

UNIVERSITÉ YAMBO OUOLOGUEM DE BAMAKO UYOB (ex-ULSHB)

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



En vue de l'obtention du diplôme de Master en Anthropologie de la Santé
Option « Société, Culture et Développement »

*

THEME

**Analyse des contraintes liées à l'accès aux soins contre le paludisme
chez les populations dans l'aire de santé de Safo/Cercle de Kati**

Présenté par : Moulaye COULIBALY

Dirigé par :

Pr Laurent VIDAL, Anthropologue, Directeur de recherche (IRD)

Membre du Jury :

1. Pr Yaouaga Félix KONE, Directeur de recherche, Anthropologue (ISH) **Président**
2. Dr Issa DIALLO, Maître de conférences, Sociologue de la santé (UYOB) **Rapporteur**

Année universitaire 2025 – 2026



LABORATOIRE MIXTE INTERNATIONAL
MACOTER
RECONFIGURATIONS MALIENNES
COHÉSIONS - TERRITOIRES - DÉVELOPPEMENT



**Analyse des contraintes liées à l'accès aux soins contre le paludisme chez les populations
dans l'aire de santé de Safo/Cercle de Kati**

DEDICACE :

A mon père (feu Porzié COULIBALY).

Remerciements

Tout au long de cette formation en Master SOCDEV au Laboratoire Mixte-International (LMI-MaCoTer) qui sera sanctionnée par ce mémoire, nous avons bénéficié des conseils pédagogiques, psychologiques et des appuis techniques et financiers de nombreuses personnes et de structures auxquelles nous tenons ici à exprimer notre profonde gratitude.

Ainsi nos remerciements sincères vont à :

Toutes les Universités de Bamako en occurrence l'Université Yambo OUOLOGUEM de Bamako (UYOB), l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), le Laboratoire Mixte International (LMI-MaCoTer) et tous leurs personnels respectifs pour leur dévouement à la réalisation de notre formation,

Monsieur Laurent Vidal, Directeur de recherche à l'IRD, qui malgré ses multiples tâches, n'a ménagé aucun effort pour diriger ce travail. Que vous trouviez ici Cher Professeur l'expression de notre sincère reconnaissance,

Tous les professeurs du LMI-MaCoTer pour leur formation de qualité dans le souci de nous préparer pour une bonne carrière professionnelle,

Tous les Chercheurs du Malaria Research and Training Center (MRTC) de la Faculté de Pharmacie de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako,

Monsieur Abdoulaye DJIMDE, Professeur Titulaire Maître de Recherche au MRTC, pour vos appuis à la formation des jeunes, qu'il trouve ici notre reconnaissance,

Monsieur Issaka SAGARA, Professeur Titulaire, Maître de Recherche au MRTC, pour ses accompagnements financiers et techniques. C'est le lieu pour nous d'exprimer notre profonde gratitude. Qu'Allah vous récompense pour vos bienfaits.

Docteur Abdoul Karim DOUMBIA, Anthropologue pour ses efforts aux différentes démarches de mon inscription au LMI-MaCoTer.

Monsieur Samba DIARRA, Sociologue et Chercheur au Centre Universitaire de Recherche Clinique (UCRC) qui m'a initié à l'Ethique de la Recherche et à la recherche de terrain. Veuillez reconnaître Cher Maître, notre profonde gratitude pour votre partage d'expérience.

Docteure Hawa Niélé DIARRA, Médecin Chercheure et Spécialiste en Santé Publique pour les encouragements et les motivations pour la formation approfondie.

Dr Mady Cissoko, Médecin-Chercheur au PNLN pour la mise en disposition de certains documents,

Tous les étudiants en Master SOCDEV du LMI-MaCoTer et singulièrement à notre Délégué Monsieur Wangara Badian Albadian pour les informations nous concernant,

Toute la population de l'aire de santé communautaire de Safo pour leur participation à nos entretiens individuels et des discussions de groupes sans eux ces données ne sauraient guère collectées,

Tout le personnel du centre de santé communautaire de Safo pour leur disponibilité, qu'il trouve ici notre profonde gratitude,

Aux relais communautaires Messieurs Mafing DIARRA, Djokélé DIARRA, Yiriba NIARE, Madou TOUKOUTE, Tiékoura NIARE, Djénéba, Naniouma pour vos appuis dans la mobilisation des participant (es) afin que nous puissions nous entretenir avec toutes ces personnes.

Toute personne ayant contribué à notre formation ou participé soit d'une façon ou d'une autre de loin ou de près à l'élaboration de ce mémoire.

