



## **ETUDE DES DÉTERMINANTS DU RECOURS TARDIF AUX SOINS DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS ET DES FEMMES ENCEINTES DANS LE CADRE DE LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DU PALUDISME EN ZONE D'INTERVENTION DU PGIRE EN 2019 AU MALI**

### **RAPPORT FINAL**

#### **Institution de recherche :**

Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM), Bamako

#### **Investigateur principal :**

Dr SIDIBE Yacouba, MD, vaccinologue/Manager, M.Sc, Candidat PHD, Département Appui aux Programmes / CNAM-CVD-Mali, MSHP.

**Contacts:** Mobile : (+223) 76 06 36 32 / 65 84 90 19 Bureau : (+223) 20 22 51 31

E-mail: [ysidibe010163@gmail.com](mailto:ysidibe010163@gmail.com) / [y\\_sidibe2000@yahoo.fr](mailto:y_sidibe2000@yahoo.fr)

**Co-Investigateur:** Dr Ibrahima COULIBALY, PharmD, CNAM

#### **Personnes ressources :**

Dr Madina KONATE, point focal PGIRE, PNLP

Pr Samba DIOP, MRTC, DER de Santé

Dr Fanta NIARE DEMBELE Directrice CNAM

Dr Idrissa CISSE, Directeur PNLP

Dr Tiéman COULIBALY, Sociologue, Chargé de Recherche

M. Drissa DIARRA, DGA CNAM

M. Daouda DIARRA, Agent Comptable

**Institutions associées :** Ministère de la santé (PNLP), USTTB-FMOS-DERSP-UER, MRTC, Cellule OMVS-Mali

**Principal sponsor et Bailleur de fonds:** Organisation pour la Mise en Valeur du fleuve Sénégal (OMVS), volet santé PGIRE II

## **REMERCIEMENTS**

Ce travail est le fruit d'une collaboration entre plusieurs acteurs et institutions. Nous adressons nos vifs remerciements à toutes celles et ceux qui ont contribué à sa réalisation. Il s'agit :

- ⊕ de l'équipe de l'Organisation pour la Mise en Valeur du fleuve Sénégal (OMVS) et la Banque Mondiale ;
- ⊕ des équipes de recherches du Pr. Samba DIOP de la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie (FMOS) de Bamako ;
- ⊕ du Comité d'Ethique de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie de Bamako (FMPOS) ;
- ⊕ de la Direction du Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM) et tout son personnel ;
- ⊕ des Directions Régionales de la Santé (DRS) des régions impliquées dans cette étude (Kayes et Koulikoro) ;
- ⊕ des Préfets, Médecins Chefs de Districts sanitaires de : Nioro du Sahel, Bafoulabé, Kangaba et Kolokani ;
- ⊕ des Chefs de villages et des DTC des aires de santé enrôlés dans cette étude ;
- ⊕ les participants hommes et femmes de la présente étude.

Cette liste ne saurait être exhaustive, que toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à la réussite de la présente étude trouvent ici, l'expression de notre profonde gratitude.

## **RESUME EXECUTIF**

L'objectif général de ce travail était d'étudier les déterminants du recours tardif aux soins des enfants de moins de 5 ans et des Femmes enceintes dans le cadre de la prévention et de la prise en charge du paludisme en zone d'intervention du PGIRE en 2019 au Mali. Il s'agit d'une étude qualitative dont la collecte des données s'est déroulée du 02 au 17 septembre 2019 dans les quatre districts sanitaires sélectionnés au hasard dans les régions de Kayes et de Koulikoro, situées, en zone d'intervention du PGIRE au Mali. Les quatre districts sanitaires concernés étaient : Nioro du Sahel et Bafoulabé dans la région de Kayes, Kangaba et Kolokani dans la région de Koulikoro. Dans chacun des districts sanitaires ci-dessus cités, deux aires de santé ont été sélectionnées au hasard. Dans chaque aire de santé, deux villages ont été également sélectionnés au hasard. Les cibles de l'étude étaient : les femmes âgées de 15 à 50 ans stratifiées en 3 tranches d'âges (15-24 ans, 25-34 ans et 35-50 ans), les hommes âgés de 30 à 50 ans, les Directeurs techniques de centre de santé communautaires, les relais communautaires et les présidentes des associations féminines des villages ou aires de santé concernées (dans certaines aires de santé, il n'y a qu'une seule association féminine, donc une seule présidente).

Afin de collecter des données, plusieurs guides d'entretien ont été adressés à différentes catégories de répondants. Ces guides comportaient des questionnaires pour Focus groupes pour les femmes âgées de 15 à 50 ans et les hommes âgés de 30 à 50 ans, des guides d'entretien approfondis ou semi structurés pour les DTC, les relais communautaires et les présidentes des associations féminines. A l'issue de l'étude, plusieurs constats ont été faits :

- Dans chacune des aires de santé enrôlées dans l'étude, la disponibilité d'un CSCOM et du personnel adéquat, la disponibilité des médicaments et intrants gratuits, pour la prévention et la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et des Femmes enceintes, la réalisation des soins de santé en stratégies fixes et avancées, la réalisation régulière des campagnes de Chimio Prévention Saisonnière (CPS) et de distribution gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticide, la réalisation de la Consultation Prénatale et des séances de causeries éducatives autour du paludisme, l'existence d'un ou de plusieurs relais communautaires dans chaque village.
- Toutefois, malgré la disponibilité des services, de nombreuses barrières subsistent contrignant les populations à observer un recours tardif aux soins des enfants de moins de 5 ans et des Femmes enceintes dans le cadre de la prévention et de la prise en charge du paludisme. Certaines sont liées à la période de culture, d'autres aux effets secondaires de certains médicaments, au comportement du personnel de santé, qui est jugé souvent indisponible et incompétent, aux barrières financières et géographiques, à l'itinéraire thérapeutique habituel des populations et à des croyances diverses et variées.
- De plus, le déficit de formation des agents de santé en communication interpersonnelle, les ruptures de stocks de moustiquaires et de médicaments constituent une barrière favorisant le recours tardif auxdits soins. Par endroit, le personnel n'observe pas la gratuité des médicaments et intrants reconnus comme telle, et prescrirait des ordonnances très onéreuses, amenant souvent les parents à consulter soit des privés, soit aller dans une structure plus éloignées. On note que les conditions de prestation sont souvent dénoncées par les populations.
- Certains hommes affirment que leurs femmes n'aiment déclarer leur grossesse et donc ne commencent la CPN que très tardivement (vers le 7<sup>ème</sup> mois souvent seulement à l'accouchement), à cause de la honte que pose la grossesse selon leur conception.

- De façon synthétique, les obstacles géographiques (l'état impraticable des routes durant l'hivernage, la distance, l'absence de moyens de transport) concernent exceptionnellement des villages reculés et qui sont éloignés des chefs-lieux de commune où se trouve le CSCOM. Les obstacles financiers ont été signalés également par endroit. Pour certaines femmes sans argent, elles ne peuvent pas se rendre au CSCOM, car à chaque passage il faut payer de l'argent pas de gratuité pour la CPN, les ordonnances coutent chères. Pour aller au CSCOM il faut payer les transports, les maris sont pauvres, elles-mêmes n'ont pas d'activités génératrices de revenu. Certains hommes pensent que ce sont les femmes qui doivent s'occuper de leur santé et de celles des enfants.

Selon les enquêtés de façon synthétique, on pourrait diminuer, voir éradiquer le recours tardif aux soins par : la mise à disposition d'agents compétents et honnêtes, le renforcement de la communication pour le changement de comportement, la construction d'école pour le rehaussement du niveau éducationnel, le changement de comportement des agents de santé vis-à-vis des patients, la minimalisation des ruptures de stocks de médicaments et de moustiquaires imprégnées. La construction de centre de santé dans chaque village, le bitumage des routes, la disponibilité de moyens de transport vers le centre de santé, la lutte contre la pauvreté (par l'appui au financement d'activités génératrices de revenus entre autres),

En somme, il ressort de l'étude que les barrières sont davantage financiers, géographiques, socioculturelles et dans certains cas la méconnaissance. Ensuite, les participants à l'étude mettent en avant les comportements du personnel de santé notamment le mauvais accueil, les coûts élevés des prestations et des ordonnances. Ils ont enfin mis l'accent sur l'accessibilité financière et géographique des services.

## SUMMARY

The main objective of this work was to study the determinants of the late use of care for children under 5 and pregnant women in the prevention and management of malaria in the area of intervention of the PGIRE in 2019 in Mali. From a qualitative study, the survey was conducted from 02 to 17 September 2019 in the four health districts randomly selected in the regions of Kayes and Koulikoro located in the area of intervention of PGIRE. The four health districts concerned were: Sahel Nioro and Bafoulabé in Kayes region, Kangaba and Kolokani area in Koulikoro. In each of the health districts mentioned above, two health areas were randomly selected, in each of which two villages were also randomly selected. The study targets were: women aged 15-50 stratified into 3 age groups (15-24, 25-34 and 35-50), men aged 30-50, Technical directors of community health centers, community relays and presidents of women's associations of the health areas concerned.

In order to collect data, several interview guides were sent to different categories of respondents. These guides included questionnaires for Focus groups for women aged 15 to 50 and men aged 30 to 50, semi-structured interview guides for DTCs, community relays and women association presidents. At the end of the study, several observations were made:

- In each of the health areas enrolled in the study, the availability of a CSCOM and appropriate staff, the availability of drugs and inputs for free prevention and free management of malaria in children under 5 years of age and Pregnant women, the implementation of fixed strategies, advanced strategies for the provision of health services, the regular carrying out of chemo campaigns Seasonal Prevention and free distribution of insecticide-treated mosquito nets, the realization of the antenatal consultation and the sessions of talks the existence of several community relays in each village.
- However, despite the availability of services, there are still many barriers that force people to delay seeking care for children under 5 and pregnant women for the prevention and management of malaria. Some are related to the prevalence of culture, others to the side effects and behavior of health staff, which is often considered unavailable and incompetent.
- In addition, the lack of training of health workers in interpersonal communication, the lack of stockpiles of mosquito nets and drugs is a barrier to the late use of such care. In some places, the staff did not observe the gratuity and would prescribe very expensive prescriptions, often leading the parents to consult either private or to go to a more distant structure. It is noted that the conditions of service are often denounced by the populations.
- Some men claim that their wives do not like to declare their pregnancy and therefore start NPC only very late (around the 7th month often only at delivery), because of the shame of pregnancy according to their conception.
- In summary, the geographical obstacles (the impracticable state of the roads during wintering, the distance, and the absence of means of transport) concern exceptionally remote villages and which are far from the chief towns of commune where the CSCOM is located. Financial barriers were also reported by location. For some women without money, they cannot go to the CSCOM because each passage must pay money for free NPC, prescriptions are expensive. To go to the CSCOM you have to pay for the transport, the husbands are poor, they themselves have no income producing activities. Some men think that it is women who must take care of their health and that of children.

According to the respondents in summary, we could decrease the late resort to care by: provision of competent and honest staff, strengthening of communication for behavioral change, school building for

raising the level of education, the behavioral change of health workers vis-à-vis patients, the minimization of stock-outs of medicines and impregnated mosquito nets, the construction of health center in each village, the foraging of roads, the availability of means of transport to the health center, the fight against poverty (through support for income-generating activities, among others).

## SIGLES, ABBREVIATIONS ET ACRONYMES

<b>CCC :</b>	Communication pour le Changement de Comportement,
<b>CEDEAO :</b>	Communauté Economique Des Etats d'Afrique de l'Ouest,
<b>CNAM :</b>	Centre national d'Appui à la lutte contre la maladie,
<b>CPS/MS :</b>	Cellule de Planification et de Statistiques du Ministère de la Santé,
<b>CREDOS :</b>	Centre de Recherche et de Documentation pour la Survie de l'Enfant,
<b>CSCOM :</b>	Centre de Santé Communautaire,
<b>CSCRP :</b>	Cadre Stratégique de Croissance et de Réduction de la Pauvreté,
<b>CSRef :</b>	Centre de Santé de Référence,
<b>CTA :</b>	Combinaison Thérapeutique à base d'Arthémisinine,
<b>CVD :</b>	Centre de Développement du Vaccin,
<b>DERSP :</b>	Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique,
<b>DRC :</b>	Dépôt Répartiteur du Cercle,
<b>EAP :</b>	Enquête d'Anémie et de Parasitémie,
<b>EDS :</b>	Enquête Démographique et de Santé,
<b>EDSM :</b>	Enquête Démographique et de Santé Mali,
<b>EIA :</b>	Entretien Individuel Approfondi
<b>FENASCOM:</b>	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire,
<b>FMOS :</b>	Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie,
<b>GEF :</b>	Global Environment Facility
<b>HUICOMA :</b>	Huilerie Cotonnière du Mali,
<b>IEC :</b>	Information, Education, Communication,
<b>IST :</b>	Infection Sexuellement Transmissible,
<b>KKRO :</b>	Koulikoro,
<b>LNS :</b>	Laboratoire Nationale de la Santé,
<b>LQAS :</b>	Lot Quality Assurance Sampling (méthode statistique d'échantillonnage par lots),
<b>MD :</b>	Doctorat en Médecine,
<b>ME :</b>	Médicament Essentiel,
<b>MII :</b>	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide,
<b>MILD :</b>	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée,
<b>MILDA :</b>	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action,
<b>MIS :</b>	Enquête Finale sur les Indicateurs du Paludisme,
<b>MSHP :</b>	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique,
<b>OMD :</b>	Objectifs du Millénaire pour le Développement,
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé,
<b>OMVS :</b>	Organisation pour la Mise en Valeur du fleuve Sénégal,
<b>ONG :</b>	Organisation Non Gouvernementale,
<b>PADDY :</b>	Projet de Développement Durable du Cercle de Yélimané,
<b>PASAOP :</b>	Programme d'Appui aux Services Agricoles et Organisations Paysannes,
<b>PASEI :</b>	Programme d'Atténuation et de Suivi des Impacts sur l'Environnement,
<b>PDDSS :</b>	Plan Décennal de Développement Sanitaire,
<b>PDIAM :</b>	Projet de Développement Rural Intégré en Aval de Manantali
<b>PDRIK :</b>	Projet de Développement Rural Intégré de Kita,
<b>PGIRE :</b>	Programme de Gestion Intégrée des Ressources en Eau,
<b>PNLP:</b>	Programme National de Lutte contre le Paludisme,
<b>PPM :</b>	Pharmacie Populaire du Mali,
<b>PRODESS:</b>	Programme de Développement Sanitaire et Social,
<b>PTF :</b>	Partenaires Techniques et Financiers,
<b>RGPH:</b>	Recensement Général de la Population et de l'Habitat,
<b>SDAME :</b>	Schéma Directeur d'Approvisionnement en Médicament Essentiels,
<b>SEMO-SA :</b>	Société d'Exploitation des Mines d'Or de Sadiola-Société Anonyme

<b>SIDA :</b>	Syndrome d'Immuno- Déficience Acquise,
<b>SMIR :</b>	Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte,
<b>SP:</b>	Sulfadoxine Pyriméthamine,
<b>SSP :</b>	Soins de Santé Primaire,
<b>TDR :</b>	Test de diagnostic rapide,
<b>TPI:</b>	Traitemen Présomptif Intermittent,
<b>UEMOA:</b>	Union Economique Monétaire Ouest Africaine
<b>UER :</b>	Unité d'Enseignement et de Recherche,
<b>USTTB :</b>	Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako
<b>VIH:</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	i
SUMMARY.....	iv
I. INTRODUCTION.....	1
II. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	1
III. HYPOTHESE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	4
3.1 Hypothèse .....	4
3.2 Objectifs.....	4
3.2.1 Objectif Général .....	4
3.2.2 Objectifs Spécifiques .....	4
IV. MATERIEL ET METHODES.....	5
4.1. Présentation des zones de l'étude .....	5
4.1.1 Région de Kayes : .....	5
4.1.2 Région de Koulikoro : .....	6
4.1.3 Sites de l'étude .....	8
4.2 Méthodes.....	8
4.2.1 Type et période De l'étude :.....	9
4.2.2 Population de l'étude :.....	9
4.2.3 Critères d'inclusion : .....	9
4.2.4 Critère de non inclusion.....	9
4.2.5 Echantillonnage .....	9
V. RESULTATS .....	15
5.1. Niveaux de connaissance des communautés sur le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans .....	15
5.2 Possibilité de prévenir le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et niveaux des connaissances des communautés sur les méthodes préventives du paludisme concernant ces cibles. ....	20
5.2.1 Possibilité de prévenir le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans .....	20
5.2.2 Niveaux de connaissance des participants sur les méthodes préventives du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans .....	20
5.2.3. Niveau de connaissance sur les méthodes préventives du paludisme chez les femmes enceintes .....	25
5.3 Niveau de connaissance des participants sur la période précise de la grossesse pendant laquelle la femme enceinte doit prendre la sulfadoxine pyriméthamine (SP) pour prévenir le paludisme .....	31
5.4. Reconnaissance par les participants de la pratique de la CCC sur la prévention et/ou la prise en charge du paludisme au centre de santé ou pendant les activités de campagne comme les Journées Nationales de Vaccination (JNV) ou toute autre campagne de masse .....	34

<b>5.5. Itinéraires thérapeutiques et reconnaissance du recours tardif aux soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes atteints de paludisme dans les centres de santé .....</b>	<b>39</b>
<b>5.6 Les déterminants du recours tardif aux soins des enfants de moins cinq ans et des femmes enceintes atteints de paludisme dans les centres de santé .....</b>	<b>41</b>
<b>5.6.1    Déterminants liés aux difficultés financières.....</b>	<b>41</b>
<b>5.6.2    Déterminants socioculturels .....</b>	<b>42</b>
<b>5.6.3    Déterminants liés aux barrières géographiques .....</b>	<b>46</b>
<b>5.6.4    Déterminants liés aux insuffisances dans le fonctionnement du centre de santé .....</b>	<b>46</b>
<b>5.6.5    Déterminants liés à l'inconfort et/ou aux effets secondaires des médicaments recommandés aux cibles dans le cadre de la prévention du paludisme.....</b>	<b>47</b>
<b>5.6.6    Déterminants individuels liés à la nature de la personne.....</b>	<b>48</b>
<b>VI.    DISCUSSION.....</b>	<b>51</b>
<b>VII.    CONCLUSION.....</b>	<b>55</b>
<b>VIII.    RECOMMANDATIONS : .....</b>	<b>56</b>
<b>X.    ANNEXES.....</b>	<b>60</b>

## **I. INTRODUCTION**

Malgré les efforts conjoints et les progrès de notre pays et de l'Organisation pour la Mise en Valeur du fleuve Sénégal (OMVS), dans son volet relatif au Programme de Gestion Intégrée des Ressources en Eau (PGIRE, 2015) (1), composante santé, le recours tardif aux soins des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et la non prise des doses adéquates de Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) dans le cadre de la prévention et la prise en charge du paludisme dans la zone d'intervention du PGIRE au Mali a été mis en évidence lors des enquêtes LQAS/MISS du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) (MSAS.PNLP. Enquête LQAS, 2010) (2,3) et (MSAS, Enquête MISS, 2012)(4). Cette tendance ne semble pas s'inverser encore de nos jours.

En vue d'identifier les déterminants du recours tardif aux soins des enfants âgés de moins de 5 ans et des femmes enceintes dans le bassin du fleuve Sénégal au Mali en 2019, l'OMVS et le Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM) ont signé le protocole d'accord N°004/2019/PGIRE/OMVS-IDA-C qui nous a été notifié le 21 mai 2019 par le Haut-Commissaire de ladite institution. Bien que le PGIRE n'intervienne pas dans la prise en charge du paludisme, la communication pour le changement de comportement (CCC) incite les cibles à recourir précocement aux soins curatifs.

Pour réaliser cette étude, un protocole de recherche a été élaboré par le CNAM, approuvé et financé par l'OMVS. Ce protocole a été soumis au Comité d'Ethique de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie (FMPOS) qui l'a validé.

L'objectif général de ce travail est d'étudier les déterminants du recours tardif aux soins des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes dans le cadre de la prévention et de la prise en charge du paludisme en zone d'intervention du PGIRE au Mali en 2019.

Le présent rapport nous livre les résultats de l'étude.

## **II. CONTEXTE ET JUSTIFICATION**

En 2004, dans les pays de l'OMVS, le taux d'incidence du paludisme était estimé à 0,48 en Guinée, 0,46 au Mali, 0,39 au Sénégal et 0,28 en Mauritanie (le taux d'incidence moyen pour l'Afrique sub-saharienne était de 0,33 pour 1 000 habitants) (MISS, 2012)(4). Avec l'avènement des ouvrages hydroagricoles, des conditions favorisant le développement de moustiques en l'occurrence l'anophèle (femelle) vecteur du paludisme, de façon holoendémique (durant toute l'année) ont été réunies à cause notamment de l'eau stagnante, mais également de la présence de végétaux aquatiques envahissants et des périmètres de cultures irriguées (EXPERIENCE DE L'OMVS : Un cas d'école pour la mise en œuvre du NEPAD) (OMVS, 2015)(5).

Une étude publiée récemment a clairement démontré l'influence des changements écologiques résultant de la construction des barrages sur la population des moustiques vecteurs du paludisme et sur la transmission de cette maladie avec un risque d'évolution accrue sous un mode épidémique. On assiste à présent, outre la période hivernale, à une forte hausse du nombre de personnes souffrant de paludisme dans la vallée entre les mois de décembre et mai, c'est-à-dire au moment des cultures de décrue ou d'irrigation (EXPERIENCE DE L'OMVS : Un cas d'école pour la mise en œuvre du NEPAD)(5).

Malgré les programmes de lutte en place et la sensibilisation à l'utilisation de moustiquaires imprégnées, le paludisme persiste dans les pays du bassin du Fleuve Sénégal et reste un des principaux problèmes de santé publique (1<sup>er</sup> problème de santé publique en Guinée, 1<sup>ère</sup> cause de morbidité dans les formations sanitaires

maliennes, 1<sup>ère</sup> cause de morbidité et de mortalité dans les structures sanitaires mauritanienes en 2007, 1<sup>ère</sup> cause de morbidité et de mortalité au Sénégal en 2004) (PNLP : Enquête MISS, 2012) (4).

Il est connu que l'un des facteurs aggravant la mortalité liée au paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes est le recours tardif aux soins qui est le principal facteur favorisant l'évolution du paludisme simple vers les formes graves et compliquées (Brigitte, 2013)(6).

Au Mali, selon l'annuaire statistique 2018 (Annuaire statistique Mali, 2018)(7,8), le paludisme constituait 32% des motifs de consultation et 22% de l'ensemble des décès. Il a été enregistré dans les formations sanitaires, 3 390 664 de cas cliniques de paludisme dont 2 439 954 cas simples confirmés et 793 117 cas graves dont 1178 décès.

Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont les couches les plus affectées par cette maladie. Ainsi, les taux d'incidence au plan national sont de 145 pour mille pour les enfants de 0 à 11 mois, 158,3 pour les 1 à 4 ans et 59,1 pour les 15 à 44 ans dont très probablement une proportion élevée de femmes enceintes.

Pour le paludisme simple, les taux d'incidence chez les enfants de 0-11 mois sont respectivement de l'ordre de 157,1 pour mille à Koulikoro contre 65,8 pour mille à Kayes. Pour la tranche d'âge de 1-4 ans, ils sont respectivement de 167,8 pour mille à Koulikoro contre 85,0 pour mille à Kayes.

Pour la tranche d'âge de 15 – 44 ans où les femmes enceintes sont très représentées, les taux d'incidence atteignent respectivement 70,2 pour mille à Koulikoro contre 46,5 pour mille à Kayes.

Pour le paludisme grave, les taux d'incidence sont de 75 pour mille pour les enfants de 0-11 mois à Koulikoro, 23,7 pour mille à Kayes.

Pour la tranche d'âge de 1 – 4 ans, les taux d'incidence sont de 87,4 pour mille à Koulikoro contre 35,5 à Kayes.

Quant à la tranche d'âge de 15-44 ans, ils sont respectivement de l'ordre de 42,7 pour mille à Koulikoro contre 24,4 à Kayes.

