l'alimentation, la respiration ou les fluides corporels (sang, sueur...). Ainsi, le protozoaire responsable du paludisme vit chez les moustiques, vecteurs, qui le transmettent par piqûre à l'homme où il déclenche la maladie. L'émergence mondiale de maladies autrefois cantonnées à une région est due aux changements de mode de vie et aux changements que l'homme provoque dans l'environnement en raison de l'explosion démographique.

Malgré sa définition comme une catégorie biomédicale, le paludisme a semblé intéressant à étudier en raison des changements fréquents apportés dans les processus de prévention et de traitement. Cette maladie a fait l'objet d'un intérêt majeur depuis que les Européens ont fréquenté et se sont installés sur les côtes d'Afrique de l'Ouest. Nombreux sont les travaux produits en particulier à l'époque coloniale qui ont été réalisés dans le but de combattre la maladie de façon directe ou indirecte, par hygiène visant la lutte contre les vecteurs mais aussi améliorer les médicaments¹. Cependant les problèmes entourant cette maladie sont beaucoup plus complexes qu'on ne le suppose. Au-delà des questions d'environnement, de pauvreté, d'accès aux soins, le paludisme interpelle en effet un système de soin qu'il est important d'interroger².

Les recherches en sciences sociales ont souvent servi, en raison de leur posture critique, d'inspiration dans l'effort pour signaler et dépasser les limites d'une approche purement biomédicale, ou les insuffisances des institutions inspirées par le modèle technico-scientifique de la médecine. Or, ce sont précisément les attentes nées des changements introduits dans le système de santé par le déclin du modèle biomédical dominant, les dysfonctionnements du système médical lui-même et les insatisfactions des usagers devant les

¹ Tidiane Ndoye, « la société Sénégalaise face au paludisme : politiques, savoirs et acteurs », Karthala et CREPOS, 2009, p.15

² Ibidem, p.16

inégalités d'accès dues, entre autres, à un fonctionnement à plusieurs vitesses sociales, qui ont rendu nécessaire le recours aux apports des sciences sociales.

En Afrique, l'intérêt de la recherche sur les comportements thérapeutiques a le plus souvent porté sur le recours externe et sur la concurrence entre les filières biomédicale et traditionnelle (Kalis, 1997, Foster 1995), laissant de côté un aspect important qu'est l'auto-traitement, c'est-à-dire les soins prodigués à domicile sans intervention d'un thérapeute, est devenu une réponse thérapeutique à part entière, au même titre que le recours au dispensaire et au guérisseur. Selon Bichmann (1985), l'auto-traitement constitue même un «sous-système médical».

Le domaine d'étude des phénomènes rattachés à la santé et la maladie (pratiques, systèmes de savoirs et de croyances, institutions et agents thérapeutiques, relation patient/soignant, etc.) a été largement balisé par la sociologie et l'anthropologie. Ces disciplines pionnières n'ont pas manqué d'intégrer dans leur approche un regard sur l'individu, en le situant dans l'horizon de ses inscriptions sociales et culturelles ou dans le cadre de ses rapports avec les institutions et les professionnels de la médecine. Ces sciences ont même parfois considéré les représentations et pratiques relatives à la santé comme l'un des matériaux privilégiés pour l'investigation des systèmes culturels et sociaux et de leur articulation avec le niveau individuel.

De nos jours, les soins à domicile non prescrits sont, en importance, la première pratique thérapeutique usuelle (Faye, 2000.) Cette réponse est aujourd'hui primordiale aussi bien en ville, là où l'offre biomédicale est très forte, qu'à la campagne.

Ainsi l'apport des sciences sociales s'avère incontournable dans la lutte contre le paludisme. La présente étude s'inscrit dans cette logique de complémentarité de l'expertise sociologique dans le combat contre le paludisme à Sélingué.

La présente étude est divisée en deux grandes parties. La première partie est constituée de deux chapitres, à savoir le cadre théorique et méthodologique. La deuxième se résume en deux chapitres constitués de généralité sur le paludisme au Mali et la présentation de nos résultats d'enquête.

PREMIERE PARTIE
CADRE THEORIQUE ET
METHODOLOGIE DE RECHERCHE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE

1.1. Revue critique de littérature

Depuis quelques années, on assiste à un rapprochement entre la médecine et les sciences humaines. De nombreux médecins s'interrogent sur les facteurs psychologiques et sociaux de la maladie, sur les aspects économiques de la santé. Des groupes de travail et de recherches se créent, qui se composent de médecins, d'économistes, de démographes, d'éducateurs, de sociologues. Le champ de la sociologie médicale, relativement neuf, où des théoriciens connus comme Merton ou Parsons ont apporté leur contribution, voire le nombre des études et des chercheurs se multiplier.³ Les raisons de cette convergence d'intérêt entre la médecine et les sciences sociales sont multiples. Elles tiennent à deux caractéristiques importantes de la médecine contemporaine :

- ✓ d'une part à son développement technique et organisationnel
- ✓ d'autre part au rôle des facteurs sociaux et de l'environnement dans l'apparition et l'évolution des maladies, ainsi qu'à la dimension psychologique et social qu'implique de plus en plus la thérapeutique.⁴

L'organisation des études de médecine, qui a suscité aux Etats-Unis de nombreuses recherches de sociologie médicale, devient un point stratégique⁵. La pratique médicale est ainsi directement liée à des problèmes économiques, organisationnels, techniques et sociaux. L'étude des caractéristiques de la transformation de la médecine relève d'une analyse sociologique, dans la mesure où la médecine pose les problèmes politiques et sociaux de son organisation. La sociologie que l'on peut définir comme « la science de l'action sociale » fournit des éléments d'analyse pour comprendre le processus de changement que connaît le monde médical.⁶ Dans la mesure où la sociologie (et en particulier ce qu'on appelle les « sociologies spécialisées » sociologie politique, industrielle, des organisations etc.) étudie les facteurs et les conditions de changement de l'action sociale, les rapports entre les classes et groupes sociaux, la nature du pouvoir politique et de l'Etat, le rôle des idéologies, le rapport

³ Robert K MERTON, Georges READER and Patricia L KENDALL, eds (1957), " The student Physician, Cambridge, Harvard University Press

⁴ François STEUDLER (1972), « Sociologie médicale», Armand Colin, Paris, p.9

⁵Robert K MERTON (1957), « Some preliminaries to a sociology of medical education », Harvard University

⁶ François STEUDLER (1972), « Sociologie médicale», Armand Colin, Paris, p.9

de l'homme à son travail, la politique des professionnels, la structure des organisations (stratégie, zone, influence, division du travail, mécanismes de décision etc.) ; on comprend que l'organisation de la médecine à l'heure actuelle puisse relever d'une telle analyse.

C'est ainsi que la sociologie de la médecine s'est essentiellement développé aux Etats Unis à partir de l'étude du système médical. Deux domaines ont été particulièrement explorés : les institutions de soins et des professionnels de santé. Outre la difficulté fondamentale qui résulte de la nature de son travail et de sa place toujours ambiguë dans l'institution, le sociologue se trouve confronté aux choix suivants :

- soit étudier la médecine pour y trouver la confirmation d'hypothèses plus globales concernant l'ensemble du système social ou la structure des comportements sociaux
- soit se rapprocher de la médecine au point de participer à la prévention et au traitement de la maladie, aider le praticien à résoudre des problèmes médicaux et contribuer à l'élaboration de politiques sanitaires (santé publique, épidémiologie, psychiatrie)⁷.

En général la plupart des sociologues traitant des questions sanitaires, cherchent un équilibre entre les deux positions : « ils conçoivent la sociologie médicale comme un champ qui permet à la fois de fournir un apport à l'ensemble du savoir sociologique et, en même temps, de contribuer à résoudre des problèmes médicaux »⁸. Cette distinction rejoint la division faite par R. Strauss entre la sociologie de la médecine (sociology of medicine) et la sociologie dans la médecine (sociology in medicine). La première étudie « des facteurs comme la structure organisationnelle, les relations de rôle, les systèmes de valeurs, les rites et les fictions de la médecine comme un système de conduites »⁹. Ce genre d'étude est le fait surtout de personnes jouissant d'une position d'indépendance relative par rapport au cadre médical. La seconde correspond au contraire à une identification et à une assimilation à la recherche médicale « la sociologie dans la médecine consiste en une recherche ou un enseignement en commun impliquant l'intégration de concepts, de techniques et de personnel de nombreuses disciplines »¹⁰.

⁷ Ibid, p10

⁸ Howard E. Freeman, Sol Levine ; Leo G. REEDER, (1963), " Present Status of medical Sociology dans Handbook of medical sociology" Prentice-Hall, p.476

⁹ Robert STRAUSS, (1957), « The nature and status of medical sociology » American sociological Review, 22 April, p203

¹⁰ Ibid, p203

Etudier la profession médicale ou l'organisation du système de santé, c'est être dans le cas de la sociologie de la médecine¹¹.

Si la sociologie de la médecine s'est fortement développée depuis 1945 en raison des transformations du monde médical et des progrès des sciences sociales, on constate un développement parallèle de ce que l'on peut appeler la « sociologie dans la médecine » et qui vient, pour une large part de l'importance de plus en plus grande que revêt la dimension psychologique et sociale de la maladie et de la thérapie, dimension que la psychanalyse, la psychologie, l'anthropologie et la sociologie n'ont cessé de mettre en relief.¹²

Les sciences sociales ont été ainsi, en priorité, orientées vers la compréhension du comportement des malades. La voie fut ouverte par l'anthropologie à travers l'étude des médecines primitives, de leur lien avec l'ensemble du contexte culturel, apparaît clairement la variété des croyances, attitudes et pratiques entourant la maladie dans diverses sociétés. En revanche les cultures primitives reconnaissent, craignent et traitent maints syndromes ignorés de la médecine moderne.

La plupart des sociétés primitives interprètent la maladie comme un phénomène dont les causes sont sociales et la soignent en mettant l'accent sur les relations interpersonnelles. Pour l'anthropologue Marc Augé, la maladie possède une signification sociale, dans toute société la maladie fait problème, exige l'interprétation ; il faut qu'elle ait un sens pour que les hommes puissent espérer la traiter¹³. A la fois phénomène médical, social et économique, la notion de maladie couvre de multiples dimensions. Fabrega distingue les notions d'*Illness*, de *disease* et de *Sickness*, respectivement entendues comme l'expérience subjective de quelque chose d'anormal, l'expression d'un état d'altération biophysique objectif et la dimension socioculturelle de la maladie¹⁴.

¹¹ François STEUDLER (1972), « Sociologie médicale », Armand Colin, Paris, p.10

¹² Ibid, p11

¹³ Augé M (1983), « Le sens du mal, Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie » ed Archives Contemporaines, Paris

¹⁴ Fabrega H. (1977)- Perceived illness and its treatment. A naturalistic study in social medicine. British Journal of Preventive Medicine, Vol.31, pp.213-219.

La médecine moderne s'est développée en rompant, par une série de «coupures épistémologiques» avec le contexte magique et irrationnel dans lequel elle baignait et, s'appuyant sur les sciences comme la chimie, la physique, etc. qui étaient en plein développement. Si l'aspect psychologique et sociologique de l'acte médical a été jusqu'ici considéré par le corps médical comme inné, naturel, à l'heure actuelle l'essor des sciences humaines a rendu une telle attitude non seulement périmée mais coupable : refuser de prendre en compte les raisons profondes d'ordre psychologique, par exemple, qui ont amené un malade à consulter le médecin, se barricader derrière une nosographie organiciste¹⁵, renvoyer le patient à un spécialiste qui le rejettera sur un autre, lequel finira par trouver une affection quelconque ; c'est en fait refuser la compagnie d'investissement mutuel dont parle M. Balint, et fermer les yeux pour s'auto-justifier¹⁶. De nombreux médecins ressentent souvent leur relation avec le malade comme un échec et se trouvent impuissants à améliorer l'état de leur patient. Beaucoup de maladies organiques ont une composante psychologique et sociale et le médecin se trouve parfois désarmé lorsqu'il doit tenir compte de cette dimension culturelle.

Le type de traitement et son efficacité dépendent de la coopération du malade qui, elle-même est fonction de sa vie affective, sociale et professionnelle. La maladie n'a de sens qu'en fonction de l'homme pris comme un tout : *être biologique, psychologique et social*¹⁷. Comme affirme un chirurgien « Puisque en dépit de nos dosages et de nos radiographies nous sommes incapables de trouver une affection authentiquement organique chez les deux tiers des malades qui hantent nos cabinets de consultation, leur maladie doit siéger ailleurs que dans leurs organes ; il ne suffit pas de dire qu' « ils n'ont rien » si on ne leur trouve rien, ils doivent bien « avoir » quelque chose puisqu'ils viennent nous voir. Et les déclarer « fonctionnels » ne fait que déplacer le problème »¹⁸. Blâmer et réprimander un diabétique ou un alcoolique parce qu'il n'applique pas le traitement indiqué sans interroger sur les facteurs culturels et sociaux qui empêchent le malade de suivre le régime prescrit...c'est en fait ne pas le traiter¹⁹.

La médecine est ainsi amenée à suivre le développement des sciences sociales dans la mesure où celles-ci élaborent des méthodes d'appréhension de la réalité humaine et

¹⁵ François STEUDLER (1972), « Sociologie médicale », Armand Colin, Paris, p11

¹⁶ Balin M (1966), « Le Médecin, son Malade et la Maladie » Payot, p265

¹⁷ François STEUDLER (1972), « Sociologie médicale », Armand Colin, Paris, p11

¹⁸ Sournia J.C (1969), « Mythologie de la Médecine Moderne » PUF, Paris, p22

¹⁹ François STEUDLER (1972), « Sociologie médicale », Armand Colin, Paris, p13

substituent des schèmes conceptuels d'analyse à ce qui ne faisait pas jusqu'ici l'objet d'une analyse spécifique et rigoureuse²⁰. Des raisons pratiques ont influencé sur ce choix. Connaître les facteurs sociaux intervenant dans les comportements de soins, peut être important tant pour le succès des campagnes de préventions que pour l'évolution des institutions médicales. Le contexte social apparaît comme aussi important pour prédire le comportement d'un individu que la nature ou la gravité de son état²¹.

Les facteurs sociaux et environnementaux sont incontournables dans les étiologies et les traitements de la maladie. La gravité et l'itinéraire thérapeutique sont généralement fonction de la cause suspecte de la pathologie. Les maladies de conception persécutive apparaissent plus dangereuses que les autres quant au pronostic vital. Une maladie qui survient brutalement est souvent suspectée d'avoir pour origine l'action d'un sorcier. L'agent pathogène peut être l'esprit ancestral, un esprit de lieu domestique ou sauvage, un esprit tutélaire de la personne, le double (force vitale) d'un animal, le principe vital d'un(e) sorcier(e), une instance protectrice (autels de la terre, de fécondité, de gémellité, forge, etc.)²².

En Afrique de l'Ouest, plusieurs systèmes thérapeutiques coexistent. Issus des diverses influences culturelles et religieuses ayant marqué l'histoire de l'Afrique de l'Ouest, ils apportent des réponses différentes aux multiples dimensions de la maladie, à travers des logiques curatives spécifiques et des champs d'intervention variables. Pour classifier les différents modèles d'explication et de traitement de la maladie, Kleinmann distingue trois secteurs non disjoints de prise en charge thérapeutique : le populaire, le traditionnel et le professionnel²³. Les différentes filières thérapeutiques sont cependant le plus souvent appréhendées à travers une classification dichotomique : la médecine biomédicale est opposée aux médecines traditionnelles, auxquelles sont rattachées à la fois les pratiques animistes et issues des religions monothéistes.

En Afrique sub-saharienne, le système biomédical bénéficie d'une légitimité institutionnelle et d'un prestige important attaché aux conditions de son introduction.

²⁰ Ibid

²¹ HERZLICH C, (1970) « Médecine, maladie et société » éd. Mouton, pp14-15

²² DORIS B : Représentations culturelles du paludisme chez les Moose au Burkina Faso, 1986, p11

²³ Kleinmann cite par Coppo P., Pisani L., Keita A. -1992- Perceived morbidity and health behaviour in a Dogon community. *Social science and Medicine*, vol.34, n°11, p.1227-1235.

Cependant, en milieu rural, la pratique médicale reste ancrée dans une réalité bien spécifique, celle de postes de santé caractérisés par le manque de moyens et de personnel qualifié ; les actes médicaux sont le plus souvent assurés par des infirmiers diplômés d'état, dans le cadre de relations soignants/soignés difficiles²⁴.

Le terme consacré pour désigner l'univers thérapeutique non occidental, la médecine traditionnelle, regroupe une diversité de pratiques n'appartenant pas à un champ conceptuel uni. La pratique des thérapeutes traditionnels s'inscrit toujours dans un environnement culturel spécifique et se fonde sur une connaissance directe du contexte social : la maladie est replacée dans le cadre d'événements passés, d'histoires familiales non résolues, de transgression de règles ou d'interdits sociaux, de manquements aux coutumes²⁵. L'activité des thérapeutes traditionnels, faisant interagir des variables biophysiques et symboliques, psychologiques et sociales, consiste à relier les manifestations organiques de la maladie, cause de souffrance physique, à leur expression sociale.

Les formes des traitements sont variées et dépendent de la nature de la maladie, de la spécialité du thérapeute et des ressources du milieu : la prise en charge du paludisme peut s'appuyer sur des incantations avec paroles magiques, des amulettes porteuses d'inscriptions magiques, des massages, des potions ou des lavements élaborés à partir des ressources de la pharmacopée. Les secrets thérapeutiques sont toujours secrètement gardés : dans la mesure où il est communément admis que « chaque arbre possède ses génies, ses remèdes et ses sorts », la connaissance précise des vertus de la pharmacopée, ses modalités de récolte, de préparation et d'administration restent secrètement gardées²⁶.

A ce propos Malinowski souligne : il serait absurde par exemple, de stigmatiser la pharmacie comme antisocial, parce que la connaissance des propriétés des drogues est souvent employée pour tuer les hommes tout autant que pour les guérir. Il est de même ridicule, à l'endroit de la magie, de négliger ses usages utiles et de présenter ses maléfices

²⁴ Jaffré Y., Olivier De Sardan J.P (2003), « Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest » Paris, Khartala, p461

²⁵ Lovell N.I. (1995), « Pluralisme thérapeutique et stratégies de santé chez les Evhé du Sud-est Togo ». Paris : Ceped, 20 p. (Les dossiers du Ceped, N°33)

²⁶ Gessain M. (1979), « Environnement africain: les usages des « guis » chez les Bassari. Cahiers d'étude du milieu et d'aménagement du territoire », Enda, n°36-79.

comme les traits caractéristiques qui la définissent. L'auteur prouve combien la magie est un facteur d'importance économique primordiale pour le bien-être et, en fait, pour l'existence même de la communauté.²⁷ La nature de la pratique thérapeutique varie également en fonction de facteurs sociologiques : « plus le pouvoir politico-religieux est grand, et plus l'activité du guérisseur passe par la parole (bénédictions) et la transcendance (incantations) ; plus au contraire il est faible, et plus l'action de soigner s'appuie sur l'objet (amulettes) et la substance »²⁸

L'esprit ancestral donne aussi la maladie à l'occasion de transgressions d'interdits commises à l'intérieur du lignage du malade [infractions diverses aux règles d'alliance et d'héritage, incestes, etc..) ou encore à la suite d'une dette ou d'un souhait d'ancêtre non satisfait par la famille. La demande de l'ancêtre se renouvelle par l'intermédiaire du symptôme d'un de ses descendants. Le rapport entre la maladie et la situation pathogène n'est pas effectué par la famille mais par le devin²⁹. Une des catégories causales des maladies de conception « persécutive » est représentée par les instances protectrices, lieux cultuels qui symbolisent un accord religieux entre les ancêtres ou des esprits de lieux et les êtres humains. Cet accord de protection repose sur des obligations et devoirs exprimés notamment par les sacrifices qui, s'ils ne sont pas réalisés ou sont mal exécutés provoquent maladies ou infortunes diverses³⁰.

Les religions monothéistes, définies comme des systèmes institutionnalisés de croyances, de symboles et de valeurs, proposent un cadre complet d'explication et de prise en charge de la maladie. La population d'Afrique de l'Ouest a historiquement été soumise à l'influence de deux religions monothéistes : l'Islam et le Christianisme. L'offre de soins chrétiens repose principalement sur des dispensaires privés tenus par des sœurs. La pratique des centres de santé privés chrétiens se rapproche de la médecine biomédicale, même si la formation du personnel reste le plus souvent limitée³¹.

²⁷ Frazer J. G. (1922) « Préface Argonautes du Pacifique », p79

²⁸ Fassin D. -1992- Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar. Paris : PUF, 359 p.

²⁹DORIS B : Représentations culturelles du paludisme chez les Moose au Burkina Faso, 1986, p12.

³⁰ Ibid, p15

³¹ Aurélien FRANCKEL (2004), « LES COMPORTEMENTS DE RECOURS AUX SOINS EN MILIEU RURAL AU SENEGAL : le cas des enfants fébriles à Niakhar »

1.2. Problématique

Les sciences de l'homme et de la société (SHS) analysent les transformations des conduites humaines dont le rôle dans les changements environnementaux et l'émergence de nouvelles infections est considérable. Elles permettent de mieux apprécier les représentations des risques et des enjeux par la population, les experts et les pouvoirs publics. Elles abordent les structures sociales et les conduites liées à la santé publique de manière variée et contrastée. De nombreux travaux d'anthropologie, de sociologie et de psychosociologie des comportements de santé, de sociologie de l'opinion s'intéressent de près aux conduites engendrées par une perception pouvant occasionner des coûts pour le système de soins et la santé publique et surtout dégrader la santé ou les conditions de vie des personnes. Ces travaux s'efforcent de dégager le sens des perceptions et des conduites profanes, et cette compréhension peut être très précieuse pour les autorités sanitaires. Les SHS abordent également les conditions dans lesquelles des problèmes émergent sous la forme de risques sont sélectionnés et hiérarchisés.

De nombreuses recherches en science politique, en sociologie (sociologie des organisations, sociologie des sciences, etc.), souvent associées à des travaux de juristes, d'historiens, etc., s'attachent à la façon dont des problèmes portés par des acteurs (institutionnels et non-institutionnels), font l'objet de débats et de controverses, gagnent l'espace public, sont mis sur l'agenda et deviennent l'objet de politiques publiques. Elles fournissent des clefs aux autorités sanitaires pour mieux comprendre quels sont les mécanismes d'émergence des nouveaux risques dans le domaine sanitaire.