Listes des acronymes et abréviations

AGR	Activités Génératrices de Revenu
ANAM	Agence Nationale d'Assistance Maladie
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASC	Agent de Santé Communautaire
CPS	Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CSRéf	Centre de Santé de Référence
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisine
DHIS2	District Health Information Software version 2
DTC	Directeur Technique du Centre
EPC	Epargne pour le Changement
GSAN	Groupe de Soutien aux Activités de Nutrition
LAV	Lutte Anti Vectorielle
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNLP	Programme National de Lutte Contre le Paludisme
PSN	Plan Stratégique National
RSU	Registre Social Unifié
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
SP+AQ	Sulfadoxine Pyriméthamine plus l'Amodiaquine
TDR	Test de Diagnostic Rapide

Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Données sur le paludisme dans l'aire de santé de Safo des années 2019, 2020 et 2021.....	21
Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des participants (es) aux entretiens individuels approfondis (EIA).....	XIX
Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques des participants (es) aux Focus group discussion.....	XX
Figure 1 : Carte de la Commune rurale de Safo.....	18
Figure 2 : Graphique sur l'incidence du paludisme dans l'aire de santé de Safo des années 2019, 2020 et 2021.....	21
Figure 3 : Sociogramme de réseau de l'aire de santé de Safo.....	33
Figure 4 : Sociogramme d'influence relatif à la santé des villages de Safo, Falayan, Sériwala, Kodialani, Dabani et Sirababougou.....	36
Figure 5 : Sociogramme d'influence relatif à la santé du village de Torodo.....	37
Figure 6 : Sociogramme d'influence relatif à la santé des villages de Chodo, Kola, Zorokoro.....	38
Figure 7 : Sociogramme d'influence relatif à la santé des villages de Tassan et Somabougou.....	39
Figure 8 : Sociogramme d'influence relatif à la santé du village de Tassan.....	40
Figure 9 : Sociogramme d'influence relatif à la santé du village de Dognoumana.....	41

Table des matières

DEDICACE :	I
Remerciements.....	II
Listes des acronymes et abréviations	IV
Liste des tableaux et figures.....	V
Résumé.....	X
Abstract	XI
Introduction	1
Contexte et justification	3
Vision :.....	3
La mission :.....	3
But :.....	4
Les objectifs :.....	4
Les valeurs et principes :.....	4
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE.....	6
Chapitre I : Cadre théorique.....	7
1. Problématique	7
1.1. Question principale	8
1.2. Questions secondaires.....	9
1.3. Hypothèses de recherche.....	9
1.4. Objectif général.....	9
1.5. Objectifs spécifiques.....	9
2. Revue de la littérature	9
3. Définition des termes	13
4. Les approches théoriques	15

4.2. Approche économique et politique	15
4.3. Approche géographique	15
Chapitre II : Méthodologie.....	17
1. Présentation du site de l'étude.....	17
2. Centre de santé communautaire de Safo, une utilité cruciale pour les populations.....	17
3. Aire de santé de Safo, un épicode du paludisme	18
3.1. Conditions géo-climatiques idéales pour le vecteur.....	18
4. Approches utilisées	22
5. Instruments.....	22
6. Techniques	22
7. Méthode d'analyse des données.....	23
8. Aspects éthiques.....	23
9. Difficultés rencontrées et solutions adaptées	23
10. Gestion des données.....	24
DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE	25
Chapitre III : Connaissances et canaux d'information des populations sur le paludisme.....	26
1. Connaissances des populations du paludisme.....	26
1.1. Les causes du paludisme selon les membres de la communauté	26
2. Les manifestations du paludisme chez l'être humain avant toute consultation médicale selon les populations.....	28
3. Conséquences du paludisme selon les populations de l'aire de santé de Safo.....	29
3.1. Les conséquences physiques du paludisme.....	29
3.2. Les conséquences sociales du paludisme	30
3.3. Les conséquences économiques du paludisme pour la famille et pour la communauté ..	31
3.4. Les conséquences psychologiques du paludisme.....	31

4.	Canaux d'information du paludisme	32
5.	Canaux d'information des populations sur le paludisme et les cadres d'échange	33
5.1.	Canaux d'information des populations sur le paludisme	33
5.2.	Cadres d'échange des populations sur le paludisme	34
Chapitre IV : Dynamisme des populations et contraintes liées à l'accès aux soins.....		35
1.	Dynamisme des populations	35
1.1.	Villages de Safo, Falayan, Sériwala, Kodialani, Sirababougou et Dabani.	35
1.2.	Village de Torodo	37
1.3.	Villages de Chodo, Kola, Zorokoro	38
1.4.	Village de Somabougou	39
1.5.	Village de Tassan	39
1.6.	Village de Dognoumana.....	40
1.7.	Synthèse	41
2.	Un potentiel de soins limité par de multiples contraintes	42
2.1.	Les contraintes environnementales liées à la lutte contre le paludisme.....	42
2.2.	Les contraintes socioculturelles liées à la lutte contre le paludisme.....	46
2.3.	Dans le domaine économique	52
2.4.	L'accès aux soins au centre de santé de Safo : une étude de cas	54
2.5.	Les capacités du centre de santé de Safo en matière de référence d'évacuation	56
2.6.	Les capacités de l'ASACO en matière de gestion du centre de santé de Safo.....	56
3.	Les contraintes en matière de mise en œuvre de la politique de lutte contre le paludisme ...	57
Conclusion.....		65
Bibliographie.....		68
Les annexes		XIV

Guide d'entretien approfondi pour les Prestataires de santé	XV
Guide : (entretiens individuels et Focus-group) Membres de la communauté	XVII
Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des participants (es) aux entretiens individuels approfondis (EIA)	XIX
Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques des participants (es) aux Focus group discussion.	XX

Résumé

Le présent document porte sur l'étude des contraintes liées à l'accès aux soins contre le paludisme chez les populations de l'aire de santé communautaire de Safo. Elles sont entre autres, les contraintes environnementales, socioculturelles, économiques et techniques liées à la prévention et à la prise en charge du paludisme et les capacités du centre de santé en matière de lutte contre cette pathologie. Il s'agit d'expliquer comment celles-ci traduisent de la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le paludisme dans l'aire de Santé Communautaire (CSCoM) de Safo/District sanitaire de Kati.