Ces différentes informations sont résumées dans le tableau ci-dessous :

**Tableau I.** Evolution comparative du taux d'incidence pour mille du paludisme simple et grave dans les zones d'intervention du PGIRE au Mali entre 2013 et 2018 (8,9)

Taux d'incidence par Type de paludisme	Tranches d'âge	Kayes		Koulikoro		Mali	
		2013	2018	2013	2018	2013	2018
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Grave	0-11mois	4141 (44,89)	25525 (23,7)	10993 (98,08)	9716 (75)	50663 (75,36)	40825 (52)
	1 -4ans	16015 (49,47)	14196 (35,5)	44074 (112,03)	42419 (87,4)	292645 (81,64)	202742 (69)
Simple	0-11mois	17659 (191,45)	7010 (65,8)	31555 (281,54)	20341 (157,1)	157 951 (234,95)	113664 (145)
	1 -4ans	52169 (161,13)	31713 (85)	91207 (231,84)	76021 (167,8)	473559 (200,69)	434337 (158,3)

- **n** : nombre de cas de paludisme pour 1 an ; **Sources** : Annuaires statistiques du système d'information sanitaire local du Mali en 2013 et 2018

Quant à la possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA), elle est respectivement de l'ordre de 76,6% pour les enfants de moins d'un an et de 79,3% pour les femmes enceintes à la 1<sup>ère</sup> CPN. Ce taux est de 90,7% à Koulikoro (le plus élevé au Mali) et 83,8% à Kayes (Annuaire statistique 2018) (8).

Les pertes économiques liées à la pandémie du paludisme sont énormes. Elles représenteraient 40% des dépenses de santé publique et l'on estime à plus de 12 milliards de dollars la perte annuelle de PIB due au paludisme en Afrique(10).

Plusieurs études abordent la question du délai de recours aux soins de l'enfant de moins de 5 ans atteint de fièvre. Ce délai qui ne devrait pas dépasser 24 heures selon les normes de l'OMS est quasiment nul dans les pays développés, mais peut atteindre plusieurs jours voir plusieurs semaines dans les pays en développement (11–16).

Au regard des résultats mitigés et devant le fardeau du paludisme au niveau des états membres, l'OMVS a décidé d'appuyer ces derniers dans la lutte contre ce fléau. Cet engagement devenait d'autant plus nécessaire quand on tient compte des limites de développement de nos Etats d'une part, mais aussi de la prolifération des vecteurs responsables du paludisme liée à la modification de l'écosystème en rapport avec la création d'ouvrages hydro-agricoles comme celles réalisées par l'OMVS d'autre part. Ainsi dans le cadre de ses interventions aux côtés des Etats membres en matière de santé, l'OMVS a initié plusieurs projets qui prennent en compte la lutte contre le paludisme (projets pilotes de santé dans le cadre du Programme d'Atténuation et de Suivi des Impacts sur l'Environnement (PASIE) de 1999 à 2004; projet Global Environment Facility (GEF/BSF) de 2004 à 2008 et le projet de Gestion Intégrée des Ressources en Eau (PGIRE), démarré en 2007, pour 7 ans.

Ces projets initiés et mis en œuvre par l'OMVS intègrent surtout la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide et le volet IEC/CCC.

Le retard de recours aux soins est connu comme l'un des facteurs majeurs pour l'évolution d'accès palustres simples vers les formes graves et mortelles chez les jeunes enfants, contribuant ainsi à l'augmentation du taux spécifique de mortalité. C'est ainsi que Sodimon en 2003 au Burkina Faso avait démontré l'impact du traitement précoce sur l'évolution du paludisme simple vers la forme sévère (Sirima, 1 févr 2003) (17). Malgré ces efforts consentis par l'OMVS et l'Etat malien, nous demeurons loin de l'objectif d'élimination du paludisme. C'est pour toutes ces raisons, que nous nous sommes intéressés à étudier les déterminants du recours tardif aux soins des enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme dans les zones d'intervention du PGIRE dans le bassin du fleuve Sénégal.

Cette étude nous permettra d'identifier les déterminants du recours tardif aux soins, de décrire ses déterminants et de les analyser afin de proposer aux décideurs les meilleures approches nécessaires pour un recours précoce des enfants fébriles aux soins de santé.

### **III. HYPOTHÈSE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE**

#### **3.1 Hypothèse**

Les déterminants liés au système de santé, aux parents ou personnes ayant en charge les enfants de 0 à 5 ans, les déterminants sociodémographiques, socio-économiques et culturels influencent le recours aux soins dans la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes dans les zones d'intervention du PGIRE au Mali.

#### **3.2 Objectifs**

##### **3.2.1 Objectif Général**

L'objectif général de ce travail est d'étudier les déterminants du recours tardif aux soins des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes dans le cadre de la prévention et de la prise en charge du paludisme en zone d'intervention du PGIRE au Mali en 2019.

##### **3.2.2 Objectifs Spécifiques**

- Identifier les déterminants du recours tardif aux soins des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes dans le cadre de la prévention et de la prise en charge du paludisme en zone d'intervention du PGIRE au Mali en 2019
- Recueillir les propositions des utilisateurs et prestataires pour réduire le retard au recours aux soins des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes dans le cadre de la prévention et la prise en charge du paludisme en zone d'intervention du PGIRE au Mali en 2019.

## **IV. MATERIEL ET METHODES**

### **4.1. Présentation des zones de l'étude**

Notre étude s'est déroulée dans les deux régions d'intervention du PGIRE au Mali, à savoir Kayes et Koulikoro. Les caractéristiques géographiques s'apparentent dans ces deux régions.

Le relief est peu élevé et peu accidenté ; ce sont des régions de plaines et des bas plateaux avec une altitude moyenne de 500 mètres. Le régime hydrographique, tributaire de la configuration géographique s'étendant entre les 11° et 25° de latitude nord, est essentiellement constitué par les bassins du haut Sénégal et du Niger. Ces deux fleuves et leurs affluents arrosent les deux régions. Le régime de l'ensemble de ce réseau est tropical avec des périodes de hautes eaux pendant l'hivernage et des périodes de basses eaux en saison sèche (Mali : Région de Kayes : Plan 2007-2011, 2015) (18).

De façon générale, l'agriculture, l'élevage, la pêche, le commerce et l'exploitation de l'or constituent les principales activités économiques à côté desquelles se développe progressivement l'industrie manufacturière.

La contribution des expatriés au secteur économique demeure substantielle, notamment pour les secteurs sociaux comme la santé, l'éducation et les activités génératrices de revenu pour les groupements féminins, les associations villageoises et dans le secteur de l'habitat.

#### **4.1.1 Région de Kayes :**

La région de Kayes est frontalière avec trois pays voisins à savoir le Sénégal à l'Ouest, la Mauritanie au Nord, la Guinée Conakry au Sud et la région de Koulikoro à l'Est.

La région de Kayes est divisée en trois zones climatiques dont les caractéristiques varient d'une zone écologique à l'autre (Mali : Région de Kayes : Plan 2007-2011, 2015)(18).

- ✚ la zone Sahélienne : occupe l'extrême nord de la Région. Limitée au sud par l'isohyète 550mm et au nord par l'isohyète 150mm, elle se caractérise par un climat de type aride avec neuf mois de saison sèche et un écart thermique très élevé entre le mois le plus chaud et le plus froid ;
- ✚ la zone soudanienne : située au centre, elle est limitée au nord par l'isohyète 550mm et au sud par l'isohyète 1150mm. Elle se caractérise par un climat de type semi-aride ayant 4 à 5 mois de saison de pluie,
- ✚ la zone pré guinéenne occupant l'extrême sud de la Région, située entre les isohyètes 1150 mm et 1400 mm, elle se caractérise par un écart thermique moyen entre les mois le plus frais (décembre) et le plus chaud (mars/avril).

Sur le plan hydrographique, le cours d'eau le plus important de la région est le Fleuve Sénégal formé à Bafoulabé par le Bakoye et le Bafing. En plus du fleuve Sénégal et ses affluents, elle compte d'autres cours d'eaux importants tels que la Falémé, le Kolimbiné et des rivières : le Karakoro, le Wadou et le Térékolé. Elle possède un seul lac: Le Magui et de nombreuses mares: Goumbou, Léhé, Garara, Doro, Korkodio, Tinkaré, Madina et Lamé. Elle dispose d'un barrage sur la chute de Férou et d'un autre à MANATALY (Mali : Région de Kayes : Plan 2007-2011, 2015)(18).

Sur le plan démographique, selon Palmarès-pays et territoire du monde.populationData.net (PopulationData.net, 2019) (20), la population de la région s'estime en 2019 à 2 516 742 habitants. **Région de Kayes** (Mali : Région de Kayes : Plan 2007-2011, 2015) (18). Malgré les récentes découvertes des mines d'or et de leur exploitation, l'économie de la région reste encore dominée par le secteur primaire qui emploie 92,1% de la population active avec une prédominance de l'agriculture (plus du tiers de la population), suivie de l'élevage puis de l'exploitation de la forêt et des eaux. Ce secteur rencontre beaucoup d'aléas climatiques.

Il existe aussi des projets porteurs comme :

- l'organisation pour la mise en valeur du fleuve Sénégal (OMVS) et ses différents projets comme le PGIRE,
- le Projet S'Equiper en Reboisant: sur financement BSI qui a déjà équipé entre 1999 et 2005, 772 paysans avec un budget de 283 947 500 F CFA en 449 charrues, 657 charrettes, 146 multiculteurs, 112 semoirs, 1240 bœufs de labour ;
- les activités du Programme d'Appui aux Services Agricoles et Organisations Paysannes (PASAOP) lancées en 2002 se poursuivent.
- le lancement des travaux d'aménagement du Projet de Développement Rural Intégré en Aval de Manantali PDIAM (1562 ha) par le Président de la République en Juin 2005 ;
- le lancement des travaux d'aménagement du Projet de Développement Rural Intégré de Kita PDRIK (1000 ha) par le Président de la République en Juin 2005;
- le lancement des travaux d'aménagement du Projet de Développement Durable du Cercle de Yélimané "PADDY" (3 000 ha) 2006.

Le Tissu Industriel de la région de Kayes se caractérise par sa faiblesse et sa mauvaise répartition. En effet il existe dans la Région :

- ✓ l'Usine Huilerie Cotonnière du Mali (HUICOMA): à Kita a la capacité de production suivante : graines en présérie (150T/jours), trituration arachide 150T/jour, production pelles et tourteaux (60 T/jour) ;
- ✓ l'Usine d'égrainage de coton à Kita avec une capacité installée de 25 000 à 35 000 T /an de coton graine ;
- ✓ les industries alimentaires: elles comprennent les boulangeries au nombre de 4 et toutes à Kayes et les pâtisseries au nombre de 2 toutes implantées aussi à Kayes ;
- ✓ les industries minières se développent également dans la région avec l'exploitation des mines d'or de Sadiola (SEMOSSA) et de Yatéla SA dans le cercle de Kayes et celles de Loulo et Tabakoto dans celui de Kéniéba. L'exploitation artisanale de l'or se poursuit toujours à Kéniéba et Sadiola.

#### **4.1.2 Région de Koulikoro :**

La région de Koulikoro est frontalière avec la Mauritanie au Nord, la région de Kayes à l'Ouest, la Guinée Conakry au Sud-Ouest, la région de Ségou à l'Est et la région de Sikasso au Sud-Est.

Elle s'étend entièrement dans la zone tropicale marquée par l'alternance d'une saison de pluies (mai à Octobre) et d'une saison sèche (novembre à avril). Les températures les plus hautes (40°C) s'observent entre mars et juin et les plus basses entre décembre et février. Un véritable contraste existe entre le Sud humide et luxuriant (Cercle de Kangaba) et le Nord pré désertique avec son sable fin et mauve (Mali : Région de Koulikoro : Plan 2009-2013, 2015) (19).

En effet, la Région couvre du Nord au Sud différentes zones climatiques à savoir :

- La zone sahélienne délimitée par les isohyètes 150 et 550 mm ;
- La zone soudanienne entre les isohyètes 550 et 1 150 mm ;
- La zone pré guinéenne où les pluies sont supérieures à 1150 mm d'eau par an.

La région de Koulikoro s'étend sur quatre zones bioclimatiques : sahélienne sud, soudanienne nord, soudanienne sud et pré guinéenne qui se répartissent les régions naturelles du Hodh (Bas Kaarta et Tyemandali), du plateau Mandingue, du plateau de Koutiala, du Haut Baní Niger et du Delta Central du Niger.

Sur le plan hydrographique, la Région de Koulikoro est arrosée par un (1) fleuve et des cours d'eau :

- ✓ Le Niger avec 4 200 km de long, dont 250 km dans la Région de Koulikoro soit 14 % dessert les cercles de Kangaba, Kati, et Koulikoro.
- ✓ Le Baoulé avec 842 km de long, dont 120 km dans la Région de Koulikoro, en passant par les cercles de Kolokani et de Kati.
- ✓ Le Sankarani un affluent du fleuve Niger qui dans sa vallée se voit construit le barrage de Sélingué avec 500 km de long dont 40 km dans la Région,
- ✓ Le Bagoé, qui traverse la commune de Klé dans le cercle de Dioila sur une longueur de 150 Km et trace la limite naturelle entre la région de Koulikoro et celle de Sikasso.
- ✓ Le Baní, affluent principal du fleuve Niger sert de limite naturelle entre la région de Koulikoro et celle de Ségou, il traverse la commune de Diébé dans le cercle de Dioila sur une distance de 20 Km pour rejoindre Dounan dans le cercle de Bla région de Ségou.
- ✓ Le Banifing long de 70 Km dans la région dessert le cercle de Dioila pour se jeter dans le Baoulé à Zorokoro.

Parmi ces fleuves, seuls ceux du Niger, du Baoulé et du Sankarani constituent des sources d'eau permanentes, les autres n'étant que saisonnières (Mali : Région de Koulikoro : Plan 2009-2013, 2015) (19).

Sur le plan démographique, selon Palmarès-pays et territoire du monde.populationData.net (PopulationData.net, 2019) (20), la population de la région s'estime en 2019 à 3 057 672 habitants. L'économie est essentiellement basée sur le secteur tertiaire qui occupe 80% de la population. On peut noter également la présence de projets comme l'OHVN (Office de la Haute Vallée du Niger), la CMDT (Compagnie Malienne de Développement des Textiles) et certaines ONG.

La production agricole céréalière est essentiellement composée de sorgho, mil, mais et du riz. A côté il existe des légumineuses comme l'arachide, le niébé et le wouandzou. L'arboriculture est très importante au sud.

L'activité industrielle favorisée par la proximité avec la capitale se développe. On peut citer des unités comme l'HUICOMA (Huilerie Cotonnière du Mali, les Grands Moulins du Mali, SAMPACARA-PLASTIQUES PROFILES, BOUROUMASSA, Nouvelle Brasserie Bamakoise (NBB), Usines DIAGO, BRAMALI, Usine de FILATURE (FITINA), Usines d'égrenage à Dioïla, Fana et les unités industrielles de gaz (Mali : Région de Koulikoro : Plan 2009-2013, 2015) (19).

### 4.1.3 Sites de l'étude

Dans chacune des régions de l'étude, 2 districts sanitaires ont été choisis de façon aléatoire. Dans la région de Kayes, les districts sanitaires tirés au sort sont : celui de Nioro du Sahel (avec les aires de santé de Diawely Counda et Gadiaba Kadiel tirés au hasard) et Bafoulabé (avec les aires de santé de Malisadio et Soria tirés au hasard). Dans la région de Koulikoro, les districts sanitaires tirés au sort sont : celui de Kangaba (avec les aires de santé de Karan et de Kourémalé tirées au hasard) et de Kolokani (avec les aires de santé de Guihoyo et Nonsombougou tirées au hasard). Par aire de santé deux villages ont été sélectionnés au hasard.

Les villages sélectionnés par aires de santé sont les suivants :

**Tableau I :** Répartition des districts sanitaires, aires de santé et sites d'enquête par région

Région	District Sanitaire	Aire de Santé	Sites
Kayes	Nioro du Sahel	Diawely Counda	Diawélycounda Syllacounda
		Gadiaba Kadiel	Gadiabakadiel Djédi
		Malisadio	Tintila Soria
		Bamafélé	Bamafilé Dialakoto
	Kangaba	Karan	Karan Landé
		Kourémalé	Kourémalé Nougani
		Guihoyo	Guihoyo Fassa
		Nonsombougou	N'golobougou Ouarala

### 4.2 Méthodes

Eu égard aux objectifs de l'étude, l'approche méthodologique a été exclusivement qualitative. Nous avons retenu d'emblée les deux régions d'intervention du PEGIRE au Mali, à savoir les régions de Kayes et Koulikoro. Dans chaque région, nous avons sélectionné deux districts dans lesquels le recours aux soins de nos cibles avait été reconnu comme un problème de santé publique à travers les évaluations précédentes (Enquêtes LQAS 2010, MISS 2009, 2012)(2,4). Dans chaque district sanitaire, deux aires de santé ont été choisies au hasard. Dans chaque aire, un village situé à moins de 5 km et un autre à plus de 5 km ont été sélectionnés au hasard. Dans chaque village, trois focus groups femmes et un focus group homme ont été constitués et animés. Des entretiens individuels approfondis ont également été réalisés auprès des accoucheuses traditionnelles, les présidentes des associations féminines villageoises et des Directeurs techniques de CSCOM. Avant le démarrage de l'étude, les responsables ont entrepris une série de démarche d'assurance qualité et de respect de la déontologie en matière de recherche.

#### **4.2.1 Type et période De l'étude :**

Pour atteindre les résultats escomptés, nous avons réalisé une étude qualitative.

La durée totale de l'étude est de 120 jours. L'enquête proprement dite (phase de terrain) pour la collecte des données a duré du 02 septembre au 17 septembre 2019 soit 15 jours.

#### **4.2.2 Population de l'étude :**

Notre population d'étude était constituée des femmes âgées de 15 à 50 ans stratifiées par tranche d'âge (15-24 ans, 25-34 ans et 35-50 ans), puis des chefs de famille ou de ménage âgés de 30 à 50 ans, du personnel sanitaire chargé de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, des relais communautaires des villages enrôlés et des présidentes des Associations féminines des aires de santé en tant qu'informatrices clés.

#### **4.2.3 Critères d'inclusion :**

Les critères d'inclusion sont :

- Pour les femmes, être âgés d'au moins 15 ans et au plus 50 ans, avoir au moins un enfant ou avoir eu à s'occuper d'un enfant (raison de relation familiale ou non, les femmes de 15 à 17 ans ayant obtenu leur majorité ou étant émancipées par le mariage) ;
- Pour les hommes, être âgé d'au moins 30 ans et au plus 50 ans, l'âge de 30 ans étant considéré comme l'âge idéal pour assumer des responsabilités au sein du ménage ;
- Etre autochtone ou résident dans le village enquêté depuis une année au moins ;
- Avoir donné son consentement libre et éclairé ;
- Les femmes de moins de 18 ans non mariées pour lesquelles l'assentiment des parents a été requis et obtenu.

#### **4.2.4 Critère de non inclusion**

N'a pas été inclus dans cette étude :

- Tout participant ayant refusé son consentement libre ou éclairé ou dont l'assentiment des parents n'a pu être obtenu ;
- Les femmes ne s'étant occupées d'aucun enfant (propre enfant ou celui d'autrui).

### **4.2.5 Echantillonnage**

#### **4.2.5.1 Méthode d'échantillonnage**

La méthode d'échantillonnage utilisée a été probabiliste par rapport au choix des districts sanitaires, des aires de santé fonctionnelles et des villages/quartiers.

Dans chaque région, deux (2) districts sanitaires ont été choisis à travers un sondage aléatoire simple avec comme base de sondage la liste des districts de chaque région.

Dans chaque district sélectionné, 2 aires de santé ont été choisies au hasard avec comme base de sondage la liste exhaustive des aires de santé par district.

Dans chaque aire de santé, 2 villages ont été choisis également de façon aléatoire sur la base de la liste exhaustive des villages de l'aire.

Le tirage aléatoire des districts, aires de santé et village a été fait de façon manuelle.

Au total, il y avait dans chaque région, 2 districts, 4 aires de santé, 8 villages à couvrir.

**Tableau III : Répartition des enquêtés par région, district sanitaire, par aires de santé et par village.**

Région	District Sanitaire	Aires de santé	Villages/ Quartiers	EIA		Focus groupes		Total
				Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
<b>Kayes</b>	Nioro du Sahel	Diawely Counda	Diawely Counda	1	2	6	15	24
			Sylla Counda	0	1	5	15	21
		Gadiaba Kadiel	Gadiaba Kadiel	2	0	5	15	22
			Dédji	1	1	5	15	22
	Bafoulabé	Mali Sadio	Tintila	2	0	5	17	24
			Soriya	1	2	5	17	25
		Bamafélé	Dialakoto	2	0	6	14	22
			Bamafélé	1	0	6	16	23
<b>Koulikoro</b>	Kangaba	Kourémalé	Kourémalé	2	1	5	15	23
			Nougani	2	1	5	15	23
		Karan	Karan	2	1	5	15	23
			Landé	2	1	5	15	23
	Kolokani	Guihoyo	Guihoyo	2	1	5	15	23
			Fassa	2	1	5	15	23
		Nonsombougou	N'golobougou	2	1	5	15	23
			Ouarala	2	1	5	15	23
<b>Total</b>				<b>26</b>	<b>14</b>	<b>83</b>	<b>244</b>	<b>367</b>

Au Total, 367 participants ont été enrôlés dans l'enquête dont 30 entretiens individuels approfondis (26 Hommes et 14 femmes) et 337 personnes ayant participé à des Focus Group (83 hommes et 244 femmes).

Tous les entretiens individuels et chacun des Focus Groupes ont été enregistrés sur dictaphone, marque Sony.

#### **4.2.5.2 Constitution et gestion des groupes focus**

Dans chaque village, il y a eu 3 focus groups femmes de 5 à 6 personnes au maximum dont un groupe constitué de femmes d'âge compris entre 15 et 24 ans ; un autre de 25 et 34 ans et un dernier groupe de 35 à 50 ans. En outre un focus group hommes, constitué de chefs de ménage ou de famille âgés de 30 à 50 ans a été réalisé.

Pour avoir accès aux cibles, une invitation a été lancée aux femmes et aux chefs de familles/ménages par les chefs des villages en collaboration avec les relais communautaires, en précisant la date et l'heure précise du rendez-vous pour rencontrer les enquêteurs. Les groupes d'entretiens focalisés

femmes et hommes ont été constitués selon un choix raisonné sur la base des critères d'âge et de sexe tels que susmentionnés.

#### **4.2.5.3 Recrutement et formation des enquêteurs et superviseurs**

Elle a concerné les 4 équipes composées chacune d'un superviseur et de 3 enquêteurs expérimentés issus du CNAM, du PNLP et de l'UER - d'anthropologie médicale du DERSP-FMOS. La formation et le pré-test ont duré 5 jours et ont été facilitée par des personnes ressources. Le but de cette formation était de renforcer les capacités et compétences des enquêteurs et superviseurs dans l'utilisation du guide d'entretien, du questionnaire, la sélection et la constitution des participants. Pour la réalisation des Focus groupes, la répartition des rôles entre les membres de chaque équipe était la suivante :

**L'animateur** administre le guide d'entretien;

**Le secrétaire** prend des notes et appuie l'animateur en lui glissant des petites notes sans intervenir dans l'entretien (à moins d'une certaine importance que l'animateur ait omise),

**L'opérateur** s'occupe du dictaphone et enregistre l'entretien et s'assure que l'entretien est effectivement bien enregistré;

**L'observateur (Superviseur)** se place de sorte qu'il voit et entend tout ce qui se passe et se dit à la fois par les participants et les enquêteurs. Il ne parle qu'au moment du feedback et uniquement lorsque l'opérateur, l'animateur et le secrétaire auront fait leur feedback.

En fin de journée, chaque équipe a procédé à une séance de restitution de toutes les activités exécutées.

- **Entretien semi-structuré (questionnaire standardisé):** Il a été réalisé dans chaque CSCOM de l'aire de santé sélectionné auprès du Directeur Technique du CSCOM.
- **Pré-test des outils de collecte**

Le pré-test a été fait le lendemain de la formation, dans l'aire de santé de Sébénicoro dans la commune IV du District de Bamako en une journée.

#### **4.2.5.4 Les entretiens individuels approfondis**

Ces entretiens ont concerné les informateurs clés au niveau de chaque village (la présidente des femmes et un relais communautaire).

#### **4.2.5.5 Collecte des données :**

##### **4.2.5.5.1 Outils et matériels utilisés pour la collecte des données**

###### **✓ Fiche d'enregistrement d'entretien focalisé de groupe (Focus Group)**

Cette fiche permet d'enregistrer pour chaque focus group la date d'enregistrement, le numéro, le nombre de participants, le type de participants, les noms de l'animateur et du secrétaire, le district sanitaire, l'aire de santé, l'heure du début et de la fin de l'enregistrement.

Elle permet en outre d'enregistrer pour chaque participant le nom, le numéro d'identification, l'âge, le sexe, la profession, le lieu habituel de résidence et la distance de lieu par rapport au centre de santé.

#### ✓ Matériaux utilisés

Pour collecter les données, nous avons utilisé : des dictaphones, des casques d'écoute, des guides d'entretien, du matériel bureautique et informatique.