Par ailleurs, la multifactorialité des MIE, les interactions mieux reconnues entre la santé humaine et animale ou végétale, entre les santés de l'homme et des écosystèmes, la nécessité d'un contrôle intégré de ces pathologies, l'histoire récente de la lutte contre le VIH, la tuberculose multi résistante, le paludisme, tout invite de manière pressante à mobiliser les contributions des SHS.

Les estimations font état de 216 millions d'épisodes palustres en 2010, dont 81 % dans la région Afrique de l'OMS, soit 174 millions de cas. Le nombre des décès dus au paludisme

est estimé à 655 000 pour l'année 2010, dont 91 % en Afrique. À l'échelle mondiale, 86 % des décès imputables au paludisme ont frappé des enfants de moins de 5 ans. Par ailleurs, l'incidence estimée du paludisme a réduit de 17 % depuis 2000 et les taux de mortalité spécifiquement dus au paludisme ont diminué de 26 %. Ces replis sont inférieurs aux cibles approuvées à l'échelon international pour 2010 (réductions de 50 %)³².

En 2009, près de 10 millions d'enfants ont perdu leurs parents à cause de la tuberculose. En 2010, 5,7 millions de nouveaux cas de tuberculose et de récurrences, équivalant à 65 % (fourchette 63-68 %) du nombre estimé de cas incidents, ont été notifiés.

Les cas de tuberculose notifiés au niveau mondial en 2010 se répartissaient comme suit : 40 % en Inde et en Chine, 24 % en Afrique et 82 % dans les 22 pays à forte charge de morbidité. Le diagnostic et le traitement approprié de la tuberculose multirésistante (MR) restent très problématiques. En 2010, dans la plupart des pays, moins de 5 % des nouveaux patients et des patients déjà traités ont subi un dépistage de la tuberculose MR. Le nombre rapporté de patients suivant un traitement a augmenté, pour atteindre 46 000 en 2010, mais ne représente que 16 % des cas de tuberculose MR, dont le nombre est estimé à 290 000, parmi les patients chez lesquels une tuberculose a été notifiée. Les pays signalent des déficits de financement qui s'élèvent à près d'US \$1 milliard pour 2012³³.

L'Afrique subsaharienne reste la région la plus durement touchée par le VIH. En 2010, près de 68 % de toutes les personnes vivant avec le VIH résidaient en Afrique subsaharienne, une région qui ne représente que 12 % de la population mondiale. L'Afrique subsaharienne était également à l'origine de 70 % des nouvelles infections en 2010, bien qu'on ait enregistré une baisse notable de ce taux dans cette partie du monde. Les plus mauvais scores continuent d'être enregistrés en Afrique australe, l'Afrique du Sud comptant plus de personnes vivant avec le VIH (environ 5,6 millions) que tout autre pays au monde. Depuis 1998, le sida a fauché un million de vies au moins par an en Afrique subsaharienne³⁴.

³² OMS : Rapport Malaria 2011, p.XVI

³³ OMS : Rapport 2011 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde –Résumé.

³⁴ Rapport ONUSIDA, 2011, p7

La situation du paludisme est beaucoup plus complexe que les schémas classiques ne l'indiquent et il est possible de parler des paludismes pour souligner la notion de diversité des faciès épidémiologiques³⁵. Au niveau des vecteurs, il y a quelques 400 espèces d'anophèles avec une soixante de « bons vecteurs »³⁶. Les vecteurs du paludisme en Afrique, la différence entre la région afrotropicale et le reste du monde est avant tout d'ordre biogéographique. Sa faune est caractérisée par d'excellents vecteurs du paludisme : *Anopheles funestus*, *An.gambiae*, *An.arabiensis*. Partout sont présentes une ou des espèces accompagnées parfois d'*An.moucheti* et *an.nili*, autres excellents vecteurs plus localisés. Cette ubiquité de "bons" vecteurs fait de l'Afrique un énorme foyer ininterrompu de paludisme³⁷.

Le concept de faciès épidémiologique a été établi pour l'Afrique de l'Ouest par Carnevale et Al. C'est une région, ou un ensemble de régions, où le paludisme présente, dans ses manifestations pathologiques, des caractères communs liés aux modalités de transmission du parasite. L'Afrique peut se schématiser par une juxtaposition de grandes régions naturelles dont les caractéristiques sont climatiques et/ou phytogéographique. On a coutume de les inventorier autour des blocs forestiers d'Afrique centrale et occidentale. En Afrique de l'Ouest, les zones se différencient très nettement. Du sud au Nord se succèdent forêts et savanes post forestières à climat tétraorique équatorial, puis savanes humides et sahel à une seule saison pluvieuse estivale³⁸.

Le paludisme est la maladie parasitaire la plus répandue dans le monde et on considère que 42% de la population mondiale vit en zone impaludée³⁹. L'OMS a développé une stratégie Globale fondée sur le diagnostic précoce et le traitement rapide de la maladie, la planification et la mise en œuvre de mesures de prévention sélectives et durables, dont la lutte anti vectorielle, la détection rapide des épidémies et les mesures permettant de les circonscrire ou de les prévenir, la réévaluation régulière de la situation du paludisme dans les pays et en

³⁵ Carnevale P, Robert V, Molez JF, Baudon D (1984). Faciès épidémiologiques des paludismes en Afrique subsaharienne. Etudes médicales ; 3, pp123-33

³⁶ Bruce-Chwatt LJ (1985) Essential Malarialogy, W, Heinerman Med, Books Ltd, 2nd ed

³⁷ De meillon B (1947). *the Anophelini of the Ethiopian Geographical Region*. Publ Sth Afr Inst Med Res, p49 ; Gillies MT, de Meillon B, (1968) *The Anophelinae of Africa south of sahara (Ethiopian) zoogeographical Region*. Johannesburg: south Afr Inst Med Research, 343p

³⁸ Carnevale P, Robert V, Molez JF, Baudon D (1984). Faciès épidémiologiques des paludismes en Afrique subsaharienne. Etudes médicales ; 3, pp123-33

³⁹ OMS 1993, Relevé épidémiologique hebdomadaire

particulier des déterminants écologiques, sociaux et économiques de la maladie. La diversité des contextes socioculturels et économiques est un facteur incontournable dans l'élaboration des stratégies de lutte.

La récurrence du paludisme se remarque par le fait qu'il touche au total 105 pays et territoires définis par l'OMS. Il est présent dans 45 pays dans la région de l'Afrique, 21 dans la région des Amériques, 6 dans la région d'Europe, 14 dans la région méditerranéenne, 9 dans la région d'Asie du Sud Est et 10 dans la région Ouest du pacifique⁴⁰

Au regard de l'évolution des savoirs techniques en l'occurrence de la biomédecine dans la lutte contre le paludisme, les savoirs locaux ou populaires semblent être relégués à un rang non honorable. Les savoirs populaires sur les maladies sont rejetés, alors que la légitimité n'est accordée qu'aux savoirs techniques acquis par les soignants lors de leurs formations.

Au Mali, beaucoup sont conscients de l'influence des croyances et pratiques culturelles dans la prise en charge du paludisme. Au Sénégal, nombre d'entre eux préfèrent, dans bien des cas, ignorer les croyances et pratiques culturelles autour du paludisme (« *le pèyi*⁴¹ » n'existe pas ou le « *kono*⁴² ») comme si eux-mêmes n'y étaient pas éduqués et n'y croyaient pas. Lors qu'elles sont citées, c'est pour être niées.⁴³

Ainsi l'énumération et la prise de conscience du poids des croyances sans leur intégration dans les programmes de santé ne servent à rien ou servent à très peu. D'une volonté à la réussite il y a incontestablement l'action. La complexité de tels écarts a amené à reconsidérer les études qui ont pour préoccupation la description et l'analyse des transferts de savoirs de compétences et de techniques, mais également les situations de changement et d'innovation. Certaines d'entre elles s'attachent ainsi à montrer que les cultures ne sont pas des cruches vides⁴⁴ qu'il suffit de remplir pour amener les populations destinataires au mieux-être⁴⁵.

⁴⁰ OMS : 1998

⁴¹ Appellation du paludisme au Sénégal

⁴² Appellation de la forme grave du paludisme au Mali

⁴³ Tidiane Ndoye, « la société Sénégalaise face au paludisme : politiques, savoirs et acteurs », Karthala et CREPOS, 2009, p.39

⁴⁴ Bourdier 2003, p.89

⁴⁵ Masse R. 1995

L'approche par les cultures comme ensemble de traditions et de valeurs spécifiques, présente un grand intérêt pour expliquer le fonctionnement d'une organisation par des rationalités autres qu'extérieures. En tant qu'ordre explicatif de comportement, de normes et de valeurs partagées en interne par l'ensemble des membres, la notion de culture nous incite à comprendre globalement les pratiques d'une société. Son utilisation contribue à récuser les modèles d'organisation et de gestion d'universalistes, et à tenir compte des contextes comme cadre dans lequel se déroule un projet, et pouvant l'influencer⁴⁶. Elle permet de comprendre, comme l'avait bien signifié Dominique Desjeux, que : « les acteurs ne sont pas que des agents rationnels, des individus émotionnels et des acteurs stratégiques, mais que leurs comportements sont organisés par la société, ses institutions, son histoire et ses valeurs »⁴⁷. Vouloir établir les rapports existants entre société et maladie implique que l'on conçoive cette dernière comme un événement qui se produit dans un contexte social, et qui reflète, de quelque manière, les liens de l'individu et de son entourage.

Le paludisme est un phénomène éminemment socioculturel pour plusieurs raisons. Tout d'abord ses modes de transmission sont symboliquement chargés, et ce sont les croyances, les attitudes et les comportements qui favorisent ou freinent l'épidémie et lui donnent forme. Ensuite, la prévention, l'accès et l'observance au traitement posent des enjeux politiques, économiques et culturels. Enfin, l'efficacité des réponses politiques à l'épidémie est intimement liée à l'avancée des droits humains. Dans les pays à bas et à moyens revenus plus qu'ailleurs les barrières sociales constituent des obstacles importants aux politiques de prévention et de prise en charge de l'épidémie rendant certains groupes sociaux comme les enfants et les femmes vulnérables. Dans les contextes de pauvreté, la dimension sociologique et politique de la transmission de l'épidémie est particulièrement prégnante. Les épidémiologistes posent directement le problème des rapports entre les maladies et les facteurs sociaux. C'est à leur propos qu'a été prononcé pour la première fois le terme de « sociologie médicale »⁴⁸. Pourtant la part du sociologue n'y a souvent pas été, à tort ou à raison, qu'auxiliaire.

⁴⁶ DENIEUL P.N, (2008), « cultures et société, itinéraire d'un sociologue », l'Harmattan, p.44

⁴⁷ DOMINIQUE D, (2004), « les sciences sociales », PUF, Paris, p.41

⁴⁸ MECHANIC D, (1960), « the concept of illness behavior » Chron.Dis,pp189-194

D'ailleurs, la plus simple réflexion suggère que de nombreuses et graves maladies peuvent rester longtemps peu visibles et que le symptôme est souvent insuffisant pour la reconnaissance d'une maladie. De cette ambiguïté de l'état et de sa gravité, procède l'intervention du sociologue : « la maladie » telle que nous la connaissons, représente toujours l'articulation d'une certaine réalité physique avec une définition et une conduite sociale⁴⁹. Connaître les facteurs sociaux intervenants dans les comportements de soins peut être important tant pour le succès des campagnes de préventions que pour l'évolution des institutions médicales.

Le contexte social apparaît aussi important pour prédire le comportement d'un individu que la nature ou la gravité de son état⁵⁰. Par ailleurs le contexte socioculturel est influent dans le système thérapeutique. En Afrique de l'Ouest, plusieurs systèmes thérapeutiques coexistent. Issus des diverses influences culturelles et religieuses ayant marqué l'histoire de l'Afrique de l'Ouest. Ils apportent des réponses différentes aux multiples dimensions de la maladie, à travers des logiques curatives spécifiques et des champs d'intervention variables. Pour classer les différents modèles d'explication et de traitement de la maladie, Kleinmann distingue trois secteurs non disjoints de prise en charge thérapeutique : le populaire, le traditionnel et le professionnel⁵¹. Les différentes filières thérapeutiques sont cependant le plus souvent appréhendées à travers une classification dichotomique : la médecine biomédicale est opposée aux médecines traditionnelles, auxquelles sont rattachées à la fois les pratiques animistes et issues des religions monothéistes.

La médecine biomédicale se fonde sur un paradigme empirique de nature scientifique : son savoir repose sur des connaissances anatomiques et physiologiques reliant les symptômes aux traitements. Emancipée des dimensions religieuses et régie par un code éthique spécifique, l'activité de la médecine scientifique se limite à la dimension biologique ; elle est impersonnelle et ne vise pas à prendre en charge les aspects sociaux et culturels de la

⁴⁹ HERZLICH C, (1970) « Médecine, maladie et société » éd. Mouton, pp14-15

⁵⁰ ibdem

⁵¹ Kleinmann, Coppo P, Pisani L., Keita A,(1992) « Perceived morbidity and health behavior in Dogon community. Social Science and Medecine, Vol.25,N°9, pp1003-1019

maladie⁵². La pratique biomédicale repose sur un diagnostic, établi sur la base de l'examen d'une série de signes cliniques pouvant être confirmé par des examens biologiques.

En Afrique sub-saharienne, le système biomédical bénéficie d'une légitimité institutionnelle et d'un prestige important attaché aux conditions de son introduction. Cependant, en milieu rural, la pratique médicale reste ancrée dans une réalité bien spécifique, celle de postes de santé caractérisés par le manque de moyens et de personnel qualifié ; les actes médicaux sont le plus souvent assurés par des infirmiers diplômés d'état, dans le cadre de relations soignants/soignés difficiles⁵³. En matière de traitement du paludisme, les protocoles sont principalement allopathiques, complétés par des injections intra- musculaires avec complications.

A coté de ce système biomédical, la pratique des thérapeutes traditionnels s'inscrit toujours dans un environnement culturel spécifique et se fonde sur une connaissance directe du contexte social: la maladie est replacée dans le cadre d'événements passés, d'histoires familiales non résolues, de transgression de règles ou d'interdits sociaux, de manquements aux coutumes⁵⁴. L'activité des thérapeutes traditionnels, faisant interagir de variables biophysiques et symboliques, psychologiques et sociales, consiste à relier les manifestations organiques de la maladie, cause de souffrance physique, à leur expression sociale. Il nous apparaît donc plus approprié de parler de médecines traditionnelles, partageant une même approche de la maladie, mais différenciées par des systèmes de représentations, des sources de savoirs et des techniques thérapeutiques hétérogènes.

A la différence de la médecine biomédicale, les médecines traditionnelles ne traitent pas exclusivement de la dimension biologique de la maladie : elles prennent également en charge sa dimension sociale (Augé, 1984 ; Zempléni, 1985 ; Bonnet, 1991). Les médecines traditionnelles investissent des champs complètement extérieurs à la maladie et pénètrent le domaine plus général du malheur et de l'infortune : les institutions prenant en charge la maladie sont à la fois religieuses, politiques et thérapeutiques (Fassin, 1992 ; Dores, 1981).

⁵² Benoist J. (dir) (1996), « Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical. Paris, Khartala, p520

⁵³ Jaffré Y., Olivier De Sardan J.P (2003), « Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest » Paris, Khartala, p462

⁵⁴ Lovell N.I. (1995), « Pluralisme thérapeutique et stratégies de santé chez les Evhé du Sud-est Togo ». Paris : Ceped, N°33, 20 p.

La pratique des thérapeutes traditionnels s'inscrit toujours dans un environnement culturel spécifique et se fonde sur une connaissance directe du contexte social : la maladie est replacée dans le cadre d'événements passés, d'histoires familiales non résolues, de transgression de règles ou d'interdits sociaux, de manquements aux coutumes (Lovell, 1995). L'activité des thérapeutes traditionnels, faisant interagir des variables biophysiques et symboliques, psychologiques et sociales, consiste à relier les manifestations organiques de la maladie, cause de souffrance physique, à leur expression sociale.

Les formes des traitements sont variées et dépendent de la nature de la maladie, de la spécialité du thérapeute et des ressources du milieu : la prise en charge du paludisme peut s'appuyer sur des incantations avec paroles magiques, des amulettes porteuses d'inscriptions magiques, des massages, des potions ou des lavements élaborés à partir de ressources de la pharmacopée. Les secrets thérapeutiques sont toujours secrètement gardés : dans la mesure où il est communément admis que « chaque arbre possède ses génies, ses remèdes et ses sorts », la connaissance précise des vertus de la pharmacopée, ses modalités de récolte, de préparation et d'administration restent secrètement gardées (Gessain, 1979).

Le savoir du thérapeute peut être inné, révélé ou acquis, mais il est le plus souvent spécialisé pour quelques affections particulières. La nature de la pratique thérapeutique varie également en fonction de facteurs sociologiques : « plus le pouvoir politico-religieux est grand, et plus l'activité du guérisseur passe par la parole (bénédictions) et la transcendance (incantations) ; plus au contraire il est faible, et plus l'action de soigner s'appuie sur l'objet (amulettes) et la substance » (Fassin, 1992, p.77).

À l'instar des autres pays du sahel, le Mali, a été profondément marqué par les effets des sécheresses récurrentes, qui ont engendré une dégradation de l'environnement et des ressources naturelles. Les changements climatiques, la désertification, la perte de la diversité biologique, la destruction de la couche d'ozone et la présence de déchets solides, liquides et gazeux dangereux dans l'environnement entre autres, ont eu des répercussions sur la production, la productivité et surtout sur la santé.

L'ampleur de cette dégradation a amené le Mali à se doter en 1998 d'une Politique Nationale de Protection de l'Environnement pour faire face aux enjeux environnementaux pour pérenniser les ressources naturelles et améliorer le cadre de vie en vue de la réduction de la pauvreté (Rapport-Mali : 2008, P9). Au delà des milieux naturels, l'environnement interpelle chaque jour notre cadre de vie : les concentrations humaines, les activités industrielles et agricoles engendrent des pollutions et des nuisances qui nuisent à la qualité de la vie. La gestion de l'environnement concerne toutes les composantes de notre société : l'Etat, les citoyens, les acteurs économiques, les chercheurs sont tous concernés, chacun à son niveau (Ibid, P2). Les recherches sur les facteurs d'émergence (et de réémergence) des pathologies (Grmek : 1993, p281) dépassent désormais la question des facteurs de risques individuels traitant l'environnement comme un paramètre physique externe et favorisent le développement des partenariats scientifiques entre sciences de la vie et sciences sociales.

L'environnement est appréhendé comme un espace de distribution de facteurs de risques au regard des problèmes de santé tel que le paludisme (Environnement, Risques & Santé : 2005, p395). Cependant, il est important d'investir les zones irriguées en termes de recherche pour mesurer le lien entre environnement, société et santé. Elles constituent aujourd'hui des zones de prolifération de moustiques.

Au Mali, le paludisme est l'une des causes principales de la morbidité et de la mortalité, soit 38% de toutes les consultations et 41% des consultations chez les enfants de moins de cinq ans. La moitié des décès des enfants de moins de cinq ans est due au paludisme. L'incidence réelle du paludisme n'est pas connue puisque beaucoup d'enfants atteints de paludisme ne fréquentent pas les centres de santé. Environ 15-20% seulement des enfants fébriles ont recours aux soins aux niveaux des centres de santé. Le paludisme demeure endémique dans les régions du centre et du sud du Mali (couvrant plus de 90% de la population du Mali). La transmission du paludisme est généralement saisonnière dans le pays en relation avec la saison des pluies (juin-Octobre ou Juillet-Septembre selon la zone).

Cependant, dans les zones irriguées comme la zone du barrage de Selingué, la transmission du paludisme revêt un caractère bi-modal avec un pic saisonnier entre juin et novembre lié à la pluviométrie et un second pic entre Mars et Avril lié à la double culture de riz. La stratégie de lutte contre le paludisme repose essentiellement sur l'utilisation des moustiquaires pour les enfants de moins de 5 ans, la prise en charge précoce des cas de

paludisme par les CTA. Selon l'enquête démographique et de santé (EDS 2006), environ 50% de la population possède au moins une moustiquaire imprégnée, seulement 27% d'enfants de moins de cinq ans avaient dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête. Le nombre d'enfants fébriles de moins de cinq ans ayant eu recours à un traitement dans les 24 H était également très bas (15%),

Selon le système d'information sanitaire du district sanitaire de Selingué, le paludisme représente le problème majeur de santé des enfants de moins de cinq ans. Très peu d'études ont été effectuées sur la perception des populations et la prise en charge de cette maladie au niveau des ménages. Ces perceptions pouvant constituer des barrières possibles pour le recours aux services de santé. Par cette étude nous tentons de dégager le lien entre l'environnement, la société et la santé. Une étude qualitative sera menée afin de mesurer l'impact du barrage sur la santé des populations d'une part, et d'autre part nous allons étudier les facteurs culturels déterminants dans la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans. Les résultats produits permettront d'avoir des données de base sur les effets pervers du barrage sur la santé de la communauté afin de guider et améliorer les programmes de santé communautaire au Mali en général.

Par cette étude, nous proposons de montrer comment les facteurs socioculturels influencent le recours thérapeutique des communautés rurales dans la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans ?

L'aménagement du barrage a-t-il favorisé la prolifération des moustiques à Selingué ?

1.3. Les objectifs

1.3.1 Objectif général

Il s'agit pour nous d'étudier les dimensions sociales dans la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans le district sanitaire de Selingué.

1.3.2. Objectifs Spécifiques

- ✿ Décrire les perceptions qui orientent la prise en charge des enfants de 0 à 5 ans atteints de paludisme dans les villages de Baya Siekorolé
- ✿ Montrer les facteurs déterminants dans la prise en charge des enfants de 0 à 5 ans dans les villages de Baya-Siekorole

1.4. Les hypothèses

1.4.1 Hypothèse principale

Nous posons comme hypothèse principale que l'environnement socioculturel influe considérablement sur les facteurs de risques de santé des populations.

1.4.2. Hypothèses secondaires

Notre hypothèse principale de recherche est sous tendue par deux hypothèses secondaires :

- Les perceptions de la communauté orientent la prise en charge des enfants de 0 à 5 ans
- Les facteurs socioculturels sont déterminants dans la prise en charge des enfants de 0 à 5 ans dans la communauté.

1.5. Le concept opératoire : le Health Belief Model (HBM) ou modèle des croyances relatives à la santé.

Le Health Belief Model (HBM) ou modèle des croyances relatives à la santé a été développé dans les années 1950 par un groupe de chercheurs et de praticiens en psychologie sociale dans les services américains de Santé Publique qui cherchaient à comprendre les causes de l'échec et du manque de participation du grand public aux programmes de prévention ou de détection des maladies (Hochbaum, 1958 ; Rosenstock, 1960, 1966, 1974.) Le modèle a été étendu ensuite à l'explication des comportements des individus face au diagnostic médical et en particulier à leur acquiescement et à leurs conduites en matière de régimes médicaux.