Pour ce faire, une étude qualitative a été adoptée avec l'utilisation des guides à travers des entretiens individuels avec des prestataires de santé et auprès des populations résidant dans la zone. Vingt-six (26) entretiens individuels ont été réalisés répartis entre treize hommes et treize femmes de l'aire de santé de Safo. Deux autres entretiens ont été réalisés avec deux prestataires de santé et un entretien individuel avec un membre de l'ASACO. Des discussions de groupes focalisées ont été animées réparties comme suit : sept focus avec des femmes mariées et six (06) autres avec des hommes mariés.

Après les résultats, il ressort que les populations connaissent des contraintes diverses dans l'accès aux soins de santé.

Pour certaines, il y a le facteur géographique qui les défavorise à travers la distance, l'état des routes notamment la dégradation des routes reliant celles-ci au CSCoM. Ils ont tous en commun des contraintes économiques dues à l'insuffisance des ressources dont disposent les populations à couvrir les frais de services de santé.

En effet malgré l'élaboration du Plan Stratégique National de lutte contre le paludisme (PSN), les résultats semblent probants pour l'approche communautaire. Ceci s'explique par l'accès à certaines couches de la population aux soins de santé antipaludiques tandis que celles-ci restent indisponibles pour d'autres.

Mots clés : ASACO, contrainte, CSCoM, dynamisme, incidence, influence, paludisme.

Abstract

This document examines the constraints related to access to malaria treatment among the population of the Safo community health area. These constraints include environmental, sociocultural, economic, and technical factors related to malaria prevention and management, as well as the health center's capacity to combat this disease. The aim is to explain how these constraints reflect the implementation of the national malaria control policy in the Safo Community Health Area (CSCoM)/Kati Health District.

To this end, a qualitative study was conducted using interview guides and individual interviews with healthcare providers and residents of the area. Twenty-six (26) individual interviews were conducted, divided between thirteen men and thirteen women from the Safo health area. Two additional interviews were conducted with two healthcare providers, and one individual interview was conducted with a member of ASACO. Focused group discussions were facilitated as follows: seven with married women and six (6) with married men.

The results show that populations face various constraints in accessing healthcare.

For some, the geographical factor is a disadvantage, due to distance and the poor condition of the roads, particularly the deteriorating roads connecting them to the CSCoM (Community Health Center). They all share economic constraints stemming from insufficient resources available to cover the costs of healthcare services.

Indeed, despite the development of the National Strategic Plan for Malaria Control (NSP), the results appear promising for the community-based approach. This can be explained by the fact that some segments of the population have access to antimalarial healthcare while others remain unavailable.

Keywords : ASACO, CSCoM, constraint, dynamism, incidence, influence, Malaria.

Introduction

« S'il est une norme, une valeur et une aspiration universelle aujourd'hui, c'est bien celle de la santé qui, en quelques décennies, a touché les populations de tous les continents, les riches comme les moins aisées » (Vidal, 2004).

En effet, la restauration de la santé dans les communautés demeure impactée par la persistance du paludisme. La réalité épidémiologique de cette pathologie est une préoccupation non seulement mondiale mais elle l'est encore plus critique dans le continent africain. Plusieurs facteurs seraient à la base d'une faible amélioration de la lutte contre l'épidémiologie du paludisme dans ce continent et singulièrement au Mali, notamment dans l'aire de santé de Safo qui est notre sujet d'étude.

Selon le rapport de 2021 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), au niveau mondial, le nombre de cas de paludisme est estimé à 241 Millions et le nombre de décès estimé à 627 000 en 2020 dans 85 pays d'endémie palustre. La maladie sévit particulièrement dans la zone Afrique selon l'OMS, qui enregistre 90% des décès dont 78% sont les enfants de moins de 5 ans (WHO, 2021).

Au niveau national, malgré la mise en place des stratégies de lutte à l'échelle nationale, le fardeau du paludisme reste élevé, avec plus de 2,8 millions de cas signalés en 2019 (Katile et al., 2022).

Au niveau communautaire dans l'aire de santé de Safo, sur un nombre total de consultations de 7744, il y a eu 5434 cas de palu simple et 257 cas de palu grave confirmé selon le (DHIS2).