#### 4.2.5.5.2 Plan de collecte des données

La collecte des données a duré 15 jours et a consisté à recenser les déterminants liés au recours tardif aux soins des enfants de moins de 5 ans et des Femmes enceintes dans le cadre de la prévention et la prise en charge du paludisme. Les données ont été collectées à travers des entretiens individuels approfondis auprès des prestataires de soins (DTC), des agents communautaires (Relais) et les présidentes d'associations de femmes et des Focus group auprès des femmes âgées de 15-50 ans et des hommes âgés de 30-50 ans.

Ainsi par région, nous avons réalisé 32 focus groups (dont 24 pour les femmes et 8 pour hommes) et 3 entretiens individuels approfondis, soit au total pour les 2 régions de l'étude, 64 focus groups et 16 entretiens individuels approfondis.

Chaque Focus Group a été réalisé par quatre chercheurs/enquêteurs qui sont : l'animateur, le secrétaire, l'opérateur et l'observateur. Avant toute séance de Focus Group, nous avons procédé à un briefing sur le but, les principes et les rôles de chacun des membres de l'équipe. Et, à la fin de chaque entretien, un débriefing a eu lieu afin que chaque enquêteur s'auto évalue, soit évalué par ses pairs pour les ajustements utiles et nécessaires du guide d'entretien si besoin en était. Ce débriefing a couvert la restitution du focus group.

#### 4.2.5.5.3 Déroulement de l'enquête

Conformément au protocole de recherche validé par le comité d'éthique, toutes les cibles ont été rencontrées. La formation des enquêteurs a eu lieu à Bamako. La procédure de recrutement a respecté les critères d'inclusion et de non inclusion. Il en est de même pour la procédure de consentement pour les participants.

Il convient de noter que le recrutement des cibles pour les Focus Groupes a été facilité par les relais communautaires et les Chefs des villages. Ces derniers ont été d'un grand apport car ils ont procédé à l'identification des cibles sur la base des critères retenus dans le protocole. Leur connaissance des contextes locaux et la maîtrise des langues locales ont permis de gagner du temps durant l'enquête. De même, conformément au protocole de recherche, les équipes ont procédé à des débriefings journaliers afin de faire le point sur l'avancement de la collecte des données. C'est ainsi que les aspects éthiques ont été pris en compte.

Dans cette section, nous allons présenter l'échantillonnage final de l'étude ainsi que la procédure de l'étude.

#### 4.2.6 Considérations éthiques

Le protocole a été préalablement soumis au Comité d'Ethique de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie de Bamako qui a donné son avis favorable.

Le consentement libre et éclairé de chaque participant cible a été obtenu après une explication détaillée du protocole d'étude à travers une fiche de consentement libre et éclairée/assentiment.

L'anonymat a été respecté en ce sens que nul ne peut faire le lien entre l'enregistrement et le participant répondant à une question afin de préserver son intégrité physique et morale.

Nous avons utilisé une fiche d'autorisation communautaire qui a été signée par chaque Chef de village concerné.

Une fiche d'information générale a été administrée aux participants pour leur donner le maximum d'information (avantages, inconvénients, bénéfices, etc.) sur l'étude.

Sur recommandation du Comité d'Ethique une compensation du temps de participation à l'étude a été attribuée à chaque Focus Groupe, chaque DTC, chaque Relais interviewé et à chaque Présidente d'Association Féminine interviewée.

#### **4.2.7 Analyse et interprétation des données**

Il s'agit de la dernière étape au cours de laquelle émergent des ensembles thématiques saillants pouvant être convergents, divergents ou complémentaires. Ces thématiques ont constitué des genres de matrice de signification qui ont permis d'atteindre les objectifs de l'étude.

##### **4.2.7.1 Vérifications et correction des données collectées sur le terrain**

Nous avons effectué une analyse progressive de données durant toute la durée de l'étude au cours de sessions journalières de restitution d'équipes. Au cours de ces restitutions, le superviseur de l'étude qualitative lisait et conduisait l'analyse initiale des transcriptions au fur et à mesure qu'ils devenaient disponibles.

Ensuite, les chercheurs séniors ont rédigé chacun un rapport de recherche sur la base d'un plan de rédaction élaboré par le coordinateur scientifique.

##### **4.2.7.2 Transcriptions des entretiens**

La transcription des entretiens a été faite par 8 chercheurs séniors à raison de deux par aires de santé enrôlées dans l'étude. Les binômes ont travaillé durant 2 semaines afin de transcrire tous les enregistrements aussi bien pour les Focus group que pour les entretiens individuels.

La technique d'exploitation des données a été l'analyse de contenu assistée par le logiciel Atlas.ti. Ainsi, suite au codage et au regroupement thématique, l'analyse a été structurée en trois étapes inter-reliées proposées par Mayer et al (Mayer, 2000). Ces trois étapes sont généralement utilisées par la majorité des chercheurs et entre ces étapes, a lieu un mouvement continu et itératif de va-et-vient (Baribeau, 2008). En la matière, les étapes suivies sont les suivantes :

#### **4.2.7.3 Préparation du matériel**

Cette étape a commencé pendant la collecte des données et a consisté en la transcription intégrale de celles-ci à partir des différents enregistrements audio réalisés. Les entretiens transcrits ont subi l’apurement nécessaire, sachant qu’après l’intégration au logiciel, aucune correction n’est possible. Pour terminer la phase de la préparation du matériel, tous les entretiens ont été enregistrés sous format RTF, une exigence du logiciel Atlas ti.

#### **4.2.7.4 Ecoute répétitive et prise de notes**

Une fois la transcription terminée, les enregistrements ont à nouveau été écoutés de manière approfondie à plusieurs reprises, en lisant simultanément les verbatim afin de mieux s’imprégnier de leur contenu et prendre des notes détaillées.

### **4.2.8 Limite de l’étude**

A l’instar de toute étude scientifique qualitative, des biais de transcriptions des données collectées demeurent possibles en relation avec les capacités intrinsèques de chaque transcriveur, pouvant constituer dans ce cas, quelques limites à l’étude.

Les transcriptions des informations collectées lors des focus-groups ne permettent pas de décrypter à suffisance certaines réponses imprécises n’ayant pas fait de relance appropriée sur le terrain. Dans ces transcriptions, on note des réponses souvent difficiles à utiliser. Il convient de souligner que les réponses souvent sommaires voire de non réponses à certaines questions lors de certains focus group n’a pas permis de comparer à suffisance les réponses des participants aux focus concernés.

Par ailleurs, certains entretiens ont été réalisés en Peul, il a fallu que ces entretiens soient traduits par des participants. Cela prend du temps et au-delà, c’est une limite en ce sens que toute traduction est approximative.

En somme, il est important de préciser que contrairement aux données quantitatives, l’analyse des discours (données qualitatives) des enquêtés avec un logiciel d’analyse reste limitée car le logiciel ne peut générer ni de graphiques, ni de diagrammes avec les données textuelles.

## V. RESULTATS

### 5.1. Niveaux de connaissance des communautés sur le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans

#### ❖ Elaboration de l'échelle des valeurs

En vue de comparer les niveaux de connaissance des communautés sur les symptômes du paludisme, nous avons créé quatre niveaux de l'échelle des valeurs qui sont :

##### ✓ le bon niveau

Il a été affecté aux participants ayant cité les trois signes majeurs du paludisme facilement perceptibles chez l'enfant de moins de cinq ans (fièvre, vomissements, manque d'appétit) sans confusion avec des signes d'autres maladies ;

##### ✓ le niveau moyen

Ce niveau a été attribué aux répondants qui ont pu donner deux signes parmi les trois signes retenus pour le bon niveau de connaissance sans confusion avec des signes d'autres maladies ;

##### ✓ le niveau faible

Il a été attribué aux participants qui n'ont pu citer qu'un signe parmi les trois signes retenus pour le bon niveau de connaissance en y mêlant des confusions avec des signes d'autres maladie ;

##### ✓ le niveau nul

Il a été affecté aux participants qui n'ont pu donner aucun des trois signes retenus pour le bon niveau de connaissance.

Sachant qu'un groupe de discussion comprend en moyenne cinq participants qui peuvent avoir une compréhension différente des symptômes du paludisme, la cohérence des interventions au sein du groupe a été le premier critère d'évaluation des focus group. Dans les groupes où la cohérence des réponses n'a pas été observée, une approche synthétique des interventions a été adoptée pour évaluer le niveau de connaissance du focus group. Ainsi, par exemple, si dans un focus group tous les intervenants donnent la bonne réponse sans aucune contradiction, ce groupe a le bon niveau de connaissance sur les symptômes du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans. Par contre si certains intervenants donnent la bonne réponse alors que d'autres confondent les symptômes du paludisme avec ceux d'autres maladies, le groupe de discussion aura le niveau de connaissance moyen. Dans cette étude tous les autres niveaux de connaissance des focus group ont été ainsi évalués

Au regard de l'échelle des valeurs construite pour la circonstance, les constats suivants se dégagent des entretiens focalisés réalisés dans les aires de santé retenues pour l'étude.

#### ❖ Répartition des participants par focus group et par villages selon le niveau de connaissance sur les symptômes du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans

**Tableau IV** : Répartition des participants du cercle de Bafoulabé par village selon le niveau de connaissance sur les symptômes du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans.

Villages		Bon niveau	Niveau moyen	Niveau faible	Niveau Nul	Total
Bamafélé	Femmes de 15-24 ans	X				
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans				X	
Dialakoto	Femmes de 15-24 ans			X		
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans	X				
	Femmes de 15-24 ans			X		

Villages		Bon niveau	Niveau moyen	Niveau faible	Niveau Nul	Total
Soriya	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans		X			
	Hommes de 30-50 ans		X			
Tintila	Femmes de 15-24 ans		X			
	Femmes de 25-34 ans		X			
	Femmes 35-50 ans		X			
	Hommes de 30-50 ans	X				
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>16</b>

Dans le cercle de Bafoulabé, sur les 16 focus group de participants qui se sont prononcés sur les symptômes du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans :

- huit focus groupe (8) ont obtenu le bon niveau de connaissance sur lesdits symptômes. Ils sont ainsi répartis : les trois focus group des femmes de 15-24 ans, 25-34 ans et 35-50 ans de Bamafélé, les deux focus group des femmes de 25-34 ans et 35-50 ans et le focus group des hommes de 30-50 ans de Dialakoto, le focus group des femmes de 25-34 ans de Soriya et celui des hommes de 30-50 ans de Tintila.
- cinq focus group ont obtenu le niveau de connaissance moyen (les trois focus group des femmes de 15-24 ans, 25-34 ans et 35-50 ans de Tintila, le focus group des femmes de 35-50 ans et celui des hommes de 30-50 ans de Soriya) ;
- deux focus group ont le niveau de connaissance faible (les focus group des femmes de 15-24 ans de Dialakoto et de Soriya) ;
- Un focus group a obtenu le niveau de connaissance nul (celui des hommes de 30-50 ans de Bamafélé).

Ces niveaux de connaissance sont illustrés par les verbatim qui suivent :

« *Les signes du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans sont : la fièvre pendant la nuit, la diarrhée, les pleurs, les vomissements, le manque d'appétit et la pâleur du visage.* » (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Bamafélé) (Bon niveau de connaissance)

« *Ses yeux deviennent jaunâtres, il fait de la fièvre intermittente. Il sent les courbatures, son urine devient jaune, il a la fièvre vers le soir, ses yeux sont jaunes. Il vomit et a des maux de tête.* » (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Tintila) (Niveau moyen de connaissance)

« *Il vomit, il a la diarrhée. Il fait la fièvre, le ventre devient chaud et c'est cette chaleur qui monte à la tête et affecte les yeux.* » (Focus group, hommes 30-50 ans, village de Soriya) (Faible niveau de connaissance)

Tableau V : Répartition des participants du cercle de Nioro par village selon le niveau de connaissance sur les symptômes du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans

Villages		Bon niveau	Niveau moyen	Niveau faible	Niveau Nul	Total
Diawélé Counda	Femmes de 15-24 ans		X			
	Femmes de 25-34 ans		X			
	Femmes 35-50 ans		X			
	Hommes de 30-50 ans		X			
Sylla Counda	Femmes de 15-24 ans		X			
	Femmes de 25-34 ans		X			
	Femmes 35-50 ans		X			
	Hommes de 30-50 ans	X				
Dédji	Femmes de 15-24 ans		X			
	Femmes de 25-34 ans			X		
	Femmes 35-50 ans		X			
	Hommes de 30-50 ans		X			

Villages		Bon niveau	Niveau moyen	Niveau faible	Niveau Nul	Total
Gadiaba kadiel	Femmes de 15-24 ans		X			
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans			X		
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>2</b>		<b>16</b>

Dans le cercle de Nioro, sur les 16 focus group ayant participé à l'étude :

- trois focus group (3) ont obtenu le bon niveau de connaissance (les focus group des femmes de 25-34 ans et 35-50 ans de Gadiaba kadiel et le focus group des hommes de 30-50 ans de Sylla Counda) ;
- onze focus group (11) ont le niveau de connaissance moyen (tous les quatre focus group réalisés à Diawély Counda, les focus group des femmes de 15-24 ans, 25-34 ans et 35-50 ans de Sylla Counda, les focus group des femmes de 15-24 ans, de 35-50 ans et celui des hommes de 30-50 ans de Déjji et les focus group des femmes de 15-24 ans de Gadiaba Kadiel) ;
- deux focus group ont le niveau de connaissance faible (le focus group des femmes de 25-34 ans de Déjji et celui des hommes de 30-50 ans de Gadiaba Kadiel).

Les verbatim qui suivent illustrent parfaitement ces niveaux de connaissance :

« *Les signes du paludisme chez l'enfant sont : la fièvre, les vomissements, les urines jaunes. Il dort trop, il a la fièvre, il vomit et tremble. Il manque d'appétit, ses yeux et ses urines deviennent jaunes. Il a la fièvre et des maux de tête. Il somnole.* » (Focus group des femmes de 25-34 ans, village de Gadiaba Kadiel) (Bon niveau de connaissance)

« *Si l'enfant est atteint du paludisme, ses yeux sont rouges et il vomit. Son corps devient chaud, mou et ses yeux deviennent rouges. Il y a aussi la présence de la diarrhée. Il tousse et il vomit.* » (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Diawely Counda) (Niveau moyen de connaissance)

« *Il a la fièvre, les yeux deviennent jaunes. Il a la toux, le rhume des difficultés respiratoires et la fièvre.* » (Focus group des femmes de 25-34 ans, village de Déjji) (Faible niveau de connaissance)

**Tableau VI.** Répartition des participants du cercle de Kangaba par village selon le niveau de connaissance sur les symptômes du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans

Villages		Bon niveau	Niveau moyen	Niveau faible	Niveau Nul	Total
Karan	Femmes de 15-24 ans		X			
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans		X			
Landé	Femmes de 15-24 ans		X			
	Femmes de 25-34 ans		X			
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans	X				
Kourémalé	Femmes de 15-24 ans		X			
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans		X			
Nougani	Femmes de 15-24 ans		X			
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans		X			
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>8</b>			<b>16</b>

Dans le cercle de Kangaba, la parité est observée entre les focus group qui ont obtenu le bon niveau de connaissance et ceux qui ont eu le niveau de connaissance moyen. Ainsi, sur les 16 focus group réalisés :

- huit (8) focus group ont le bon niveau de connaissance et se répartissent comme suit : les focus group des femmes de 25-34 ans et 35-50 ans de Karan, les focus group des femmes de 35-50 ans et des hommes de 30-50 ans de Landé, les focus group des femmes de 25-34 ans et 35-50 ans de Kourémalé et les focus group des femmes 25-34 et 35-50 ans de Nougani) ;
- huit (8) focus group ont le niveau de connaissance moyen (le focus group des femmes de 15-24 ans et celui des hommes de 30-50 ans de Karan, les focus group des femmes de 15-24 ans et 25-34 ans de Landé, le focus group des femmes de 15-24 ans et celui des hommes de 30-50 ans de Kourémalé et enfin, le focus group des femmes de 15-24 ans et celui des hommes de 30-50 ans de Nougani).

Les propos qui suivent illustrent ces niveaux de connaissance :

*On reconnaît qu'un enfant est atteint du paludisme s'il a de la fièvre. Son corps se chauffe, il devient trop calme, il ne mange pas bien et il vomit. Son corps devient mou et il a envie de vomir. Il dort beaucoup. Il a des maux de tête, des maux de ventre. Il manque d'appétit. Ses articulations lui font mal.*» (Focus group des femmes de 35-50 ans, village de Karan) (Bon niveau de connaissance)

*« Si l'enfant est atteint de paludisme, il devient calme et arrête de s'amuser. Il arrête presque de téter, son corps devient chaud, il pleurniche, son ventre s'échauffe.*» (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Landé) (Niveau moyen de connaissance)

**Tableau VII** : Répartition des participants du cercle de Kolokani par village selon le niveau de connaissance sur les symptômes du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans

Villages		Bon niveau	Niveau moyen	Niveau faible	Niveau Nul	Total
Guihoyo	Femmes de 15-24 ans		X			
	Femmes de 25-34 ans		X			
	Femmes 35-50 ans		X			
	Hommes de 30-50 ans	X				
Fassa	Femmes de 15-24 ans			X		
	Femmes de 25-34 ans		X			
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans	X				
N'Golobougou	Femmes de 15-24 ans		X			
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans	X				
Ourala	Femmes de 15-24 ans	X				
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans	X				
<b>Total</b>		<b>10</b>	<b>5</b>	<b>1</b>		<b>16</b>

Dans le cercle de Kolokani, sur les 16 focus group enregistrés :

- dix (10) focus group ont le bon niveau de connaissance ( tous les quatre focus group réalisés à Ourala, les focus group des femmes de 25-34 ans, de 35-50 ans et des hommes de 30-50 ans de N'Golobougou, le focus group des femmes de 35-50 ans et celui des hommes de 30-50 ans de Fassa et enfin le focus group des hommes de 30-50 ans de Guihoyo) ;
- Cinq (5) focus group ont le niveau de connaissance moyen (les focus group des femmes de 15-24 ans, de 25-34 ans et des femmes de 35-50 ans de Guihoyo, le focus group des femmes de 25-34 ans de Fassa et celui des femmes de 15-24 ans de N'Golobougou) ;

- Un (1) focus group a le niveau de connaissance faible. C'est celui des femmes de 15-24 ans de Fassa.

Les propos qui suivent illustrent ces différents niveaux de connaissance :

*« On reconnaît qu'un enfant est atteint de paludisme à travers la couleur des yeux qui devient jaune. L'enfant a toujours des maux de tête. Il vomit et n'a pas d'appétit. Il a la fièvre et son urine change de couleur. Il a toujours sommeil. »* (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Ourala) (Bon niveau de connaissance)

*« On reconnaît qu'un enfant a la fièvre présumée paludisme à travers son corps devient chaud, il vomit, il a le froid. Cet enfant dort tout le moment, son corps devient faible. Son corps devient chaud, en dormant la nuit, il dit des sottises. »* (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Guihoyo) (Niveau moyen de connaissance)

*« On reconnaît à travers la couleur de ses yeux qui devient jaune, son corps, ses mains et ses pieds deviennent blancs. On reconnaît aussi à travers la couleur du vomi jaune et la couleur blanche de ses pieds. La couleur de ses yeux devient blanche. Son corps devient affaibli et mou (faribefaga akan) »* (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Fassa) (Faible niveau de connaissance)

### Synthèse du niveau de connaissance des participants sur les symptômes du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans

❖ Dans le cercle de Bafoulabé :

- à Bamafélé, tous les focus group des femmes, quel que soit la tranche d'âge ont le bon niveau de connaissance. Seul le focus group des hommes de 30-50 ans a le niveau de connaissance nul.
- à Dialakoto, excepté le focus group des femmes de 15-24 ans qui a le niveau de connaissance faible, tous les focus group réalisés dans la localité ont le bon niveau de connaissance.
- à Soriya, seul le focus group des femmes de 25-34 ans a le bon niveau de connaissance. Les focus group des femmes de 35-50 ans et des hommes de 30-50 ans ont le niveau de connaissance moyen. Le focus group des femmes de 15-24 ans a le niveau de connaissance faible. .
- à Tintila, les focus group des femmes de 15-24 ans et 25-34 ans ont le niveau de connaissance moyen tandis que les focus group des femmes de 35-50 ans et des hommes de 30-50 ans ont le bon niveau de connaissance.

❖ Dans le cercle de Nioro :

- à Diawely Counda, tous les focus group réalisés auprès des femmes ont le niveau de connaissance moyen.
- à Sylla Counda, excepté le focus group des hommes de 30-50 ans qui a le bon niveau de connaissance, tous les autres focus group ont le niveau de connaissance moyen.
- à Dédji, tous les focus group ont le niveau de connaissance moyen.
- à Gadiaba kadiel, les focus group des femmes de 25-34 ans et 35-50 ans ont le bon niveau de connaissance. Le Focus group des femmes de 15-24 ans a le niveau de connaissance moyen tandis que celui des hommes de 30-50 ans a le niveau de connaissance faible.

❖ Dans le cercle de Kangaba

- à Karan, les focus group des femmes de 15-24 ans et des hommes de 30-50 ans ont le niveau de connaissance moyen. Les focus group des femmes de 25-34 ans et 35-50 ans ont le bon niveau de connaissance.
- à Landé, les focus group des femmes de 15-24 ans et 25-34 ans ont le niveau de connaissance moyen tandis que ceux des femmes de 35-50 ans et des hommes de 30-50 ans ont le bon niveau de connaissance.

- à Kourémalé, les focus group des femmes de 15-24 ans et 25-34 ans ont le niveau de connaissance moyen tandis que ceux des femmes de 35-50 ans et des hommes de 30-50 ans ont le bon niveau de connaissance.
  - à Nougari, les focus group des femmes de 15-24 ans et 25-34 ans ont le niveau de connaissance moyen tandis que ceux des femmes de 35-50 ans et des hommes de 30-50 ans ont le bon niveau de connaissance.
- ❖ Dans le cercle de Kolokani :
- à Guihoyo, excepté le focus group des hommes de 30-50 ans qui a le bon niveau de connaissance, tous les autres ont le niveau de connaissance moyen.
  - à Fassa, les focus group des femmes de 35-50 ans et des hommes 30-50 ans ont le bon niveau de connaissance. Le focus group des femmes de 15-24 ans a le niveau de connaissance faible tandis que celui des femmes de 25-34 ans a le niveau de connaissance moyen.
  - à N'Golobougou, excepté le focus group des femmes de 15-24 ans qui a le niveau de connaissance moyen, tous les autres focus réalisés dans la localité ont le bon niveau de connaissance.
  - à Ourala, tous les focus group réalisés ont le bon niveau de connaissance.

## **5.2 Possibilité de prévenir le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et niveaux des connaissances des communautés sur les méthodes préventives du paludisme concernant ces cibles.**

### **5.2.1 Possibilité de prévenir le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans**

A l'item : « Peut-on prévenir le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans ? », tous les participants à l'étude, quel que soit la localité, le sexe et la tranche d'âge, ont favorablement répondu de manière récurrente : « Oui, il est possible de prévenir le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans. »

C'est dire que toutes les communautés ayant participé à l'étude sont dans une bonne prédisposition à prévenir le paludisme chez leurs enfants de moins de cinq ans si les mesures d'accompagnement sont en place.

### **5.2.2 Niveaux de connaissance des participants sur les méthodes préventives du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans**

Là également, il a été nécessaire de construire une échelle des valeurs pour mieux apprécier le niveau de connaissance des communautés sur les méthodes préventives du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans. Pour ce faire :

- le niveau bon a été réservé aux participants ayant cité les deux méthodes primaires de prévention du paludisme chez l'enfant de moins de cinq ans qui sont : la moustiquaire imprégnée d'insecticide et la Chimio-Prévention Saisonnière (CPS) sans citer d'autres éléments qui n'ont rien à voir avec la prévention du paludisme chez l'enfant de moins de cinq ans. La CPS est appliquée au Mali depuis août 2012.
- le niveau moyen a été attribué aux participants n'ayant donné qu'une des deux méthodes primaires de prévention du paludisme chez l'enfant de moins de cinq ans sans confusion.
- le niveau faible a été donné aux participants n'ayant évoqué que des méthodes secondaires de prévention du paludisme chez l'enfant de moins de cinq ans.
- le niveau nul a été attribué aux participants n'ayant pu citer ni une méthode primaire, ni une méthode secondaire de prévention du paludisme chez l'enfant de moins de cinq ans.

Au regard de cette échelle des valeurs, les résultats suivants ont été obtenus dans les différentes aires de santé et villages enquêtés.