La pratique du HBM suppose une connaissance précise des comportements de la population auprès de laquelle on veut intervenir, des aspects spécifiques et des compétences requises pour l'observance du comportement de prévention souhaité. L'efficacité de ce type d'action en éducation pour la santé dépend du contexte social, législatif et culturel dans lequel elle s'inscrit.

En effet, le contexte fonctionne comme un facilitateur ou un obstacle à ce type d'intervention centrée sur les connaissances, les croyances et les perceptions individuelles de la prévention et des soins.

Les inégalités en matière de santé sont largement liées au contexte social ; ce constat est aujourd'hui bien démontré et observé. Il se confirme quasiment pour toutes les pathologies, pour l'utilisation des services, pour l'espérance et la qualité de la vie. D'une part, les actions qui visent les comportements individuels – c'est tout le champ de l'information, de l'éducation pour la santé. D'autre part, il y a les interventions qui cherchent à modifier l'environnement social et politique, à développer des politiques publiques saines par la prise de conscience de « l'impact santé » des politiques, à assurer des milieux de vie favorables, à développer l'action communautaire (la promotion de la santé relève de la participation effective et concrète de la collectivité) et à réorienter les services vers la promotion de la santé.

L'essentiel est de voir la nécessité de stratégies diverses, complémentaires, généralement portées par des acteurs diversifiés dans un champ de compétences plurielles. Le secteur de la santé devient paradoxalement un acteur parmi d'autres. A contrario, les individus et collectivités sont responsabilisés comme acteurs de santé. La communauté est un lieu d'échanges, de réflexion et d'action qui positionne les individus dans une dimension collective ; elle devient le lieu d'émergence, de définition et de compréhension des problèmes.

La robustesse de la théorie de l'action raisonnée a été amplement démontrée (Sheppard, Hartswick et Warshaw, 1988, cités par Madden, Ellen et Ajzen, 1992). Elle néglige cependant le fait que nos comportements ne sont parfois que partiellement volontaires, ou bien, qu'ils sont dépendants du contrôle que nous pensons avoir sur nos actes. C'est pour remédier à ces insuffisances qu'Ajzen et Madden (1986) proposent une théorie du comportement planifié. Elle conserve les éléments de la théorie de l'action raisonnée tout en incluant le contrôle comportemental perçu par le sujet comme antécédent des intentions comportementales. Le contrôle comportemental perçu sera lui-même déterminé par les croyances qu'a le sujet concernant ce contrôle. Ces croyances, bien entendu, peuvent parfois se révéler être des illusions de contrôle.

Les intentions de l'individu d'émettre un comportement donné constituent le facteur central de la théorie du comportement planifié. Elles sont supposées saisir les facteurs motivationnels qui influencent le comportement. L'intention ne s'exprime en comportement effectif que si celui-ci est sous le contrôle de l'individu. Les facteurs externes (temps, argent, connaissance, coopération des autres, etc.) déterminent le contrôle réel de l'individu sur le comportement.

La perception du contrôle sur le comportement se réfère aux ressources dont dispose l'individu, à ses propres capacités, aux opportunités disponibles ainsi qu'à la perception de l'importance d'arriver à accomplir les résultats. Le concept de perception du contrôle sur le comportement se rapproche le plus du concept d'auto-efficacité de Bandura (1982). En effet, les croyances d'un individu sur son auto-efficacité peuvent avoir une influence sur son choix d'activités, sur sa préparation pour l'activité et finalement sur l'effort qu'il met en place durant l'activité en question. Ainsi, si par exemple deux individus ont la forte intention d'apprendre une nouvelle langue, celui qui pense qu'il parviendra à le faire aura tendance à persévérer davantage que celui qui doute de ses capacités (Ajzen, 1991).

En effet, Ajzen (1985) a élargi le modèle conceptuel de l'action raisonnée en y ajoutant le contrôle comportemental perçu. La recherche de Djewaltowski (1989) indique que ce contrôle mesure essentiellement le sentiment d'efficacité personnelle des individus. Donc, quand l'efficacité personnelle perçue est incluse comme prédicatrice, le contrôle comportemental perçu ne produit pas de contribution indépendante à la performance.

Dans des tests comparatifs, le modèle élargi ou la théorie du comportement planifié, a un plus grand pouvoir prédictif que la version originale dépourvue du facteur identique à l'efficacité (Ajzen et Madden, 1986). Les croyances en l'efficacité personnelle affectent le comportement à la fois directement et en influençant l'intention. Etant donné que l'efficacité personnelle perçue affecte la pensée, la motivation et les états émotionnels, tous ces éléments agissant sur le comportement, il n'est pas surprenant que l'intention ne soit pas l'unique facteur proximal du comportement. Le passage de l'intention à l'action est loin d'être automatique. Ces autres facteurs peuvent l'emporter sur les meilleures intentions.

La théorie du comportement planifié a été testée dans une série d'études sur les pratiques de santé, en substituant les croyances d'efficacité au contrôle comportemental (De Vries *et al.*, 1988, De Vries, Kok et Dijkstra, 1990 ; Kok *et al.*, 1991).

Les croyances d'efficacité prédisent à la fois les intentions et le comportement de santé, même après avoir contrôlé les influences sociales, attitudinales et normatives. Elles le font longitudinalement aussi bien que simultanément. Quand la priorité causale n'est pas imposée dans les analyses, les croyances d'efficacité apportent une contribution sensiblement plus importante au comportement que ne le font les deux autres facteurs.

Le facteur normatif contribue généralement de façon négligeable au comportement de santé. On peut donc se demander si ce facteur est sans importance, ce qui semble peu probable, ou si une meilleure conceptualisation et une évaluation précise de ce facteur en termes d'attentes de résultats sociaux mettraient à jour un certain effet sur l'adoption et le maintien d'habitudes de santé.

Les changements d'habitudes ont peu d'effets s'ils ne durent pas. Beaucoup d'habitudes de style de vie qui affaiblissent la santé sont soumises à de fortes influences dans la vie quotidienne. Les habitudes intégrées à des relations interpersonnelles et qui font partie de

modes organisés d'activités quotidiennes ne sont pas faciles à stopper. Les personnes qui souhaitent changer de comportement doivent affronter non seulement les pressions sociales mais aussi les satisfactions qui lui sont liées. De plus, les pratiques favorables à la santé sont parfois pénibles, surtout dans les phases initiales de changement. Le maintien du changement d'habitude repose fortement sur des aptitudes autorégulatrices et sur la valeur fonctionnelle du comportement.

La théorie du comportement planifié a déjà suscité plusieurs dizaines de recherches publiées. Les résultats indiquent une augmentation considérable du pourcentage d'explication de l'intention d'agir ; par contre, les résultats sont plus mitigés au regard du comportement. Le véritable problème de la théorie du comportement planifié est l'action. L'action humaine est déclenchée par plusieurs déterminants que l'intention ne saurait absorber. La problématique de l'action humaine bien qu'ancienne reste encore d'actualité. Les problèmes de prédiction, de contrôle, de production de l'action humaine ne sont pas encore définitivement résolus, parce qu'ils se heurtent au caractère énigmatique de l'action.

1.6. Modèle Théorique : le culturalisme

L'explication des phénomènes sociaux ne peut se réduire à produire des liens de cause à effet. Les analyses sociologiques sont logiquement et scientifiquement reliées à des points de vue théorique. Au-delà des analyses produites sur un phénomène quelconque, le sociologue replace son étude dans un modèle plus large d'explication des comportements humains. Ces outils théoriques peuvent être définis comme des modèles d'interprétation susceptibles de rendre compréhensible un grand nombre de phénomènes étudiés.

Une théorie ne sort pas tout faite de la tête d'un penseur mais est aussi le produit des conditions sociales dans lesquelles elle est élaborée. Les modèles d'interprétation du social peuvent être donc multiples et affichés comme tels sans pour autant fragiliser les fondements de la reconnaissance scientifique de la discipline.

Les principales théories peuvent être vues comme une réponse au grand débat fondateur de la pensée sociologique consistant à rendre compte des liens qui unissent l'individu et la société. Autrement dit, l'enjeu fondamental pour les théoriciens est d'apporter une réponse alternative

à la double question : l'individu est-il autonome dans ses actes ou bien, à l'inverse, est-il entièrement déterminé par le groupe, le collectif, la société ? Aucun sociologue n'a donné une réponse tranchée à cette question. Ce qui revient à dire que les réponses théoriques sont toujours le résultat d'une conception intermédiaire sur cet axe.⁵⁵

Ainsi pour Weber, ce qui constitue le fondement des comportements humains ce sont les interrelations, interactions entre les individus. Donc, ce qui compte pour le sociologue c'est de dégager le sens qui pousse les individus à agir. C'est pour cette raison que la sociologie de Max Weber est qualifiée de sociologie compréhensive. Certes, pour lui, les individus sont des êtres de conscience qui ne sont pas entièrement déterminés par les structures sociales, mais il n'en reste pas moins que ces acteurs agissent en fonctions de valeurs, de croyances, de représentations qui sont autant de contraintes qui pèsent sur leurs manières de faire et de penser. Une des manières de cerner la dimension compréhensive des actions des individus est d'interroger leur culture.⁵⁶

Quand on parle de culture, il peut soit s'agir de la culture légitime (la musique classique, les « grands peintres », la « grande littérature », etc.) soit de la culture au sens anthropologique (c'est-à-dire l'ensemble des activités, des croyances et des pratiques communes à une société donnée) : « La notion de culture est de celles qui ont suscité en sciences sociales les travaux les plus abondants, les plus contradictoires aussi. Le terme peut tantôt désigner un panthéon de grandes œuvres "légitimes", tantôt prendre un sens plus anthropologique, pour englober les manières de vivre, sentir et penser propres à un groupe social [...]. *La Joconde* et la sociabilité qui se greffe sur l'assistance à un match de football illustreraient ces deux pôles. »⁵⁷ (Mattelart, Neveu, 2003, p. 3).

Dans cette étude nous allons nous intéresser au sens anthropologique de la culture. Le culturalisme est une posture théorique qui se met en place avec l'anthropologie naissante, au XIX^e siècle, et qui s'affirme en rupture avec le naturalisme. Elle met en avant que l'Homme est saisi par la culture et non pas par l'hérédité, par l'instinct, par des caractères innés. Les fondateurs de l'anthropologie et de l'ethnologie – pour qui l'unité humaine ne faisait aucun

⁵⁵ Remy Le Saout, (2002), « guide pour connaître la sociologie », Vuibert, 2002, p61

⁵⁶ Ibid, p65

⁵⁷ Mattelart Armand, Neveu Erik (2003) « *Introduction aux Cultural Studies : Repères* », Paris, La Découverte, coll. 2003, p122

doute – se proposent de penser les spécificités des coutumes des différentes sociétés, autrement dit de penser la diversité dans l'unité.

La culture est donc quelque chose d'acquis que l'on s'approprie par le mécanisme inconscient de la socialisation. Cette définition va être radicalisée par un autre anthropologue américain, Franz Boas, fondateur avec Edward Sapir de l'anthropologie américaine et véritable père fondateur du culturalisme en anthropologie. Boas récuse les grandes généralisations abstraites très présentes dans l'anthropologie naissante et propose très clairement une conception particulariste des cultures. Pour lui, chaque culture est spécifique, constitue une totalité singulière. Tout l'effort de l'anthropologie est alors de mettre à jour ce qui fait la cohérence et l'unité d'une culture particulière.

Une des disciples les plus importants de Boas est Ruth Benedict qui est à l'origine de deux concepts : celui de type culturel et celui de *pattern*. Pour Benedict, chaque culture se caractérise par une certaine configuration, un certain modèle, et est donc gouvernée par une sorte de schéma inconscient sous-jacent à toutes les activités de la vie. Partant de ces éclaircissements sur le sens anthropologique de la culture, nous pouvons retenir ceci : La culture est l'ensemble des activités, des croyances et des pratiques communes à une société, un groupe social ou un groupe professionnel.

1.7. Modèle d'analyse : la Théorie de comportement planifié proposé par Icek Ajzen

D'après la sociologie fonctionnaliste et interactionniste, l'intention comportementale est conditionnée par un ensemble de valeurs et de normes partagées, mais également par le rapport à ces normes en termes de conformité et de déviance et par les formes de contrôle social susceptibles de sanctionner les choix individuels (Becker, 1985).

L'une des modélisations les plus abouties des croyances relatives à la santé, inspirée du modèle des comportements interpersonnels, distingue quatre facteurs conditionnant l'intention comportementale : la composante cognitive, évaluant les avantages et les désavantages du comportement ; la composante affective, rendant compte du plaisir lié à la réalisation du

comportement ; la composante sociale, évaluant l'appréciation de la pertinence du comportement dans le groupe de référence, en fonction de la position sociale de l'acteur ; la norme morale personnelle, définie par le sentiment d'obligation par rapport au comportement. Considérant que l'action thérapeutique est « sociale dans la mesure où, du fait de la signification subjective que l'individu ou les individus qui agissent y attachent, elle tient compte du comportement des autres et en est affectée dans son cours » (Weber, 1964, p. 88), plusieurs auteurs ont intégré des paramètres sociaux à leur réflexion sur l'intention comportementale.

Dans cette étude nous appliquons "la Théorie de comportement planifié (The Theory of Planned Behavior) " proposée par Icek Ajzen (1991). La théorie d'intentions de comportement planifié est formée avec la contribution de trois jeux de facteurs : Le premier jeu inclut des attitudes vers le comportement. Le deuxième jeu comprend des normes subjectives, qui sont déterminées par des croyances et la perception concernant l'approbation, ou la désapprobation d'un certain comportement par rapport à d'autres. Le troisième jeu concerne le contrôle comportemental. La perception de contraintes et/ou les occasions qui existent concernant le comportement spécifique. Le poids relatif de ces trois jeux peut dépendre du type de décision prise (Ajzen, 1988; 1991) et sur le contexte dans lequel les intentions sont formées. Dans cette recherche nous examinons le rôle d'attitudes, des normes et le contrôle comportemental sur la décision de « prise en charge » en se concentrant sur les déterminants culturels.

Dans une approche axée sur le choix de l'individu, les modèles des croyances relatives à la santé, ou Health Belief Model (HBM) reposent sur le postulat que « tout individu est susceptible d'entreprendre une action pour prévenir une maladie ou une situation désagréable s'il possède des connaissances minimales en matière de santé, et s'il considère la santé comme une dimension importante à l'intérieur de sa vie » (Godin, 1988, p.40).

Les HBM s'appuient en grande partie sur les théories de psychologie sociale rendant compte de mécanismes applicables aux comportements à visée thérapeutique : la théorie de la personnalité, la psychologie du sens commun, le locus de contrôle, la théorie des représentations sociales peuvent expliquer la nature des choix thérapeutiques, tout comme les théories de la dissonance cognitive et de l'engagement montrent que lorsqu'un malade a le

sentiment d'être partie prenante du traitement qui lui a été prescrit, le suivi thérapeutique gagne en efficacité (Grawitz, 1986).

Le modèle d'Ajzen part donc du principe que trois variables (l'attitude, les normes subjectives et la perception du contrôle) influencent directement les intentions d'effectuer un comportement. Cette intention influence à son tour le comportement. La figure ci-dessous illustre les liens entre les différentes variables :

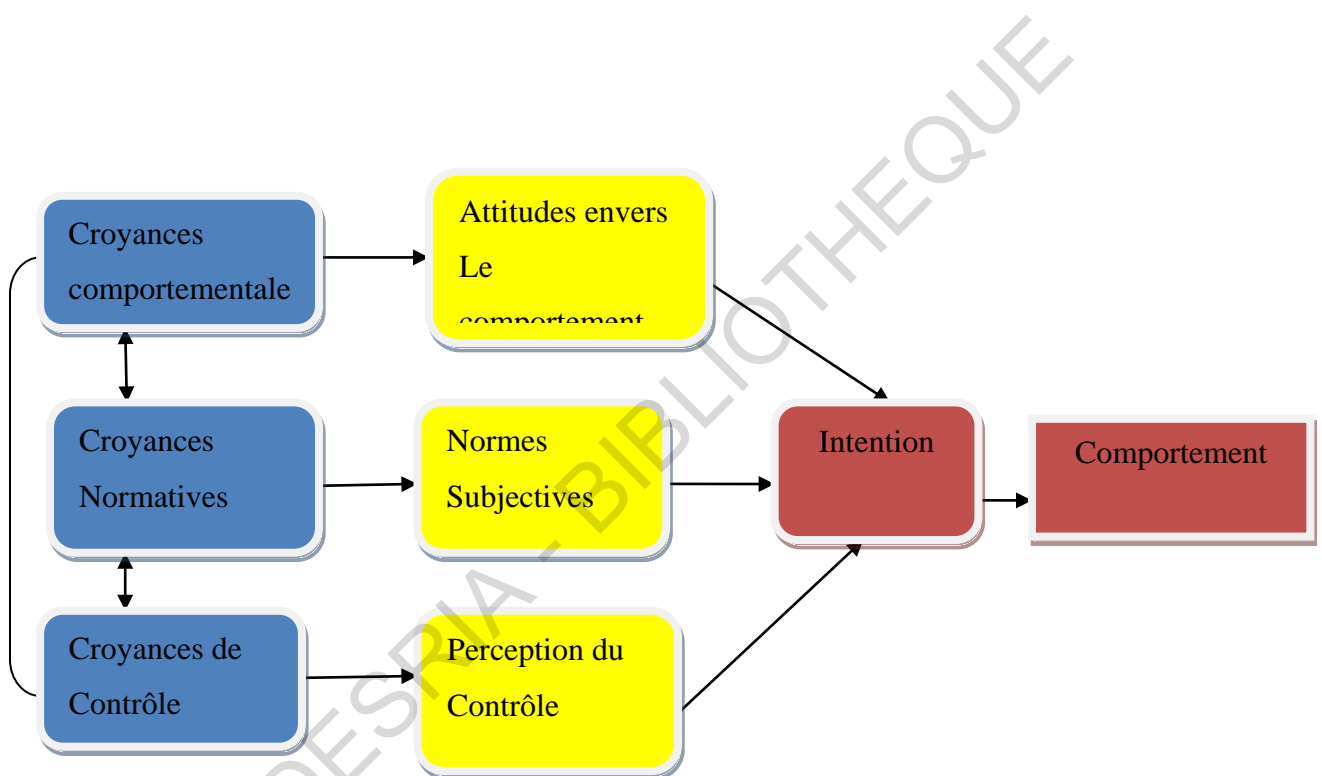


Figure 1: Théorie du comportement planifié

Source : (Ajzen, 2006, e-test).

1.8. Définition des concepts

Le concept est un mot que les chercheurs ont emprunté au vocabulaire courant pour désigner ou circonscrire un phénomène de la réalité observable qu'ils désirent étudier scientifiquement. C'est en fait une représentation abstraite d'une situation observable, il traduit notre

représentation mentale de la réalité. Du coup il devient l'instrument fondamental de la recherche scientifique.⁵⁸

Ce préalable à toute recherche a son intérêt, selon Hall : « Pour penser ou pour analyser la complexité du réel, l'acte de pratiquer la pensée est requis, et il nécessite de faire usage du pouvoir d'abstraction et d'analyse, de formuler des concepts permettant de découper la complexité du réel, afin précisément de révéler et d'éclairer les relations et les structures qui restent invisibles au candidat et qui ne peuvent ni se présenter ni s'authentifier elles-mêmes.... »⁵⁹.

En effet le cadre conceptuel permet de passer en revue les différentes significations données au contenu. Sur un plan scientifique, il oriente notre recherche et permet de déterminer les bases théoriques de notre étude. Il détermine aussi le contexte dans lequel nous appréhendons l'objet d'étude. Ainsi nous avons répertorié un certain nombre de concepts dont leur signification s'avère indispensable pour une meilleure compréhension de notre recherche :

1.8.1. Maladie

Analyser « la maladie » comme un concept, impose de voir que ce mot n'est qu'une manière de définir une réalité complexe, en outre le concept de maladie véhicule des normes, des croyances, des valeurs qu'il convient de mettre à jour.

Le concept de maladie n'a pas le même sens pour le malade, le médecin et pour le sociologue, il n'est pas non plus identique d'un malade à l'autre, d'un médecin à l'autre, d'un sociologue à l'autre. L'approche sociologique permet d'opérer une **rupture** avec **la conception** selon laquelle la maladie serait une réalité uniquement décriptable sur le plan biologique. L'évolution du savoir montre que les maladies se définissent de deux manières :

- biologiquement
- socialement.

Définition simple de la maladie : il s'agit d'un état, d'un processus biologique qui affecte le corps.

⁵⁸ Pr M. Tamba (2012), « Notes de cours de méthodologie en master2 sociologie », UCAD,

⁵⁹ S Hall *al.*, (2007), « Méthéoriques », Paris, ed, Amsterdam, pp49-146

Définition complexe de la maladie : la maladie comme système d'interaction complexe entre le biologique, la réaction individuelle et les influences socioculturelles. La maladie est donc biologiquement et socialement construite.

1.8.2. Santé

Deux modèles principaux de représentation de la santé :

- la santé, considérée d'un point de vue purement organique, comme absence de maladie.
- la santé, définie comme un état d'équilibre, de possibilité pour l'individu de maîtriser au mieux les pressions de la vie sociale ; la santé comme bien-être, comme capacité d'action ou d'accomplissement de soi et d'harmonie avec les autres. La santé et la maladie sont investies de valeurs et de croyances qui dépassent la simple anomalie biologique.

1.8.3. Représentations sociales

Les représentations sociales : peuvent être définies comme des associations d'idées et/ou des perceptions plus ou moins hétérogènes qui permettent de se faire une image mentale de la réalité. Il s'agit d'un système de valeurs, de notions et de pratiques ayant une double vocation. Tout d'abord, instaurer un ordre qui donne aux individus la possibilité de s'orienter dans l'environnement social, matériel et de le dominer. Ensuite assurer la communication entre les membres d'une communauté. Il s'agit de la manière de s'approprier, d'interpréter notre réalité quotidienne et notre rapport au monde. Les Représentations sociales correspondent aux savoirs que nous avons acquis par héritage, tradition ou expérience, sans y avoir profondément réfléchi.