Donc, il faudrait noter que, le paludisme demeure l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les populations au Mali notamment pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Il pèse fortement sur la fréquentation des établissements sanitaires, la productivité agricole et les dépenses des ménages. Cette épidémie est la première cause de mortalité avec un pourcentage de vingt et sept pour cent (27%) et de morbidité avec un pourcentage de vingt et trois pour cent (23%) selon l'annuaire statistique du Système Local d'Informatique Sanitaire (SLIS) de 2019 (PSN, 2021).

Les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM-VI, 2018) montraient que seize pour cent (16%) des enfants de six à cinquante-neuf (6-59) mois et soixante-trois

pour cent (63%) des femmes étaient anémiées. La prévalence nationale du paludisme était de dix-neuf pour cent (19%) avec une disparité régionale (Ibidem).

Nous allons apporter une explication anthropologique sur l'influence et le dynamisme de tous les acteurs sociaux (les populations, les prestataires de santé et l'ASACO) sur l'orientation et l'offre des services de santé et qui favorisent l'incidence du paludisme dans l'aire de Santé de Safo. Nous allons également étudier les politiques publiques mises en place en la matière par l'Etat à travers le PNLP en interrogeant leurs efficacités et leur adaptation aux réalités sociales. La plupart de ces acteurs ignorent les méfaits de leurs propres comportements, leurs pratiques et leurs attitudes sur la santé au niveau communautaire et chacun essaye d'incriminer l'autre.

Quand on essaye de voir les besoins vitaux de nos populations et selon les priorités, ce sont bien sûr l'amélioration de la santé et l'autonomie financière. Ce qui nous renvoie à cette assertion de Monsieur Vidal qui dit ceci : « *la richesse et la santé recouvrent la quasi-totalité des aspirations pensables et la jouissance de la richesse suppose la santé qui est réduite à la vie comme condition et instrument de jouissance* » (Vidal, 2004).

Nous pensons que pour accéder aux soins de santé de qualité en général, les populations du milieu rural connaissent d'énormes difficultés d'ordre général et qu'une étude minutieuse particulière mérite d'être réalisée sur celles impactant la lutte contre le paludisme afin de leur donner la chance de se hisser au même rang que les autres.

Ces difficultés, nous allons les traduire en contraintes. Parmi celles-ci, nous avons les contraintes environnementales, les contraintes socioculturelles, les contraintes économiques, les contraintes techniques et celles liées à la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le paludisme.

Les contraintes environnementales tournent autour d'un problème géographique notamment la distance, la dégradation des routes, l'insalubrité dans les ménages. Celles socioculturelles sont l'absence de bonne application des instructions données par les spécialistes en santé aux habitants de ces communautés.

À celles-ci, il faut ajouter la rupture de certains intrants antipaludiques et l'indisponibilité du personnel sanitaire pour offrir les services de façon permanente. Il faut également ajouter la marginalisation de certaines couches de la population dans l'accès à l'information sanitaire.

Ce mémoire présente deux parties, réparties en quatre chapitres.

La première partie porte sur un cadre théorique que nous avons développé autour du sujet qui constitue un chapitre, suivi d'un deuxième chapitre relatant la méthodologie que nous avons développé pour réaliser ce travail afin d'atteindre les objectifs de recherche.

La deuxième partie est caractérisée par un cadre pratique composé de deux chapitres également. Dans le troisième chapitre, nous allons étudier et analyser les connaissances, les canaux d'information et le dynamisme des populations de l'aire de santé de Safo sur le paludisme. Et enfin le quatrième chapitre fait une analyse des contraintes liées à l'accès aux soins et celles qui entravent la mise en œuvre de la politique de lutte contre le paludisme.

Contexte et justification

Au Mali, les conditions d'accès aux infrastructures de base creusent des inégalités et compromettent sérieusement l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement à l'horizon 2015. Dans le domaine de la santé, et malgré une amélioration sensible de la couverture sanitaire, le taux de fréquentation des structures de soins demeure très en deçà des attentes. Ce résultat est largement attribué à la politique sectorielle de santé communément appelée « Initiative de Bamako », qui a généralisé le recouvrement des coûts sans que le volet « équité », prévoyant des mesures d'exemptions de paiement pour les plus démunis, n'ait été appliqué (Ridde, 2004), cité dans Laurence Touré (Touré, 2015).

Théoriquement, le Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le paludisme est défini par une vision, une mission, un but, des objectifs, des valeurs et principes les voici ci-dessous en détails.

Vision :

Le Mali est résolument engagé dans une dynamique de développement humain durable tel que matérialisé dans le PDDSS 2014-2023 en cours de mise en œuvre d'où la vision du PNLP pour l'horizon 2030 "*Un Mali sans paludisme*".

La mission :

La mission du Programme est d'assurer à toute la population un accès universel et équitable aux interventions de lutte antipaludique dans le cadre de la politique nationale de santé.

But :

Le but de la revue du Plan Stratégique National (PSN) 2021-2024, c'est de contribuer à la réduction du fardeau du paludisme à un niveau où il ne constitue plus une cause majeure de morbidité et de mortalité, ni une barrière au développement économique et social sur l'ensemble du territoire malien.