❖ Répartition des participants par cercle et par village selon le niveau de connaissance sur les méthodes préventives du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans

**Tableau VIII** : Répartition des participants du cercle de Bafoulabé par village selon le niveau de connaissance sur les méthodes préventives du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans

Villages		Bon niveau	Niveau moyen	Niveau faible	Niveau Nul	Total
Bamafélé	Femmes de 15-24 ans			X		
	Femmes de 25-34 ans			X		
	Femmes 35-50 ans			X		
	Hommes de 30-50 ans			X		
Dialakoto	Femmes de 15-24 ans				X	
	Femmes de 25-34 ans			X		
	Femmes 35-50 ans				X	
	Hommes de 30-50 ans			X		
Soriya	Femmes de 15-24 ans				X	
	Femmes de 25-34 ans			X		
	Femmes 35-50 ans			X		
	Hommes de 30-50 ans		X			
Tintila	Femmes de 15-24 ans	X				
	Femmes de 25-34 ans			X		
	Femmes 35-50 ans			X		
	Hommes de 30-50 ans			X		
	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>16</b>

Dans le cercle de Bafoulabé, sur les 16 focus group réalisés :

- onze (11) focus group ont le niveau de connaissance faible dont 4 à Bamafélé, 3 à Tintila, 2 à Soriya et 2 à Dialakoto ;
- trois (3) focus group ont le niveau de connaissance nul dont 2 à Dialakoto et 1 à Soriya ;
- un (1) focus group a eu le niveau moyen de connaissance à Soriya
- un (1) focus group a obtenu le bon niveau de connaissance enregistré auprès des jeunes femmes de 15-24 ans du village de Tintila

Les propos qui suivent illustrent ces différents niveaux de connaissance :

« Eviter les piqûres de moustiques parce que le temps qu'ils font dehors fait que les enfants sont exposés aux piqûres de moustiques, les faire dormir sous MILD (Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide) à tout moment et en toute saison, leur donner correctement les comprimés qu'on distribue pendant l'hivernage (CPS). » (Focus group des femmes de 25-24 ans, village de Tintila) (Bon niveau de connaissance)

« Pour prévenir les enfants de moins de cinq ans contre le paludisme, c'est le MILD avec aussi les médicaments qui sont distribués aux enfants pendant l'hivernage. L'autre, c'est que ceux qui sont courageux donnent des médicaments traditionnels aux enfants, ceci peut bien prévenir le paludisme chez l'enfant. » (Focus group des hommes de 30-50 ans, village de Soriya) (Niveau moyen de connaissance)

« Oui il est possible de prévenir le paludisme chez l'enfant de moins de cinq ans en le faisant dormir sous moustiquaire permanent et veiller sur lui, l'empêcher de s'amuser dans la boue, le vacciner de sa naissance au neuvième mois. » (Focus group, femmes de 15-24 ans, village de Bamafélé). (Faible niveau de connaissance)

« Nous ne connaissons pas sauf si vous nous renseignez. Prévenir le paludisme chez les enfants de moins de 5 ans n'est pas chose aisée car, ici il y a permanentement de l'humidité et les enfants vont fréquemment s'amuser dans les eaux stagnantes. Pour prévenir le paludisme chez les enfants il ne faut pas les laver régulièrement, je peux faire deux ou trois jours sans laver mes enfants. Il faut veiller sur les enfants pour qu'ils soient tout le temps chaussés et loin des fleuves et marigots. » (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Dialakoto) (Niveau nul de connaissance)

**Tableau IX.** Répartition des participants du cercle de Nioro par village selon le niveau de connaissance sur les méthodes préventives du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans

Villages		Bon niveau	Niveau moyen	Niveau faible	Niveau Nul	Total
Diawély Counda	Femmes de 15-24 ans		X			
	Femmes de 25-34 ans			X		
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans	X				
Sylla Counda	Femmes de 15-24 ans			X		
	Femmes de 25-34 ans		X			
	Femmes 35-50 ans		X			
	Hommes de 30-50 ans			X		
Dédji	Femmes de 15-24 ans			X		
	Femmes de 25-34 ans			X		
	Femmes 35-50 ans		X			
	Hommes de 30-50 ans		X			
Gadiaba kadiel	Femmes de 15-24 ans			X		
	Femmes de 25-34 ans			X		
	Femmes 35-50 ans		X			
	Hommes de 30-50 ans			X		
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>6</b>	<b>8</b>		<b>16</b>

Dans le cercle de Nioro, sur les 16 entretiens focalisés :

- huit (8) focus group ont le niveau de connaissance faible dont 3 à Gadiaba kadiel, 2 à Dédji, 2 à Sylla Counda et 1 à Diawély Counda ;
- six (6) focus groupe ont le niveau de connaissance moyen dont 2 à Sylla Counda, 2 à Dédji, 1 à Diawély Counda et 1 à Gadiaba kadiel ;
- deux (2) Focus group ont le bon niveau de connaissance enregistrés auprès des femmes de 35-50 ans et des hommes de 30-50 ans du village de Diawély Counda.

Les propos qui suivent illustrent ces différents niveaux de connaissance :

« *On peut prévenir le paludisme parce qu'il y a environ une semaine, il y a eu la distribution de médicaments. Chaque fois, on distribue des médicaments aux enfants qui peuvent prévenir le paludisme. C'est un comprimé jaunâtre composé de deux types : un petit comprimé et l'autre moyen. Cela veut dire qu'on peut prévenir le paludisme par les comprimés, par nos attitudes et comportements parce que la moustiquaire est distribué pour prévenir contre le paludisme si tu l'utilises. L'entretien des lieux est aussi un remède contre le paludisme.*» (Focus group des hommes de 30-50 ans, village de Diawely Counda) (Bon niveau de connaissance)

« *Respecter la CPN, la moustiquaire et les médicaments donnés. Au CSCCom, on donne des médicaments : sirop et comprimés ; utiliser les moustiquaires et faire boire aux enfants les médicaments donnés au CSCCom.* » (Focus group des femmes de 35-50 ans, village de Dédji) (Niveau moyen de connaissance)

« *Oui, on peut prévenir le paludisme avec la moustiquaire et la vaccination. Oui avec la moustiquaire et l'hygiène.* » (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Gadiaba Kadiel) (Faible niveau de connaissance)

**Tableau X.** Répartition des participants du cercle de Kangaba par village selon le niveau de connaissance sur les méthodes préventives du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans

Villages		Bon niveau	Niveau moyen	Niveau faible	Niveau Nul	Total
Karan	Femmes de 15-24 ans			X		
	Femmes de 25-34 ans		X			
	Femmes 35-50 ans		X			
	Hommes de 30-50 ans		X			
Landé	Femmes de 15-24 ans		X			
	Femmes de 25-34 ans		X			
	Femmes 35-50 ans		X			
	Hommes de 30-50 ans		X			
Kourémalé	Femmes de 15-24 ans	X				
	Femmes de 25-34 ans		X			
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans		X			
Nougani	Femmes de 15-24 ans		X			
	Femmes de 25-34 ans		X			
	Femmes 35-50 ans		X			
	Hommes de 30-50 ans		X			
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>13</b>	<b>1</b>		<b>16</b>

Dans le cercle de Kangaba, sur les 16 focus group enregistrés :

- treize (13) focus group ont le niveau de connaissance moyen dont 4 à Landé et à Nougani, 3 à Karan et 2 à Kourémalé
- quatre (4) focus group ont le niveau de connaissance faible dont 3 à Nougani et 1 à Karan ;
- deux (2) focus group ont le bon niveau de connaissance qui ont été enregistrés à Kourémalé avec les femmes de 15-24 ans et de 35-50 ans.

Les propos qui suivent illustrent ces différents niveaux de connaissance :

« La moustiquaire et l'assainissement des concessions et alentours est un moyen de prévention. Il y a aussi la CPS qu'on donne aux enfants de moins de 5 ans durant les 4 mois de l'hivernage. » (Focus des femmes de 15-24 ans, village de Kourémalé) (Bon niveau de connaissance)

« Oui, on peut prévenir le palu en dormant sous moustiquaire, en maintenant les toilettes propres et fermées pour éviter la propagation des mouches et des moustiques, en utilisant des insecticides. » (Focus group des hommes de 30-50 ans, village de Lande) (Niveau moyen de connaissance)

« Oui on peut prévenir le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans en surveillant bien sur eux, en les protégeant contre les moustiques, en pulvérifiant la maison et en contrôlant l'alimentation. » (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Karan) (Faible niveau de connaissance)

**Tableau XI.** Répartition des participants du cercle de Kolokani par village selon le niveau de connaissance sur les méthodes préventives du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans

Villages		Bon niveau	Niveau moyen	Niveau faible	Niveau Nul	Total
Guihoyo	Femmes de 15-24 ans		X			
	Femmes de 25-34 ans		X			
	Femmes 35-50 ans		X			
	Hommes de 30-50 ans		X			
Fassa	Femmes de 15-24 ans			X		
	Femmes de 25-34 ans			X		
	Femmes 35-50 ans		X			

Villages		Bon niveau	Niveau moyen	Niveau faible	Niveau Nul	Total
N'Golobougou	Hommes de 30-50 ans				X	
	Femmes de 15-24 ans			X		
	Femmes de 25-34 ans			X		
	Femmes 35-50 ans		X			
	Hommes de 30-50 ans			X		
Ourala	Femmes de 15-24 ans			X		
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans			X		
	Hommes de 30-50 ans			X		
<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>16</b>

Parmi les 16 entretiens focalisés enregistrés dans le cercle de Kolokani :

- huit (8) focus group ont le niveau de connaissance faible dont 3 à Ourala, 3 à N'Golobougou et 2 à Fassa ;
- six (6) focus group ont le niveau de connaissance moyen dont la majorité est recensée à Guihoyo dont 4 à Guihoyo village, 1 à Fassa et 1 à N'Golobougou ;
- un focus group, celui des hommes de Fassa a le niveau de connaissance nul.
- un focus group, celui des femmes de 25-34 ans du village de Ourala a le bon niveau de connaissance.

Les propos qui suivent illustrent ces différents niveaux de connaissance :

« *On peut prévenir le paludisme chez les enfants de 0 à 5ans grâce aux comportements des parents : bien veiller sur les enfants et les mettre sous moustiquaire la nuit, allumer du sossofalan (insecticides) dans la maison ou appliquer la forme liquide sur la peau des enfants et leur donner le médicament antipaludique qu'on prend au centre de santé gratuitement.* » (Focus group des femmes de 25-34 ans, village de Ourala) (Bon niveau de connaissance)

« *C'est de fréquenter le centre de santé, de dormir sous moustiquaires, d'assainir nos milieux, d'éviter les eaux usées dans nos ménages pour empêcher les moustiques de se multiplier et faire dormir les enfants sous moustiquaire, ce sont les moustiques qui transmettent le paludisme.* » (Focus group des hommes de 30-50 ans, village de Guihoyo) (Niveau moyen de connaissance)

« *On peut prévenir le paludisme chez les enfants de moins de 05 ans en les éloignant des eaux usées. En empêchant les enfants de manger de la mauvaise nourriture peut les sauver du paludisme. Il faut aussi les couchés sous moustiquaire imprégnée d'insecticide.* » (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de N'Golobougou) (Faible niveau de connaissance)

« *Nous avons des problèmes sur leur prévention. On a dit et faire beaucoup de chose concernant le paludisme. On dit d'amener les enfants assez tôt au centre quand ils ont la fièvre.* » (Focus group des hommes de 30-50 ans, village de Fassa) (Niveau de connaissance nul)

### Synthèse du niveau de connaissance des participants sur les méthodes préventives du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans

❖ Dans le cercle de Bafoulabé :

- à Bamatélé, tous les focus group ont le niveau de connaissance faible.
- à Dialakoto, les focus group des hommes de 30-50 ans et des femmes de 25-34 ans ont le niveau de connaissance moyen tandis que ceux des femmes de 15-24 ans et 35-50 ans ont le niveau de connaissance nul.

- à Soriya, les focus group des femmes de 25-34 ans et 35-50 ans ont le niveau de connaissance faible. Le focus group des hommes de 30-50 ans a le bon niveau de connaissance tandis que celui des femmes de 15-24 ans a le niveau de connaissance nul.
  - à Tintila, excepté le focus group des femmes de 15-24 ans qui a le bon niveau de connaissance, tous les autres ont le niveau de connaissance faible
- ❖ Dans le cercle de Nioro
- à Diawely Counda, les focus group des femmes de 35-50 ans et des hommes de 30-50 ans ont le bon niveau de connaissance. Le focus group des femmes de 15-24 ans a le niveau de connaissance moyen tandis que celui des femmes de 25-34 ans a le niveau de connaissance faible.
  - à Sylla Counda, les focus group des femmes de 25-34 ans et 35-50 ans ont le niveau de connaissance moyen tandis que ceux des femmes de 15-24 ans et des hommes de 30-50 ans ont le niveau de connaissance faible.
  - à Déjdi, les focus group des femmes de 35-50 ans et des hommes de 30-50 ans ont le niveau de connaissance moyen tandis que ceux des femmes de 15-24 ans et 25-34 ans ont le niveau de connaissance faible.
  - à Gadiaba Kadiel, excepté le focus group des femmes de 35-50 ans qui a le niveau de connaissance moyen, tous les autres focus group ont le niveau de connaissance faible.
- ❖ Dans le cercle de Kangaba, à Karan, excepté le focus group des femmes de 15-24 ans qui a le niveau de connaissance faible, tous les autres ont le niveau de connaissance moyen.
- à Landé, tous les focus group ont le niveau de connaissance moyen.
  - à Kourémalé, les focus group des femmes de 15-24 ans et 35-50 ans ont le bon niveau de connaissance tandis que ceux des femmes de 25-34 ans et des hommes de 30-50 ans ont le niveau de connaissance moyen.
  - à Nougani, tous les focus group ont le niveau de connaissance moyen.
- ❖ Dans le cercle de Kiolokani
- à Guihoyo, tous les focus group ont le niveau de connaissance moyen.
  - à Fassa, les focus group des femmes de 15-24 ans et 25-34 ans ont le niveau de connaissance faible. Le focus group des femmes de 35-50 ans a le niveau de connaissance moyen tandis que celui des hommes de 30-50 ans a le niveau de connaissance nul.
  - A N'Golobougou, excepté le focus group des femmes de 35-50 ans qui a le niveau de connaissance moyen, tous les autres ont le niveau de connaissance faible.
  - à Ourala, excepté le focus group des femmes de 25-34 ans qui a le bon niveau de connaissance, tous les autres ont le niveau de connaissance faible.

### **5.2.3. Niveau de connaissance sur les méthodes préventives du paludisme chez les femmes enceintes**

Pour évaluer le niveau des connaissances des participants à l'étude sur les méthodes préventives du paludisme chez les femmes enceintes, une échelle des valeurs a été également élaborée comme suite :

- le niveau bon a été réservé aux participants ayant cité les deux méthodes primaires de prévention du paludisme chez les femmes enceintes qui sont : la moustiquaire imprégnée d'insecticide et la prise de sulfadoxine pyriméthamine (SP) sans émettre d'autres choses qui n'ont rien à voir avec la prévention du paludisme chez les femmes enceintes.
- le niveau moyen a été attribué aux participants n'ayant donné qu'une des deux méthodes primaires de prévention du paludisme chez les femmes enceintes sans confusion.

- le niveau faible a été donné aux participants n'ayant évoqué que des méthodes secondaires de prévention du paludisme chez les femmes enceintes.

- le niveau nul a été attribué aux participants n'ayant pu citer ni une méthode primaire, ni une méthode secondaire de prévention du paludisme chez les femmes enceintes.

Au regard de cette échelle des valeurs, les résultats suivants ont été obtenus dans les différentes aires de santé et villages enquêtés.

**❖ Répartition des participants par cercle et par village selon le niveau de connaissance sur les méthodes préventives du paludisme chez les femmes enceintes**

**Tableau XI.** Répartition des participants du cercle de Bafoulabé par village selon le niveau de connaissance sur les méthodes préventives du paludisme chez les femmes enceintes

Villages		Bon niveau	Niveau moyen	Niveau faible	Niveau Nul	Total
Bamafélé	Femmes de 15-24 ans			X		
	Femmes de 25-34 ans		X			
	Femmes 35-50 ans			X		
	Hommes de 30-50 ans		X			
Dialakoto	Femmes de 15-24 ans			X		
	Femmes de 25-34 ans		X			
	Femmes 35-50 ans				X	
	Hommes de 30-50 ans		X			
Soriya	Femmes de 15-24 ans			X		
	Femmes de 25-34 ans			X		
	Femmes 35-50 ans			X		
	Hommes de 30-50 ans			X		
Tintila	Femmes de 15-24 ans			X		
	Femmes de 25-34 ans		X			
	Femmes 35-50 ans		X			
	Hommes de 30-50 ans			X		
	<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>16</b>

Sur les 16 focus group réalisés dans le cercle de Bamafélé :

- neuf (9) focus group ont le niveau de connaissance faible dont 4 à Soriya, 2 à Bamafélé, 2 à Tintila et 1 à Dialakoto;
- six 6 focus group ont le niveau de connaissance moyen dont 2 à Bamafélé, 2 à Dialakoto et 2 à Tintila ;
- un (1) focus a le niveau de connaissance nul enregistré auprès des femmes de 35-50 ans à Dialakoto

Les propos qui suivent illustrent ces différents niveaux de connaissance :

*Pour prévenir le paludisme, les femmes enceintes doivent dormir tout le temps sous moustiquaire, faire la CPN, respecter les rendez-vous des agents de santé. Ainsi, il y a une forte chance qu'elles soient épargnées du paludisme.»* (Focus group des hommes de 30-50 ans, village de Dialakoto) (Niveau moyen de connaissance)

*« Si une femme enceinte veut se prévenir du paludisme, elle doit fréquenter les centres de santé, éviter de se laver régulièrement et dormir tout le temps sous moustiquaire. Elle doit fréquenter le centre de santé afin de bénéficier des médicaments de prévention de paludisme et respecter les conseils des agents de santé. Les médicaments qu'on donne pendant la CPN sont : du paracétamol et des comprimés rouges. »* (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Bamafélé) (Niveau faible de connaissance)

*« Pour prévenir le paludisme, les femmes enceintes doivent faire la CPN, respecter les rendez-vous, éviter de se laver avec de l'eau tiède et prendre tous les médicaments prescrits sur l'ordonnance ; ainsi elles seront épargnées du paludisme et d'autres malaises. Elles doivent bien se couvrir le corps, éviter de se laver permanent avec de l'eau tiède. Elles doivent faire aussi la CPN pour qu'elles soient à l'abri du paludisme et leur bébé également »* (Focus group des femmes de 35-50 ans, village de Dialakoto) (Niveau de connaissance nul)

**Tableau XIII.** Répartition des participants du cercle de Nioro par village selon le niveau de connaissance sur les méthodes préventives du paludisme chez les femmes enceintes

Villages		Bon niveau	Niveau moyen	Niveau faible	Niveau Nul	Total
Diawély Counda	Femmes de 15-24 ans		X			
	Femmes de 25-34 ans			X		
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans	X				
Sylla Counda	Femmes de 15-24 ans			X		
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans			X		
	Hommes de 30-50 ans			X		
Dédji	Femmes de 15-24 ans		X			
	Femmes de 25-34 ans			X		
	Femmes 35-50 ans			X		
	Hommes de 30-50 ans		X			
Gadiaba kadiel	Femmes de 15-24 ans		X			
	Femmes de 25-34 ans		X			
	Femmes 35-50 ans		X			
	Hommes de 30-50 ans		X			
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>16</b>

Parmi les 16 focus group enregistrés dans le cercle de Nioro :

- sept (7) focus ont le niveau de connaissance moyen dont 4 à Gadiaba kadiel, 2 à Dédji et 1 à Diawély Counda ;
- six (6) focus ont le niveau de connaissance faible dont 3 à Sylla Counda, 2 à Dédji, et 1 à Diawély Counda ;
- trois (3) focus ont le bon niveau de connaissance dont 2 à Diawély Counda et 1 à Sylla Counda ;
- aucun (focus) n'a le niveau de connaissance nul.

Les propos qui suivent illustrent ces différents niveaux de connaissance

« Pour prévenir le paludisme, la femme enceinte doit dormir sous une moustiquaire imprégnée et prendre les comprimés sossoni (comprimés SP). On prévient le paludisme chez les femmes enceintes en leur donnant une moustiquaire, un gros comprimé et des comprimés jaunes. » (Focus group des femmes de 35-50 ans, village de Diawely Counda) (Bon niveau de connaissance)

« Pour prévenir le paludisme, la femme enceinte doit se laver proprement, dormir sous moustiquaire, éviter de dormir dehors et contrôler son alimentation. » (Focus group des hommes de 30-50 ans, village de Gadiaba Kadiel). (Niveau moyen de connaissance)

« Pour prévenir le paludisme chez la femme enceinte, c'est délicat ; dès qu'elle soupçonne une grossesse, elle doit fréquenter le centre de santé et suivre la CPN. Cette pratique la protège contre beaucoup de choses. La femme enceinte doit prendre beaucoup de précautions concernant son alimentation, éviter les moustiques, les eaux sales et éviter de sauter sur certaines choses pouvant transmettre le paludisme. Elle doit respecter à la règle la date de la CPN. Elle doit prendre soin d'elle-même, en dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide car ce sont les moustiques qui transmettent le paludisme. » (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Sylla Counda) (Faible niveau de connaissance)

**Tableau XIV.** Répartition des participants du cercle de Kangaba par village selon le niveau de connaissance sur les méthodes préventives du paludisme chez les femmes enceintes

Villages		Bon niveau	Niveau moyen	Niveau faible	Niveau Nul	Total
Karan	Femmes de 15-24 ans			X		
	Femmes de 25-34 ans		X			
	Femmes 35-50 ans			X		
	Hommes de 30-50 ans		X			
Landé	Femmes de 15-24 ans		X			
	Femmes de 25-34 ans			X		
	Femmes 35-50 ans			X		
	Hommes de 30-50 ans			X		
Kourémalé	Femmes de 15-24 ans	X				
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans		X			
	Hommes de 30-50 ans		X			
Nougani	Femmes de 15-24 ans	X				
	Femmes de 25-34 ans		X			
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans	X				
	<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>16</b>

Sur les 16 focus group réalisés dans le cercle de Kangaba :

- six (6) focus ont le niveau de connaissance moyen dont 2 à Kankan, 2 à Kourémalé, 1 à Landé et 1 à Nougani ;
- cinq (5) focus ont le niveau de connaissance faible dont 3 à Landé et 2 à Karan ;
- cinq (5) focus ont le bon niveau de connaissance dont 3 à Nougani et 2 à Kourémalé ;
- aucun (focus) n'a le niveau de connaissance nul.

Les propos qui suivent illustrent ces différents niveaux de connaissance :

« Pour prévenir le paludisme, la femme enceinte doit dormir sous moustiquaire, assainir les chambres et la concession. Ce n'est pas n'importe quelle moustiquaire, mais les moustiquaires MILD. Elle doit dormir sous MILD et prendre les comprimés contre le paludisme qu'on donne gratuitement au centre pendant la grossesse. » (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Nougani) (Bon niveau de connaissance)

« La femme enceinte prévient le paludisme en dormant sous moustiquaire surtout imprégnée d'insecticide, en éloignant les eaux usées, en désherbant nos concessions et alentours et souvent même en pulvérisant nos habitation ; ce qui fait que les moustiques vont beaucoup diminuer. Elle doit aussi éviter de manger les fruits de karité et les aliments trop gras. » (Focus group des hommes de 30-50 ans, village de Kourémalé) (Niveau moyen de connaissance)

« Pour prévenir le paludisme, la femme enceinte doit pulvériser la maison et contrôler l'alimentation. » (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Karan) (Faible niveau de connaissance)

**Tableau XV.** Répartition des participants du cercle de Kolokani par village selon le niveau de connaissance sur les méthodes préventives du paludisme chez les femmes enceintes

Villages		Bon niveau	Niveau moyen	Niveau faible	Niveau Nul	Total
Guihoyo	Femmes de 15-24 ans		X			
	Femmes de 25-34 ans		X			
	Femmes 35-50 ans		X			
	Hommes de 30-50 ans	X				
Fassa	Femmes de 15-24 ans			X		
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans			X		
	Hommes de 30-50 ans			X		
N'Golobougou	Femmes de 15-24 ans	X				
	Femmes de 25-34 ans			X		
	Femmes 35-50 ans			X		
	Hommes de 30-50 ans				X	
Ourala	Femmes de 15-24 ans	X				
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans			X		
	Hommes de 30-50 ans			X		
	<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>16</b>

Dans le cercle de Kolokani, sur les 16 focus group enregistrés :

- sept (7) focus ont le niveau de connaissance faible parmi lesquels 3 à Fassa, 2 à N'Golobougou et 2 à Ourala ;
- cinq (5) focus ont le bon niveau de connaissance dont 2 à Ourala, 1 à N'Golobougou, 1 à Fassa et 1 à Guihoyo
- un (1) focus a le niveau de connaissance nul. Il a été réalisé auprès des hommes de 30-50 ans de N'Golobougou.