1.8.4. Culture

Dans son sens anthropologique ou général, la culture est constituée de la langue, de l'organisation politique et sociale, des traditions, des mythes et des croyances qui donnent à la communauté son sens et son unité ou, si on préfère, sa vérité pour ceux qui vivent cette culture⁶⁰. La culture est la manière de faire d'une communauté, c'est son « mode d'emploi »

⁶⁰ M. Freitag, *Dialectique et société*, t. 2 : *Culture, pouvoir, contrôle. Les modes de reproduction formels de la société*, Montréal et Lausanne, Éditions Saint-Martin et L'Âge d'Homme, 1986, p. 93, ainsi que B. L. Worf, *Language, thought and reality*, Cambridge, The Massachusetts Institute of Technology Press, 1956, p. 67.

codifié. Tous les groupes humains ont une culture qui organise les fondements de la vie collective.

L'ensemble des codes symboliques qu'elle utilise pour s'organiser (le langage en tout premier lieu, mais la construction de sens en général) constitue ce qui distingue réellement l'Homme de l'animal et ce trait est universel à l'Homme. Ainsi nous allons retenir la définition du Britannique Edward Tylor, qui d'ailleurs a été le premier à avoir posé la définition anthropologique de la culture : "*Culture ou civilisation, pris dans son sens ethnologique le plus étendu, est ce tout complexe qui comprend la connaissance, les croyances, l'art, la morale, le droit, les coutumes et les autres capacités ou habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la société.*"

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE II : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

2.1. Méthodologie

L'enquête a utilisé la méthode qualitative de recueil de données avec des techniques et des outils divers. Cette approche qualitative se justifiait par le souci de produire des sens à partir des discours des acteurs concernés. Les acteurs ont également chacun leurs stratégies et leurs logiques individuelles et/ou de groupe qui sont autant de stratégies et de logiques de survie qui indiquent toute la délicatesse de la lutte contre le paludisme. L'atteinte des objectifs de l'étude exigeait une telle démarche.

2.1.1. Type d'étude

La présente étude est de type socio-anthropologique. Elle a porté sur les perceptions et les pratiques des communautés en matière de prise en charge du paludisme chez l'enfant de 0 à 5 ans. L'étude a mis l'accent sur des questions essentielles concernant l'histoire du barrage, les transformations sociales et sanitaires induites par sa construction.

2.1.2. Univers d'étude

La présente étude a été menée en milieu rural auprès des mères ou tutrices d'enfants de moins de 5ans, du personnel sanitaire et des ONGs intervenant dans la lutte contre le paludisme dans le district sanitaire de Selingué.

2.1.3. Lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le district sanitaire de Sélingué, dans la préfecture de Yanfolila en quatrième région administrative du Mali (Sikasso). Le village concerné était : Baya-Siekorolé

2.1.4. Population cible

Notre population cible est composée :

Des mères ou tutrices d'enfants de 0 à 5 ans

Des chefs de ménages

Du personnel sanitaire

2.2. Méthode

Elle a consisté en quatre techniques de recueil des données : la recherche documentaire, les entretiens, les discussions focalisées et l'observation participante.

2.2.1. Technique de collecte

La recherche documentaire, l'entretien semi-dirigé, le focus group et l'observation participante sont les principales techniques que nous avons utilisées dans le cadre de notre étude. Les entretiens se caractérisent par l'utilisation d'un support qui peut être un schéma ou un guide et une grille d'entrevue.

2.2.1.1. La recherche documentaire :

Elle a été essentiellement menée :

Dans les locaux de la bibliothèque universitaire de l'université Cheikh Anta Diop (l'UCAD) ;

Au département de sociologie de la faculté des lettres et sciences humaines de l'UCAD ;

À l'institut de formation des travailleurs sociaux de Dakar ;

À l'école nationale de développement sanitaire et social de Dakar ;

À la bibliothèque nationale de Bamako ;

Ces documents ont été complétés d'une part par les documents des programmes de développement économique et social (PDSEC) des communes de Baya, de Tagandougou, et d'autre part par les registres de la mairie, des services de santé. Ils ont permis d'avoir des données assez précises sur les villages. Enfin, la recherche documentaire a été couronnée par des données sur l'internet.

2.2.1.2. Les entretiens individuels semi structurés

Ils ont été les principales sources pour le recueil des données (recueillies auprès des cibles primaires, c'est-à-dire les mères ou tutrices d'enfants de 0 à 5 ans, premières sources d'information dans le cas de cette étude). En effet, ils ont eu lieu, également, avec des représentants sanitaires.

2.2.1.3. Le focus group

C'est une méthode très populaire en sciences sociales. Il consiste à centrer son étude, à la focaliser sur un groupe homogène pour comprendre ses représentations, ses croyances, ses symboles, ses pratiques etc ; sur une thématique. Dans le cadre de cette étude, les catégories sociales concernées étaient les femmes en âge de procréer, âgées de 25 à 49 ans, des adolescentes de 15 à 24 ans et des chefs de ménages.

2.2.1.4. L'observation participante

Les ethnologues soutiennent que la meilleure façon de comprendre une réalité est de la vivre. Au cours de notre immersion sur les sites nous avons utilisé cette technique qui nous a permis de faire des liens et de confronter les discours aux faits.

2.3. Echantillonnage

La circonscription d'une étude est fondamentale en sciences sociales car : « il est très rare qu'on puisse étudier exhaustivement une population, c'est-à-dire interroger tous les membres ; ce serait si long et si coûteux que c'est pratiquement impossible »⁶¹. En effet, les techniques d'échantillonnage servent à cibler un échantillon sur lequel porteront les tests empiriques. C'est l'ensemble des opérations permettant de sélectionner un sous-ensemble d'une population-mère en vue de constituer un échantillon.

Dans le cas précis de cette étude, nous avons opté pour une démarche qualitative ; ainsi selon DEPELTEAU : « la spécificité de la méthode de recherche qualitative est qu'elle ne s'appesantit pas sur la rigueur des données quantitatives ou chiffrées. Elle cherche en fait à découvrir un sens, une signification des réalités sociales et se base sur la saturation des catégories ou la répétition pour procéder à l'arrêt des entretiens »

2.3.1. Taille de l'échantillon

Ce nombre de ménages non fixé au départ de notre recherche a été finalement adopté lorsque nous avons commencé à enregistrer des réponses presque identiques lors de nos entretiens.

⁶¹ Ghiglione G ; Matalon B, (1985) « Les enquêtes sociologiques, théorie et pratique », Armand Colin, Paris, p.29

Cette étude est effectuée auprès de trente deux (32) ménages résidant dans notre univers d'étude. Nous avons utilisé la méthode non probabiliste et la technique appliquée était celle du choix raisonné. Ainsi, nous avons atteint la saturation aux trente deuxième interviews auprès des ménages. Par souci de cerner notre problématique nous avons interviewé cinq personnels sanitaires, deux tradithérapeutes, deux ONGs, un directeur d'école, un membre de l'ASACO. Quatre groupes de discussions ont été réalisés.

Cette technique se fonde sur un choix raisonné fait par le chercheur. Ce dernier veut orienter sa recherche sur un type de phénomènes ou d'individus qui se distinguent des autres selon leurs caractéristiques (F. DEPELTEAU : 2001, p167).

2.3.2. Nature de l'échantillon

L'unité d'analyse, dans le cadre de notre étude, est le ménage. Ce dernier apparaît plus apte à fournir les informations utiles dans le cadre de notre étude. Le choix est raisonné et prend comme critères de sélection le vécu dans le milieu. Le ménage est considéré ici comme un groupe de personnes, apparentées ou non, qui partagent le même toit, mettent en commun tout ou une partie de leurs ressources pour subvenir à leurs besoins essentiels, notamment la nourriture et le logement et reconnaissent l'autorité d'une seule et même personne, le chef de ménage.

2.4. Difficultés rencontrées

Cette recherche, comme toute œuvre humaine, a été émaillée de difficultés. A ce titre nous pouvons citer deux majeures :

Le temps réparti pour mener cette étude était relativement court. Cela était dû à un chevauchement dans le calendrier universitaire. Nous devons terminer avec les examens de fin d'année et ensuite nous rendre dans le pays pour l'enquête de terrain, laquelle enquête s'est déroulée à une centaine de kilomètres de la capitale Bamako. La période d'enquête a coïncidé avec le mois de carême, accompagnée de l'hivernage avec son corollaire de travaux champêtres. Nous avons été obligés de faire certains entretiens la nuit. Ces facteurs ont considérablement joué sur la disponibilité des enquêtés d'une part et d'autre part sur la rédaction de ce mémoire.

Les conditions financières nous ont fait défaut, le séjour en milieu rural n'est pas toujours chose aisée ; nous faisons face à certaines sollicitations des mères d'enfants pour l'achat des prescriptions.

Armé de courage et de déterminations, nous avons surmonté ces contraintes afin de pouvoir présenter un document sérieux.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

DEUXIEME PARTIE :
PRESENTATION, ANALYSE ET
INTERPRETATION DES DISCOURS

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE III : PRESENTATION DU MALI ET DU MILIEU D'ETUDE

3.1. Aperçu sur le Mali et la région d'étude

Le Mali est un pays continental situé au cœur du Sahel. Il couvre une superficie de 1.241.238 km². Il est limité au nord par l'Algérie, à l'Est par le Niger et le Burkina Faso, au Sud par la Côte d'Ivoire et la Guinée et à l'Ouest par le Sénégal et la Mauritanie. La population réactualisée en 2008 est de 12 299 691 habitants selon le Recensement Général de Population et de l'Habitation de 1998, composée de 49,5% d'hommes et de 50,5% de femmes. Elle est en majorité rurale (73,2%) est très jeune (46,6% de moins de 15 ans). La population est en majorité pauvre (59,2% d'entre elle vit en dessous du seuil absolu de pauvreté).

Les indicateurs socio sanitaires sont marqués par des taux élevés de mortalité infantile (96‰), infanto juvénile (191‰) et maternelle (464 pour 100 mille naissances vivantes). Elles sont dues à des causes le plus souvent évitables. Les cinq premières causes de mortalité des enfants (moins de 5 ans et plus de 5 ans) sont par ordre d'importance le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA), les diarrhées, la malnutrition et la rougeole.

3.1.1. La région d'étude : Sikasso

Sikasso est la troisième région administrative du Mali. Elle est Située dans l'extrême sud du Mali entre le 12°30' latitude nord et le 8°45' longitude ouest, la région de Sikasso couvre une superficie de 71790 km² soit 5,8% du territoire national. Elle est limitée au nord par la région de Ségou, au nord-ouest par la région de Koulikoro, à l'Ouest par la république de Guinée, au sud par la république de Côte d'Ivoire et à l'Est par la république du Burkina Faso. La région de Sikasso compte 07 cercles (Sikasso, Bougouni, Kadiolo, Konlondieba, Koutiala, Yanfolila et Yorosso), 03 communes urbaines (Sikasso, Bougouni, Koutiala), 144 communes rurales et 1831 villages.

Son relief est constitué de collines, de montagnes au sud, et de vallées et de plaines au centre et au nord. Le massif du Kéné Dougou culmine à 800 m.

Son climat s'étend en exclusivité dans la zone humide et subhumide. Il se subdivise en deux ensembles climatiques: la zone soudanienne humide et la zone guinéenne. C'est la région la plus humide du Mali et la plus arrosée (700 à 1500mm). La température moyenne annuelle est

de 27°C. Cette moyenne est dépassée entre février et juin, n'est pas atteinte entre novembre et février.

Sa couverture végétale va de la savane arborée à la forêt galerie. Dans la région, le gibier est encore abondant (Hippotragues, éléphants, guibs harnachés, singes, phacochères etc...) .Ce qui explique en partie la forte implantation de la confrérie des chasseurs (Donzo) dans cette région. La région compte 24 forêts classées, 2 réserves de faunes, et 2 zones d'intérêts cynégétiques ; ce qui favorise l'écotourisme.

La région de Sikasso constitue en fait une partie du bassin versant du haut Niger. C'est pourquoi elle concentre plusieurs cours d'eaux. Les plus importants sont :
- le Sankarani au Nord qui collecte les eaux et les déverse dans le Niger en amont de Bamako.
- le Bani au sud rejoint le Niger à Mopti après avoir collecté les eaux du Bafing Baoulé, de Bagoé, et Banifing.

Elle regorge de rivières permanentes et de cours d'eau temporaires pendant la saison pluvieuse à régime torrentiel. Parallèlement à ces cours d'eau, il existe des mares sacrées.

Sikasso est peuplée de 1.782.157 habitants (RGPH 1998) soit 25 habitants/km². La structure de la population se présente comme suit : 49,2% avait moins de 15 ans, 3,8% a plus de 60 ans. Si le taux d'accroissement naturel de 2,8% se maintient, la population doublera en 2024.

La population est composée essentiellement de: Senoufo, Miniankas, Peuls, Bobos, Bambara, Samoghos etc... Cependant, en raison des conditions agricoles favorables, Sikasso reçoit aujourd'hui de nombreuses autres ethnies du pays (Dogon, Songhaï etc.) Les langues parlées sont : le Minianka, le Senoufo, et le bwa ou Bobo en plus du bambara qui est la langue usuelle.

Les populations de la région de Sikasso sont restées très attachées à leurs traditions, malgré la forte implantation.

3.1.1.1. Présentation physique de Sélingué

Sélingué est géographiquement situé dans le district de Yanfolila, région de Sikasso. Il se situe dans une zone climatique soudano-guinéenne. Deux grandes saisons se succèdent dans cette zone : la saison des pluies de juin à octobre et la saison sèche de novembre à mai avec cependant une courte saison de transition que les communautés rurales désignent sous l'appellation vernaculaire de *fòbònda*. Cette dernière est représentée par un adoucissement,

voire un rafraîchissement des températures venant des côtes atlantiques de l'harmattan. Elle s'étale de novembre à janvier.

L'habitat est de type traditionnel. Il est constitué de cases rondes et rectangulaires, en terre battue, aux toitures en chaume coniques. Quelques maisons ont des toits en tôle. Ces différents types de maisons encourageant le repos des moustiques, favorisent une densité et une agressivité anophélienne élevées.

L'environnement physique du village de Sélingué est propice à la transmission du paludisme. Le village est situé dans une grande plaine qui s'étend jusqu'au fleuve Niger. La plaine présente de nombreuses retenues d'eau pendant la saison des pluies. C'est une plaine de riziculture. Les retenues d'eau avec des crevasses naturelles du sol peuvent être des gîtes larvaires potentiels.

Pendant la saison des pluies, il existe des cultures intradomiciliaires et une prolifération d'herbes sauvages dans le village, contribuant ainsi à augmenter l'agressivité des moustiques. La température la plus élevée se situe à 40°C au mois de mai et la plus basse est voisine de 18°C au mois de décembre-janvier. La température moyenne annuelle est autour de 23°C. D'une manière générale le climat y est assez agréable et la végétation est luxuriante. La principale formation végétale est une savane arborée (25% du terroir) avec quelques galeries forestières le long du fleuve Sankarani.

Activités économiques: L'agriculture constitue la principale activité économique des populations. La plaine de Bancoumana est propice aux cultures vivrières et industrielles. Aux abords du village, dans les retenues d'eau (deux digues), la culture du riz (*Oryza sativa* L., *O. glaberrima* S.) est très développée.

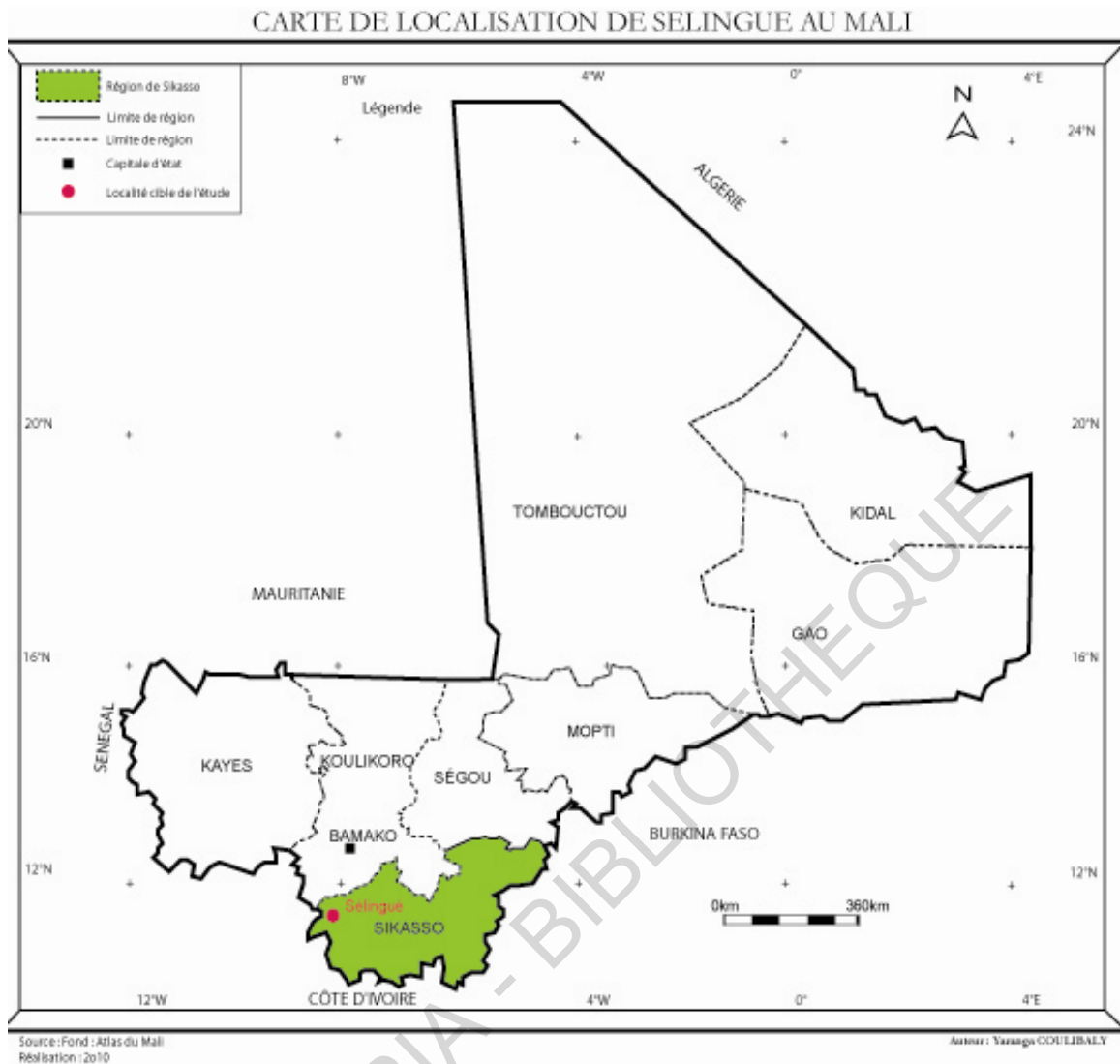
Celle du sorgho (*Sorghum vulgare* J.), du mil (*Pennisetum typhoides* Stapf. & Hubb), du maïs (*Zea mays* L.), du haricot (*Vigna unguiculata* L.), du papayer (*Carica papaya* L.), de l'orange (*Citrus sinensis* L.) et du citron (*Citrus limonum* RISSO.) a lieu surtout dans les alentours des concessions ou dans des jardins. La culture du dah (*Hibiscus sabdariffa* L.), du coton (*Gossypium barbadense* L.), de l'arachide (*Arachis hypogae* L.), de la courge (*Cucurbita pepo* L.), du melon (*Cucurmis melo* L.), de concombre (*Cucumis sativus* L.) de l'oignon (*Allium cepa* L), de la patate douce (*Ipomoea batatas* L.), de la pomme de terre (*Solanum tuberosum* L.), du piment (*Pimenta officinalis* Lindl.), du poivre de Guinée

(*Capsicum annum* L.), du tabac (*Nicotiana tabaccum* L.), du cotonnier (*Gossypium herbaceum* L.), du sésame (*Sesamum indicum* L.), de la tomate (*Solanum lycopersicum* L.), de la banane (*Musa paradisiaca* L.) ainsi que d'autres produits maraîchers constituent d'importantes ressources financières pour la population. La taille des exploitations est très variable et dépend de la capacité de travail potentielle de la famille ainsi que du patrimoine foncier.

L'élevage des ovins, des caprins et des bovins y est pratiqué comme une activité économique secondaire. On y retrouve aussi quelques équidés (ânes et chevaux) utilisés comme animaux de trait. La plupart des villageois thésaurisent leurs revenus dans l'élevage et dans les cultures industrielles.

La pêche est également pratiquée par les ethnies Bozo et Somono. L'artisanat local est peu développé (cordonnerie, forgerie, maçonnerie, poterie) En dehors de la commercialisation des produits agricoles ; on retrouve le petit commerce des produits de consommation courante. Le développement et l'activité du village dans son ensemble sont fortement stimulés par la pluviométrie. Une foire hebdomadaire a lieu dans le village chaque lundi, favorisant ainsi le phénomène d'automédication par la circulation facile des médicaments. L'islam représente la religion la plus dominante avec 95% de sujets qui s'en déclarent. Cependant, les religions traditionnelles sont assez présentes chez certaines grandes familles et sont visibles dans les pratiques quotidiennes de la vie socioculturelle.

L'espace communément appelé la zone du barrage est un territoire entièrement situé dans le cercle actuel de Yanfolila dans la région de Sikasso, 3ème région administrative du Mali. Elle couvre une superficie de 4770km², comprise entre les latitudes 11° et 12° Nord et les longitudes 8° et 8°45 Ouest, comme le montre la carte ci-après :



Carte 1: Localisation du site d'étude

3.2. Aspects Epidémiologiques

Le paludisme constitue la première cause de morbidité et de mortalité au Mali. Il sévit sous un mode endémique dans les régions du centre et du sud et épidémique dans les régions du nord.

Au Mali, il existe 5 faciès épidémiologiques de transmission du paludisme :

- la zone de transmission saisonnière longue de 4 à 6 mois (zone soudano-guinéenne);
- la zone de transmission saisonnière courte de 3 à 4 mois (zone sahélo-soudanienne) ;

- la zone de transmission sporadique voir épidémique (zone saharienne) correspondant aux régions du nord (Gao, Tombouctou et Kidal), certains districts des régions de Koulikoro (Nara) et de Kayes (Nioro, Yélimané, Diéma et Kayes);
- la zone de transmission bi ou plurimodale saisonnière du delta intérieur et des barrages (Sélingué, Manantali et Markala) ;
- la zone peu propice à l'impaludation, particulièrement le milieu urbain comme Bamako.

La transmission se fait essentiellement en saison de pluie. Cette transmission continue même en saison sèche dans les zones irriguées.

Entre 1970 et 1990, l'Afrique de l'Ouest a été frappée par une sécheresse d'une ampleur et d'une durée sans précédent sur notre planète depuis plus d'un siècle. Ce déficit pluviométrique, qui s'est étendu du Sahel jusqu'à la côte du Golfe de Guinée, est une des nombreuses manifestations de la variabilité climatique qui affecte les conditions de vie des populations. La nécessité de mieux comprendre les raisons encore méconnues de cette variabilité et d'identifier les processus complexes qui régissent ce système climatique constitue un enjeu scientifique majeur.