Les objectifs :

Ils reposent sur trois points essentiels. Il s'agit de :

- Réduire le taux de mortalité lié au paludisme au moins cinquante pour cent (50%) par rapport à 2015 ;
- Réduire l'incidence du paludisme au moins cinquante pour cent (50%) par rapport à 2015 ;
- Renforcer les capacités de coordination et de gestion du programme à tous les niveaux. (PSN, 2021).

Les valeurs et principes :

Ils sont entre autres :

- L'équité dans l'accès aux soins de qualité pour tous ;
- La gestion axée sur les résultats ;
- L'amélioration de la gouvernance sanitaire ;
- La synergie avec les autres services et programmes du Ministère en charge de la Santé et des autres Ministères ;
- L'appui des partenaires et des autres secteurs de développement ;
- L'implication effective des communautés dans le processus de lutte contre le paludisme.

Ils sont considérés comme ses orientations et priorités politiques mais une bonne application sur le terrain reste un souci majeur. Comme le dit Valéry Ridde, la réussite d'une politique de santé publique dépend en grande partie de ce qu'en pensent les acteurs directement concernés et de leur implication dans le processus de décision (Ridde, 2011), cité dans Laurence Touré (Touré, 2015).

En faisant une analyse rétrospective sur le contexte du pays, nous pouvons dire que le Mali traverse depuis plus d'une décennie une crise politico sécuritaire qui a commencé dans un premier temps par les régions du Nord pour s'étendre petit à petit avec un changement de nature au centre du pays avec un conflit ethnique entre peulh et dogon. Quelques années plus

tard, elle s'installe dans toutes les contrées du pays où la situation reste volatile jusqu'à aujourd'hui, où nous constatons qu'aucune localité n'est épargnée d'une attaque terroriste. De ce fait, les recettes du pays sont beaucoup plus destinées à la sécurité qui est comme une priorité par des autorités au profit des autres secteurs dont celui de la santé. Donc ce facteur a provoqué l'affaiblissement de l'Etat à assurer l'application de certaines politiques publiques en santé dont celles concernant la lutte contre le paludisme. Dans cette historicité des crises, les populations pauvres restent toujours les plus affectées compte tenu de leurs faibles revenus.

L'aire de santé de Safo à l'instar d'autres établissements sanitaires du milieu rural, est caractérisée par des contraintes structurelles, la faiblesse des infrastructures routières, la dispersion des villages, la pauvreté des ménages, le faible niveau d'éducation, la saisonnalité des pluies, peuvent limiter l'accès physique, financier et informationnel aux soins antipaludiques. Les croyances traditionnelles, la méfiance vis-à-vis des soins formels et les pratiques communautaires influencent le recours aux soins. L'offre des soins peut être affectée par des pénuries de médicaments, un nombre insuffisant de personnels formés, ou un approvisionnement irrégulier en tests rapides et antipaludiques.

Etudier les perceptions, les représentations, les attitudes du personnel sanitaires et les pratiques de la population, cela aide à proposer des interventions culturellement acceptables afin de réduire les inégalités sociales en matière d'accès aux soins de santé. Ce qui contribuera à la réduction de la morbidité et de la mortalité palustre locale en ciblant des problèmes concrets à l'utilisation des services. Les résultats peuvent orienter les plans d'action régionaux, locaux tels que le renforcement des centres de santé, l'approvisionnement, les interventions communautaires, les campagnes de sensibilisation.

Il est donc crucial d'identifier et d'analyser les contraintes multiples et souvent contextuelles qui empêchent l'accès rapide et adéquat aux services de prévention et de prise en charge du paludisme.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

Chapitre I : Cadre théorique

1. Problématique

La majorité des pays d'endémie palustre comme le Mali, a mis en œuvre des programmes nationaux de lutte pour atteindre les objectifs 4, 5 et 6 du millénaire qui sont la réduction de la mortalité infantile, l'amélioration de la santé maternelle et la lutte contre les maladies.

Cependant, force est de constater que le poids du paludisme n'a pratiquement pas changé dans les zones où sa transmission était la plus élevée, notamment en Afrique. On y assiste au développement de formes de résistances aux antipaludéens laissant supposer que l'adéquation entre la plainte et le traitement n'est pas aussi régulière qu'il le faudrait, les moustiquaires et les rideaux imprégnés d'insecticide sont insuffisamment utilisés et l'approche verticale de ces problèmes désorganise un fragile système de santé (Jaffré, 2003).

De cet état de fait, plusieurs initiatives ont été prises et des actions menées pour éradiquer soit pour contrôler le paludisme au niveau international et national. Parmi celles-ci il faut retenir :

-L'initiative présidentielle contre le paludisme (PMI), qui est un programme inter-agences du président des Etats-Unis, spécialement dédié à la lutte contre le paludisme dans les pays en voie de développement. Il sera particulièrement influent pour les politiques de gratuité en raison des fonds importants mis à la disposition des pays comme le Mali. L'objectif principal de ce programme est la réduction de 50% des décès dus au paludisme dans 15 pays africains dont le Mali. En décembre 2006, le Mali fut sélectionné pour bénéficier à partir de 2008 de cette initiative présidentielle (Koné, 2014).