Les propos qui suivent illustrent ces différents niveaux de connaissance :

« Pour prévenir le paludisme, la femme enceinte doit dormir sous moustiquaires et prendre le médicament contre le paludisme (SP) donné par les médecins au centre de santé. » (Focus group des femmes de 25-34 ans, village de Fassa) (Bon niveau de connaissance)

« Chez les femmes enceintes, dormir sous les moustiquaires données, éviter la piqûre des moustiques femelles vecteur de transmission du paludisme. » (Focus group des femmes de 35-50 ans, village Guihoyo) Niveau moyen de connaissance)

« Pour prévenir le paludisme, les femmes enceintes doivent éviter les eaux usées, les endroits sales, de manger froid. » (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Fassa) (Faible niveau de connaissance)

« Pour prévenir le paludisme, les femmes enceintes doivent se rendre au centre de santé pour faire la CPN et les médecins peuvent leur conseiller le comportement à adopter pour se protéger du paludisme. Pour prévenir le paludisme, la femme enceinte doit aussi contrôler ce qu'elle mange car elle ne doit pas manger n'importe quoi. Il y a de ces nourritures, si elle les consomme, ça peut être dangereux pour elle. Si elle se rend au centre de santé, les médecins peuvent lui recommander les fruits et légumes qu'elle peut consommer et ce qu'elle doit éviter et lui dire aussi ce qu'il faut faire pour se protéger du paludisme. » (Focus group des hommes de 30-50 ans, village de N'Golobougou) (Niveau de connaissance nul)

## **Synthèse du niveau de connaissance des participants sur les méthodes préventives du paludisme chez les femmes enceintes**

### ❖ Dans le cercle de Bafoulabé :

- à Bamaté, les focus group des femmes de 25-34 ans et des hommes de 30-50 ans ont le niveau de connaissance moyen tandis que ceux des femmes de 15-24 ans et 35-50 ans ont le niveau de connaissance faible.
- à Dialakoto, les focus group des femmes de 25-34 ans et des hommes de 30-50 ans ont le niveau de connaissance moyen. Le focus group des femmes de 15-24 ans a le niveau de connaissance faible tandis que celui des femmes de 35-50 ans a le niveau de connaissance nul.
- à Soriya, tous les focus group ont le niveau de connaissance faible.
- à Tintila, les focus group des femmes de 25-34 ans et 35-50 ans ont le niveau de connaissance moyen tandis que ceux des femmes de 15-24 ans et des hommes de 30-50 ans ont le niveau de connaissance faible.

### ❖ Dans le cercle de Nioro

- à Diawélé Counda, les focus group des femmes de 25-34 ans et des hommes de 30-50 ans ont le bon niveau de connaissance. Le focus group des femmes de 15-24 ans a le niveau de connaissance moyen tandis que celui des femmes de 25-34 ans a le niveau de connaissance faible.
- à Sylla Counda, excepté le focus group des femmes de 25-34 ans qui a le bon niveau de connaissance, tous les autres focus group ont le niveau de connaissance faible.
- à Dédji, les focus group des femmes de 15-24 ans et des hommes de 30-50 ans ont le niveau de connaissance moyen tandis que ceux des femmes de 25-34 ans et 35-50 ans ont le niveau de connaissance faible.
- à Gadiaba Kadiel, tous les focus group ont le niveau de connaissance moyen.

### ❖ Dans le cercle de Kangaba

- à Karan, les focus group des femmes 25-34 ans et des hommes de 30-50 ans ont le niveau de connaissance moyen tandis que ceux des femmes de 15-24 ans et 35-50 ans ont le niveau de connaissance faible.
- à Landé, excepté le focus group des femmes de 15-24 ans qui a le niveau de connaissance moyen, tous les autres focus group ont le niveau de connaissance faible.
- à Kourémalé, les focus group des femmes de 15-24 ans et 25-34 ont le bon niveau de connaissance tandis que ceux des femmes de 35-50 ans et des hommes de 30-50 ans ont le niveau de connaissance moyen.
- à Nougani, excepté le focus group des femmes de 25-34 ans qui a le niveau de connaissance moyen, tous les autres focus group ont le bon niveau de connaissance.

### ❖ Dans le cercle de Kolokani

- à Guihoyo, excepté le focus group des hommes de 30-50 ans qui a le bon niveau de connaissance, tous les autres focus group ont le niveau de connaissance moyen.
- à Fassa, excepté le focus group des femmes de 25-34 ans qui a le bon niveau de connaissance, tous les autres focus group ont le niveau de connaissance faible.
- à N'Golobougou, les focus group des femmes de 25-34 ans et 35-50 ans ont le niveau de connaissance faible. Le focus group des femmes de 15-24 ans a le bon niveau de connaissance tandis que celui des hommes de 30-50 ans a le niveau de connaissance nul.
- à Ourala, les focus group des femmes de 15-24 ans et 25-34 ans ont le bon niveau de connaissance tandis que ceux des femmes de 35-50 ans et des hommes de 30-50 ans ont le niveau de connaissance faible.

### 5.3 Niveau de connaissance des participants sur la période précise de la grossesse pendant laquelle la femme enceinte doit prendre la sulfadoxine pyriméthamine (SP) pour prévenir le paludisme

Pour départager les participants à l'étude en la matière, nous avons choisi deux niveaux de connaissance similaires à la dichotomie oui / non, comme il suit :

- le bon niveau a été attribué aux participants qui ont donné à l'unanimité le quatrième mois de la grossesse.
- le niveau mauvais a été attribué à tous les participants ayant donné toute réponse contraire au quatrième mois.

A partir de ce barème, les résultats suivants ont été obtenus dans les différentes localités investiguées.

#### ❖ Répartition des participants par cercle et par village selon le niveau de connaissance sur la période précise à laquelle la femme enceinte doit prendre la sulfadoxine pyriméthamine (SP) pour prévenir le paludisme

**Tableau XVI.** Répartition des participants du cercle de Bafoulabé par village selon le niveau de connaissance sur la période précise à laquelle la femme enceinte doit prendre la sulfadoxine pyriméthamine (SP) pour prévenir le paludisme

Villages	Bonne réponse	Mauvaise réponse	Total
Bamafélé	Femmes de 15-24 ans	X	
	Femmes de 25-34 ans	X	
	Femmes 35-50 ans	X	
	Hommes de 30-50 ans	X	
Dialakoto	Femmes de 15-24 ans	X	
	Femmes de 25-34 ans	X	
	Femmes 35-50 ans	X	
	Hommes de 30-50 ans	X	
Soriya	Femmes de 15-24 ans	X	
	Femmes de 25-34 ans	X	
	Femmes 35-50 ans	X	
	Hommes de 30-50 ans	X	
Tintila	Femmes de 15-24 ans	X	
	Femmes de 25-34 ans	X	
	Femmes 35-50 ans	X	
	Hommes de 30-50 ans	X	
	<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>

Tous les 16 focus group enregistrés dans le cercle de Bamafélé ont donné la mauvaise réponse quand il s'est agi de trouver la période précise à laquelle la femme enceinte doit prendre la SP pour prévenir le paludisme.

Ce mauvais résultat est rendu par les verbatim qui suivent :

«Nous commençons à trois mois de la grossesse. Certaines femmes commencent au quatrième mois. C'est par manque de moyens que certaines femmes attendent jusqu'au quatrième mois de la grossesse pour commencer la CPN. Il faut se préparer financièrement car il y'aura de l'ordonnance à payer. » (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Bamafélé).

«Quand je suis enceinte, dès le premier mois, je pars au centre de santé jusqu'à ce que ça se confirme que je suis enceinte. Je commence la CPN à 3 mois de grossesse. C'est la matrone qui me conseille cela même si je viens au 2<sup>ème</sup> mois. Si je commence, je continue jusqu'à l'accouchement. » (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Soriya).

**Tableau XVII.** Répartition des participants du cercle de Nioro par village selon le niveau de connaissance sur la période précise à laquelle la femme enceinte doit prendre la sulfadoxine pyriméthamine (SP) pour prévenir le paludisme

Villages		Bonne réponse	Mauvaise réponse	Total
Diawély Counda	Femmes de 15-24 ans	X		
	Femmes de 25-34 ans		X	
	Femmes 35-50 ans		X	
	Hommes de 30-50 ans		X	
Sylla Counda	Femmes de 15-24 ans		X	
	Femmes de 25-34 ans		X	
	Femmes 35-50 ans		X	
	Hommes de 30-50 ans		X	
Dédji	Femmes de 15-24 ans		X	
	Femmes de 25-34 ans		X	
	Femmes 35-50 ans		X	
	Hommes de 30-50 ans		X	
Gadiaba kadiel	Femmes de 15-24 ans		X	
	Femmes de 25-34 ans		X	
	Femmes 35-50 ans		X	
	Hommes de 30-50 ans		X	
	Total	1	15	16

Parmi les 16 focus group réalisés dans le cercle de Nioro :

- Quinze (15) focus group ont donné la mauvaise réponse ;
- Un (1) focus group enregistré auprès des femmes de 15-24 ans dans le village de Diawély Conda a donné la bonne réponse.

Les propos qui suivent illustrent ces différents niveaux de connaissance :

« Les périodes auxquelles la femme enceinte doit prendre la SP pour prévenir le paludisme sont le 4<sup>ème</sup> mois, le 6<sup>ème</sup> mois et le 7<sup>ème</sup> mois de la grossesse. Ce sont les moments de la prise de la SP. » (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Diawély Counda) (Bonne niveau de connaissance)

« Nous demandons à nos belles filles enceintes d'aller au centre de santé. Dès que vous constatez quelque chose, c'est le moment. Pour mois après un mois d'absence des règles, il faut partir à l'hôpital. Puisque certaines femmes ne constatent pas cette absence d'un mois, elles ne savent pas ce qu'elles ont. La solution c'est d'aller au centre de santé. Si je vois que ma belle-fille est enceinte, je lui demande d'aller au centre de santé. » (Focus group des femmes de 35-50 ans, village de Sylla Counda) (Mauvaise niveau de connaissance)

**Tableau XVII.** Répartition des participants du cercle de Kangaba par village selon le niveau de connaissance sur la période précise à laquelle la femme enceinte doit prendre la sulfadoxine pyriméthamine (SP) pour prévenir le paludisme

Villages		Bonne réponse	Mauvaise réponse	Total
Karan	Femmes de 15-24 ans		X	
	Femmes de 25-34 ans	X		
	Femmes 35-50 ans		X	
	Hommes de 30-50 ans		X	
Landé	Femmes de 15-24 ans		X	
	Femmes de 25-34 ans		X	
	Femmes 35-50 ans		X	
	Hommes de 30-50 ans		X	
	Femmes de 15-24 ans		X	

Villages		Bonne réponse	Mauvaise réponse	Total
Kourémalé	Femmes de 25-34 ans		X	
	Femmes 35-50 ans		X	
	Hommes de 30-50 ans		X	
Nougnani	Femmes de 15-24 ans		X	
	Femmes de 25-34 ans		X	
	Femmes 35-50 ans		X	
	Hommes de 30-50 ans		X	
	Total	1	15	16

Dans le cercle de Kangaba, sur les 16 focus group réalisés :

- quinze (15) focus group ont donné la mauvaise réponse à la question ;
- un (1) focus group a donné la bonne réponse (femmes de 25-34 ans à Karan).

Les propos qui suivent illustrent ces différents niveaux de connaissance :

« Je conseille aux femmes enceintes la prise de la SP à 3 mois de la grossesse car ça la protège, elle et son enfant. Moi aussi, je conseille aux femmes enceintes de prendre la SP à 3 mois de la grossesse car le paludisme est grave. Moi, je le conseille à 2 mois de la grossesse (Focus group des femmes de 25-34 ans, village de Nougnani) (Mauvais niveau de connaissance)

« C'est au 4<sup>ème</sup> mois que la femme enceinte doit prendre la SP pour prévenir le paludisme. » (Focus group des femmes de 25-34 ans, village de Karan) (Bon niveau de connaissance)

**Tableau XIX.** Répartition des participants du cercle de Kolokani par village selon le niveau de connaissance sur la période précise à laquelle la femme enceinte doit prendre la sulfadoxine pyriméthamine (SP) pour prévenir le paludisme

Villages		Bonne réponse	Mauvaise réponse	Total
Guihoyo	Femmes de 15-24 ans		X	
	Femmes de 25-34 ans		X	
	Femmes 35-50 ans		X	
	Hommes de 30-50 ans		X	
Fassa	Femmes de 15-24 ans		X	
	Femmes de 25-34 ans		X	
	Femmes 35-50 ans		X	
	Hommes de 30-50 ans		X	
N'Golobougou	Femmes de 15-24 ans		X	
	Femmes de 25-34 ans		X	
	Femmes 35-50 ans		X	
	Hommes de 30-50 ans		X	
Ourala	Femmes de 15-24 ans		X	
	Femmes de 25-34 ans		X	
	Femmes 35-50 ans		X	
	Hommes de 30-50 ans		X	
	Total		16	16

Dans le cercle de Kolokani, tous les 16 focus group réalisés ont donné la mauvaise réponse à la question. Ce mauvais résultat est illustré par les propos suivants :

*«On les sensibilise sur l'utilité de la prise des médicaments du paludisme. On nomme médicament rouge, j'ai reçu deux plaquettes en deux prises seulement pendant ma grossesse. » (Focus group des femmes de 35-50 ans, village de Guihoyo).*

*« On commence à prendre la SP à partir du 3<sup>ème</sup> mois de la grossesse. La prise de la SP commence à partir de la première CPN, peu importe l'âge de la grossesse. Je sensibilise toutes les femmes que je connais pour prise de la SP. » (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de N'Golobougou).*

**Synthèse** sur la connaissance de la période précise de la grossesse pendant laquelle la femme enceinte doit prendre la sulfadoxine pyriméthamine (SP) pour prévenir le paludisme

- Dans le cercle de Bafoulabé, tous les participants à l'étude, quel que soit le village, le sexe et la tranche d'âge ignorent la période indiquée pour la prise de la SP par les femmes enceintes.
- Dans le cercle de Nioro, seules les participantes du focus group des femmes de 15-24 ans connaissent le moment indiqué pour la prise de la SP par les femmes enceintes.
- Dans le cercle de Kangaba, seules les participantes du focus group des femmes de 25-34 ans connaissent la période indiquée.
- Dans le cercle de Kolokani, tous les participants à l'étude, quel que soit le village, le sexe et la tranche d'âge ignorent la période indiquée pour la prise de la SP par les femmes enceintes.

#### **5.4. Reconnaissance par les participants de la pratique de la CCC sur la prévention et/ou la prise en charge du paludisme au centre de santé ou pendant les activités de campagne comme les Journées Nationales de Vaccination (JNV) ou toute autre campagne de masse**

- ❖ **Répartition des participants par cercle, par village selon la reconnaissance de la pratique de la CCC sur la prévention et/ou la prise en charge du paludisme au centre de santé ou pendant les activités de campagne comme les Journées Nationales de vaccination (JNV) ou toute autre campagne de masse**

**Tableau XX:** Répartition des participants du cercle de Bafoulabé par village selon la reconnaissance de la pratique de la CCC sur la prévention et/ou la prise en charge du paludisme au centre de santé ou pendant les activités de campagne comme les Journées Nationales de vaccination (JNV) ou toute autre campagne de masse.

Villages		OUI	Oui, mais seulement posologie	NON	NE SAIS PAS	Total
Bamafélé	Femmes de 15-24 ans	X				
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans	X				
	DTC	X				
	Relais	X				
Dialakoto	Femmes de 15-24 ans		X			
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans		X			
	Hommes de 30-50 ans		X			
	Relais	X				
Soriya	Femmes de 15-24 ans	X				
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans	X				
	Relais	X				
	Femmes de 15-24 ans	X				

Villages		OUI	Oui, mais seulement posologie	NON	NE SAIS PAS	Total
Tintila	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans	X				
	DTC	X				
	Relais	X				
	<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>22</b>

Dans le cercle de Bafoulabé, sur les 22 entretiens réalisés (focus group et entretiens individuels confondus) :

- Dix-neuf (19) entretiens reconnaissent l'effectivité de la pratique de la CCC à l'endroit de la communauté par les agents de santé sur la prévention et /ou la prise en charge du paludisme au centre de santé ou pendant les activités de campagnes comme les Journées Nationales de Vaccination (JNV) ou toute autre campagne de masse.
- Trois (3) entretiens, réalisés à Dialakoto, estiment plutôt que les agents de santé ne font que donner la posologie des médicaments.

Les propos qui suivent illustrent ces deux tendances :

«Ils nous disent de faire dormir nos enfants sous MILD et de leur donner régulièrement les médicaments donnés. Ils nous conseillent de ne pas donner les aliments malsains aux enfants, de nous laver les mains au savon. » (Focus group des femmes de 25-34 ans, village de Soriya) (Reconnaissance de la pratique de la CCC pendant les campagnes de masse par les agents de santé)

«Les agents de santé nous donnent les médicaments et disent comment il faut les prendre. Ils écrivent le nom des enfants, mais il n'y a pas d'autres informations allant dans le sens de la prévention du paludisme. Ils n'expliquent que la posologie du médicament. Ils n'ont pas le temps de donner des informations» (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Dialakoto) (Non reconnaissance de la pratique de la CCC pendant les campagnes de masse par les agents de santé)

**Tableau XXI.** Répartition des participants du cercle de Nioro par village selon la reconnaissance de la pratique de la CCC sur la prévention et/ou la prise en charge du paludisme au centre de santé ou pendant les activités de campagne comme les Journées Nationales de vaccination (JNV) ou toute autre campagne de masse.

Villages		Oui	Oui, mais seulement posologie	Non	Ne sais pas	Total
Diawély Counda	Femmes de 15-24 ans	X				
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans	X				
	DTC	X				
	Relais	X				
Sylla Counda	Femmes de 15-24 ans	X				
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans	x				
	Relais	x				
Dédji	Femmes de 15-24 ans	X				
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans			X		

Villages		Oui	Oui, mais seulement posologie	Non	Ne sais pas	Total
	Relais	X				
Gadiaba kadiel	Femmes de 15-24 ans			X		
	Femmes de 25-34 ans			X		
	Femmes 35-50 ans			X		
	Hommes de 30-50 ans			X		
	DTC	X				
	Relais	X				
	Total	17	0	5	0	22

Dans le cercle de Nioro, sur les 22 entretiens réalisés (focus group et entretiens individuels) :

- Dix-sept (17) reconnaissent l'effectivité de la pratique de la CCC par les agents de santé dans la communauté ;
- Cinq (5) entretiens, au contraire, nient l'effectivité de la pratique de la CCC sans leur localité dont 4 à Gadiaba kadiel et 1 à Dédi.

Les propos qui suivent illustrent ces différentes tendances :

« *Oui, lors de la vaccination, le personnel de santé conseille les femmes de prendre des dispositions pour que le délai de vaccination n'expire pas. J'ai vu un ou deux cas où deux doses ont été inoculées à un enfant le même jour pour donner la leçon aux mères et leur montrer qu'il faut respecter les jours de vaccination. Le personnel sanitaire informe aussi sur les causes de la maladie des enfants, surtout face à l'hygiène, l'environnement, l'alimentation. Ils nous parlent aussi de l'importance de la vaccination sur la santé des enfants. Il y a aussi les informations sur le paludisme. Les relais font des animations sur le paludisme, l'utilisation des moustiquaires imprégnées ainsi que les médicaments qu'on doit prendre pour prévenir le paludisme.* » (Focus group des femmes de 25-34 ans, village de Sylla Counda) (Reconnaissance de la pratique de la CCC pendant les campagnes de masse par les agents de santé)

« *Non, ici les agents de santé ne font pas de causeries. Non je n'ai jamais entendu parler de CCC ici. Non, moi aussi, je ne l'ai jamais vu* » (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Gadiaba Kadiel) (Non reconnaissance de la pratique de la CCC pendant les campagnes de masse par les agents de santé)

**Tableau XXII** : Répartition des participants du cercle de Kangaba par village selon la reconnaissance de la pratique de la CCC sur la prévention et/ou la prise en charge du paludisme au centre de santé ou pendant les activités de campagne comme les Journées Nationales de vaccination (JNV) ou toute autre campagne de masse.

Villages		Oui	Oui, mais seulement posologie	Non	Ne sais pas	Total
Karan	Femmes de 15-24 ans	X				
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans	X				
	DTC	X				
	Relais	X				
Landé	Femmes de 15-24 ans	X				
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans	X				
	Relais	X				
	Femmes de 15-24 ans	X				

Villages		Oui	Oui, mais seulement posologie	Non	Ne sais pas	Total
Kourémalé	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans	X				
	Relais	X				
Nougani	Femmes de 15-24 ans	X				
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans	X				
	Relais	X				
	Total	21	0	0	0	21

Dans le cercle de Kangaba, tous les 21 entretiens réalisés (focus group et entretiens individuels) reconnaissent l'effectivité de la pratique de la CCC dans les localités investiguées.

Les propos suivants illustrent cette reconnaissance de la pratique de la CCC dans les localités concernées par l'étude :

« *Oui, les causeries se font plusieurs fois au centre de santé lors des CPN. On nous dit d'amener tôt les enfants malades au centre.* » (Focus group des hommes de 30-50 ans, village de Karan) (Reconnaissance de la pratique de la CCC pendant les campagnes de masse par les agents de santé)

« *Nous donnons nous-mêmes les informations pendant les causeries. Nous allons même de porte en porte pour sensibiliser la population.* » (EIA, relais de Landé). (Non reconnaissance de la pratique de la CCC pendant les campagnes de masse par les agents de santé)

**Tableau XXIII.** Répartition des participants du cercle de Kolokani par village selon la reconnaissance de la pratique de la CCC sur la prévention et/ou la prise en charge du paludisme au centre de santé ou pendant les activités de campagne comme les Journées Nationales de vaccination (JNV) ou toute autre campagne de masse.

Villages		Oui	Oui, mais seulement posologie	Non	Ne sais pas	Total
Guihoyo	Femmes de 15-24 ans	X				
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans	X				
	DTC	X				
	Relais	X				
Fassa	Femmes de 15-24 ans	X				
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans	X				
	Relais	X				
N'Golobougou	Femmes de 15-24 ans	X				
	Femmes de 25-34 ans	X				
	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans	X				
	DTC	X				
	Relais	X				
	Femmes de 15-24 ans	X				
	Femmes de 25-34 ans	X				

Villages		Oui	Oui, mais seulement posologie	Non	Ne sais pas	Total
Ourala	Femmes 35-50 ans	X				
	Hommes de 30-50 ans	X				
	Relais	X				
	<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>22</b>

Dans le cercle de Kolokani, tous les 22 entretiens réalisés (focus group et entretiens individuels) confirment l'effectivité de la pratique de la CCC dans les localités investiguées. Cette confirmation apparaît dans les interventions suivantes :

« *On assiste souvent à des causeries faites par les ONG et les médecins lors des campagnes de vaccination sur les thèmes comme la prévention du paludisme chez les enfants du moins de cinq ans et les femmes enceintes, l'alimentation des enfants.* » (Focus group des femmes de 25-34 ans du village de Fassa)  
 « *Ils organisent souvent des séances IEC (information éducation sensibilisation) pour prévenir le paludisme. Ils font des causeries éducatives avec tous les parents d'enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. On assiste à des IEC lors des campagnes de vaccination et au cours de nos tontines.* » (Focus group des femmes de 15-24 ans du village de Guihoyo)

**Synthèse de la reconnaissance de la pratique de la CCC sur la prévention et/ou la prise en charge du paludisme au centre de santé ou pendant les activités de campagne comme les Journées Nationales de vaccination (JNV) ou toute autre campagne de masse.**

- ❖ Dans le cercle de Bafoulabé, sur les 22 entretiens réalisés (focus group et entretiens individuels), 19 reconnaissent la pratique de la CCC. Cependant, 3 focus group ne retiennent que l'explication de la posologie des médicaments par les agents de santé.
- ❖ Dans le cercle de Nioro, sur les 22 entretiens réalisés, 17 reconnaissent la pratique la pratique de la CCC par les agents de santé contre 5 qui infirment sa pratique.
- ❖ Dans le cercle de Kangaba, tous les 21 entretiens reconnaissent la pratique de la CCC par les agents de santé.
- ❖ Dans le cercle de Kolokani, tous les 22 entretiens reconnaissent également la pratique de la CCC par les agents de santé.