L'Afrique de l'Ouest est confrontée aux maladies à vecteurs, au premier rang desquelles le paludisme. Cette maladie, parmi les plus meurtrières de la planète, menace un tiers de l'humanité, essentiellement dans les régions tropicales. Obstacle au développement, le paludisme représente un véritable défi pour la recherche.

Malgré l'efficacité reconnue de la lutte antipaludique et une réduction significative de l'incidence et la gravité du paludisme, celui-ci reste une priorité de santé publique dans toute l'Afrique sub-saharienne où surviennent près de 90% des décès par paludisme enregistrés dans le monde. Au Mali, le paludisme reste au premier rang des affections chez les enfants de moins de 5 ans.

L'enquête EA&P a estimé la prévalence du paludisme par la détermination du taux de parasites du paludisme dans le sang. La technique consiste à la lecture microscopique des gouttes épaisses sur lames pour mesurer la parasitémie dans le sang afin d'assurer la

comparabilité avec d'autres enquêtes nationales et internationales déjà réalisées. Les résultats du test en laboratoire par la lecture des gouttes épaisses de sang montrent que la prévalence palustre parmi les enfants âgés de 6-59 mois est estimée à 38 %. La prévalence de la parasitémie palustre augmente avec l'âge des enfants. Ainsi, elle passe de 16 % pour les jeunes enfants qui n'ont pas encore dépassé leur premier anniversaire (6-11 mois) à 45 % parmi les enfants les plus âgés, c'est-à-dire ceux de 48-59 mois. Ainsi, on constate que par rapport aux enfants les plus jeunes de 6-11 mois, la prévalence de la parasitémie palustre est 1,8 fois plus élevée parmi ceux de 12-23 mois, 2,5 fois plus élevée parmi ceux de 24-35 mois, 2,6 fois plus élevée parmi ceux de 36-47 mois et 2,8 fois plus élevée parmi ceux de 48-59 mois.

Si l'on examine la prévalence en fonction de la résidence, on constate qu'elle est près de 10 fois plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (45 % contre seulement 5 %). Du point de vue de la région, on note que les prévalences les plus faibles concernent Bamako (2 %) et les régions du Nord : Tombouctou/Gao/Kidal (17 %). La prévalence la plus élevée est observée dans la région de Sikasso (59 %), suivie par celle de Mopti (47 %). Les régions de Kayes, Koulikoro et Ségou présentent des prévalences également élevées ; respectivement 29 %, 42 % et 42 % (EA&P Mali 2010).

Toutes les études épidémiologiques montrent qu'au Mali, l'enfant de moins de 5 ans constitue un maillon particulièrement vulnérable qu'il convient de protéger en priorité.

La complexité de l'épidémiologie du paludisme, en raison de sa transmission vectorielle, d'une immunisation lente et incomplète et de l'apparition de résistances aux insecticides et aux médicaments, rend son contrôle difficile. Depuis une quinzaine d'années, il est apparu indispensable d'avoir recours à une stratégie de lutte intégrée, basée sur l'amélioration du diagnostic, la prise en charge de la morbidité et la prévention, en associant l'ensemble des approches : entomologiques, médicamenteuses et immunologiques. En outre, les programmes de contrôle antipaludique requièrent des outils pertinents pour évaluer leur fonctionnement et leur efficacité afin d'utiliser au mieux les moyens disponibles.

Le Mali, à l'image des autres pays endémiques de la région Afrique, et suite à plusieurs sommets de chefs d'Etat et de Gouvernements dont le plus déterminant tenu à Abuja

le 25 avril 2000 sur l'initiative FRP, s'est engagé dans la lutte contre le paludisme à travers des plans de lutte contre le paludisme 2001-2005 puis 2007-2011.

Le Mali dispose de textes définissant clairement le mandat du PNLP et une réforme institutionnelle permet au PNLP de disposer des moyens nécessaires à la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2007- 2011, l'ordonnance N° 07-022/PRM du 18 juillet 2007) Le PNLP est érigé en direction nationale rattachée au Secrétariat Général du ministère de la santé.

Il existe un plan stratégique national 2007-2011 et des plans annuels budgétisés, un comité d'orientation de la lutte contre le paludisme.

3.2.1. Quelques statistiques sur le paludisme au Mali

L'EA&P Mali-2010 a estimé la prévalence du paludisme par la détermination du taux de parasites du paludisme dans le sang. La technique consisté à la lecture microscopique des gouttes épaisses sur lames pour mesurer la parasitémie dans le sang. La lecture microscopique permet d'identifier aussi bien les parasites du paludisme à *P. falciparum* (asexué et sexué), que ceux du paludisme de *P. malariae*, de *P. ovale* et de *P.vivax*. A ce propos voici quelques statistiques

Tableau N° 1: Répartition selon l'âge

Ages (en mois)	pourcentage de parasitemie positif	Effectifs
6-11	16, 3	168
12- 23	29, 7	375
24- 35	40, 6	422
36- 47	43, 0	386
48- 59	45, 4	387
Total	175	1738

Tableau N° 2: Répartition selon le sexe

Sexe	Pourcentage	Effectif
Masculin	38, 6	861
Féminin	36, 4	878
Total	75	1739

Tableau N° 3: Répartition selon la résidence

Milieu de résidence	Pourcentage	Effectif
Urbain	4, 8	309
Rural	44, 6	1430
Total	49, 4	1739

Tableau N° 4: Répartition selon la région

Région	Pourcentage	Effectif
Kayes	28,6	196
Koulikoro	41,8	314
Sikasso	59,2	228
Ségou	42,1	404
Mopti	47,4	278
Tombouctou-Gao-Kidal	16,8	145
Bamako	2,2	175
Total	37,5	1 739

Source : EA&P Mali 2010

Nous constatons que la prévalence de la parasitémie palustre augmente avec l'âge des enfants. Ainsi, elle passe de 16 % pour les jeunes enfants qui n'ont pas encore dépassé leur premier anniversaire (6-11 mois) à 45 % parmi les enfants les plus âgés, c'est-à-dire ceux de 48-59 mois. Ainsi, on constate que par rapport aux enfants les plus jeunes de 6-11 mois, la prévalence de la parasitémie palustre est 1,8 fois plus élevée parmi ceux de 12-23 mois, 2,5

fois plus élevée parmi ceux de 24-35 mois, 2,6 fois plus élevée parmi ceux de 36-47 mois et 2,8 fois plus élevée parmi ceux de 48-59 mois.

3.2.2. Les étapes de la lutte contre le paludisme au Mali

3.2.2.1. La prise en charge des cas de paludisme

La prise en charge des cas de paludisme se fait au niveau des formations sanitaires. Un certain nombre de projets partenaires du PNLP assure la prise en charge des cas de paludisme simple à domicile sous forme de projet d'implémentation. Ces activités ne couvrent qu'une petite portion de la population (Exemple : Expérience de l'ONG Médecin Sans Frontières dans 11 aires de santé du district de Kangaba dans la région de Koulikoro). La quinine et l'Artémether sont les molécules de choix pour le traitement des cas de paludisme grave. Les combinaisons thérapeutiques à base de dérivés d'artémisinine sont recommandées pour le traitement du paludisme simple (Artésunate- Amodiaquine et Artémether-Luméfantrine) chaque fois que la voie orale reste possible.

L'Artémether, l'Artésunate suppositoire et la quinine sont recommandés pour le traitement pré-transfert des cas de paludisme grave et compliqué. Le Gouvernement du Mali s'est engagé à assurer gratuitement le traitement du paludisme simple (CTA et TDR) chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Le diagnostic du paludisme doit être confirmé biologiquement chaque fois que le plateau technique permet (Microscopie ou TDR) avant de traiter.

3.2.2.2. La prévention du paludisme pendant la grossesse

Le Traitement Préventif Intermittent (TPI) avec la Sulfadoxine-Pyriméthamine est recommandé pour prévenir le paludisme pendant la grossesse. Ce traitement est donné gratuitement à raison de 2 cures de 3 comprimés de Sulfadoxine 500mg et Pyriméthamine 25 mg en deux prises supervisées et espacées d'au moins un mois entre le mois de la grossesse.

Des directives spéciales pour la protection des femmes enceintes VIH+ et des autres groupes spécifiques (sujets neufs, immunodéprimés, drépanocytaires, déficit en G6PD) sont appliquées.

3.2.2.3. La Lutte anti vectorielle

Le Mali a adopté les méthodes de lutte anti-vectorielle pouvant être utilisées au niveau individuel et communautaire pour protéger contre les piqûres de moustiques. Il s'agit de :

- ✘ La promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticide par la distribution gratuite à travers :
 - la consultation prénatale pour la protection des femmes enceintes (CPN+),
 - le programme élargi de vaccination pour la protection des enfants de moins d'un an (PEV+).
- ✘ La promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticide à travers le circuit commercial pour la population générale.
- ✘ Le traitement ciblé des gîtes larvaires est réalisé dans la ville de Bamako;
- ✘ La pulvérisation intra domiciliaire avec son objectif de réduire la population vectrice.

La PID est retenue comme l'une des composantes majeures de la lutte anti vectorielle.

Dans un premier temps, elle est réalisée sous forme d'un projet pilote qui servira de base pour le renforcement de capacités des structures du Ministère en PID. Le passage à l'échelle sera envisagé après une évaluation de cette phase pilote. Des dispositions réglementaires seront prises pour faciliter l'acquisition des produits insecticides dans l'optique de la décentralisation et de la contractualisation des futures interventions.

- ✘ La promotion de l'hygiène et de l'assainissement.

3.2.2.4. Epidémie de paludisme : Prédiction, Prévision, Prévention et Gestion

La collecte systématique des données relatives au paludisme se fait dans les districts à risque épidémique. La gestion des épidémies de paludisme se fait conformément aux directives de la Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte (SIMR). La prise en charge des cas de paludisme au cours des épidémies se fait avec les CTA pour les cas simples et la quinine pour les cas graves. L'interruption de la transmission recommande la pulvérisation intra domiciliaire généralisée dans les zones de l'épidémie.

3.2.2.5. Communication et Mobilisation sociale

La communication et la mobilisation sociale accompagnent toutes les activités de lutte contre le paludisme. Au Mali elles se font à travers la radio, la télévision et l'organisation de la Journée Africaine de lutte contre le paludisme. Cette activité est mise en œuvre à différents niveaux de la pyramide sanitaire. A cela s'ajoute le plaidoyer en direction des décideurs, des leaders pour une meilleure mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme.

3.2.2.6. Recherche opérationnelle

Le Mali dispose des institutions de recherche qui mènent des activités sur la thématique du paludisme :

- l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) à travers ses départements de médecine traditionnelle et de santé communautaire ;
- le Centre de Formation et de Recherche sur le Paludisme (MRTC) au Département d'Epidémiologie des Affections Parasitaires (DEAP) à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS) ;

En collaboration avec le PNLP ces institutions mènent régulièrement des études sur divers thèmes dont les principaux sont : la sensibilité des vecteurs aux insecticides, la résistance des parasites aux antipaludiques, l'incidence du paludisme, l'implication des mères ou des guérisseurs traditionnels dans la lutte contre le paludisme au niveau communautaire, la recherche de développement de vaccin contre le paludisme.

D'autres partenaires du PNLP participent également à la recherche opérationnelle sur le paludisme : Save The Children/USA, Médecins sans Frontière, Bornefonden etc

3.2.2.7. Suivi et évaluation

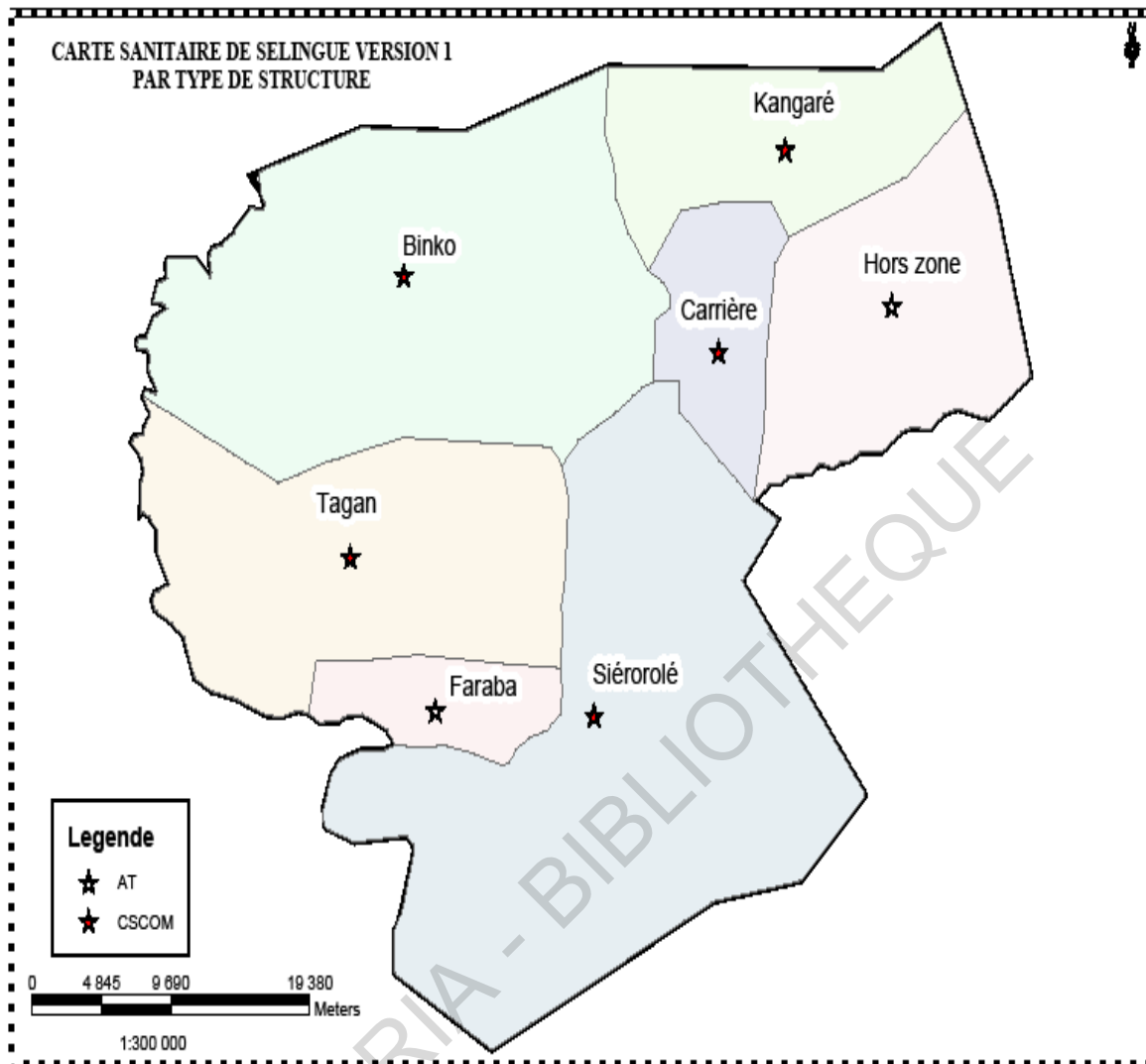
Le suivi/évaluation des activités de lutte contre le paludisme est du ressort du Ministère de la Santé et se fait à travers une collaboration étroite avec les écoles de formation en santé, les instituts de recherche et les partenaires. La supervision des activités se fait à différents niveaux du système de santé de façon intégrée.

3.2.2.8. Partenariat pour la lutte antipaludique

La participation communautaire consiste surtout à la création de structures de santé communautaire (CSCOM) et à la mise en place des agents communautaires. Il existe une coordination d'action des partenaires à travers des rencontres mensuelles qui permettent d'échanger sur l'appui apporté au pays.

Les ONG/Associations sont réunies au sein du groupe dénommé Groupe Pivot/Santé population, une soixantaine d'ONG/Associations collaborent avec le département de la santé. Ce partenariat constitue un réel creuset pour l'implication d'un éventail plus grand d'intervenants et d'interventions au niveau communautaire.

3.3. Situation sanitaire de Sélingué :



Carte 2: Carte sanitaire de Sélingué

CHAPITRE IV : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION

4.1. Présentation du village de Baya-Siekorolé

La commune rurale de Tagandougou issue de l'éclatement de l'ex arrondissement central de Kangaré, est créée par la loi No 96-059 du 04 Novembre 1996 qui décrète l'institution de toutes les communes rurales en république du Mali depuis l'avènement du pluralisme politique et de la décentralisation⁶². Elle fait parti de la région de Sikasso, du cercle de Yanfolila et est constituée de sept (07) villages : Binko, Kondjiguila, Baya-Siekorolé, Tiégouécourouni, Tagan, Farabacoro-Sokondia ; et de nombreux hameaux de culture et campements de pêche.

La commune est limitée à :

L'Est par la commune de Baya

L'Ouest par la République de la Guinée Conakry

Au Sud par la commune de Sankarani

Au Nord par la commune de Sèlèfougou

Située dans la zone pré-guinéenne la commune de Tagandougou a un relief très accidenté et la végétation est assez dense. Il existe une forêt classée à Farabacoro-Sokondia qui est arrosé par le fleuve Sankarani. Avec la construction du barrage de Sélingué, certains villages ont été déplacés et ne sont plus à leurs anciens sites. Les ethnies qui composent la commune sont : Malinké (groupe dominant), Bambara, Sonrhai, Bella, Dogon, Peulh, Sarakolé, Somono, Bozo. La population est fortement sédentaire à vocation essentiellement agro-pastorale, pratiquant aussi le commerce, le maraîchage, la riziculture, la cotonculture, la cueillette et les activités de plantation d'orangers, de papayers, de bananiers.

⁶² Procès Verbal de passation de service, mairie de Tagandougou, 2008, 1p

Malgré la présence de deux CSComs (Binko et Tagan) la couverture sanitaire reste encore insuffisante en : infrastructures, équipements et personnel sanitaire. Les maladies les plus fréquentes sont : la diarrhée, le paludisme, les MST, la hernie et l'appendicite.

La commune rurale de Tagandougou entretient des relations de coopération décentralisée avec la mairie de Baya, la sous-préfecture de Yanfolila, ODRS (office de développement rural de Selingué), CMDT (compagnie Malienne pour le développement du textile), Kafo Jiguinè, gendarmerie de l'escadron, brigade territoriale, météo, ACAER, Antenne de la conservation de la nature, la poste, la douane, le service local d'appui au monde rural, EDM-SA, PAPIM (projet d'aménagement du périmètre irrigué de Maninkoura), ONG Kilabo, médecins sans frontières, AMAPROS, GRAAP- MALI, PMDR, structure hôtelière « Woloni », PAAD/Helvetas, ANICT, BEACIL.

4.1.1. Historique

Le village de Baya-Siekorolé a été fondé en 1739 par Fabou Doumbia connu sous le nom de Mina Fabou Doumbia, grand chasseur de son état, il demanda l'autorisation de s'installer sur l'autre rive du fleuve. Ainsi il créa Baya-Siekorolé qui a une signification. En voici l'anecdote : le fondateur était un chasseur redouté ; chez les chasseurs, après la chasse ils fondèrent un campement où ils faisaient griller les gibiers capturés sur des fourches dénommées « Kra ». Son « Kra » était sous un arbre, le Karité. Le fondateur demanda à son grand-frère s'il pouvait traverser le fleuve et s'installer dans le « Kra » car l'endroit lui avait beaucoup plu. A cette époque, les gens vivaient des produits de la chasse et de la pêche ; l'agriculture n'était pas pratiquée. Avec l'autorisation de son grand frère il alla s'installer sur l'autre rive du fleuve dans son « Kra » avec quelques uns de ses compagnons. Donc après chaque chasse ou pêche, ses compagnons lui posait la question suivante : où est-ce qu'on va camper ? Est-ce toujours sous l'ancien Karité qui abrite le « Kra » ou sous un autre arbre ? Il leur répondait : sous l'ancien Karité qui abrite le « Kra ». C'est cette réponse qui a donnée naissance au nom « *Siekorolé* » qui est un mot bambara composé d'un nom et d'un adjectif qualificatif qui veut dire " Ancien Karité ". Le Karité est un arbre sahélien, son nom scientifique est le *Buturi Spermum Parkii*.

Le mot Baya est un attribut qui fait allusion à la bravoure et à la férocité de Mina Fabou Doumbia et de sa progéniture. Au delà de l'attribut, Baya est le territoire occupé par les

descendants de Mina Fabou. Le grand père de l'actuel chef de village (Bandjougou) du nom de Noumoukè vient du Kaarta, dans la région de Kayes. Il fut le premier chef de canton à l'époque coloniale. L'hors d'une rencontre convoquée par le colonisateur à Kangaba, ce dernier lui demanda le nom de son aire géographique, Noumoukè répondit que c'est Baya. Elle comprend : Siekorolé, Kangaré, Kondjiguila, Dalaba, Dalabala, Farabacoro et Farabacoura. Avec l'avènement du barrage, l'ancien site de Baya-Siekorolé a été démoli par l'eau. Le village s'est divisé en deux : un hameau qui est à 15 km du village de Baya qui se trouve contigu à Binko sur la route de Faraba. Ce nouveau site a été créé en 1980. En résumé Baya-Siekorolé fait parti des villages déplacés suite aux travaux d'aménagement du barrage de Sélingué, cela est une spécificité du village.

4.1.2. Géographie

Sur une longitude de -8, 24857 et une latitude de 11, 64346⁶³, le village est limité à l'Est par Binko, à l'Ouest par Farabacoura, au Sud par Selingué et au Nord par Selefougou dans le cercle de Kaganba. Le climat est caractérisé par l'alternance de 3 saisons : la saison sèche qui s'étend de Février à Juin, la saison hivernale de juillet à Septembre et la saison froide d'octobre à Janvier. La végétation de façon générale est de type soudanien et localement couvert par la présence d'arbres tels que le « Néré », le « Karité », le « Manguier », le « Zaban », le « Npekou », le « Popo », le « Tiguisa », le « Notonkè » etc. Deux collines, dont le « kourouba » d'un km de hauteur et l'autre est moins d'un Km. La faune est diversifiée avec « Mina », « Ngoloni », le « Mangalani », le lapin, la pintade, la perdrix. Un bras de fleuve du nom dénommé « Folonkon » sert d'abreuvoir pour les animaux du village.