-Toujours dans le cadre de la lutte contre le paludisme, la Banque mondiale ne s'est pas mise en marge, à savoir elle a donné un nouvel élan à son engagement avec le lancement de la stratégie mondiale et un programme d'action en 2005. Non seulement la Banque Mondiale apporte un important appui financier, mais elle encourage les acteurs économiques à participer à l'effort d'éradication ou de contrôle du paludisme et à en faire une priorité de leurs actions (ibidem).

- Créée en 2002, le Fonds Mondial vise à fournir un financement pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. La gratuité des soins du paludisme est incontestablement une stratégie d'accès à ce financement (Koné, 2014).

- Au niveau national, le Mali s'est doté d'une politique nationale de lutte contre le paludisme en 1993. Celle-ci s'est traduite par la mise en œuvre de plusieurs plans d'action. Mais la faible capacité des acteurs nationaux à mobiliser les ressources financières internationales et à les gérer correctement, a hypothéqué la mise en place de programmes pertinents (ibidem).

Ainsi, en 2007, le PNLP fut élevé au rang de direction nationale, avec pour fonction principale, l'animation et la coordination des activités de lutte contre le paludisme (Koné, 2014).

-Le 31 décembre 2006, le Président de la République a décidé : *« l'institution de la gratuité des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine pour la prise en charge des cas de paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans dans les structures de santé publiques et communautaires, la gratuite de la prise en charge de la femme enceinte lors des consultations prénatales, ainsi que des cas graves de paludisme, et l'institution d'un mécanisme de distribution massive gratuite des moustiquaires imprégnées d'insecticides »*. *« Cette gratuité constitue un cadeau de fin d'année du président aux femmes et aux enfants lors des vœux de décembre 2006 »* (Ibidem). Mais l'auteur a également signalé que, cette gratuité a été rendue possible grâce à la disponibilité de l'aide des partenaires techniques et financiers.

Malgré toutes ces avancées considérables dans la lutte contre le paludisme et les efforts déployés pour améliorer l'accès aux soins, de nombreuses populations, en particulier dans les zones endémiques, continuent de souffrir de l'impact dévastateur de cette maladie. Partant de cette question de départ, nous avons articulé notre problématique autour d'un certain nombre de questions qui permet d'atteindre notre objet de recherche. Ce dernier tourne autour de l'analyse des contraintes liées dans l'accès des soins contre le paludisme chez les populations en prenant compte les politiques publiques mises en place en la matière. Ainsi nous avons formulé des interrogations suivantes :

1.1. Question principale

Quelles sont les principales contraintes socio-économiques, structurelles, culturelles et politiques qui influencent l'accès aux soins contre le paludisme et comment ces facteurs interfèrent-ils avec les initiatives de prévention et de traitement ?

1.2. Questions secondaires

- En quoi les connaissances et les canaux d'information des populations constituent-ils des contraintes à la lutte contre le paludisme dans l'aire de santé de Safo ?
- Qu'en est-il de l'état des contraintes liées au dynamisme des populations et de celles liées à l'accès aux soins ?
- Comment ces contraintes entravent-elles la mise en œuvre de la politique de lutte contre le paludisme ?

1.3. Hypothèses de recherche

- Il existe une rupture entre les conceptions populaires du paludisme et les explications biomédicales ;
- Au-delà des relations de soins entre soignants et patients, le paludisme met en relation des acteurs communautaires entre eux ;
- L'accès aux soins est entravé principalement par des contraintes socioculturelles, économiques, géographiques, politiques et techniques, ce qui limite la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le paludisme.

1.4. Objectif général

Expliquer les contraintes liées à l'accès aux soins contre le paludisme chez les populations de l'aire de santé de Safo/Cercle de Kati.

1.5. Objectifs spécifiques

- Analyser les connaissances et les canaux d'information des populations de l'aire de santé de Safo sur le paludisme ;
- Analyser le dynamisme des populations et les contraintes liées à l'accès aux soins contre le paludisme dans l'aire de santé de Safo/Cercle de Kati ;
- Etudier comment ces contraintes entravent la mise en œuvre de la politique de lutte contre le paludisme dans l'aire de santé de Safo/Cercle de Kati.

2. Revue de la littérature

Notre cadre théorique a été construite sur la base de certains documents que nous avons lus portant sur la santé en général et d'autres sur le paludisme qui est notre sujet de recherche.

Ce travail nous a permis d'avoir des idées sur ce que nos prédécesseurs ont produit en matière de recherche avant de nous engager pour produire nos propres connaissances sur certains aspects non pris en compte par ces derniers.

A cet effet nous avons exploité les documents suivants :

-FLAMBARD-HERICHER Anne-Marie, MAREC Yannick, ces auteurs font une représentation de la maladie en général chez les populations et certains comportements de ces dernières pouvant être des entraves à la réussite des traitements de certaines maladies. Selon eux, les causes de toute maladie sont le résultat inévitable du péché. La corruption de l'air, la puanteur sont d'autres causes invoquées, tout comme les explications astrologiques ou eschatologiques des origines de l'épidémie.