## **5.5. Itinéraires thérapeutiques et reconnaissance du recours tardif aux soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes atteints de paludisme dans les centres de santé**

Au chapitre précédent, dans toutes les aires de santé concernées par l'étude, la quasi-totalité des participants, quel que soit le statut, le sexe et la tranche d'âge, ont reconnu la pratique effective de la CCC dans les localités couvertes par l'étude. Cependant, malgré cette pratique positive qui, en principe vise à vaincre les perceptions et pratiques traditionnelles néfastes à la santé, à promouvoir le recours précoce aux soins dans les centres de santé, il a été constaté plutôt dans toutes les localités la persistance du recours tardif aux soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes atteints de paludisme dans les centres de santé.

Les données sur le recours tardif aux soins des cibles dans les centres de santé ont été collectées à partir des items suivants :

« Vous, en tant que parents, quel est votre premier recours aux soins quand on est atteint de paludisme ? Lorsque votre enfant de moins de cinq ans est atteint de paludisme ? Lorsque votre belle fille ou une autre femme est atteinte de paludisme ? »

« Les prestataires de soins pensent que : les parents des enfants de moins de cinq ans tardent dans le recours aux soins au centre de santé quand ils sont atteints de fièvres à domicile. Qu'en pensez-vous ?

Que les femmes enceintes tardent de prendre la première dose de la sulfadoxine pyriméthamine (SP) au 4ème mois de grossesse (3 comprimés de SP) ainsi que les 2 autres doses (entre les 5ème et 7ème mois à un mois d'intervalle). Qu'en pensez-vous ? »

Les réponses aux items indiquent que dans toutes les aires de santé concernées, les participants reconnaissent la pratique du recours tardif aux soins des cibles dans les centres de santé. En effet, dans toutes les localités enquêtées, il a été indiqué que pour la quasi-totalité des répondants, le centre de santé est annoncé comme étant le dernier recours aux soins de santé des cibles comme indiqué par les verbatim suivant :

### ➤ Aire de santé de Bamaté

« Notre premier recours est les plantes traditionnelles et du paracétamol. Si ceux-ci s'avèrent inefficaces dans les 48 heures qui suivent, nous finissons par partir au centre de santé. Quand nous sommes atteinte de paludisme, même étant enceintes, notre premier recours est les vieilles femmes qui ont des incantations pour guérir les femmes enceintes mais si la maladie persiste on va au centre de santé. » (Focus group des femmes de 15-24 ans, aire de santé de Bamaté, village de Bamaté)

### ➤ Aire de santé de Mali Sadio

« On commence par lui donner les médicaments traditionnels (Jun, kérékétow) qu'on prépare pour leur donner à boire et à se laver. Ce traitement peut soigner le paludisme. Après 3 jours de traitement traditionnels, si ça ne va pas, alors on l'amène au centre de santé. » (Focus group des hommes de 30-50 ans, aire de santé de Mali Sadio, village de Soriya)

### ➤ Aire de santé de Diawélé Counda

« Si un enfant tombe malade du paludisme, on doit se rendre au centre de santé, mais très généralement, on ne le fait pas. Nous prenons du retard parce qu'on se dit que c'est un réchauffement du corps qui passe. Dans la plupart des cas, à 80 %, on n'amène pas le malade à l'hôpital. Nous essayons de passer par d'autres moyens. C'est seulement au cas où les premiers recours ne marchent pas qu'on amène la personne malade au centre de santé. » (Focus group des hommes de 30-50 ans, aire de santé de Diawélé Counda, village de Diawélé Counda)

➤ **Aire de santé de Gadiaba kadiel**

« Nous donnons d'abord le paracétamol ou le ganidan pour la diarrhée, sinon on l'amène au CSCCom. Ici, on commence par les médicaments traditionnels ou les médicaments que nous avons, c'est après que nous partons au CSCCom. Nous donnons le paracétamol ou « le koumbléni (amoxicilline en gélule) », c'est après que nous partons au CSCCom » (Focus group des femmes de 15-24 ans, aire de santé de Gadiaba Kadiel, village de Déjji)

➤ **Aire de santé de karan**

« Le premier recours c'est l'automédication. C'est après cela que nous allons au centre de santé » (Focus group des hommes de 30-50 ans, aire de santé de Karan, village de Karan)

➤ **Aire de santé de Kourémalé**

« On fait d'abord le traitement traditionnel. » (Focus group des femmes de 35-50 ans, aire de santé de Kourémalé, village de Nougani)

➤ **Aire de santé de Guihoyo**

« On utilise d'abord les médicaments traditionnels. On fait bouillir les feuilles vertes et on donne la décoction à boire aux enfants. On lave aussi les enfants avec la décoction. Avec les femmes enceintes, on utilise aussi les feuilles vertes. Si cela échoue, on amène la personne malade au centre de santé. » (Focus group des femmes de 15-24 ans, aire de santé de Guihoyo, village de Fassa)

➤ **Aire de santé de Nonzombougou**

« Moi, mon premier recours aux soins quand mon enfant est atteint de paludisme, c'est cueillir des feuilles d'arbres dont je lui donne la décoction. Si ça ne va pas, je l'amène au centre de santé. C'est pareil pour moi aussi, quand mon enfant est atteint de paludisme, s'utilise toutes les sortes de médicaments traditionnelles avant de finir au centre de santé. » (Focus group des femmes de 25-34 ans, aire de santé de Nonzombougou, village de Ourala)

## **5.6 Les déterminants du recours tardif aux soins des enfants de moins cinq ans et des femmes enceintes atteints de paludisme dans les centres de santé**

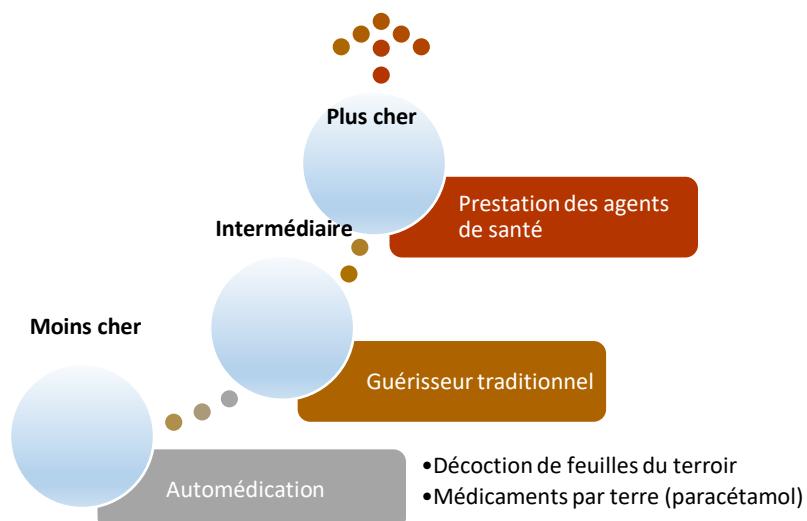
En vue de cerner de manière exhaustive les déterminants du recours tardif aux soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes atteints du paludisme dans les centres de santé, nous nous sommes appuyés sur le logiciel Atlas.ti, bien spécialisé dans le traitement et l'analyse des données d'enquêtes qualitatives. Son option « families » ou création de familles nous a été d'un grand apport. Elle nous a permis de créer six superfamilles ou grandes familles et leurs sous-familles de déterminants en lien avec le recours tardif des cibles aux soins dans les centres de santé concernées par l'étude. Ces superfamilles relatives au recours tardif aux soins dans les centres de santé sont :

1. Déterminants liés à l'économie,
2. Déterminants socioculturels,
3. Déterminants liés aux barrières géographiques,
4. Déterminants liés aux insuffisances dans le fonctionnement du centre de santé,
5. Déterminants liés à l'inconfort et/ou aux effets secondaires des médicaments recommandés aux cibles dans le cadre de la prévention du paludisme.
6. Déterminants individuels liés à la nature de la personne.

Il est cependant nécessaire de signaler que parmi ces six familles de déterminants, aucune n'est en réalité isolée. Par exemple les déterminants individuels liés à la nature de la personne (la paresse, la négligence, la méconnaissance des conséquences du retard tardif aux soins de santé, le fait qu'une jeune femme puisse être enceinte plusieurs mois sans le savoir peuvent avoir des liens logiques soit avec les difficultés économiques, soit avec les déterminants socioculturels, soit avec les barrières géographiques.

### **5.6.1 Déterminants liés aux difficultés financières**

Dans toutes les localités concernées par l'étude, tous les focus group et tous les entretiens individuels approfondis ont avancé les difficultés financières comme le facteurs le plus déterminant du recours tardif aux soins des enfants de moins cinq ans et des femmes atteints de paludisme dans les centres de santé. Pour la majorité des interlocuteurs, le meilleur traitement du paludisme reste les soins apportés par la médecine conventionnelle dans les centres de santé. Ainsi, le recours tardif aux soins de santé, loin d'être un acte volontaire, est fortement lié à des contraintes économiques. En effet, de l'avis des intervenants, face à la pauvreté à laquelle est confrontée la majorité des populations et le coût élevé des prestations dans les centres de santé, les communautés ont développé des stratégies alternatives de soins de santé en fonction des moyens disponibles du moment. Alors, entre la survenue de la maladie et sa prise en charge dans un centre de santé, des choix sont opérés. Ces stratégies vont du moins cher au plus cher selon le schéma suivant :



Donc, à cause de la pauvreté des ménages, le temps entre la survenue de la maladie et le départ de la personne malade dans un centre de santé dépend du temps mis pour réunir les moyens nécessaires à la prise en charge par les agents de santé.

Dans un tel contexte où l'activité principale est l'agriculture, la période de soudure, qui va du mois d'août au mois de septembre pendant lesquels les populations rencontrent d'énormes difficultés pour se nourrir, est le moment de l'année qui enregistre plus de cas de recours tardif aux soins dans les centres de santé et de cas de non fréquentation desdits centres.

Le recours tardif aux soins dans les localités s'explique aussi par la non autonomisation financière de la femme qui reste dépendante du mari dans presque toutes les dépenses concernant le ménage. Cela est si pertinent qu'il a été observé que dans les ménages où la femme a des moyens propres, le recours tardif aux soins dans les centres de santé est évité.

De l'avis des intervenants, la création d'Activités Génératrices de Revenus (AGR) dans la communauté et particulièrement à l'endroit des femmes réduirait significativement le recours tardif aux soins des cibles dans les centres de santé.

Ces facteurs explicatifs du recours tardif aux soins des cibles dans les centres de santé sont corroborés par ces verbatim :

« *Ce reproche des prestataires de la santé est vrai, mais comment on peut partir au centre de santé sachant qu'on n'a pas d'argent pour payer les ordonnances ? Si on n'a pas les moyens financiers, le centre de santé ne peut être que notre dernier recours. Parfois on parvient à avoir un prêt pour les soins de nos enfants mais cela n'est pas toujours évident. Pour les femmes enceintes aussi, c'est lié au manque de moyen. Ce recours tardif aux soins n'est pas volontaire mais une contrainte.* » (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Bamatélé).

« *Je pense que c'est la pauvreté qui est à la base de beaucoup de ces cas de recours tardifs aux soins dans les centres de santé parce que les gens n'ont pas le même moyen financier. Souvent, certains n'ont pas les moyens pour se nourrir et durant ce temps, si l'enfant tombe malade, il faut faire réunir les moyens ; ce qui n'est pas facile.* » (Focus group des hommes de 30-50 ans, village de Diawely Counda)

« *Les maris refusent que leurs femmes fassent la CPN à cause de la pauvreté. Il y a même des couples qui se font la guerre à cause de ça.* » (Focus group des femmes de 25-34 ans du village de Ourala)

### 5.6.2 Déterminants socioculturels

Dans toutes les localités enquêtées, le recours tardif aux soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes a été aussi imputé à un faisceau de déterminants socioculturels dont les plus récurrents sont :

#### La pudeur

Dans le contexte de cette étude, la pudeur est l'attitude qu'adoptent de jeunes qui sont à leur première grossesse. Aussi, éprouvent-elles de la gêne que les gens en soient au courant. Cette attitude, qui consiste à dissimuler leur grossesse, les empêche d'aller au centre de santé tant qu'une grave maladie ne les oblige à y aller. Cette pudeur, qui relève d'un déficit d'éducation sexuelle, est également un signe de méconnaissance des conséquences du recours tardif aux soins dans les centres de santé. Cette attitude de certaines jeunes femmes est dénoncée par ce verbatim :

*Certaines femmes ont honte de faire la CPN à leur première grossesse.* » (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Bamatélé).

### **La prudence**

A côté de la pudeur indexée comme étant un déterminant du recours tardif aux soins des cibles, il existe aussi la prudence, cet autre déterminant vu sous deux angles dont le premier est une attitude que des femmes multipares adoptent pour plusieurs raisons, entre autres les grossesses trop rapprochées, la survenue des cas de mortalité infantile, les croyances ancestrales selon lesquelles les regards maléfiques peuvent interrompre la grossesse font que certaines femmes observent la prudence en évitant que les gens sachent qu'elles sont enceintes avant que la grossesse ne soit véritablement consolidée. Le second angle concerne une catégorie de femmes enceintes qui ont des malaises dès qu'elles montent à bord d'un véhicule. Ces malaises sont surtout le vertige ou le mal de tête et les nausées à cause de l'odeur du carburant. Certaines femmes enceintes pensent aussi que le transport en voiture, à mobylette ou en charrette peut causer une interruption involontaire de grossesse. Toutes ces attitudes sont des déterminants réels du recours tardif aux soins des enfants de moins cinq ans et des femmes enceintes atteints de paludisme dans les centres de santé. Ces affirmations sont étayées par les déclarations suivantes :

*« Auparavant, on cachait la grossesse. Encore aujourd'hui, certaines femmes ne veulent pas que leur grossesse soit dévoilée. Ce qui explique leur retard au centre de santé. » (Focus group des femmes de 35-50 ans, village de Fassa)*

### **Toute maladie soignée au centre de santé récidive**

Même si la majorité des participants sont acquis pour les soins de la médecine conventionnelle du paludisme, certains intervenants estiment toujours que les médicaments provenant de cette médecine ne sont que des calmants qui ne peuvent pas guérir efficacement et durablement une maladie. Les adeptes de cette opinion prônent plutôt les soins de santé à partir de leurs expériences endogènes comme ainsi indiqué :

*« Nous faisons plus confiance à la médecine traditionnelle que moderne car les médicaments modernes ne sont pas curatifs. Ce sont plutôt des calmants. Peut-être que ce sont les agents de santé qui ne sont pas à la hauteur. » (Focus group des hommes de 30-50 ans, village de Bamaféle)*

Cependant, une question mérite d'être posée : Cette attitude très favorable à la médecine traditionnelle est-elle une stratégie d'évitement des dépenses liées aux soins dans les centres de santé pour masquer la pauvreté ou une conviction inconditionnelle ? Sur la question, les investigations méritent d'être approfondies.

### **Faible implication des hommes dans les soins de santé des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes dans les centres de santé**

Ce sous-déterminant socioculturel est considéré aujourd'hui, dans presque toutes les localités enquêtées comme étant un facteur important du recours tardif aux soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes atteints de paludisme dans les centres de santé. En effet, traditionnellement, les femmes bénéficiaient de rites de passage du statut d'adolescente au statut d'adulte qui les préparaient à mieux assurer leurs futures responsabilités conjugales parmi lesquelles, l'initiation à la reconnaissance des plantes endogènes thérapeutiques. Cette initiation permettait aux femmes de se soigner et de soigner leurs enfants contre les maladies courantes du milieu. Dans une telle logique, la gestion traditionnelle de la famille faisait que l'homme était essentiellement chargé d'assurer la sécurité alimentaire. Bien que les mentalités et les pratiques aient évolué, dans certaines localités, des hommes continuent toujours à déléguer le secteur de la santé des enfants et des femmes aux épouses dans un contexte où beaucoup de femmes n'ont pas revenus stables et où le mode de traitement traditionnel du paludisme a atteint ses limites. Cette faible implication des hommes dans les soins de santé des enfants de moins cinq ans et des femmes enceintes est dénoncée dans la déclaration suivante :

*« Si les mères n'ont pas de moyen, il est difficile pour elles d'aller tôt au centre de santé. Ici ce sont les mamans qui s'occupent de leurs enfants malades, nos maris n'accordent pas trop d'importance à la maladie de leurs enfants. »* (Focus group des femmes de 25-34 ans du village de Fassa)

#### **Tout médicament offert gratuitement est inefficace**

L'Etat malien, pour alléger les dépenses des ménages en matière de soins de santé, a pris certaines mesures dont la gratuité de la césarienne, la gratuité des soins du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Cette politique, en théorie salvatrice, est en train de rencontrer des problèmes dans sa mise en œuvre en ce qui concerne l'offre gratuite des médicaments contre la paludisme chez les enfants de moins cinq ans et les femmes enceintes. En effet, dans toutes les localités, il a été avancé que des femmes jettent les médicaments offerts gratuitement au centre de santé. Selon certains interlocuteurs, ce comportement s'explique à partir de ce slogan en vigueur dans certaines localités : « tout médicament donné gratuitement n'a pas de valeur. » de cette attitude se dégage un paradoxe. Tous les participants à l'étude se sont plaints du coût des prestations dans les centres de santé auquel ils ont d'ailleurs imputé le recours tardif des cibles aux soins dans les centres de santé. Pourtant, beaucoup d'entre eux continuent de mettre en cause l'efficacité des produits offerts gratuitement. Pour élucider ce paradoxe, il est nécessaire d'approfondir les investigations sur la question afin d'y trouver des mesures correctives. Le verbatim qui suit étaie cette attitude dénoncée sur le terrain :

*« Les femmes ont confiance au CSCCom car pour d'autres cas de maladie des enfants, elles payent les médicaments prescrits par le médecin. En ce qui concerne cette pratique de jeter les comprimés, cela est dû au fait que c'est gratuit et pour elles ce qui est gratuit n'est pas bon. En Afrique, si le comprimé est gratuit, cela veut dire qu'il n'a pas de valeur. »* (EIA, Relais Sylla Counda)

#### **Faible participation de la femme dans les prises de décision au sein du ménage**

Plusieurs participants ont indexé la faible participation des femmes aux prises de décision dans les ménages comme étant aussi un déterminant du recours tardif aux soins des enfants de moins cinq ans et des femmes enceintes dans les centres de santé. En effet, dans la majorité des communautés malientes, en l'occurrence celles concernées par l'étude, la conscience collective, forgée par les traditions dont les religions, assigne des rôles à la femme et exige qu'elle doive considération et respect à son mari. Alors, toutes les décisions concernant le ménage incombent au mari, même celles ayant trait à la santé de la femme. Dans un tel contexte, la bonne volonté de la femme ne lui permet pas d'éviter le recours tardifs aux soins comme le témoigne ce verbatim :

*« Pour éviter le recours tardif aux soins dans les centres de santé, il faut beaucoup sensibiliser les hommes car sans eux, les femmes ne peuvent rien faire. La femme ne peut aller à l'encontre de son mari, elle ne peut pas prendre une décision sans lui. Même s'il est question de sa propre santé et de la santé de son enfant, la femme ne peut aller au centre de santé sans l'accord de son mari. Il faut alors beaucoup sensibiliser les hommes. »* (Focus group des femmes de 25-34 ans du village de Ourala)

#### **Conflit de génération entre belle-mère et belle-fille**

Au Mali et particulièrement dans les zones étudiées, les traditions restent vivaces. Parmi ces traditions, l'une qui passe pour être un facteur de contrôle et de domination efficace des adultes sur les jeunes, des parents sur leurs enfants et leurs belles-filles est le couple bénédiction/malédiction (privilège des adultes) au nom duquel une mère ou un père peut tout imposer à son fils et à sa belle-fille. C'est ce que certains chercheurs ont nommé « adultocentrisme du conditionnement psychologique à l'acceptation » (Tiéman Coulibaly, 2007).

Ce droit presque absolu, dont disposent les belles-mères, alimente le plus souvent un conflit de génération toujours en défaveur des belles-filles. Ainsi, si la belle-mère, au cours de sa vie féconde, a eu recours à la CPN et à la CPON, sa belle-fille a plus de chance d'en bénéficier. Mais si la belle-mère a bouclé ses maternités sans aller une seule fois au centre de santé, elle supporte mal les absences répétées de sa belle-fille et les dépenses engendrées par une grossesse. A cet égard, ce conflit de génération est un facteur important de

recours tardif aux soins des enfants de moins cinq ans et des femmes enceintes dans les centres de santé dont il faut tenir compte lors des journées de sensibilisation communautaires. Ce conflit de génération comme déterminant du recours tardif aux soins des cibles dans les centres de santé apparaît éloquemment dans la déclaration suivante :

*« Il y a des femmes enceintes qui souhaitent aller au centre de santé, mais leur belle mère s'y oppose. Cette dernière estime qu'elle a accouché de ses enfants en utilisant uniquement des médicaments traditionnels. Alors, elle ne comprend pas pourquoi maintenant on parle de médicaments modernes. La belle-mère dit que pour un rien, les femmes d'aujourd'hui veulent aller au centre de santé ; même si elles ont de légers maux de tête, elles sollicitent la prestation des centres de santé. Pour les vieilles femmes du genre, les jeunes femmes ne font que dilapider l'argent du mari. »* (Focus group des femmes de 15-24 ans du village de Sylla Counda)

#### **Orpaillage**

Au Mali, l'orpaillage est une culture multiséculaire dont la pratique évolue avec le temps. Si traditionnellement sa gestion rigoureuse dans une société collectiviste ne lui permettait pas d'impacter négativement les ménages, aujourd'hui, il en va autrement. En effet, dans les zones de l'étude où l'orpaillage est une tradition (cercle de Kangaba notamment), hommes et femmes valides (que la femme soit enceinte ou pas) quittent très tôt le domicile pour l'orpaillage et ne reviennent que tard la nuit. L'activité est si absorbante qu'elle ne permet ni aux femmes enceintes ni aux enfants de moins de cinq ans atteints de paludisme de bénéficier de manière précoce des soins de santé dans les centres de santé. Dans cette culture, tout ce qui compte, c'est l'espoir de faire une bonne prise d'or d'un moment à l'autre, d'un jour à l'autre, d'un mois à l'autre, d'une année à l'autre. Tout est sacrifié au seul profit de l'orpaillage. Alors, un encadrement des orpailleurs par l'Etat s'avère nécessaire pour mieux organiser ce secteur afin qu'il soit un créneau de développement humain durable. L'orpaillage, comme déterminant au recours tardif aux soins des cibles est dénoncé dans le verbatim qui suit :

*« Le recours tardif aux soins dans les centres de santé est une réalité d'ici. Les enfants sont laissés à eux-mêmes au profit des travaux de l'orpaillage. C'est la négligence des mères. Souvent certains enfants tombent malades durant des jours sans que les parents ne soient au courant car ils quittent tôt le matin et reviennent très tard la nuit. »* (Focus group des femmes de 35-50 ans, village de Kourémalé)

#### **La qualité des relations entre les conjoints**

Selon les informateurs, la qualité des rapports qu'entretiennent les conjoints est un déterminant majeur du recours tardif aux soins des enfants de moins cinq ans et des femmes enceintes dans les centres de santé. En effet, que ce soit dans les ménages sous régime monogamique ou polygamique, mais davantage dans les ménages sous régime polygamique, dans la quasi-totalité des cas, le principal pourvoyeur est le mari qui a l'attitude de gérer son revenu à sa guise, sans obligation du respect des droits des enfants et des femmes. Aussi, l'épouse qui s'entend bien avec son mari a plus de chance, avec son enfant, de bénéficier de soins précoces dans les centres de santé que celle qui entretient avec lui des rapports conflictuels. Comme indiqué dans les verbatim qui suivent :

*« Il y a aussi des ménages où l'attention accordée aux enfants dépend de la qualité des relations entre le père et la mère de l'enfant. Si dans la famille la mère s'entend bien avec son mari elle peut facilement le convaincre pour amener l'enfant malade au centre de santé. Mais les familles dans lesquelles il y a toujours de disputes, ce n'est pas du tout facile pour la femme de convaincre son mari d'amener l'enfant au centre pour le faire soigner. »* (EIA, Relais du village de Ourala)

*« Un facteur qui empêche certaines femmes d'amener les enfants atteints de paludisme assez tôt au centre de santé est le fait qu'elles n'ont pas de respect à l'égard de leur mari. C'est pour cette raison que nous les grands-parents, nous conseillons aux jeunes femmes de respecter les maris dans leur propre intérêt. »* (EIA, Présidente des femmes de Fassa)

### **5.6.3 Déterminants liés aux barrières géographiques**

Dans la quasi-totalité des aires de santé couvertes par l'étude, l'accessibilité aux centres de santé reste toujours un déterminant majeur du recours tardif aux soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes atteints de paludisme. En effet, malgré les efforts consentis par l'Etat malien et ses partenaires pour rapprocher les populations des centres de santé, toujours dans plusieurs localités, la barrière géographique est une réalité soit à cause de la distance (8 à 12 km à parcourir très souvent sans moyen de transport, soit à cause de la distance et l'état défectueux des routes (Dialakoto, Karan, Nougani, N'Golobougou, dédji), soit à cause de l'enclavement causé par le fleuve (Mali Sadio).