4.1.3. Organisation sociale

Les différentes ethnies qui composent le village sont : les Malinké, les Bambara, les Bozos et les peulhs. La mise en place du barrage a été à l'origine de l'éclatement du village de Baya- Siekorolé en lui conférant le statut de village déplacé. Seul le patronyme Doumbia est nommé à la tête de Baya Siekorolé. Des alliances de mariage sont tissées avec toutes les ethnies composant le village. Il n'y a que deux associations dans le village, à savoir le "Benkadi" pour les femmes et l'AV (association villageoise) transformée en coopérative courant 2006-2007. Ce sont des associations informelles. Une caisse de Kafo-Jigine existe et

⁶³ Mission de la décentralisation et des reformes institutionnelles

sert de lieu d'épargne pour l'ASACO. Aucune ONG n'intervient dans le village. Quelques partis politiques tels que l'ADEMA, le MPR, leMIRIA et l'UFP cohabitent dans le village. La religion dominante est l'islam sans oublier que l'animisme n'est pas en léthargie. Les réseaux de téléphonies Malitel, Orange, la radio et la télévision, assurent la communication. Les moyens de déplacements sont le vélo, la moto et le véhicule (transport en commun). Pendant l'hivernage l'état des routes est très défectueux, sur une distance de 15Km on peut faire 2 heures de temps (à moto).

4.1.4. Population – Habitat

La population s'élève à 94 hbts réparti dans 12 familles, le nombre total d'enfants âgés de 0 à 5 ans se chiffre à 26. Le tableau ci-dessous en donne plus. L'habitat est constitué de constructions en banco, composées de cases rondes et rectangulaires avec des toitures faites en paille et en bois. Les portes sont confectionnées à partir du bois et du fer.

4.1.5. Activités économiques

Les activités économiques du village reposent sur l'agriculture basée sur la culture du maïs, du mil-sorgho et le riz, l'arboriculture (mangues, orange). L'élevage et la pêche constituent des activités non moins importantes. Les moyens de production sont la daba, la charrue. Le commerce est une activité secondaire orientée sur les produits de base (essence, boutique, condiments).

4.1.6. Santé- Education-Communication

Le village de Baya-Siekorolé est à 100m du CSCom de Binko. Le président du dit CSCom est le chef du village de Baya-Siekorolé. Les maladies infantiles les plus fréquentes sont le paludisme, la diarrhée et la bilharziose. Pour les adultes, il y a le paludisme, l'onchocercose, le trachome, la tuberculose et la dysenterie (au début de la saison sèche). Le village possède une borne fontaine qui procure de l'eau potable au village.

Un premier cycle de type communautaire avec un effectif de 97 élèves pour 5 enseignants. A retenir que les élèves ne viennent pas tous du village, il y a ceux des hameaux et des villages environnants ; quatre (4) enseignants dispensent les cours. De 2004 à nos jours le centre d'animation pédagogique de Yanfolila octroie 25000f Cfa comme appui dans le payement des enseignants.

Le village de Baya-Siekorolé est confronté à deux problèmes majeurs. Le 1^{er} concerne le manque de locaux et d'enseignants pour l'école. Le 2^{eme} fait suite aux travaux d'aménagement du barrage de Selingué, lesquels travaux ont occasionné le déplacement de certains villages dont Baya-Siekorolé. L'espace alloué comme recasement du village fait l'objet de spéculation et oppose le village de Baya-Siekorolé à celui de Selingué, il y a de cela 8 ans.

Tableau N° 5: Répartition de la population d'étude

Villages	Hommes	femmes
Baya-Siekorole	21	14
Total	21	14

Source : enquête personnelle

L'habitat est essentiellement constitué de constructions en banco. On y trouve des cases rondes et des cases rectangulaires avec des toitures en paille et en bois. La circonférence des cases rondes varie entre 2 et 3m pour une hauteur d'environ 5m, pour les cases rectangulaires c'est environ 3m/5 pour une hauteur de 3m. Les portes sont en bois. Le nombre de cases par famille est fonction de la taille des ménages qui la constituent. Il fait chaud à l'intérieur de ces constructions. N'oubliez jamais d'apporter une moustiquaire imprégnée si vous devez passer une nuit à Farabacoro.

Les difficultés sont nombreuses à Farabacoro, mais les plus urgentes sont : le manque de centre de santé, des intrants agricoles, des voix d'accès au village surtout en saison hivernale, de l'eau potable ; insuffisance des salles de classes et des enseignants.

4.3. Résultats

Au terme de notre recherche nous avons réalisé : 43 entretiens semi directifs et 4 focus groups.

Les entretiens sont repartis comme suit :

- Vingt cinq (25) avec les mères éligibles,
- Sept (7) avec les chefs de ménage,

- Deux (2) avec les tradithérapeutes,
- Quatre (4) avec le personnel sanitaire,
- Un (1) avec le président de l'ASACO,
- Un (1) avec le directeur de l'école,
- Deux (2) entretiens avec les ONG (ASDAP et BORNFONDEN) et
- Un (1) entretien avec le point focal palu.

Les focus groups sont répartis comme suit :

Deux (2) avec les femmes dont l'âge est compris entre 15 et 49 ans ;

Deux (2) avec les hommes dont l'âge varie entre 15 et 49 ans.

La tranche d'âge du premier groupe de femmes était située entre 15-25 et le deuxième entre 30 et 49 ans. Ces tranches d'âge nous ont été conseillées par les sages du village, à savoir le chef du village et ses conseillers. Nous avons cette même classification pour les hommes.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

ANALYSE ET INTERPRETATION

4.4. Analyse des discours

Après analyse du contenu, nous avons procédé à une classification thématique des idées saillantes ; ces idées s'inscrivent également dans l'atteinte de nos objectifs et dans la vérification de nos hypothèses. En voici quelques unes :

4.4.1. Facteurs favorisant la prolifération des moustiques

A la suite de notre analyse de contenu, plusieurs facteurs sont évoqués pour être à la base de prolifération des moustiques. Ces facteurs sont entre autres : la saleté, les flaques d'eau, les herbes, le vent, les cultures du maïs, du riz et les aménagements du barrage. Pour certains enquêtés, en l'occurrence les hommes de Baya-Siekorole, l'hivernage est désigné comme la période phare de cette prolifération des moustiques. Par contre pour les femmes, en plus de la période hivernale, la saison sèche est retenue pour être aussi comme la période forte de moustiques. A ce propos voici quelques témoignages :

« Pendant l'hivernage l'eau stagne partout. Si on sème le maïs et qu'on mette du fumier dans les champs, c'est ce fumier qui attire les moustiques, sinon pendant la saison sèche il n'y a pas de moustiques » (EIA avec la mère d'enfant)

« Chez nous ici, la période où les moustiques sont les plus nombreux, c'est quand les herbes poussent, quand la pluie fait pousser les herbes, quand il pleut aussi, la pluie forme des flaques et les moustiques proviennent de ces flaques ». (EIA avec la mère d'enfant)



Photo N° 1: champ rizicole vue d'horizon

Source : Dansiné Diarra

« Premièrement ce sont les eaux sales, dans le périmètre l'eau est stagnante sous les pieds du riz en saisons sèche et pluvieuse, raison pour laquelle les moustiques sont présents ici durant toute l'année. Ensuite les cultures du maïs et du mil aux alentours des concessions et selon les docteurs les moustiques sont les causes du paludisme. Notre environnement contribue beaucoup à la prolifération des moustiques, surtout les plaines rizicoles où les eaux stagnent, l'eau potable est convoitée par les moustiques. Vraiment au moment des cultures dans les plaines il y a beaucoup de moustiques. (EIA avec le chef de ménage N°2).



Photo N° 2: Les étangs de poissonnerie

Source : Dansiné Diarra

A la lumière de ces discours, nous constatons que les populations ont une bonne connaissance des causes des moustiques. Mieux, elles arrivent à faire un lien entre le barrage à travers l'aménagement des périmètres irrigués et la prolifération des moustiques. Certes, ces aménagements contribuent à améliorer la productivité agricole et hydroélectrique de la zone mais par ailleurs exposent les populations à des problèmes de santé.

4.4.2. Causes du paludisme

Les différentes causes du paludisme citées par les enquêtés vont du manque d'hygiène en passant par les aliments jusqu'aux piqûres des moustiques. Parallèlement à ces causes, certains semblent n'attribuer aucune cause au paludisme et classe celui-ci comme une maladie héréditaire.

Les deux tradithérapeutes que nous avons interrogés pensent que ce sont les mouches et, le fait de coucher les enfants sans les couvrir, qui transmettent le paludisme, comme atteste ce passage :

« Ah ! On dit que le moustique transmet le paludisme par piqûre et aussi que le manque d'hygiène des enfants entraîne le paludisme ainsi que certains aliments ». (EIA avec la mère N°3)

Ce discours nous montre que les communautés font état d'une bonne connaissance des causes du paludisme. Cet état de fait peut être dû aux nombreuses campagnes de sensibilisation menées par les radios de proximité et les ONGs, car au cours de notre immersion sur le terrain, nous avons pu nous rendre compte de ces campagnes.

Au moment où certains ont une bonne connaissance des causes du paludisme, d'autres par contre affichent le contraire en assimilant le paludisme à une maladie héréditaire. Cet état de conscience de la population est dû à la fréquence de crises de paludisme, car n'oublions pas que le district sanitaire de Selingué enregistre deux pics dans l'année. Cette recrudescence de la maladie semble expliquer cette perception des communautés.

4.4.3. Signes du paludisme simple

Plusieurs signes sont retenus par les interviewés comme étant ceux du paludisme simple. Ces signes sont : le corps chaud, les vomissements, la diarrhée, le ballonnement du ventre, la couleur des yeux etc, « *si l'enfant a le paludisme son corps devient chaud, surtout au petit soir. Depuis ce moment on le sait et si on ne le soigne pas en ce moment la maladie va s'aggraver* ». (EIA avec la mère N°2).

En interrogeant le personnel sanitaire, nous nous rendons compte que les propos des enquêtés se rapprochent de ceux du personnel sanitaire, en l'occurrence le chef de poste sanitaire de la localité « *les signes cliniques : le 1^{er} signe est la fièvre ; après la fièvre ce sont les céphalées, des vomissements, les petites diarrhées et les douleurs abdominales* ». (EIA avec le chef de poste médical)

Nous constatons à travers ces propos que les signes évoqués par les enquêtés pour désigner le paludisme simple se rapprochent le plus souvent de ceux retenus par le registre biomédical.

4.4.4. Signes du paludisme grave

Les symptômes du paludisme grave sont nombreux. A travers les discours, nous pouvons retenir entre autres : la jaunisse des yeux, la rougeur de l'urine, la peur fréquente, des convulsions etc. « *si le paludisme s'aggrave chez l'enfant, ses yeux deviennent jaunes. A ce moment on dit que c'est le « Sayi » alors que c'est le paludisme grave. (EIA avec la mère N°17)*, dans le groupe de discussion dirigé, une femme affirme que « *quand le sayi s'aggrave ça entraîne le koko (hémorroïdes). Tout cela est dû au paludisme. (Focus group avec les mères)*. Un chef de ménage avance dans ces propos, en faisant une classification des différentes formes du paludisme qui parfois s'assimilent au sida, selon l'auteur. A ce propos examinons ce passage :

« Selon moi, ce sont les aliments, même si la principale cause est le moustique. Parce qu'il y a un genre de sumaya, à savoir le sumaya par le ventre et le sumaya par les veines, les tradithérapeutes disent qu'il y a le sumaya jèman, le sumaya fiman et le sumaya bilen...oui beaucoup de gens peuvent douter que la personne a le sida ou dire n'importe quoi. La personne peut faire le tour de plusieurs hôpitaux alors que c'est le sumaya fiman. Beaucoup de docteurs n'ont pas son médicament, la maladie fait maigrir la personne alors que sa voix est intacte, il n'est pas couché mais il maigrit de jour en jour, les plantes amères ne soignent pas de tels cas car c'est dans les veines »

Ces différentes formes du paludisme citées nous montrent toute la complexité des symptômes autour de cette maladie d'une part et d'autre part la force des représentations qui se font autour de cette pathologie.

4.4.5. Prévention

La lutte contre l'épidémie passe par plusieurs actions au rang desquelles nous avons la lutte préventive. Cette attitude préventive se subdivise en des actes tels que la lutte anti-vectorielle à travers la pulvérisation intra-domiciliaire, l'hygiène, l'assainissement, la brûlure des mosquitos et d'autres types d'encens et l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide. Cette dernière est reconnue pour être efficace plus que les autres actes préventifs, en ce sens qu'elle a été citée par tous nos enquêtés comme le seul moyen efficace contre les piqûres des moustiques et par conséquent contre le paludisme. Par contre, entre l'efficacité et l'acceptabilité, il y a une passerelle qu'il faut emprunter. Ainsi la moustiquaire

imprégnée est diversement acceptée, pour certains, sinon la majorité, elle constitue un outil efficace dans la lutte contre le paludisme.

« Il n'y a pas d'autres moyens de protection que les moustiquaires » (FD, mère, âgée de 27 ans, Baya Siekorolé)

« Normalement on doit utiliser les moustiquaires durant toute l'année pour se protéger des moustiques. Ces moustiquaires aussi doivent être imprégnées tous les 6 mois, même les rideaux. Ainsi les moustiques meurent dès qu'ils se posent dessus » (focus group avec les mères de Baya Siekorole).

Si l'utilisation de la moustiquaire imprégnée apparaît pour ces deux (2) enquêtées comme étant utile et fondée puisque participant à la lutte contre le paludisme et à la préservation de la santé, il en est autrement quand à l'appréciation faite sur cet outil. Selon certaines enquêtées, ces moustiquaires imprégnées ne sont pas confortables, elles dégagent une odeur nauséabonde et donnent des démangeaisons. Comme l'atteste ce passage :

« Oui, nous les utilisons quand il y a les moustiques, mais quand il n'y en a plus, on ne les utilise plus... si, mais ça a une odeur désagréable et puis ça donne des démangeaisons. Sinon on nous a dit de les utiliser, qu'il y ait ou pas de moustiques » (M.T à Baya Siekorole, mère âgée de 30 ans)

La remarque à faire sur ce passage ci-dessus, sans nier l'efficacité de la moustiquaire imprégnée, met en cause la qualité de la moustiquaire imprégnée. Cette mauvaise appréciation de la qualité peut être le gage d'un éventuel refus d'utilisation et ne milite pas en faveur d'une probable appropriation de ce outil protecteur. Rappelons à ce niveau qu'aucun obstacle culturel n'est évoqué dans la sous-utilisation de la moustiquaire imprégnée, ce qui veut dire que l'acceptabilité culturelle ne souffre d'aucune ambiguïté.

4.4.5. Traitement et prise en charge du paludisme

A Selingué, les mères d'enfants ont recours à trois secteurs de soins : le secteur moderne, le secteur traditionnel et le secteur d'automédication. Dans notre étude, il ressort que le premier secteur sollicité est celui dit traditionnel suivi du moderne. L'automédication semble être à cheval entre les deux premiers secteurs.

4.4.5.1. Le secteur traditionnel

Ce secteur le premier point de départ pour l'itinéraire thérapeutique des mères d'enfants, il revêt plusieurs formes. A la question comment traitez-vous votre enfant malade du paludisme ? La première réponse donnée concerne le traitement traditionnel axé sur l'utilisation des plantes traditionnelles. La plupart de ces plantes traditionnelles sont dictées soit par un tradithérapeute, soit par une tierce personne dans le ménage. Les grandes mères sont en grande partie les détentrices des recettes thérapeutiques. Nous avons pu retenir quelques noms de ces plantes traditionnelles comme nous relate cette mère :

« Je l'ai traité traditionnellement avec le « sulafinsan⁶⁴ ». Tu coupes la racine du « sulafinsan » et puis les racines de « sinjan⁶⁵ ». Tu les mélanges et tu les fais bouillir, ça guérit le paludisme. (EIA avec le tradithérapeute N°1) ou encore cette mère de 36 ans « il s'agit du junbulu⁶⁶, du gnamabulu⁶⁷ et du barabulu⁶⁸. Après les avoir coupés dans la brousse, on lave la marmite et on les fait bouillir. Quand c'est prêt on lave l'enfant avec et on lui en fait boire. (S.D, mère âgée de 36 ans).

La médecine traditionnelle est restée considérée pendant longtemps, par les rationalistes comme un système de soins ne reposant sur aucune base scientifique à cause d'une part de ses limites explicatives de l'étiologie de la maladie et d'autre part à cause de son mode d'administration de soins. Toutefois, depuis la conférence d'Alma Ata (1978), cette médecine « informelle » est considérée comme complémentaire à la médecine moderne pour pallier à la faible couverture des zones rurales et à leur accessibilité difficile aux centres de santé modernes, mais aussi du fait des savoirs botaniques avérés des tradithérapeutes. Ainsi l'OMS (2002) la définit comme « l'ensemble de toutes les connaissances et pratiques, explicables ou non pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social en s'appuyant exclusivement sur l'expérience vécue et l'observation transmise de génération en génération, oralement ou par écrit».

⁶⁴ Nom scientifique : *Trichilia Emetica* Vahl

⁶⁵ Nom scientifique : *Cassia Silberiana*

⁶⁶ *Myrtagyna Inermis*- Korth

⁶⁷ *Piliostigma Thonnig* II

⁶⁸ *ibid*

Au Mali, en vue d'une meilleure intégration de cette médecine traditionnelle sur le registre scientifique, un département de médecine traditionnelle fut créé. Cette association de la médecine savante, universelle, à celle dite traditionnelle, relève d'un souci de valorisation des savoirs traditionnels d'une part et, d'autre part, pour une judicieuse conjugaison des connaissances médicales pour le bonheur des patients. Au-delà des compétences scientifiques médicales, l'association de ces deux médecines est une reconnaissance et un respect des valeurs culturelles, des savoirs populaires des communautés. Ces valeurs culturelles, une fois exhumées et améliorées, peuvent servir dans le domaine médical. A cet égard nous pouvons citer, parmi tant d'autres, l'exemple du « kotèba thérapeutique »

4.4.5.2. L'automédication

Le recours à l'automédication est très courant dès l'apparition des premiers signes et symptômes de la maladie. Dans certains cas, cette pratique est destinée à soulager le malade avant la quête de soins plus appropriés ; dans d'autres, elle est indiquée contre les affections passagères. L'automédication est définie comme étant « l'utilisation et l'administration des médicaments modernes et/ou traditionnels sans prescription par un thérapeute » (AKOTO, 2002.). Les raisons qui justifient le recours à ce système sont diverses. On citera entre autres, la nature et le degré de gravité de la maladie, l'inaccessibilité géographique et/ou financière des autres systèmes de santé. De la même manière, BICHAM (1985, cité par FOURNIER et HADDAD, 1995) parle de médecine personnelle « domestique » pour montrer la pluralité des comportements d'auto traitement à base de produits traditionnels ou modernes. Cependant, ce type de traitement présente des risques dans la mesure où plusieurs malades l'achètent auprès de marchands qui ne respectent pas toujours les conditions d'entretien de ce produit. De plus, plusieurs produits contrefaits sont vendus aux populations et les posologies requises ne sont pas respectées. A ce propos voici quelques illustrations que nous avons tirées d'un groupe de discussion avec les mères de Farabacoro Sokondia :

« Oui, en plus du « Paracétamol » il y a aussi du kunfini (tête noire). Si tu as mal à la tête ou bien si tu as le paludisme, tu vas acheter de la Nivaquine ou bien du Paracétamol. Si tu ne trouves pas de médicament à la caisse pharmaceutique, alors tu vas acheter les médicaments de la rue comme le fatokeni (petit fou) qui est très efficace contre les maux de tête. » (Focus group avec les mères d'enfants de Farabacoro Sokondia).

L'automédication est pratiquée dans le traitement de toutes les sortes de douleurs. La « nivaquine » (la chloroquine) qui est une molécule retirée du traitement du paludisme, est toujours utilisée. Cet état de fait interpelle les autorités sanitaires de la localité. Les médicaments d'automédication sont des produits disponibles sans ordonnance pour les pathologies bénignes et facilement diagnosticables par le patient. Il s'agit du traitement symptomatique de pathologies sans avis médical. L'automédication est l'usage de médicaments stockés suite à une ordonnance précédente ; c'est aussi un comportement et non une catégorie de produits. Ce comportement est motivé par un certain nombre de situations, au titre desquelles nous pouvons citer : le soulagement rapide, problème de santé considéré comme bénin (douleur, rhume, migraine, diarrhée, inflammation...), la pauvreté, l'analphabétisme. La liste n'est pas exhaustive. Il convient de rappeler et d'insister que cette pratique a des conséquences dramatiques sur la santé de ceux qui la pratiquent, car certains produits, sans l'avis de spécialiste, ont une toxicité élevée.

4.4.5.3. Le traitement moderne

La médecine moderne est un système de soins fondé sur une pratique universellement reconnue et acceptée par la communauté scientifique. Elle se caractérise dans sa démarche par la consultation du malade, les analyses cliniques au laboratoire et la prescription des médicaments. Elle vient généralement en second recours après la médecine traditionnelle. Souvent les deux sont simultanément utilisées par les communautés. Ce système de soins, malgré sa rigueur scientifique et son efficacité tant sur le plan préventif que curatif, reste encore inaccessible à la majeure partie des populations. Plusieurs raisons sont susceptibles d'expliquer le non-recours à ce système de soins à Sélingué et même dans la plupart des zones rurales. Comme facteurs, nous pouvons citer : l'inaccessibilité géographique, le coût élevé des médicaments, la vétusté du plateau technique, l'insuffisance de ressources humaines en quantité et en qualité. A ce propos voici une affirmation :

« Si on te prescrit une ordonnance et que tu vas à la pharmacie, eux aussi augmentent le prix. Ils te disent une somme qui vaut plus que tu ne devrais payer. Il n'y a rien de bon entre nous. C'est toujours comme ça. La seule chose bonne qu'ils font pour nous c'est de se déplacer pour venir faire les vaccinations ici. Même pour ça ils nous prennent 100 FCFA. Quand ils

viennent pour la vaccination chacune de nous paye 100 FCFA pour leur prix de carburant » (Focus group avec les mères_Baya Siekorole).