Ce que nous avons retenu chez eux en matière de comportements vis-à-vis des services de santé, les femmes et les enfants restent incapables à satisfaire certaines exigences intellectuelles du médecin. Par exemple le cas d'un enfant malade par non-respect de régime alimentaire. Nous pouvons considérer cette attitude comme une contrainte sociale dans l'amélioration des services de santé et qui pourrait impacter la mise en œuvre de politique de lutte contre le paludisme (Flambard-Héricher, Marec, 2005).

-BALIQUE H., OUATTARA O., AG IKNANE A., ont mené des études sur la décentralisation des services de santé au Mali à travers les différentes conventions qui lient l'Etat aux collectivités territoriales. Ils ont fait ressortir quelques forces en la matière notamment l'augmentation du nombre de Centres de Santé Communautaire à travers le pays, leur gestion est assurée par les membres de la communauté eux-mêmes. Maintenant sur ce dernier point, ils ont évoqué des insuffisances notamment la non-transparence dans les comptes, le jacobinisme (l'ingérence de l'Etat) et l'absence de vie de démocratie dans le bureau administratif dans les associations de santé communautaire (ASACO).

Donc nous pensons qu'il y a toujours des limites dans ce système que nous considérons dans notre thématique comme des contraintes dans l'atteinte des objectifs du programme relatif de la lutte contre le paludisme (Balique, Ouattara, Ag Iknane, 2001).

-BRUNET-JAILLY Joseph, dans son ouvrage intitulé "Se soigner au Mali", celui-ci fait une analyse sur les conceptions de la maladie, de la mort et de la médecine. Dans ses recherches

selon les Bambanas du Bèlèdougou, la maladie, l'infortune et la malchance sont étroitement liées tant sur le plan étiologique que sur le plan des répercussions sociales et économiques. Toute maladie apparaît comme la conséquence logique d'une rupture de l'ordre cosmique dont la cause est soit naturelle soit surnaturelle. La mort pour les personnes âgées est comme un événement normal mais c'est celle des enfants qui est généralement imputée au viol de tel ou tel interdit par les parents ou des vengeances contre ces derniers. Ce que nous avons tiré de cette étude, le paludisme qui reste la première cause des décès chez les enfants est ignorée par ces populations (Brunet-Jailly, 1993).

-COPPO Piero, dans son ouvrage "Les guérisseurs de la folie" a mené des études sur les modes de transmissions des maladies du vent comme la folie, l'épilepsie chez les indigènes en pays dogon au Mali. Il pense que ces maladies peuvent être transmises par descendance. Ensuite il y a un risque qui encoure le tradithérapeute qui offre ses soins car ce dernier pourrait être affecté aussi s'il ne fait pas ses rites. En plus de ce dernier, sa famille qui est aussi exposée aux risques de contamination car si un membre de la famille passe sur l'écume du malade du vent, il pourrait être affecté aussi (Coppo, 1998).

-DIALLO Issa, a mené des études sur l'Émergence et la mise en œuvre de la politique de gratuité de prise en charge du paludisme chez l'enfant au Mali : le cas de trois structures du district sanitaire de Bamako. Dans son article, il a évoqué des difficultés d'ordre technique, politique et financière liées au fonctionnement du système. A savoir une faible implication des acteurs notamment les responsables, une faible maîtrise du kit par certains soignants pour la prise en charge gratuite du paludisme, une improvisation du système avec une dépendance financière extérieure. Ensuite le caractère politique du système qui a prévaut sur la technique (Diallo, 2017).

-DIALLO Issa, DIAKITE Lamine et KONE Adama, ont réalisé une étude sur les perceptions des enseignants-chercheurs de l'ULSHB dans la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire (AMO). Selon les résultats de cette étude, la quasi-totalité des enquêtés n'ont pas été sensibilisés ni associés à la mise en œuvre de ce système. Ils affirment n'avoir pas apprécié le mode de prélèvement des cotisations sur leurs salaires. Ils mettent également en doute son mode de gouvernance dû à son caractère politique, le népotisme et favoritisme

quant au recrutement du personnel de l'AMO. Selon eux, tous ces éléments compromettent sa pérennité (Diallo, Diakité, Koné, 2024).

-DIARRA Samba, a réalisé des recherches sur les stratégies participatives de prévention du paludisme chez les femmes enceintes dans la commune rurale de Safo au Mali. Selon ses résultats, nous constatons certaines difficultés quant au recours des soins prénataux pour les femmes enceintes. Parmi celles-ci, il y a le manque de moyens financiers, des normes culturelles et les caractéristiques du prestataire (âge, sexe) (Diarra, 2024).