Les autorités politiques et sanitaires doivent donc encore développer des stratégies de proximité adéquates afin de trouver une réponse au problème dans les localités concernées. La part du recours tardif des cibles aux soins dans les centres de santé à cause des barrières géographiques est dénoncée dans les verbatim ci-après :

« *L'éloignement du village du centre de santé est aussi un facteur de recours tardif des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes au centre de santé.* » (EIA, Relais, village de Dialakoto)

« *En ce qui concerne les barrières géographiques, ici on a 4 secteurs parmi lesquels il y a un vers Kéniéba qui est à 12 km d'ici. C'est une zone montagneuse avec une très mauvaise route, où il n'y a pas d'ASC ni maternité rurale.* » (EIA, DTC, village de Karan)

« *Ce sont aussi les barrières géographiques qui empêchent beaucoup de patients de venir au centre même s'ils savent que les soins sont gratuits pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Pour traverser le fleuve, il faut payer, il faut payer aussi du carburant pour le moyen de déplacement. Ceci décourage beaucoup aussi.* » (EIA, DTC, Malisadio)

### **5.6.4 Déterminants liés aux insuffisances dans le fonctionnement du centre de santé**

Le fonctionnement du centre de santé a été également cité comme faisant partie des déterminants du recours tardif aux soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes atteintes de paludisme dans les centres de santé dans les aires de santé concernées par l'étude. En effet, dans les localités enquêtées, la suspicion caractérise les rapports entre les agents de santé et la communauté. Cette suspicion porte essentiellement sur les points suivants :

#### **✚ Manque de confiance aux agents de santé**

Des griefs sont formulés contre la compétence des agents de santé dans les localités où il n'y a ni médecin, ni technicien supérieur de santé et dans les localités où le seul DTC n'est appuyé que par des stagiaires.

#### **✚ La mise en question de la qualité des médicaments disponibles au niveau du centre de santé**

Des participants mettent également en doute la qualité des médicaments qui leur sont destinés. Souvent même, certaines personnes se demandent si l'incompétence des agents de santé n'est pas liée à l'inefficacité des médicaments disponibles. Avant que ces griefs ne trouvent une réponse favorable, ces facteurs sont en train d'engendrer au niveau des populations une stratégie d'évitement de certains centres de santé de proximité jugés inefficaces au profit d'autres centres de santé plus éloignés mais jugés plus efficaces. Ce qui est de nature à accentuer le recours tardif aux soins des cibles dans les centres de santé.

#### **✚ Suspicion autour de la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée (MILD)**

Dans toutes les localités enquêtées, les communautés ont exprimé leur mécontentement face à la distribution des MILD. De l'avis des communautés, un jeu de cache-cache se dessine autour de cette distribution. Avant l'arrivée des moustiquaires, les agents de santé procèdent à un recensement des enfants concernés et des femmes enceintes. Cependant, au cours de la distribution, le nombre de moustiquaires donné par ménage est inférieur au nombre de bénéficiaires recensés. Les participants à l'étude estiment ne pas comprendre cet écart et se demandent pourquoi procéder à un recensement sans pouvoir respecter les engagements.

#### **Suspicion autour de la gratuité des soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes atteints de paludisme**

Au Mali, la gratuité des soins du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes a été largement diffusée par les médias. Partout, les agents de santé en parlent. Cependant, les communautés attestent n'en avoir jamais bénéficié car pour toutes les prestations, les agents de santé prescrivent des ordonnances à acheter sans spécifier ce qui gratuit et ce qui ne l'est pas. La question met mal à l'aise les agents de santé qui confirment la gratuité au Mali du traitement curatif du paludisme chez les cibles. Cependant, cette gratuité est mise en difficulté par la dotation très insuffisante des centres de santé en intrants, surtout ceux du paludisme grave. A cause des ruptures fréquentes en intrants nécessaires pour le traitement du paludisme grave, surtout pendant les mois de pic, les populations ne peuvent donc pas bénéficier de ladite gratuité. L'Etat doit donc mieux définir sa politique sanitaire afin que la confiance règne entre les parties prenantes.

#### **Longue attente dans la queue au centre de santé**

Dans les localités rurales où les femmes sont très occupées par les travaux ménagers, surtout dans les ménages sous régime monogamique où l'épouse toute seule a plusieurs choses à faire au cours de la journée, une longue absence du foyer peut engendrer plusieurs problèmes dans le ménage. Dans ce contexte, une longue attente avant d'avoir accès à l'agent de santé peut pousser des femmes surchargées au ménage à différer plusieurs fois le recours aux soins dans le centre de santé, surtout si en plus de l'attente, il y a un long trajet à parcourir. La suspicion entretenue entre populations et agents de santé est corroborée par les verbatim suivants :

« *Nous tardons à cause de nos agents de santé qui ne sont pas compétents. On est obligé d'aller à Nioro. Oui c'est vrai, l'ordonnance coûte très cher ici, c'est pourquoi on va à Nioro. Aidez-nous à trouver de meilleurs agents de santé. Si ça devient compliqué, nous retournons à nos médicaments traditionnels. En plus des agents compétents, il nous faut aussi de bons médicaments.* » (Focus group des hommes de 30-50 ans, village Gadiaba Kadiel)

« *La communauté n'a pas une confiance totale au fonctionnement du centre de santé surtout dans le cadre de la distribution des moustiquaires qui, selon elle, connaît des irrégularités par rapport au nombre de moustiquaires et le nombre de personnes se trouvant dans une famille. Il y a environ deux ans que le village n'a pas bénéficié de la distribution gratuite de moustiquaires. La communauté pense également que les agents de santé ne jouent pas franc jeu en ce qui concerne la prise en charge des enfants qui tombent malades suite à la campagne JNV. La gratuité de la prise en charge des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes n'est pas une réalité selon la communauté.* » (EIA, Relais, village de Dialakoto)

« *Le système de la gratuité des soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes atteints de paludisme existe bien chez nous et c'est sur place aussi, mais le plus souvent, nos intrants partent en rupture à cause de la consommation de nos voisins guinéens, sinon la CTA est gratuite, le TDR et la SP aussi sont gratuits. Même l'artésum est gratuit, mais c'est la rupture qui est fréquente. Il y a très souvent rupture surtout concernant les intrants du paludisme grave parce que, par mois nous n'avons que 100 flacons de Artésum alors que le mois passé seulement on a eu 1680 consultations, sur ces 1680, il y avait plus de 600 enfants.* » (EIA, DTC, village de Kourémalé)

« *Le temps d'attente est trop long. C'est ça qui décourage souvent. Du matin jusqu'à 14 heures, tu es dans le rang alors que tu as tes travaux domestiques qui t'attendent à la maison.* » (Focus group des femmes de 25-34 ans du village de Nougani)

#### **5.6.5 Déterminants liés à l'inconfort et/ou aux effets secondaires des médicaments recommandés aux cibles dans le cadre de la prévention du paludisme**

Dans toutes les localités concernées, les participants ont exprimé des griefs contre les médicaments qui leur sont destinés dans le cadre de la prévention du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes aussi bien dans les centres de santé que lors des Journées Nationales de vaccination. Paradoxalement, ces médicaments et ces vaccinations sensés améliorer la santé des cibles, rendent plutôt

malades des enfants et des femmes enceintes. Les griefs formulés tournent autour des malaises provoqués par la consommation desdits médicaments. Les malaises les plus cités sont: l'accélération du rythme cardiaque, des maux de ventre, des vomissements et du vertige.

Ces malaises, qui engendrent des dépenses supplémentaires non prises en charge par l'Etat mais par les patients eux-mêmes, sont de nature à développer des réticences vis-vis desdits médicaments et des Journées Nationales de Vaccination. Si donc ces réticences ne sont pas contrées à temps, elles peuvent davantage exposer les populations à plusieurs maladies non encore maîtrisées comme la rougeole. Les dits griefs sont exprimés dans les verbatim suivants :

«*Chaque mois, des agents de santé viennent distribuer des médicaments en comprimés de couleur blanche et jaune pour la prévention contre le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans. A mon avis, ceux qui distribuent les médicaments doivent prendre en charge les enfants qui tombent malade à cause de la prise de ces médicaments ; mais ce n'est pas le cas. L'année dernière, mon enfant en a été victime et l'ordonnance qu'on m'a donnée pour le traiter m'a coûté 15 000 FCFA. Je ne pense plus donner ces genres de médicaments à mes enfants.* » (Focus group des femmes de 25-34 ans, village de Soriya)

«*Chez certaines femmes, ces médicaments provoquent des malaises et accélèrent leur rythme cardiaque. C'est pour cette raison qu'elles n'aiment pas les prendre. Certaines femmes refusent ces médicaments à cause de leur odeur.* » Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Bamafélé).

«*Certaines femmes disent que ces médicaments provoquent chez elles des maux de ventre, des vomissements, du vertige. Finalement, les hommes refusent de les conduire au centre de santé pour ne pas multiplier leurs dépenses.* (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Soriya)

#### **5.6.6 Déterminants individuels liés à la nature de la personne**

L'analyse des déterminants indique que des individus sont plus enclins au recours tardif que d'autres, de par leur nature propre, leur compétence de vie. A ce titre, les déterminants individuels avancés se structurent essentiellement autour des deux points suivants :

##### **L'inexpérience de la grossesse**

De l'avis des intervenants, à cause de l'existence de l'éducation sexuelle dans les communautés, de jeunes femmes peuvent être enceintes pendant des mois sans le savoir. Cette inexpérience est un gros risque car elle favorise largement le recours tardif aux CPN qui permettent d'éviter les grossesses à risques.

##### **La paresse, la négligence liée à l'ignorance des conséquences du recours tardif aux soins dans les centres de santé**

Selon les intervenants, la paresse ou la négligence de certaines femmes et de certains hommes peut s'expliquer par la pauvreté ou les barrières géographiques. Par contre, pour d'autres, la négligence ne peut se comprendre que par l'ignorance desdites personnes sur les maladies et les conséquences liées au recours tardif aux soins dans les centres de santé. En effet, certaines femmes, qui ont eu la chance d'avoir une première maternité sans CPN et sans risques majeurs, pensent que toutes les grossesses se ressemblent et se déroulent dans les mêmes conditions. Cette erreur d'appréciation est un autre déterminant du recours tardif aux soins de certaines femmes enceintes.

Par ailleurs, il arrive que des chefs de ménage, qui ont eu la chance de guérir un enfant ou une femme à l'aide d'une plante locale, pensent qu'ils peuvent poursuivre cette pratique avec toutes les maladies contractées par les cibles. Ce qui est aussi une erreur qui favorise le recours tardif aux soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes dans les centres de santé.

Les déterminants individuels du recours tardif aux soins des cibles sont évoqués dans les déclarations suivantes :

« Certaines femmes peuvent passer plusieurs mois sans faire la CPN parce qu'elles ne se rendent pas compte de leur grossesse. » (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Bamatélé).

« Négligence et refus des CPN. Souvent même certaines femmes mangent l'argent donné pour la CPN. » (Focus group des femmes de 35-50 ans du village de Karan)

« Aujourd'hui, je souffre beaucoup pour n'avoir pas fait la CPN. Pendant mes deux dernières grossesses, j'ai accouché sans difficulté aucune, alors je me suis dit que ce n'est pas la peine de faire la CPN en pensant que ça allait être facile comme les deux précédentes. Au moment où je vous parle, je souffre beaucoup de ma grossesse or mon mari m'avait donné 2000 francs pour que j'aile faire la CPN.

Malheureusement, j'ai utilisé autrement ces 2000 francs que mon mari m'avait donnés pour la CPN. Je suis tombée gravement malade ensuite et j'ai eu honte de dire à mon mari que j'ai utilisé autrement l'argent de la CPN. Après quelques jours passés à ma maison, je suis allée au centre de santé pour les soins. Les agents de santé allaient refuser de me recevoir car je n'avais pas le carnet de la CPN, ça n'a vraiment pas été facile. Heureusement, une de mes connaissances est intervenue pour moi et qui a payé mon ordonnance qui s'élevait à plus de 20000 francs. On m'a demandé de faire l'échographie. Je suis vraiment sûre que si j'avais fait la CPN, je n'allais pas souffrir autant. » (Focus group des femmes de 25-34 ans du village de Dialakoto)

### Synthèse des déterminants du recours tardif aux soins des enfants de moins de cinq et des femmes enceintes dans les centres de santé dans aires de l'étude

Dans les aires de santé concernées par l'étude, les participants ont indexé six déterminants majeurs du recours tardif aux soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes. Certains de ces déterminants ont plusieurs composantes.

- Les déterminants liés aux difficultés financières ;
- Les déterminants socioculturels dont les neuf composantes sont les suivantes :
  - la pudeur ;
  - la prudence ;
  - la préférence pour la médecine traditionnelle ;
  - la faible implication des hommes dans les soins de santé des enfants de moins de cinq ans et des enfants enceintes ;
  - l'attitude négative face aux médicaments offerts gratuitement dans les centres de santé ;
  - la faible participation des femmes dans la prise de décision au sein du ménage ;
  - le conflit de génération entre belle-mère et belle-fille ;
  - l'orpailage ;
  - la qualité des rapports qu'entretiennent les conjoints.
- Déterminants liés aux barrières géographiques. Les déterminants spécifiques de ces barrières géographiques sont essentiellement : la distance à parcourir, l'état défectueux des routes, la traversée du fleuve.
- Déterminants liés aux insuffisances observées dans le fonctionnement du centre de santé dont les huit composantes sont :
  - le manque de confiance aux agents de santé ;
  - la remise en question de la qualité des médicaments disponibles au niveau du centre de santé ;
  - la suspicion autour de la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée (MILD) ;
  - la suspicion autour de la gratuité des soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes atteints de paludisme dans les centres de santé ;
  - la longue attente dans la queue au centre de santé malgré la distance et/les travaux ménagers ;

- Déterminants liés à l'inconfort et/ou aux effets secondaires des médicaments recommandés aux cibles dans le cadre de la prévention du paludisme ;
- Déterminants individuels liés à la nature de la personne dont les composantes sont :
  - l'inexpérience de la grossesse faute de l'existence de l'éducation sexuelle ;
  - la paresse, la négligence liée à l'ignorance des conséquences du recours tardif aux soins dans les centres de santé.

## **VI. DISCUSSION**

### **Du niveau de connaissance des enquêtés sur le paludisme :**

De façon générale, le niveau de connaissance des participants est variable, elle passe de moyen à faible. Il n'y a que quelques exceptions où le niveau de connaissance sur le paludisme peut être qualifié de bon. Parfois cela est lié au niveau d'alphabétisation pour certaines jeunes filles qui s'expriment en français ; des fois ce niveau de connaissance est lié à l'expérience pour des femmes âgées (les 25-34 ans et les 35-50 ans) qui sont multipares.

Globalement, les résultats de l'étude prouvent que dans toutes les zones échantillonnées, les populations ne connaissent pas suffisamment les symptômes et les méthodes de prévention du paludisme. Elles ont toujours besoin de formation et d'information complémentaires sur le paludisme et sa prévention chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Cette constatation ne concorde pas avec celle de Mr Ouattara qui, dans sa thèse de 2018 sur les connaissances et pratiques des femmes enceintes sur les mesures préventives du paludisme pendant la grossesse dans le CScom de Koulouba au Mali (Ouattara, 2018) (21). Il rapporte un niveau de connaissance générale des femmes de l'ordre de 96,67% sur le paludisme et sur les mesures préventives de l'ordre de 74,17%.

Cependant, les deux études concordent en ce qui concerne la faible connaissance par les femmes enceintes du nombre de doses adéquates de SP à prendre au cours de la grossesse. Ainsi, Mr Ouattara rapporte une proportion de 8,33% des femmes enceintes déclarant l'adéquation de 3 doses de SP pendant la grossesse pour prévenir le paludisme alors que 70,4% d'entre elles rapportent qu'une seule dose de SP suffirait à prévenir le paludisme.

Cette faiblesse du niveau de connaissance des femmes enceintes sur les mesures préventives contre le paludisme témoigne de la nécessité de renforcer la communication pour le changement de comportement afin que cette couche vulnérable fréquente davantage et précocement les services de prévention anti palustre.

### **Des pratiques et attitudes des participants dans le cadre de la prévention et de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes**

L'ensemble des participants au focus group et aux entretiens individuels reconnaissent, estiment que leurs attitudes et pratiques face au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes consistent d'abord à un recours aux médicaments par terre (paracétamol, anti-inflammatoires, antibiotiques, etc.) ou à la consommation de plantes médicinales (décoctions). Si malgré tout la maladie s'aggrave, c'est en ce moment qu'ils recourent à la médecine moderne. Cet itinéraire thérapeutique est évidemment long et contribue à la survenue de complications.

Cette constatation est partagée par diverses études (Houéto D, 2007 ; Ouattara M. L, 2018 ; Coulibaly B. I., 2012) (15,21,22). Elle peut être liée aux différentes barrières telles économiques, géographiques, culturelles, etc, qu'il est important de d'identifier afin de conduire les approches novatrices payer le paracétamol dans les pharmacies pour un meilleur choix de l'itinéraire thérapeutique.

### **De la confirmation du retard au recours aux soins par les participants:**

Il faut noter que dans notre étude la totalité des participants confirment le retard dans le recours aux soins des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes dans le cadre de la prise en charge du paludisme.

Aurélien FRANCKEL, en 2004 au Sénégal, trouve que le délai de recours aux soins externe varie de 2,6 à 3 jours selon le lieu de recours. Pour l'essentiel, les résultats de son étude mettent en évidence la logique pragmatique des populations et vérifie l'existence de multiples déterminants des comportements de recours aux soins, tout en soulignant la dimension sociale de la prise en charge de la maladie. Concordant avec les

résultats d'autres études auprès de la population Sereer de Niakhar, les observations de FRANCKEL montrent que, pour une morbidité fréquente mais peu grave, la population a une forte pratique de soins à domicile, une faible propension à consulter hors de la concession et une tendance à plus consulter en structure sanitaire qu'auprès de thérapeutes traditionnels (Franckel, 2004) (16). Ce qui confirme nos résultats.

Chaka et col.(23) rapportent que les mères instruites font un recours plus tardif aux soins dans un service de pédiatrie de Bamako en 2012 comparé aux mères non instruites ( $P<0,005$ ). Ils avaient conclu que plus les mères étaient instruites, plus elles avaient fait l'automédication avec une probabilité  $p<0,005$ .

### **Des barrières au recours des soins conventionnels de prévention et de prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes :**

#### **i. Barrières liées à la pauvreté :**

Dans le rapport 2010 de l'OMS, l'excès du paiement direct des coûts dans les formations sanitaires constitue un des trois obstacles majeurs à l'utilisation des services de santé par les populations (Rapport OMS, 2010) (24).

- C'est le déterminant le plus cité par tous les participants à notre étude. En effet, depuis la déclaration de politique sectorielle de santé et de population au Mali, un accent particulier a été mis sur l'instauration du recouvrement directe des coûts et le désengagement progressif de l'Etat qui n'arrivait plus à soutenir toutes les charges héritées de l'époque coloniale. Cette politique a certes des mérites pour avoir permis une extension importante de la couverture sanitaire géographique au Mali depuis trois décennies. Cependant l'utilisation des services par les populations n'est pas pour autant à hauteur de souhait.

Dans le cadre de la prise en charge du paludisme, si les services de santé ne sont fréquentés ou si le recours aux soins à ce niveau se fait en retard, nous assistons à une monté en flèche de l'incidence et la prévalence de cette maladie, mais aussi de la mortalité chez les cibles vulnérables.

Au Cameroun, pour résoudre en parti les problèmes liés à la fréquentation des services de santé par les populations, le gouvernement a initié depuis 2011 le système de Financement Basé sur la performance (FBP). Ainsi sur la base d'indicateurs clés, prioritaires fixés par l'Etat, l'appui financier est dirigé plutôt sur les structures les plus performantes en termes de motivation du personnel de santé et de mise à disposition d'équipements supplémentaires. Cette stratégie a permis une certaine amélioration de l'utilisation des services pouvant atteindre 7% (De Walque, 2017) (25).

Pour Filmer (Filmer, 2002), l'incidence du paludisme est liée à la pauvreté alors que Weil et al (Weil, 2003) montrent que la disparité dans le comportement thérapeutique (recours aux soins) entre les pauvres et les non-pauvres s'explique par le coût élevé des prestations et l'absence de mécanisme de financement basé sur la solidarité (Saidou, 2018)(26).

Au Sénégal, Carine B et col., dans leur étude sur les recours aux soins en cas de fièvre chez l'enfant en pays Sereer, entre contrainte économique et perception des maladies, en 2004, interrogent l'influence de l'économie familiale sur le recours aux soins en cas de fièvre présumée palustre chez l'enfant de moins de 10 ans. Ils trouvent que la situation économique propre à chaque famille ne détermine pas principalement son recours aux soins. Dans un premier temps, les familles ont toutes tendances, quel que soit leur niveau de « richesse », à dépenser le minimum d'argent et à gérer de façon « domestique » la santé de leurs enfants. En revanche, lorsque les parents constatent une aggravation, ils n'hésitent pas à avoir un recours « spécialisé » (guérisseur et dispensaire) dont le choix dépend de leurs perceptions de la maladie. Les représentations populaires banalisent les fièvres qui surviennent pendant l'hivernage et expliquent que le premier temps de la maladie relève de l'automédication domestique alors même que cela augmente le risque d'évolution de la maladie vers un accès palustre grave (Carine B et col., 2004) (27)

## **ii. Barrières socio-culturelles**

Ces déterminants semblent les plus complexes. Dans les localités enquêtées dans notre étude, plusieurs déterminants socioculturels sont évoqués. Ce sont par exemple, la honte, la prudence des femmes enceintes de la découverte de leur état de grossesse, surtout précocement. Cette situation fait appel à plusieurs considérations socio-culturelles (la grossesse renvoie à la sexualité qui reste un tabou et même une honte à sa découverte, des voisins méchants peuvent jeter un mauvais sort pour une mauvaise issue de la grossesse, mieux vaut s'assurer d'abord de la viabilité de la grossesse avant de la faire savoir aux autres ou avant de commencer à faire des dépenses, etc). Certaines femmes ignorent même le début de leur grossesse pendant plusieurs mois.

En outre, nombreux sont encore les parents qui croient plus à la médecine traditionnelle que moderne. En 2007, David Houéto dans son étude sur la Fièvre chez l'enfant en zone d'endémie palustre au Bénin portant sur le thème: « analyse qualitative des facteurs associés au recours aux soins » a conclu ceci : « ne sont amenés aux centres de santé par les parents que les cas de fièvre en phase de complication et en fin d'itinéraire thérapeutique ». Il a alors suggéré que la gestion de la fièvre de l'enfant nécessite une collaboration entre les parents et d'autres secteurs tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du système sanitaire.

Nos résultats sont concordants avec ces différentes études dans la mesure où la totalité des participants ont une pratique thérapeutique de la fièvre, aussi bien chez l'enfant que la femme enceinte, qui utilisent d'abord la médecine traditionnelle ou l'automédication à domicile. C'est après échec et devant l'apparition de complications, que les parents conduisent l'enfant ou la femme enceinte au centre de santé. Cette approche est appliquée presque par toutes les familles, même souvent par les mieux informées. Plusieurs considérations (accueil, relations soignant/soigné et représentations socio-culturelles) pourraient en être à l'origine.

## **iii. Barrières liées à la perception de l'inconfort et/ou au risque encouru à la consommation de certains médicaments destinés aux cibles**

Cette situation concerne principalement la prise des comprimés de fer lors de la CPN et d'amodiaquine pour les enfants de moins de 5 ans lors des campagnes de chimio prévention contre le paludisme saisonnier. L'accueil et les effets secondaires de ces médicaments sont généralement connus, cependant trois faits restent très importants à signaler :

- les femmes enceintes confondent tous les médicaments donnés pendant la CPN avec le fer qui leur cause des vomissements, palpitations, anorexies et d'autres effets secondaires. Pour elles, mieux vaut ne pas fréquenter la CPN pour éviter autant d'effets secondaires.
- certains enfants de moins de 5 ans réagissent souvent à la prise de comprimés d'amodiaquine lors des campagnes de CPS. Ce qui amène souvent les parents au centre de santé avec paiement directe des coûts qui ne sont pas prise en charge par l'Etat (le PNLP) contrairement aux informations précédemment données pendant la campagne de distribution,
- la méfiance de certaines catégories de chefs de famille (surtout des fondamentalistes religieux ou des fanatiques) qui pensent qu'il y a derrière la prise de certains médicaments une volonté cachée des autorités de mener une politique antinataliste dans notre pays.