Indépendamment des facteurs ci-dessus, les conséquences néfastes de certains actes médicaux sont à la base du dédain des centres de santé par les usagers, comme souligne cet extrait :

« Les piqûres font enfler les pieds des enfants, ça leur donne des plaies, moi-même j'ai vu ces cas. Beaucoup de gens viennent soigner leurs enfants contre le sumaya mais les piqûres sur leurs cuisses donnent des plaies, cela fait que beaucoup de gens ont peur ; certaines mamans refusent les injections pour leurs enfants, elles préfèrent des comprimés ». (EIA avec la mère N°18)

4.4.6. Politiques de prise en charge

Il existe une politique nationale de prise en charge thérapeutique des cas de paludisme : Il s'agit d'administrer les combinaisons thérapeutiques d'artémisinine pour le paludisme simple et la quinine pour les cas de paludisme grave et les cas de paludisme chez la femme enceinte. Les combinaisons thérapeutiques retenues dans la politique nationale sont : Artésunate+ Amodiaquine et Arthemether+Luméfántrine. En tenant compte des critères d'efficacité thérapeutiques et des recherches menées par le MRTC/DEAP, seule la combinaison Artésunate+Amodiaquine a été mise à la disposition des structures sanitaires publiques conformément à la politique nationale. Il est à préciser que le traitement ACT n'est donné qu'après confirmation par les TDR. Le traitement est gratuit pour les enfants de 0 à 5 ans, que ce soit les cas de paludisme simple ou les cas de paludisme compliqué. Les structures de soins sont ouvertes 24h sur 24.

Mais force est de constater que la réalité est toute autre chose sur le terrain. Au cours de nos observations dans les structures de santé, l'effectivité de cette politique nationale souffre de beaucoup de maux. Entre autres : manque de ressources humaines qualifiées et suffisantes, plateau technique obsolète, rupture des intrants (antipaludiques, TDR, MII etc). A tout ceci il faut ajouter la perception négative des soignants sur les CTA. Par ailleurs, les soignants sont confrontés à des problèmes liés au non-suivi de posologie par les parents une fois leur

diagnostic posé. Cela explique souvent l'échec dans les traitements, comme l'affirment ces propos :

« Bon, les difficultés auxquelles je suis confronté, c'est-à-dire quand tu poses ton diagnostic et que tu vois que c'est le palu, tu donnes ton premier traitement. Au cas où ce traitement n'a pas réussi, je ne revois plus la personne. Donc ce qu'il a en tête c'est qu'il a déjà quitté le centre de santé ; il ne reviendra plus et il va essayer de traiter cet enfant traditionnellement et, cela aggrave la maladie. Une fois que le mal s'est aggravé les parents ne vont plus penser à ramener l'enfant au centre de santé ; ils vont continuer à traiter l'enfant traditionnellement, ça c'est le problème que j'ai ici. Ensuite, il y a le problème des CTA. Les gens sont allergiques à l'amodiaquine. Si toutefois on peut changer l'amodiaquine par d'autres produits, moi je préfère cela. Les réactions de l'amodiaquine sont trop fortes » (EIA avec le chef de poste médical)

4.4.7. Facteurs culturels dans la prise en charge du paludisme

Malgré les campagnes de sensibilisation, le paludisme est entouré par des croyances et des opinions « profanes ». Cette pathologie, pour certains, n'est pas guérissable. La consultation prénatale (CPN), retenue comme une phase de prévention de l'enfant à travers la prise des deux doses de SP par la femme enceinte, reste piétinée par des considérations culturelles. Le fait de se présenter au centre de santé pour la CPN depuis les premiers mois de la grossesse, est considéré comme attitude extravagante et ostentatoire. Une mauvaise perception est faite sur certain médicament tel que le fer. Ce médicament composé de 60 comprimés semble être à la base du surpoids du fœtus, compliquant l'accouchement chez la femme. A ce propos lisons ces passages :

« Moi je ne pense même pas que le paludisme est guérissable. Ah ! Il n'est pas guérissable, tu as beau le traiter, il revient 2 jours après » « Les femmes enceintes ne fréquentent pas le cscm, celles qui le fréquentent n'ont pas de problème de sumaya ni d'accouchement. Pour certaines, venir faire la CPN

c'est se faire voir, c'est de l'extravagance « elles disent que les fourmis font des enfants sans prendre de médicament » (EIA M4)

En plus des facteurs culturels, le comportement des agents de santé en l'occurrence leur mauvais accueil et leur absence découragent les usagers du centre de santé, comme l'illustre ce verbatim :

« Les docteurs n'accueillent pas bien ici ; j'ai même été victime de cela. Si tu amènes ton malade en dehors des 4 jours de la semaine, lundi, mardi, mercredi et jeudi ; et entre matin et midi ; même si son sang coule ; tu peux faire trois heures d'attente sans voir un seul docteur ; nous les cherchons en vain ; vraiment cela nous embête ». (EIA avec le chef de ménage N°2 à Baya Siekorole).

Le traitement moderne est perçu par les mères d'enfants comme coûteux, protocolaire ; comme affirme ce propos :

« Il y a trop de va et vient, il y a trop de médicament à acheter, si tu vois dix fois, les docteurs te donnent une ordonnance, ils écrivent trop d'ordonnance et si tu n'as pas d'argent tu ne peux pas acheter »

4.4.8. Représentations sociales sur les causes et symptômes du paludisme

Certaines études ont mis en exergue le fait que les nosologies populaires renvoyant au paludisme ou aux symptômes qui se rapprochent le plus de sa définition médicale ne concordent pas toujours.

Doris Bonnet note à ce propos que chez les Moose du Burkina Faso, trois entités nosologiques (Weogo, Koom, Sagba) sont susceptibles d'évoquer un accès palustre. Elles sont fonction de deux facteurs : l'évolution clinique de la maladie et l'âge de la personne (Bonnet 1986). Tidiane Ndoye mentionne qu'au Sénégal, si l'évolution clinique de la maladie est évoquée dans les discours, il est fréquent d'entendre parler d'une autre maladie : *le pëyis* lorsque les signes se compliquent. Au Mali plusieurs entités comme *le sumaya*, *le sumaya bilen*, *le sumaya fiman*, *le kono* ou *le siran bana* désignent le paludisme. Mais les deux grandes entités reconnues sont *le sumaya* et *le Kono ou siran bana*. La dernière est considérée comme la forme compliquée qui se réfère à l'état pernicieux. Quand au contenu du mot *sumaya* il est divers et varié selon la localité et selon les individus. Pour la plupart des gens le

sumaya désigne tout d'abord toute fièvre, avant d'être confirmé soit par un médecin ou un tradithérapeute reconnu ou selon même sous le poids de la conscience collective.

Le nom SUMAYA vient de «SUMA» qui veut dire ombre ou froid et « YA » qui veut dire situation. Alors le mot SUMAYA qui veut dire paludisme est associé à la saison froide et/ou humide, correspondant à la période de forte multiplication des anophèles (DRABO K. M. al : 2003)

Ces typologies de *sumaya* ne sont pas fondées sur une connaissance scientifique jadis biomédicale, mais relèvent d'un savoir populaire transmis culturellement. Elles sont socialement construites en fonction des représentations sur la maladie. Le terme représentation, qui se situe à la frontière entre le social et le psychologique, renvoie à un concept plus englobant, celui du système de représentation qui désigne un ensemble d'idées, mais aussi de valeurs propres à une société (NDOYE : 2009, p90). Plus que de simples idées ou d'images mentales, la sociologie les considère, quant à elle, comme des réalités autonomes (BONNET et IZARD : 1991 ; p626). Dans ce même ordre d'idée sur les représentations, Germaine Dieterlin nous rappelle la force de deux puissances surnaturelles auxquelles s'adressent les principaux cultes des Bambara (groupe ethnique dominant au Mali) : le *Pemba* et le *Faro*

Pemba est à la fois esprit, force et matière. Il est actuellement matérialisé par un bois gravé, symbole du madrier où est né autrefois ce qui vit sur la terre, et dont théoriquement chaque famille possède un exemplaire⁶⁹

Faro, maître du verbe, règne à la fois dans le ciel et dans les eaux qui en sont le reflet terrestre. Tout chef de famille, porte sur lui un petit autel dit *kèrè la boli ni* (litt : petit autel de coté), en rapport avec les âmes des membres de la famille dont il a, pour une part, la responsabilité en cas de maladie, d'offrir sur ce *boli* des sacrifices pour la guérison du patient. Et d'autre part si le chef est lui-même très souffrant, on pose l'autel sur sa tête pour tenter de remplacer l'âme qui fuit par celle qu'il contient⁷⁰

⁶⁹ Germaine Dieterlin (1987) : « Essai sur la religion Bambara. Institut de sociologie, Anthropologie sociale »
2eme éditions de l'université de Bruxelles, p166

⁷⁰ ibid

Ainsi ce schème de représentations est fondamental dans l'orientation thérapeutique du malade ou du réseau du malade⁷¹ d'une part et d'autre part il circonscrit la force curative de la médecine savante. Selon que l'on soit atteint du *sumaya* ou du *sumaya bilen* et ou du *sumaya fiman*, l'itinéraire thérapeutique diffère. Le traitement du *sumaya* peut être effectué au centre de santé ; mais celui du *sumaya bilen* et du *sumaya fiman* n'est pas du domaine de compétence du personnel sanitaire⁷² et encore moins, n'importe quel tradithérapeute ne peut venir à bout de cette forme. Son traitement fait appel à des aguerris de la médecine traditionnelle.

4.4.9. Pratiques médicales

Les individus ont théoriquement accès à des pratiques médicales variées qui ne relèvent pas uniquement de leur propre tradition. Un espace de choix s'ouvre devant eux, mais l'accessibilité à chacune des pratiques médicales est en fait limitée par différentes contraintes (culturelles, économiques ou sociales) qui ne sont pas toujours clairement perçues par les individus. Lorsque l'on cherche à préciser quelles sont les motivations qui ont conduit les malades à choisir une médecine donnée pour un problème pathologique particulier, des explications telles que la proximité géographique, l'influence du voisinage ou de la famille, ou encore le coût des soins, sont très rarement évoqués. Par contre, il est systématiquement fait référence à l'efficacité de la pratique médicale choisie, à travers un discours logique liant le choix thérapeutique à l'efficacité. Toutes les autres contraintes paraissent occultées par une référence générale à l'efficacité thérapeutique qui seule légitimerait les choix. L'analyse des discours émis par des individus, permet de mettre à jour un certain nombre de facteurs dédaignant.

Le paludisme est loin de constituer une évidence au plan diagnostic médical. Les soignants sont souvent confrontés à la difficulté de confirmer un diagnostic palustre en se fondant simplement sur des moyens cliniques. Ainsi sur le plan biologique, les spécialistes affirment qu'une goutte épaisse négative ne veut pas toujours dire qu'il n'y a pas de paludisme. Chez certains groupes soumis à des piqûres répétées, on peut retrouver des *P. falciparum*

⁷¹ Nous parlons du réseau du malade dans le sens où notre étude porte sur les enfants, ceux-ci constituent une couche vulnérable et par conséquent ont besoin d'aide

⁷² Tout ce qui relève de la biomédecine

4.4.10. Croyance populaire sur les formes du paludisme

L'un des premiers domaines d'intérêt dans l'étude de la construction socioculturelle de la maladie est la construction des signes de la maladie⁷³. La principale contribution de l'ethnomédecine réside dans la sensibilisation des chercheurs et des intervenants à l'importance d'être à l'écoute non seulement des discours professionnels mais aussi des discours que tient la population elle-même sur la santé et la maladie. On oppose alors une approche émiqne à une approche étique de la maladie⁷⁴.

En se référant aux discours des enquêtés, il ressort une distinction entre le paludisme simple et le paludisme grave. Cet état de distinction peut être expliqué par l'effet des campagnes de sensibilisation des acteurs comme le Csref, les ONGs Børnefonden et de Médecins Sans Frontières que nous avons rencontré sur le terrain.

Au même moment d'autres nosologies du *sumaya* se dégagent, à savoir *sumaya fiman*, *sumaya jèman* et *sumaya bileman*. Ces formes sont parfois assimilées à d'autres pathologies telles que le *sayi* (ictère) et le *sida*. Ces formes de croyances traduisent toute la force de la culture populaire sur la maladie. Ces construits émiqnes, c'est-à-dire des récits, des descriptions et des analyses exprimés dans les termes de schèmes conceptuels et des catégories considérés comme significatifs et appropriés par les membres natifs d'une culture dont les croyances et les comportements sont étudiés⁷⁵, paraissent importants dans l'analyse culturelle de la santé.

Ce schème de croyances, oriente également d'une part l'itinéraire thérapeutique du malade, et d'autre part circonscrit la « puissance » curative de la médecine moderne. Ainsi, selon que l'on soit atteint de *sumaya* (paludisme) ou de *sumaya bileman* ou de *sumaya fiman*, l'itinéraire diffère. Dans le village de Baya-Siekorolé, le traitement de *sumaya* et de *sumaya bileman* peut se faire dans les centres de santé. Par contre celui de *sumaya fiman* n'est pas de la compétence de la médecine moderne et encore moins de n'importe quel tradithérapeute. Son traitement relève des tradithérapeutes aguerris.

⁷³ Raymond Massé, (1995) « Culture et santé publique », edt Gaëtan Morin, p147

⁷⁴ Ibid, p35

⁷⁵ Ibid,

4.4.11. L'itinéraire thérapeutique

Le concept d'itinéraire thérapeutique (Janzen 1995) décrit concrètement la construction des choix thérapeutiques à partir des différents parcours que suivent les malades et leurs familles.

Cela dit, aborder l'espace thérapeutique soulève plusieurs difficultés. Tout d'abord, il comprend aussi bien l'apport des spécialistes que de non-spécialistes ou de profanes. Il diffère en ce sens du système médical (réservé à la pratique d'une médecine donnée) et du système de santé (qui inclut l'ensemble des pratiques spécialisées associées aux pratiques médicales plurielles). Pour les profanes, membres des groupes domestiques, le recours à des soins non spécialisés est chose normale : il est habituellement le premier recours. Cette question a une portée considérable lorsqu'on reconnaît le postulat selon lequel dans toutes les sociétés, le recours premier des individus en situation de maladie commence dans les groupes domestiques, les femmes jouant dans ce contexte un rôle pivot.

A Sélingué, l'itinéraire des mères d'enfants commence par le traitement à domicile suivi du centre de santé. Le traitement à domicile est dans la plupart des cas axé sur l'utilisation des plantes traditionnelles. L'automédication constitue une phase transitoire entre le domicile et le centre de santé. Les communautés s'approvisionnent en médicaments modernes auprès des boutiques situées dans le village ou par des voisins et des vendeurs ambulants. A ce niveau les femmes jouent un rôle de relais. Les femmes paraissent occuper une position de relais entre les univers domestique et extra-domestique (Graham 1985 ; Mc Clain 1989). Présentes lorsque la maladie se manifeste au sein du groupe domestique, c'est un peu à elles que sont formulées les premières « demandes » de mieux-être, sinon de guérison, quand s'amorce la maladie.

4.4.12. Environnement

L'environnement se définit selon les approches comme:

- l'ensemble des éléments, naturels ou artificiels, qui entourent un système défini, que ce soit un individu, une espèce, une entité spatiale, un site de production... ;
- l'ensemble des échanges (prélèvements, rejets, ...) entre un anthroposystème et les écosystèmes du milieu considéré ;

- l'ensemble des éléments objectifs et subjectifs qui constituent le cadre de vie d'un système défini (individu, espèce...)

Dès lors, il apparaît nettement que la dénomination générique Environnement, rassemble une multitude de thèmes (eau, air, sols, déchets, milieux naturels, paysage, bruit, énergie, aménagement de l'espace, sécurité...), concernant de nombreux secteurs (industrie, agriculture, collectivités locales, santé publique) et de multiples niveaux d'interventions (étude, conseil, expertise, contrôle, exploitation, ingénierie, maîtrise d'œuvre...).

Les sites des barrages et leurs périmètres sont l'objet de modifications hydrologiques, géodynamiques (Ripert et al., 1979) et éco systémiques favorisant la transmission des maladies liées à l'eau (Antagana et al., 1980) et la prolifération de certains vecteurs de maladies (Philippon et Mouchet, 1976 ; Pert, 1978 ; Finkelman et Arata 1987 ; Wijeyaratne, 1987 ; Bos, 1990 ; Hunter et al. 1993). Les données, concordantes, montrent que l'impact des barrages sur la santé humaine concerne la malaria (Ripert et al. 1991a) et autres.

La construction d'un barrage est le point de départ de modifications plus ou moins rapides de l'environnement et de la créativité d'activités humaines à des fins essentiellement agricoles et piscicoles. L'analyse de cet environnement nouveau fait appel à deux ordres de données : d'une part, les modifications éco systémiques en rapport avec l'environnement physique de la zone d'aménagement ; d'autre part, la dynamique des populations humaines liées à l'environnement économique et social de l'ouvrage.

4.4.12.1. Modifications écosystémiques

Les modifications des écosystèmes provoquées par les barrages interviennent aussi bien dans les milieux aquatiques, de part et d'autre de la digue de retenue, que dans le territoire environnant de l'ouvrage. Dans le cas d'une exploitation du barrage en système d'irrigation des cultures, il est constaté qu'en aval l'agriculture irriguée uniformise beaucoup le paysage et appauvrit la diversité de la faune et de la flore (Hunter et al. 1994). Les principales transformations accompagnant l'agriculture irriguée sont l'augmentation de la superficie couverte par l'eau, de terrains marécageux du fait de l'élévation de la nappe phréatique, enfin l'apparition d'un microclimat en général chaud et humide tout au long de l'année.

Les retenues d'eau, à Sélingué, instaurent des conditions écologiques favorables au développement des gîtes larvaires au voisinage des rives peu profondes, où la végétation protège les larves des vagues, du vent et des prédateurs. Aussi la pérennité des moustiques est elle assurée d'une saison à l'autre, de sorte que la période de transmission du paludisme se trouve prolongée.



Photo N° 3: Retenue d'eau

Source :Dansiné Diarra



Photo N° 4: gîte larvaire

Source :Dansiné Diarra

4.4.12.2. Dynamique des populations humaines

Différentes populations humaines attirées lors de la construction du barrage (ingénieurs, ouvriers, familiales, touristes etc) influencent d'une manière ou d'une autre la contamination des vecteurs et des hôtes intermédiaires sur le site (Lochouarn et al. 1987 ; Hunter et al. 1993). Ces hommes, femmes et enfants, de par leur état immunitaire, créent forcément une nouvelle situation épidémiologique locale des maladies. Bien que

l'identification des nouvelles pathologies résultant des migrations humaines soit difficile à établir, il est admis que la zone de Sélingué est l'objet de flux migratoires depuis l'ère précoloniale jusqu'à nos jours.

Pendant les travaux et après l'édification du barrage de Sélingué, les transformations des écosystèmes liées au barrage proprement dit (c'est-à-dire la digue et le déversoir) et par l'afflux des populations a favorisé la création de nouveaux gîtes larvaires et la contamination des vecteurs aquatiques par les germes qui proviennent à la fois des populations locales et des groupes migratoires

Ainsi, les immigrés en provenance de la région de Ségou sont essentiellement des localités arides des cercles de San et de Tominian et qui font frontière avec la région de Sikasso. Fuyant la pauvreté de potentialité, les ménages pauvres en terres qui arrivent cherchent à s'installer sur les terres cultivables dans les cercles de Koutiala, Yorosso et Sikasso. Les jeunes Bwa (un groupe ethnique du Mali) viennent aussi pour les travaux saisonniers de la culture de pomme de terre à Sikasso. Certains sont employés par les producteurs de coton pour une saison de pluie. Cette forme de migration est une stratégie de soulager leur pauvreté de revenu et de pouvoir aussi se procurer de matériels agricoles (charrues, charrettes, etc.).

Les immigrés venant de la région de Mopti sont en général les populations du pays dogon à la recherche de terres dans les cercles de Sikasso, Koutiala et Yanfolila. Ce sont des migrations agricoles de familles entières de Dogon de Bandiagara pauvres en terres. « *Le pays Dogon a fourni l'essentiel de la main-d'œuvre saisonnière pour la mise en valeur du périmètre irrigué de Kléla, en 1985 plus de 280 familles en provenance de divers cercles des régions de Mopti ont migré dans la zone de barrage de Sélingué* ». Les zones des barrages de Sélingué (cercle de Yanfolila) abritent des communautés dogons et Bozo de Mopti (Ibrahima CISSE, 1993).

Les migrations familiales des Dogon de Bandiagara en direction de la région de Sikasso ont entraîné pour la zone de départ un manque de bras valides, vieillissement démographique, une pauvreté structurelle. Elles ont aussi entraîné des menaces de désertification au Sud : surexploitation agricole, surpâturage et déforestation ; une

accentuation des inégalités sociales : paysans riches, petits paysans produisant des céréales pour l'autoconsommation et les immigrés ruraux, en insécurité foncière.

4.4.13. L'impact du barrage sur la santé de la population

Avant la construction du barrage, les populations reconnaissent que les infrastructures sanitaires étaient insuffisantes et vétustes et les maladies comme l'onchocercose et la trypanosomiase étaient quasi endémiques. Sur le plan architectural sans faire une description détaillée du barrage, car il demeure une infrastructure stratégique du pays, nous distinguons : le déversoir (pour l'évacuation des crues par leur crête), un ou plusieurs dispositifs de vidange et des prises d'eau ; celles-ci permettent l'accès à l'eau des populations environnantes. Le profil des déversoirs et le fonctionnement des différents dispositifs annexes du barrage sont importants sous l'angle épidémiologique car ils influencent la biologie des vecteurs aquatiques susceptibles de se développer sur le déversoir. Leurs zones d'implantation ont des superficies assez grandes pour entretenir un microclimat chaud et humide, favorable au développement de la faune culicidienne.

Les infrastructures se réduisaient à l'époque à un dispensaire et à une maternité rurale à Kangaré, chef-lieu d'arrondissement. A Binko, c'était un magasin qui servait de dispensaire et de maternité.

Dans le processus de déplacement, l'AAS n'avait pas pris en compte les dispensaires de Binko et de Dialakoro qui étaient des initiatives communautaires. Par contre, le centre de santé de Kangaré, qui était une structure étatique, a été reconstruit dans le nouveau site d'implantation du village. Mais ce village va également bénéficier de la présence d'un programme de lutte contre l'onchocercose conduit par l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP). A la faveur de ce programme, un nouveau centre de santé a été construit. Il sera transformé plus tard en Centre de santé de référence (CS Réf.), faisant de la Commune de Baya l'une des rares communes au Mali, dotée d'une structure de second niveau dans la pyramide sanitaire, avec un laboratoire d'analyse, un bloc opératoire et un bloc radiologique.

Ainsi, de façon immédiate, la construction du barrage n'aura pas apporté plus que ce qu'il y avait déjà en soins modernes. Mais qu'en est-il de la prise en compte de l'évolution de la situation sanitaire avec les impacts directs du barrage ?

En effet, s'agissant des épidémies, les personnes interrogées ont reconnu la prévalence élevée des maladies endémiques telles que la trypanosomiase, la bilharziose, le paludisme, la rougeole, la coqueluche et l'onchocercose avant la construction du barrage. Mais elles disaient en avoir une certaine maîtrise. Les thérapies traditionnelles qu'elles utilisaient venaient très souvent à bout du paludisme qui était une maladie saisonnière qui ne sévissait qu'en période d'hivernage.

Après la construction du barrage, il est devenu quasi permanent (de 36% avant le barrage, le taux de prévalence est actuellement de 60%, selon le médecin du centre de référence). Cela s'explique par la présence du lac de retenue, site de développement larvaire et d'autres vecteurs de maladies. Le développement de la culture irriguée, le déplacement et le recasement de personnes sur les nouveaux sites où résidaient déjà d'autres populations, auxquelles se sont ajoutés les immigrés, ont donné lieu à une promiscuité inhabituelle dans cette zone rurale et favorisé la dissémination des maladies.

Ainsi, en plus du paludisme, les populations ont mis en avant la recrudescence de certaines maladies comme la bilharziose (schistosomiase) chez les populations des villages déplacés, et chez celles des villages non déplacés. Cette maladie est aussi aggravée par l'insuffisance, voire le manque d'eau potable.

Le paludisme et la bilharziose sont, de l'avis des personnes interrogées, les maladies qui résistent le plus. Les autres maladies redoutées semblent avoir disparu avec les actions de vaccination et les soins apportés. Cependant, de nouvelles maladies comme le diabète et l'hypertension artérielle sont enregistrées dans la zone. Elles seraient la conséquence du nouveau mode de vie sédentaire et le changement des habitudes alimentaires. En effet, avec le barrage, les paysans fournissent peu d'efforts physiques et se déplacent par des moyens de locomotion motorisés comme les mobylettes. La présence de la route a également favorisé l'accès au marché rural pour les marchands de nouveaux produits comme les glutamates qui, autrefois, étaient peu consommés parce que rares à trouver. A la faveur des facilités d'accès et de la promiscuité, les services de santé reconnaissent également la prévalence du VIH/SIDA, même s'ils restent discrets sur son taux de prévalence.

Les communautés ne sont pas restées en marge. Les rivalités nées du processus de déplacement et de réinstallation vont conduire tous les villages à se doter d'un centre de soins

et d'une maternité. Au milieu des années 1980-90, la politique nationale de santé incite les populations à s'unir pour prendre en charge leurs problèmes de santé. C'est la naissance des associations de santé communautaires (ASACO) qui vont précéder la création des centres de santé communautaire (CSCOM).



Photo N° 5: gites larvaires

Source : Dansiné Diarra



Photo N° 6: canal d'irrigation

Source : Dansiné Diarra

Application du modèle d'analyse aux résultats

Selon le modèle d'Ajzen, un individu peut faire des gestes pour prévenir une maladie (ou une condition désagréable) s'il possède des connaissances minimales en matière de santé et, s'il considère cette dernière comme une dimension importante de son existence. Souvent, dans la population, le maintien, l'adoption ou l'abandon de plusieurs comportements ne sont pas guidés par des motifs de santé, mais relèvent davantage du social.

Croyances saillantes chez les mères d'enfants de Selingué		
Croyances Comportementales	Croyances Normatives	Croyances liées au contrôle
<ul style="list-style-type: none"> • Maladie non guérissable • Maladie récidiviste • Insatisfaction dans les prestations médicales 	<ul style="list-style-type: none"> • Ancêtres • Perceptions sur les médicaments • Regard de l'autre 	<ul style="list-style-type: none"> • Inaccessibilité géographique • Coût dans les soins • Absence du personnel

Le modèle d'Ajzen part donc du principe que trois croyances à savoir la croyance comportementale, la croyance normative et la croyance liée au contrôle, représentées ci-dessus en vert, jaune et bleu, influencent les intentions d'effectuer un comportement. Cette intention influence à son tour le comportement.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION

Avec une population de 14.517176 hbts et une superficie de 1.241.238 km², au Mali le paludisme constitue un problème majeur de santé publique. Du point de vue clinique, on estime à environ 2 épisodes de paludisme en moyenne par enfant (0-5 ans) et par saison de transmission (hivernage). Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont les couches les plus affectées par cette maladie.

En termes de stratégie de lutte contre le paludisme, le Mali s'est doté de plusieurs institutions et de plans d'actions pour venir à bout de cette pathologie. Mais, force est de constater que cette maladie continue de faire des dégâts humains avec son corollaire d'absentéisme dans les lieux de travail et de productions. Une partie non négligeable de la population a un accès difficile aux soins. Le paludisme représente la première cause de décès des enfants de moins de 5 ans 23,09%⁷⁶.

La prise de conscience des limites intrinsèques des stratégies de lutte appréhendant le paludisme comme un problème de santé identique partout dans le monde, auquel il serait possible de répondre par une stratégie unique et globale a été un préalable nécessaire à la reconnaissance de l'intérêt de l'approche socioculturelle pour l'élaboration de programmes de lutte contre le paludisme adaptés à des contextes régionaux spécifiques (Reinolds, Whyte : 2000).

Partant du constat du trop faible apport de la sociologie à la lutte contre le paludisme en raison de sa récente introduction dans la réflexion de santé publique, notre étude s'est fixée, entre autres objectifs à étudier les dimensions socioculturelles dans la prise en charge du paludisme dans le district sanitaire de Selingué.

Certes, les recommandations sur la nécessité de prendre en compte les paramètres sociaux et comportementaux pour l'élaboration de programmes de soins ne sont pas nouvelles ; le constat de l'absolue priorité d'améliorer l'offre biomédicale de soins non plus. Cependant en l'absence des moyens financiers permettant ces améliorations cruciales et faute d'une intégration de la dimension socio-culturelle des comportements de recours aux soins

⁷⁶ T.Sidibé, H.Sangho, MS.Traoré, MB.Cissé, B.Togo, O.Sy, MM.Keita (2008), « Morbidité et mortalité dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touté au Mali », Mali Médical, Tome XXIII, N°4.

des stratégies de lutte contre le paludisme, les populations, en l'occurrence les communautés rurales, risquent de continuer à être présentées comme les principales responsables de pratiques thérapeutiques inadaptées, mais incontournables, dont elles payent les seules conséquences dramatiques.

L'étude sur les représentations et pratiques en matière de paludisme chez les mères et nourrices d'enfants de moins de 5 ans, montre que leur description des tableaux cliniques n'est pas très éloignée de celle de la médecine moderne. Néanmoins, les logiques étiologiques de nos enquêtés sont plus complexes et liées à leur contexte culturel. La prise en charge des cas commence à domicile pour se poursuivre chez le tradithérapeute et/ou au centre de santé, rallongeant très souvent les délais d'une prise en charge correcte et efficace. Pour améliorer la prise en charge des cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, les professionnels de santé devraient mieux intégrer les démarches diagnostiques et thérapeutiques des populations locales dans l'élaboration des stratégies de lutte.

Enfin, le barrage de Sélingué a été construit à une période où le Mali vivait sous un régime de quasi dictature. Sa construction a commencé sous un régime militaire d'exception et s'est achevée à la naissance de la 2ème République dominée par un parti Etat. Depuis 1991, L'histoire sociale et humaine de la zone reste fortement tributaire du barrage et les mutations constatées lui sont imputables pour une grande part. Ces mutations des villages, des hameaux, des communautés, mais aussi des individus, ne pouvaient s'opérer sans problèmes. Et ce d'autant plus que les populations, tout en reconnaissant les avantages du barrage, se disent également victimes d'effets collatéraux comme la persistance de maladies infectieuses (paludisme et bilharziose) dues à la présence permanente de l'eau. Avec ces maladies, la précarité des conditions de vie persiste puisque les revenus, au lieu de profiter au bien être, sont réinvestis dans les soins de santé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUE

Akoto, E et al. (2002), « Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'Ouest : pluralisme thérapeutique entre tradition et modernité », les Cahiers de l'IFORD, Yaoundé, Saint Paul, N°27, p165.

Augé M (1883), « Le sens du mal, Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie » edt Archives Contemporaines, Paris.

Balin M (1966), « Le Médecin, son Malade et la Maladie » Payot, p265

Becker H.S. (1985) « Etude de sociologie de la déviance ». Paris : Am Métailié (Collection Observation).

Benoist J. (dir) (1996), « Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical. Paris, Khartala, p520

Denieul P.N, (2008), « cultures et société, itinéraire d'un sociologue », l'Harmattan, p.44

Diarra. T, (1993), « Représentations et itinéraires thérapeutiques dans le quartier de Banconi. In : se soigner au Mali/ Brunet – Jailly J.(dir). Paris, Karthala Orstom, 343p

Dominique D, (2004), « les sciences sociales », PUF, Paris, p.41

Doumbo O, Sangare O, Toure YT, (1989), « Le paludisme dans le Sahel: L'exemple du Mali » Aupelf U, ed. Maladies Tropicales Transmissibles. Paris: John Libbey Eurotex, 11–32.

François S (1972), « Sociologie médicale», Armand Colin, Paris,

Fournier P. et **Haddad** S. (1995), « Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement », in GERARD H. et al, la sociologie des populations, Montréal, AUPELF/UREF, pp 289-325

- Godin G.** (1988) « Fondements psychosociaux dans l'étude des comportements reliés à la santé ». Santé et Société, n°2, pp.5-20
- Graham H.**, 1985, « Providers, Negotiators and Mediators »: 124-142, in V. Olesen (dir.), Woman, Health and Healing: Toward a New Perspective. New York, Tavistock.
- Grawitz M.** -1986- Méthodes des sciences sociales. Paris: Dalloz, 7ème édition, 1104 p.
- Helman C.**, 1990, « Culture, Health, and Illness: An Introduction for Health Professionals ». Londres, Wright.
- Herzlich C.** (1970) « Médecine, maladie et société » éd. Mouton, pp14-15.
- Howard E. Freeman, Sol Levine; Leo G. REEDER,** (1963), "Present Status of medical Sociology dans Handbook of medical sociology" Prentice-Hall, p.476.
- Jaffré Y., Olivier De S J.P** (2003), « Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest » Paris, Karthala, p462
- Janzen J.M.**, 1995, « La quête de la thérapie au Bas-Zaïre ». Paris, Karthala
- Kleinmann, Coppo P, Pisani L., Keita A,**(1992) « Perceived morbidity and health behavior in Dogon community. Social Science and Medicine, Vol.25, N°9, pp1003-1019
- Lallemand S.** (1992), « Grossesse et Petite enfance en Afrique noire et à Madagascar », edition Harmattan
- Lovell N.I.** (1995), « Pluralisme thérapeutique et stratégies de santé chez les Evhé du Sud-est Togo ». Paris : Ceped, N°33, 20 p.
- Masse R.** (1995), « culture et santé publique », edt Gaëtan Morin
- Mechanic D,** (1960), « the concept of illness behavior » Chron.Dis, pp189-194
- OMS:** Organisation Mondiale Santé, 1998.
- Robert S,** (1957), « The nature and status of medical sociology » American sociological Review, 22 April, p203

Robert K M, Georges READER and Patricia L KENDALL, eds (1957), “ The student Physician, Cambridge, Harvard University Press

Robert K M (1957), « Some preliminaries to a sociology of medical education », Harvard University.

Rovolodomanga B. (1991), « Pour la santé et la beauté de l'enfant à naître” In Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar, » édition Harmattan.

Sournia J.C (1969), « Mythologie de la Médecine Moderne » PUF, Paris, p22

Tidiane N, « la société Sénégalaise face au paludisme : politiques, savoirs et acteurs », Karthala et CREPOS, 2009, p.39

Tapsoba TNL (2001) « La communauté face aux risques de complications liées à la maternité. Discours et pratiques. Cas de Komsilga et Rakaye » Mémoire de maîtrise, Université de Ouagadougou, Burkina-Faso, 13p

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

Guide d'entretien- Mères /Tutrices

Introduction

Bonjour, je m'appelle Samba DIARRA, étudiant à l'UCAD de Dakar, je travaille dans le cadre de mes recherches de terrain pour la réalisation de mon master II en sociologie de la santé sur le thème : La lutte contre les maladies infectieuses au Mali : l'exemple du paludisme dans le district sanitaire de Selingué, cas des villages de Baya-Siekorole, Farabacoro.

J'aimerais connaître vos idées, vos connaissances et vos pratiques en matière de lutte contre le paludisme dans votre localité. Sachez qu'il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses, toutes les réponses sont bonnes. Vos propos ainsi que vos noms resteront dans la stricte confidentialité, vous êtes libre de participer et de vous retirer de l'entretien à tout moment. Je suis à votre disposition pour toutes informations complémentaires ou pour avoir des éclaircissements sur des points que vous n'avez pas compris.

Caractéristiques socio-demographique

Village.....

Nom..... Prénom..... Age..... Sexe....., Ethnie.....Religion.....

Niveau d'instruction..... Profession.....

Connaissances

A quelle période de l'année êtes-vous le plus piqué par les moustiques ?

Quelles sont les causes des moustiques ?

Quelles sont les maladies les plus fréquentes dans votre localité ?

Selon vous qu'est-ce que le sumaya ?

Combien de genre de paludisme connaissez-vous dans votre localité ?

Comment attrape-t-on le sumaya ?

Quels sont les symptômes du sumaya ?

Votre enfant a-t-il fait une crise de sumaya ?

Attitudes

En cas de fièvre palustre de votre enfant que faites-vous ?

Quels sont les médicaments que vous utilisez dans le traitement du paludisme dans votre ménage ?

Si vous avez un enfant atteint du sumaya que faites-vous ?

Où trouvez-vous les antipaludiques pour traiter votre enfant ?

Recevez-vous des antipaludiques de la part du Cscm?

Utilisez-vous décoctions dans le traitement du sumaya ?

Les médicaments que vous achetez contre le sumaya sont-ils chers ?

Qu'est ce que vous faites pour protéger votre enfant contre le sumaya ?

Utilisez-vous la moustiquaire imprégnée d'insecticide ?

Où trouvez-vous la moustiquaire imprégnée d'insecticide ?

Pratiques

Votre enfant a-t-il fait une crise de sumaya les trois mois derniers ?

Quel traitement vous lui avez donné ?

Votre enfant a-t-il fait une crise de sumaya le mois passé ?

Quel traitement vous lui avez donné ?

Votre enfant a-t-il fait une crise de sumaya durant les 15 derniers jours?

Quel traitement vous lui avez donné ?

Consultez-vous les guérisseurs traditionnels dans le cadre du traitement du paludisme ?

Quels autres moyens de prévention utilisez-vous contre le sumaya dans votre ménage ?

Avez-vous autre chose à ajouter

Je vous remercie de votre participation

Fin de l'interview

Guide d'entretien-Chef de Ménage

Introduction

Bonjour, je m'appelle Samba DIARRA, étudiant à l'UCAD de Dakar, je travaille dans le cadre de mes recherches de terrain pour la réalisation de mon master II en sociologie de la santé sur le thème : La lutte contre les maladies infectieuses au Mali : l'exemple du paludisme dans le district sanitaire de Selingué, cas des villages de Baya-Siekorole, Farabacoro.

Caractéristiques socio-demographique

Village.....

Nom..... Prénom..... Age..... Sexe....., Ethnie..... Religion.....

Niveau d'instruction..... Profession.....

THEMES

A quelle période de l'année êtes-vous le plus piqué par les moustiques ?

Quelles sont les causes des moustiques ?

Quelles sont les maladies les plus fréquentes dans votre localité ?

Selon vous quelles sont les causes du paludisme (sumaya)

Quelles (s) autres (s) appellations avez-vous du paludisme

Sondez : signification ? Expliquez ? Manifestation ?

Combien de genre de paludisme connaissez-vous dans votre localité ?

Quels sont les signes ou symptômes du paludisme simple ?

Quels sont les signes ou symptômes du paludisme grave ?

Comment attrape-t-on le sumaya ?

Sondez : Moustiques ? Consommation d'aliments huileux, des fruits, des œufs ? Changement de saison ? Forces surnaturelles ?

Que faites vous pour protéger vos enfants contre le paludisme ?

Quelles autres méthodes vous faites pour protéger votre enfant contre le paludisme ?

Est ce que tous les enfants de votre famille dorment sous la MII ?

Que faites vous si votre femme enceinte fait une crise de paludisme ?

A qui revient la prise de décision de fréquentation du centre de santé ?

Qu'est ce que vous recommandez qu'on fasse dans votre communauté dans le cadre de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5ans ?

Utilisez-vous des plantes médicinales dans le traitement du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans votre ménage ?

Sondez : les raisons ?

Quel rôle joue le père de famille dans la prise en charge du paludisme ?

Votre femme enceinte va-t-elle régulièrement en CPN ?

Pour quelles raisons envoyez-vous vos femmes enceintes à la CPN

Quelle est la plus importante barrière à la recherche de soins médicaux ?

Sondez : à quelle occasion ? Distributions des médicaments ou de MII ?

Je vous remercie

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Guide d'entretien- Tradithérapeute

Introduction

Bonjour, je m'appelle Samba DIARRA, étudiant à l'UCAD de Dakar, je travaille dans le cadre de mes recherches de terrain pour la réalisation de mon master II en sociologie de la santé sur le thème : La lutte contre les maladies infectieuses au Mali : l'exemple du paludisme dans le district sanitaire de Selingué, cas des villages de Baya-Siekorole, Farabacoro.

Caractéristiques sociodémographique

Village..... date

Nom..... Prénom..... Age..... Sexe....., Ethnie.....

Niveau d'instruction..... Profession.....

Depuis quand vous êtes tradithérapeute ?

Sondez : héritage ? Appris? Initié ? Don ?

Selon vous qu'est ce qu'un tradithérapeute ?

Sondez : définition ? Rôle dans la communauté

Quelles sont les maladies que vous traitez ?

Selon vous quelles sont les causes du sumaya?

Combien de genre de sumaya connaissez-vous ?

Quels sont les signes du sumaya simple ?

Comment vous le traitez ?

Quels sont les signes du sumaya grave ?

Comment vous le traitez ?

Quelles autres appellations avez-vous du sumaya ?

Y a-t-il une différence entre le traitement traditionnel et le traitement moderne ?

Traitez-vous le sumaya chez les enfants de moins de cinq ans ?

Traitez-vous le sumaya chez les femmes enceintes?

Avez-vous autre chose à ajouter sur tout ce que nous venons de dire ?

Je vous remercie

Guide d'entretien - Personnel Sanitaire

Introduction

Bonjour, je m'appelle Samba DIARRA, étudiant à l'UCAD de Dakar, je travaille dans le cadre de mes recherches de terrain pour la réalisation de mon master II en sociologie de la santé sur le thème : La lutte contre les maladies infectieuses au Mali : l'exemple du paludisme dans le district sanitaire de Selingué, cas des villages de Baya-Siekorole, Farabacoro.

THEMES

- 1-Pouvez vous me parlez des différentes politiques de prise en charge du paludisme dans votre centre de santé ?
- 2-Les enfants reçoivent-ils le TPI dans votre centre de santé ?
- 3-Les femmes enceintes reçoivent-elles la SP et la moustiquaire imprégnée d'insecticide lors des CPN ?
- 4-Quels sont vos sources d'approvisionnement en kits antipaludiques
- 5- qu'est ce que vous faites dans la prise en charge du paludisme simple
- 6- qu'est ce que vous faites dans la prise en charge du paludisme grave
- 7- la moustiquaire imprégnée d'insecticide est elle disponible gratuitement pour les femmes enceintes qui viennent en CPN

Je vous remercie

Fin de l'interview

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Focus group avec les mères d'enfants de 0 à 5ans

ID DFG [] [] [] Initiales du modérateur [] [] [] Initiales du preneur de note [] [] []

Type de sous groupe / _____ / Lieu du débat :

Nom du village.....

Date [] [] / [] [] / [] []

Heure du début [] [] []

Heure de fin [] [] []

Introduction

Bonjour, je m'appelle Samba DIARRA, étudiant à l'UCAD de Dakar, je travaille dans le cadre de mes recherches de terrain pour la réalisation de mon master II en sociologie de la santé sur le thème : La lutte contre les maladies infectieuses au Mali : l'exemple du paludisme dans le district sanitaire de Selingué, cas des villages de Baya-Siekorole, Farabacoro.

THEMES DE DISCUSSION

Les maladies fréquentes dans votre localité

Les symptômes du paludisme simple chez un enfant de moins de 5ans

Les moyens de traitement du paludisme chez les enfants de moins de 5ans

Les pratiques familiales pour protéger les enfants contre le paludisme

Je vous remercie de votre participation.

TITRE : Perception et prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5ans dans le district sanitaire de Selingué, cas du village de Baya-Siekorolé.

RESUME

Problématique

Au Mali, le paludisme est l'une des causes principales de la morbidité et de la mortalité, soit 38% de toutes les consultations et 41% des consultations chez les enfants de moins de cinq ans. Selon le système d'information sanitaire du district sanitaire de Selingué, le paludisme représente le problème majeur de santé chez les enfants de moins de cinq ans. Très peu d'études ont été effectuées sur la perception des populations et la prise en charge de cette maladie au niveau des ménages.

Méthodologie

Il s'agit d'étude qualitative sur les perceptions et les pratiques communautaires dans la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans dans le village de Baya-Siekorolé, région de Sikasso (3eme région administrative du Mali) située à 360 km au sud de la capitale Bamako. Les langues d'interviews ont été le Bamanankan et le Français. Les textes ont été codifiés à partir du logiciel d'analyse qualitative Atlas-ti version 5.2. Les entretiens ont été saisis sous le logiciel Microsoft Word.

Résultats Obtenus

Le recours aux soins est fortement en lien avec les perceptions et les représentations de la fièvre chez l'enfant, de tel sorte que le paludisme est souvent considéré comme une maladie héréditaire. Le barrage hydroélectrique, avec son corollaire d'activités agricoles comme la riziculture, reste un facteur favorisant le paludisme dans la zone.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

SUMMARY

Problem

In Mali, the malaria is one of the main causes of the morbidity and the mortality that is 38 % of all the consultations and 41 % of the consultations at the children of less than five years. According to the sanitary information system of the sanitary district of Selingué, the malaria represents the major problem of health for the children of less than five years. Very few studies carried out on the perception of the populations and the care of this disease at the level of the house works.

Methodology

It is about qualitative study on the perceptions and the community practices in the care of the malaria at the children from 0 to 5 years old in the village of Baya-Siekorolé, area of Sikasso (third administrative area of Mali) located in 360 km in the South of the capital Bamako. The languages of interviews were Bamanankan and French. Texts were codified from the software of qualitative analysis Atlas-ti version 5.2. The conversations were seized under the software Microsoft Word.

Results

The recourse to the care is strongly in connection with the perceptions and the representations of the fever at the child, of such brings out that the malaria is often considered as a hereditary illness. The dam, with its corollary of agricultural activities, as the rice growing remains a factor favoring the malaria in the zone stays.