Toutes ces considérations doivent être prises en compte dans une politique volontariste de sensibilisation à travers l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan intégré de communication.

## **iv. Barrières géographiques**

Presque toutes les études s'intéressant à l'effet de la distance sur l'utilisation des services de santé mettent en évidence une diminution des taux d'utilisation avec l'augmentation de la distance. Mais cette baisse est plus ou moins rapide, selon de nombreuses facteurs, comme le niveau hiérarchique du service, la densité des services, le type de service recherché, le diagnostic, le service et l'âge du malade, son niveau économique, les

voies de communication, la disponibilité des moyens de transports, etc. (Richard J.L, 2001) (11). Monsieur Jean-Luc Richard, dans sa thèse réalisée au Bénin en 2001, met ainsi l'accent sur l'impact que jouent la localisation et la distance qui jouent sur le comportement de recherche de soins d'une population rurale du Moyen-Bénin.

Dans notre étude, les barrières géographiques comme déterminants au recours aux soins de santé sont très importants car augmentent le paiement direct par les malades pour l'accès aux soins. Il s'agit des questions liées à la distance à parcourir, à l'inaccessibilité liée à certaines périodes de l'année comme l'hivernage où plusieurs voies de communication sont coupées par les inondations. C'est le cas par exemple à Bafoulabé où le CSCOM siège à Bafoulabé ville et les villages de Tintila et Soriya derrière le fleuve dont la traversée n'est assurée que par le BAC et les pirogues. Malheureusement la construction du pont n'est pas pour demain et le BAC a des horaires fixes entre 6 heures du matin et 19 heures du soir. Bien que géré par le l'autorité légale qui est le préfet, le BAC ne peut être déplacé la nuit ni pour une urgence obstétricale, ni même pour un accès pernicieux palustre chez un enfant. Il faut trouver des moyens logistiques pour les communautés et les organiser à une bonne utilisation au bénéfice de toutes et de tous.

Cette situation à Bafoulabé devrait faire l'objet de plaidoyer des autorités sanitaires de la localité auprès des politiques, de la société civile, régionales et nationales afin d'y trouver une solution au profit de la santé de la mère et de l'enfant.

#### **v. Barrières liées au fonctionnement des Centres de Santé.**

Au niveau des CSCCom, le personnel n'est ni étoffé, ni outillé aux principes et techniques d'un bon accueil. Cette situation entraîne une sous fréquentation de ces structures sanitaires et un retard aux soins. Et même si certains agents sont mieux outillés, le mouvement de personnel étant un phénomène permanent, les centres de santé précédemment performants amorcent un recul. Il serait louable ici d'assurer la formation continue et de trouver des formes de motivation du personnel capable de les stabiliser. Par ailleurs, les ruptures de stocks de médicaments et autres intrants peuvent constituer un frein à l'accès aux soins.

Dans l'étude de COULIBALY C(23), 85% des mères étaient satisfaites de l'accueil vs 15%. Ce résultat qui est meilleur au notre pourrait être lié au fait qu'il s'agit d'une structure sanitaire urbaine qui recevrait plus d'appui technique en matière de supervision et de formation continue.

Coulibaly B. I. et col. rapportent en 2012, dans sa thèse portant sur les connaissances, attitudes et pratiques face au paludisme de la population de Nanguilabougou et environs dans la commune rurale de Bancoumana, rapporte un accueil jugé bon et chaleureux au service de soins chez 82,4% des mères vs 16,4% de jugements mauvais ou indifférents lorsque Coulibaly Chaka et col, dans leur étude intitulée « Prise en charge des cas de paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans et perception des mères dans un service de pédiatrie à Bamako » trouvent un niveau d'accueil satisfaisant à 85%.

La qualité de l'accueil dans ces deux études semble meilleure, comparées au notre. Cette situation peut être liée aux zones d'étude qui sont respectivement Bancoumana où il existe un centre de recherche sur le paludisme et un milieu hospitalier de Bamako.

#### **vi. Barrières individuelles liées à la nature de la personne**

Des formes de négligences, d'inconsidération de la santé de la mère et de l'enfant ont été signalées à plusieurs endroits. Nous pensons que ce déterminant est en corrélation avec le niveau d'information et d'éducation des communautés. L'ignorance sur les complications et même l'issue fatale de la maladie peuvent également impacter ce comportement. Le rôle de l'orpailleur traditionnel a été évoqué à ce niveau car les époux sont toujours dans les mines d'orpailleur et contribuent très peu à la gestion des problèmes aussi importants comme la santé de la mère et de l'enfant. En effet dès la fin des récoltes, certains chefs de ménage passent toute la saison sèche dans les orpaillages traditionnels en abandonnant presque complètement le domicile conjugal.

## **VII. CONCLUSION**

Les résultats de l'étude indiquent que le niveau de connaissance sur les symptômes du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans se situe entre bon et moyen pour la majorité des participants à l'étude. Tous savent qu'il est possible de prévenir le paludisme chez les cibles. Si le niveau de connaissance sur les méthodes préventives du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans est moyen pour la majorité des participants dans tous les cercles concernés, ceux du cercle de Bafoulabé ont enregistré un niveau de connaissance faible. Il en va de même pour le niveau de connaissance des participants sur les méthodes préventives du paludisme chez les femmes enceintes. Cependant, le niveau de connaissance sur la période précise de la grossesse pendant laquelle la femme enceinte doit prendre le sulfadoxine pyriméthamine (SP) pour prévenir le paludisme est mauvais chez la quasi-totalité des participants dans tous les cercles concernés, même si, dans toutes les localités visitées, la majorité des participants reconnaissent la pratique de la CCC au centre de santé ou pendant les campagnes comme les JNV ou autres campagnes de masse par les agents de santé sur la prévention et/ou la prise en charge du paludisme. Malgré l'effectivité de ces campagnes d'information et de sensibilisation sur la prévention du paludisme, dans toutes les localités, le centre de santé reste le dernier recours des cibles aux soins de santé. Le recours tardif aux soins des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes dans le cadre de la prévention et la prise en charge du paludisme est donc une réalité pour toutes les communautés concernées par l'étude. Ce retard est consécutif à plusieurs déterminants dont les plus importants sont :

- les barrières liées à la pauvreté ;
- les barrières socioculturelles ;
- les barrières liées à la perception de l'inconfort et/ou au risque encouru à la consommation de certains produits destinés aux cibles ;
- les barrières géographiques ;
- les barrières liées au fonctionnement des Centres de Santé ;
- les barrières individuelles liées à la nature de la personne.

## **VIII. RECOMMANDATIONS :**

Aux termes de cette étude nous formulons les recommandations suivantes dont la mise en œuvre par niveau de responsabilité permettra non seulement de diminuer le retard aux recours aux soins de prévention et de prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, mais également d'améliorer de façon générale l'accessibilité et la fréquentation des formations sanitaires pour tous les soins de santé offerts. Il s'agit de :

### **a. Relais et agents de santé communautaires :**

- ✓ Sensibiliser les parents davantage pour qu'ils puissent amener très tôt les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes dans les centres de santé, afin qu'ils puissent bénéficier des soins gratuits de prévention et de prise en charge du paludisme ;
- ✓ Promouvoir la sensibilisation par les pairs ;
- ✓ Sensibiliser et impliquer les hommes dans le suivi du recours précoce aux soins gratuits de prévention et de prise en charge du paludisme des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes ;
- ✓ Regrouper les femmes autour des projets d'activités génératrices de revenus ;

### **b. Directeur Technique du Centre**

- ✓ Insérer des thèmes sur le paludisme dans les séances d'information, d'éducation et de communication (IEC) organisées par le CSCOM y compris les soins gratuits de prévention et de prise en charge des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes;
- ✓ Suivre et corriger s'il y a lieu, l'accueil et l'orientation réservés par les agents de santé aux usagers du CSCOM ;
- ✓ Eviter les ruptures de stocks des médicaments et autres intrants de lutte contre le paludisme dans l'aire de santé par une gestion adéquate des stocks;
- ✓ Impliquer les membres de l'ASCO dans la sensibilisation au niveau des villages sur les avantages financiers et sanitaires du recours précoce aux soins de santé des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes ;
- ✓ Suivre les relais et les ASC dans la mise en œuvre de leurs tâches.

### **c. Médecin Chef de District sanitaire**

- ✓ Former les agents des CSCOM sur le bon accueil des usagers ;
- ✓ Approvisionner en médicaments et intrants de lutte contre le paludisme et suivre la gestion des stocks ;
- ✓ Superviser et monitorer régulièrement les activités des DTC ;

### **d. Directeur Régional de la Santé**

- ✓ Faire une bonne estimation des stocks de médicaments et d'intrants au niveau régional et distribuer les quantités nécessaires aux districts sanitaires ;
- ✓ Suivre régulièrement la mise en œuvre des activités planifiées à tous les niveaux.

### **e. Directeur du PNLP**

- ✓ Eviter les ruptures de stocks de CTA, d'Artésum, de SP, d'Amodiaquine, de MILD.
- ✓ Elaborer et disséminer à tous les niveaux un plan intégré de communication sur les avantages du recours précoce aux soins de prévention et de prise en charge du paludisme chez les couches vulnérables.

### **f. Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales**

- ✓ Elargir le conventionnement à l'Assurance Maladie Obligatoire aux CSCOM et prévoir la même chose à la prochaine mise en place du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) ;
- ✓ Impliquer les médecins dans la sensibilisation auprès des relais et ASC pour que les populations reçoivent des messages clairs et compréhensibles à la faveur d'un recours précoce aux soins de santé

**g. A l'OMVS/PGIRE**

- ✓ Contribuer à l'équipement des centres de santé, la formation des relais et ASC, la mise à disposition de MILD et d'intrants dans la lutte contre le paludisme, auprès des gouvernements et spécifiquement dans les zones de son intervention;
- ✓ Contribuer au financement de l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan intégré (ou le mettre à jour s'il existe) pour renforcer la lutte contre les maladies hydriques dans ses zones d'intervention;
- ✓ Soutenir dans les zones d'intervention du PGIRE des projets de lutte contre la pauvreté à travers la mise en place dans les villages (de microcrédits, de plates-formes multifonctionnelles entre autres) ;
- ✓ Participer régulièrement à l'évaluation des interventions planifiées dans les zones d'intervention.

## **IX. REFERENCES**

1. Le PGIRE | OMVS [Internet]. [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.omvs.org/content/le-pgire-0>
2. OMVS-PGIRE-II – PSIMALI [Internet]. [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.psimali.ml/omvs-pgire-ii/>
3. PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2013-2017 [Internet]. [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: <http://mail.cnom.sante.gov.ml/docs/PStrag%202013-17PNLP.pdf>
4. Evaluation finale des indicateurs du paludisme dans le bassin du fleuve Sénégal (District de Kayes – Mali). :105.
5. Ndiaye EHM. L’EXPÉRIENCE DE L’OMVS:UN CAS D’ÉCOLE POUR UNE MISE EN ŒUVRE DU NEPAD. :17.
6. SAMSON I. « Le faible recours aux soins de santé au Burkina Faso : Le cas des femmes Yadse dans la région Nord » Thèse de Brigitte Lombo [Internet]. Sociologie. [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: [https://sociologie.univ-nantes.fr/navigation/le-faible-recours-aux-soins-de-sante-au-burkina-faso-le-cas-des-femmes-yadse-dans-la-region-nord-these-de-brigitte-lombo-1039940.kjsp?RH=SOCIOLOGIE\\_FR1](https://sociologie.univ-nantes.fr/navigation/le-faible-recours-aux-soins-de-sante-au-burkina-faso-le-cas-des-femmes-yadse-dans-la-region-nord-these-de-brigitte-lombo-1039940.kjsp?RH=SOCIOLOGIE_FR1)
7. Annuaire statistique 2015 Mali [Internet]. [cité 21 mars 2017]. Disponible sur: [http://www.sante.gov.ml/index.php/nep-mali/item/download/402\\_8682fcfd9820f7b7f120514f4d0480c8](http://www.sante.gov.ml/index.php/nep-mali/item/download/402_8682fcfd9820f7b7f120514f4d0480c8)
8. ANNUAIRE STATISTIQUE 2018 DU SYSTEME LOCAL D’INFORMATION SANITAIRE DU MALI [Internet]. [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.sante.gov.ml/docs/AnnuaireSLIS2018VFdu27avril.pdf>
9. ANALYSE SITUATIONNELLE DU SYSTEME D’INFORMATION SANITAIRE DU MALI Juillet 2014 [Internet]. [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: [http://mali.countrystat.org/fileadmin/user\\_upload/countrystat\\_fenix/congo/docs/Annuaire%20Statistique%202013\\_VF.pdf](http://mali.countrystat.org/fileadmin/user_upload/countrystat_fenix/congo/docs/Annuaire%20Statistique%202013_VF.pdf)
10. Organisation mondiale de la santé. World malaria report 2018. 2018.
11. Richard J-L. Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Ouessè (Bénin). :1134.
12. Kassile T, Lokina R, Mujinja P, Mmbando BP. Determinants of delay in care seeking among children under five with fever in Dodoma region, central Tanzania: a cross-sectional study. *Malar J*. 3 sept 2014;13(1):348.
13. Tiendrebéogo J, Drabo MK, Saizonou J, Soglohou CT, Paraïso NM, Sié A, et al. Facteurs associés à la faible couverture du Traitement Préventif Intermittent chez les femmes enceintes de la zone sanitaire béninoise de Pobè-Adja-Ouèrè-Kétou. *Sante Publique (Bucur)*. 24 mars 2015;Vol. 27(1):99-106.
14. Filmer D. Fever and its treatment among the more and less poor in sub-Saharan Africa. *Health Policy Plan*. 1 nov 2005;20(6):337-46.
15. Houéto D, d’Hoore W, Ouendo EM, Hounsa A, Deccache A. Fièvre chez l’enfant en zone d’endémie palustre au Bénin : analyse qualitative des facteurs associés au recours aux soins. *Sante Publique (Bucur)*. 2007;Vol. 19(5):363-72.
16. Franckel A. LES COMPORTEMENTS DE RE COURS AUX SOINS EN MILIEU RURAL AU SENEGAL. Le cas des enfants fribiles à Niakhar. :466.
17. Sirima SB, Konaté A, Tiono AB, Convelbo N, Cousens S, Pagnoni F. Early treatment of childhood fevers with pre-packaged antimalarial drugs in the home reduces severe malaria morbidity in Burkina Faso. *Trop Med Int Health*. 2003;8(2):133-9.
18. Kayes CU. PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT SOCIAL, ECONOMIQUE ET CULTUREL DE LA COMMUNE URBAINE DE KAYES 2011 – 2015. :68.
19. PROGRAMME CADRE DE REFERENCE POUR LES PROJETS ET PROGRAMMES DE SECURITE Alimentaire et nutritionnelle [Internet]. [cité 10 févr 2020]. Disponible sur: <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/mli145842.pdf>
20. Mali • Fiche pays • PopulationData.net [Internet]. PopulationData.net. [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.populationdata.net/pays/mali/>

21. Ouattara ML. CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES FEMMES ENCEINTES sur les mesures Préventives DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE dans le CSCOM DE KOULOUBA. Thèse Médecine 2018. 2018;89.
22. COULIBALY BI, DIOP S. CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES FACE AU PALUDISME DE LA POPULATION DE NANGUILABOUGOU ET ENVIRONNANTS DANS LA COMMUNE RURALE DE BANCOUMANA (CERCLE DE KATI, KOULIKORO, MALI). :83.
23. Prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans et perception des mères dans un service de pediatrie a Bamako. [Internet]. [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.malimedical.org/2012/1c.pdf>
24. OMS | Rapport sur la santé dans le monde 2010 [Internet]. WHO. [cité 10 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/whr/2010/fr/>
25. De Walque DBCM, Robyn PJ, Saidou H, Sorgho G, Steenland MW. Looking into the performance-based financing black box: evidence from an impact evaluation in the health sector in Cameroon [Internet]. The World Bank; 2017 août [cité 9 févr 2020] p. 1-82. Report No.: WPS8162. Disponible sur: <http://documents.worldbank.org/curated/en/834601502391015068/Looking-into-the-performance-based-financing-black-box-evidence-from-an-impact-evaluation-in-the-health-sector-in-Cameroon>
26. Sai H. Pauvreté, paludisme et réformes des systèmes de santé en Afrique: trois études appliquées au Cameroun. :227.
27. Tiéman Coulibaly, 2007, Impacte de l'adultocentrisme sur la qualité de vie des jeunes urbains et périurbains de Bamako, Thèse de doctorat de l'université de Bamako, République du Mali
28. Baxterres C, Le Hesran J-Y. Recours aux soins en cas de fièvre chez l'enfant en pays Sereer au Sénégal entre contrainte économique et perception des maladies. Sci Soc Santé. 2004;22(4):5-23.

## X. ANNEXES

Les outils de collecte des données, le rapport de formation des enquêteurs, superviseurs et le rapport de synthèse de la collecte des données sont des annexes qui ont été envoyées à part.

### Répartition des participants par cercle et par village selon les déterminants du recours tardif aux soins des enfants de moins de cinq et des femmes enceintes atteints de paludisme dans les centres de santé

**Tableau XXVIII.** Répartition des participants du cercle de Bafoulabé par village selon les déterminants du recours tardif aux soins des enfants de moins de cinq et des femmes enceintes atteints de paludisme dans les centres de santé

Villages		Déterminants liés aux difficultés financières	Déterminants socioculturels	Barrières géographiques	Fonctionnement du centre de santé	Inconfort/effets secondaires des produits	Déterminants individuels	Total
Bamafélé	Femmes de 15-24 ans	<b>X</b>	<b>X</b>			<b>X</b>	<b>X</b>	
	Femmes de 25-34 ans	<b>X</b>	<b>X</b>					
	Femmes 35-50 ans	<b>X</b>						
	Hommes de 30-50 ans	<b>X</b>	<b>X</b>				<b>X</b>	
	DTC	<b>X</b>					<b>X</b>	
	Relais	<b>X</b>				<b>X</b>		
	Présidente des femmes	<b>X</b>						
Total		<b>7</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>15</b>
Dialakoto	Femmes de 15-24 ans	<b>X</b>						
	Femmes de 25-34 ans	<b>X</b>						
	Femmes 35-50 ans	<b>X</b>	<b>X</b>					
	Hommes de 30-50 ans	<b>X</b>						
	Relais	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	
	Présidente des femmes	<b>X</b>						
Total		<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>11</b>

Villages		Déterminants liés aux difficultés financières	Déterminants socioculturels	Barrières géographiques	Fonctionnement du centre de santé	Inconfort/effets secondaires des produits	Déterminants individuels	Total
Soriya	Femmes de 15-24 ans	X				X		
	Femmes de 25-34 ans	X						
	Femmes 35-50 ans	X						
	Hommes de 30-50 ans	X						
	Relais	X						
	Présidente des femmes	X						
Total		6	0	0	0	1	0	7
Tintila	Femmes de 15-24 ans	X				X		
	Femmes de 25-34 ans	X				X		
	Femmes 35-50 ans	X						
	Hommes de 30-50 ans	X						
	DTC	X						
	Relais	X		X				
Total		7	0	2	0	2	0	11
<b>Totaux des réponses</b>		<b>26</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>44</b>

**Tableau XXVIII.** Répartition des participants du cercle de Nioro par village selon les déterminants du recours tardif des enfants de moins de cinq et des femmes enceintes atteints de paludisme aux soins dans les centres de santé

Villages		Déterminants liés aux difficultés financières	Détermi nants socioculturels	Barrière s géogra phiques	Fonctio nnement du centre de santé	Inconf ort/ effets second aires des produi ts	Déter mina nts indivi duels	Total
Diawély Counda	Femmes de 15-24 ans	X						
	Femmes de 25-34 ans	X						
	Femmes 35-50 ans	X						
	Hommes de 30-50 ans	X			X			
	DTC	X	X		X			
	Relais	X						
	Présidente des femmes	X						
Total		7	1	0	2	0	0	10
Sylla Counda	Femmes de 15-24 ans	X					X	
	Femmes de 25-34 ans	X						
	Femmes 35-50 ans	X						
	Hommes de 30-50 ans	X			X			
	Relais	X	X			X		
Total		5	1	0	1	1	1	9
Dédji	Femmes de 15-24 ans	X						
	Femmes de 25-34 ans	X						
	Femmes 35-50 ans	X						
	Hommes de 30-50 ans	X	X					
	Relais	X		X				
	Présidente des femmes	X		X				
Total		6	1	2	0	0	0	9
	Femmes de 15-24 ans	X						

Villages		Déterminants liés aux difficultés financières	Déterminants socioculturels	Barrières géographiques	Fonctionnement du centre de santé	Inconfort/effets secondaires des produits	Déterminants individuels	Total
Gadiabakadiel	Femmes de 25-34 ans	X						
	Femmes 35-50 ans	X						
	Hommes de 30-50 ans	X			X			
	DTC	X						
	Relais						X	
	Total	5	0	0	1	0	1	7
<b>Totaux des réponses</b>		23	3	2	4	1	2	35

**Tableau XXIX.** Répartition des participants du cercle de Kangaba par village selon les déterminants du recours tardif des enfants de moins de cinq et des femmes enceintes atteints de paludisme aux soins dans les centres de santé

Villages		Déterminants liés aux difficultés financières	Déterminants socioculturels	Barrières géographiques	Fonctionnement du centre de santé	Inconfort/effets secondaires des produits	Déterminants individuels	Total
Karan	Femmes de 15-24 ans	X	X					
	Femmes de 25-34 ans	X	X					
	Femmes 35-50 ans	X						
	Hommes de 30-50 ans	X						
	DTC	X	X		X			
	Relais	X						
<b>Total</b>		6	3	0	1	0	0	10
Landé	Femmes de 15-24 ans	X	X					
	Femmes de 25-34 ans	X	X					
	Femmes 35-50 ans	X	X					
	Hommes de 30-50 ans	X						
	Relais	X						

Villages		Déterminants liés aux difficultés financières	Déterminants socioculturels	Barrières géographiques	Fonctionnement du centre de santé	Inconfort/effets secondaires des produits	Déterminants individuels	Total
	Présidente des femmes	X						
	Total	6	3	0	0	0	0	9
Kourémalié	Femmes de 15-24 ans	X						
	Femmes de 25-34 ans	X						
	Femmes 35-50 ans	X	X					
	Hommes de 30-50 ans	X						
	DTC	X			X			
	Relais	X	X					
	Présidente	X						
	Total	7	2	0	1	0	0	10
Nougani	Femmes de 15-24 ans	X						
	Femmes de 25-34 ans	X		X	X			
	Femmes 35-50 ans	X		X				
	Hommes de 30-50 ans	X	X					
	Relais	X		X				
	Présidente des femmes	X						
	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11</b>
	<b>Totaux des réponses</b>	<b>25</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>41</b>

**Tableau XXX.** Répartition des participants du cercle de Kolokani par village selon les déterminants du recours tardif des enfants de moins de cinq et des femmes enceintes atteints de paludisme aux soins dans les centres de santé

Villages		Déterminants liés aux difficultés financières	Déterminants socioculturels	Barrières géographiques	Fonctionnement du centre de santé	Inconfort/effets secondaires des produits	Déterminants individuels	Total
	Femmes de 15-24 ans	X						

Villages		Déterminants liés aux difficultés financières	Déterminants socioculturels	Barrières géographiques	Fonctionnement du centre de santé	Inconfort/effets secondaires des produits	Déterminants individuels	Total
Guihoyo	Femmes de 25-34 ans	X					X	
	Femmes 35-50 ans	X						
	Hommes de 30-50 ans	X						
	DTC	X						
	Relais	X						
	Présidente des femmes	X						
Total		7	0	0	0	0	1	8
Fassa	Femmes de 15-24 ans	X						
	Femmes de 25-34 ans	X					X	
	Femmes 35-50 ans	X	X				X	
	Hommes de 30-50 ans	X	X					
	Relais	X	X					
	Présidente des femmes	X						
Total		6	3	0	0	0	2	11
N'Golobo ugou	Femmes de 15-24 ans	X				X		
	Femmes de 25-34 ans	X	X					
	Femmes 35-50 ans	X				X		
	Hommes de 30-50 ans	X		X				
	DTC	X						
	Relais	X						
Total		7	1	1	0	1	0	10
Ourala -	Femmes de 15-24 ans	X	X					
	Femmes de 25-34 ans	X	X					
	Femmes 35-50 ans	X				X	X	

Villages		Détermi nants liés aux difficult és financière s	Détermi nants sociocul turels	Barrières géogra phiques	Fonctio nnement du centre de santé	Inconfor t/ effets secondai res des produits	Déter minant s individ uels	Total
	Hommes de 30-50 ans	X						
	Relais	X	X				X	
	Présidente des femmes	X	X				X	
Total		6	4	0	0	1	3	14
Total des réponses		26	8	1	0	3	6	<b>44</b>