-FOFANA N'golo, dans sa thèse de doctorat en Médecine à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de l'Université des Sciences, des Techniques et Technologies de Bamako en 2018, évoque des difficultés auxquelles les populations sont confrontées dans les références d'évacuation des urgences obstétricales dans la Commune IV du district de Bamako. Nous avons appris à travers lui, certaines contraintes telles que la précarité du système de transport et la distance qui est l'éloignement des structures de santé. Donc nous pensons que ces mêmes contraintes pourraient exister chez ces populations s'il s'agit d'une urgence en matière de prise en charge d'un cas de palu chronique de certains CSCom vers leur CSRéf (Fofana, 2018).

-KONE Yaouaga Félix., a fait une étude sur l'évolution de la gratuité des soins contre le VIH/SIDA, le paludisme et la prise en charge de la Césarienne au Mali. Il ressort de ses analyses qu'une grande quantité du fonds provenait de l'extérieur. Et à partir des années 2012 avec l'indisponibilité de ce fonds, on rencontrait des difficultés au fonctionnement de certaines gratuités dont celle du paludisme.

-OUREÏBA Aïssata, dans sa thèse de doctorat en Médecine à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de l'Université des Sciences, des Techniques et Technologies de Bamako en 2021, a mis en exergue le taux de prévalence de l'incidence du paludisme chez les enfants de zéro à cinq ans. Cette étude nous a permis de comprendre l'ampleur du phénomène de la maladie dans d'autres localités (Oureïba, 2021).

-SANOGO Youssouf Tiécoura, dans son mémoire de DEA a étudié la mise en œuvre de l'exemption de paiement du traitement du paludisme dans deux CSCom du district sanitaire

de Sikasso. Il évoque une politique et sa contradiction dans la mesure où la gratuité du paludisme concerne les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans car les femmes demeurent les principales utilisatrices des services de santé. Les difficultés dans la mise en œuvre de cette politique sont inhérentes de la dépendance des recettes des caisses des CSCoM des services de cette couche sociale (Sanogo, 2013).

-SIMAGA Hamédy, dans son mémoire de fin d'études, a mené des études sur l'évaluation des méthodes d'information, d'éducation et de communication (IEC) dans la lutte contre le paludisme. Dans son document, il met l'accent sur l'éducation sanitaire qui pourrait aider les hommes à acquérir une meilleure santé par leur propre comportement et leurs efforts personnels. Nous pensons que ces solutions proposées tiennent compte des réalités du milieu urbain où l'environnement et les réalités sociales diffèrent d'une zone périurbaine.

En matière de connaissance sur les modes de prévention et de prise en charge du paludisme, certaines populations du milieu périurbain sont informées mais la distance et le manque de ressources leur posent des difficultés (Simaga, 2001).

-VERDRAGER Jacques, celui-ci fait une étude historique et évolutive mondiale du paludisme, son étymologie « *mal'aria* » en langue italienne ce qui veut dire mauvais air en français, son étiologie et ses modes de traitement. Selon lui, c'est le médecin militaire français Alphonse Laveran qui a été le premier à découvrir que le paludisme était dû à l'infection des globules rouges du sang par un micro-organisme appelé "plasmodium" en 1880 à travers une étude en Algérie Constantine. Nous avons retenu chez lui, l'impact du climat dans le développement de cette maladie mais il ne met pas en cause les facteurs environnementaux qui pourraient favoriser la prolifération des moustiques, principaux vecteurs du plasmodium (Verdrager, 2005).

3. Définition des termes

Paludisme : selon le Dictionnaire Robert, le paludisme est une maladie infectieuse tropicale, due à un parasite, transmis par la piqûre de certains moustiques (anophèles) et qui cause des accès de fièvre.

Contraintes : dans le domaine de la santé, ce sont les différentes difficultés que peuvent rencontrer les individus souhaitant initier un épisode de soins (Blanco-Cazeaux, 2023).

Centre de Santé Communautaire (CSCoM) : c'est un centre de santé privé sans but lucratif qui regroupe un dispensaire, une maternité et un dépôt pharmaceutique et dont la gestion est assurée par une association d'usagers dénommée « ASACO » (Balique, 2001).

ASACO : c'est une association privée sans but lucratif regroupant des habitants d'une même zone géographique (quartiers urbains, groupe de villages) dénommée aire de santé, qui assure la gestion d'un centre de santé communautaire et conduit dans cette zone des activités de protection et de promotion de la santé (Ibidem).

Incidence : l'incidence est le nombre de nouveaux cas d'une maladie qui se développent dans une population à risque durant une période donnée, divisé par le nombre de personnes à risque durant cette période. Il s'agit donc d'une mesure de la fréquence avec laquelle de nouveaux événements se produisent dans une population (Rothman, 1986).

De plus, Last précise que l'incidence est un indicateur essentiel pour comprendre la dynamique des maladies, leur assignation temporelle et pour planifier des interventions de santé publique (Last, 2001).

Influence : l'influence se réfère à la capacité qu'à une personne, un groupe ou une idée de modifier les comportements, les opinions ou les décisions d'autres acteurs sociaux. Selon Raymond Boudon (1973), l'influence repose sur des rapports de pouvoir, de persuasion ou de légitimité, qui conduisent à une modification des attitudes ou des actions. Elle peut être directe ou indirecte et joue un rôle central dans la dynamique sociale.

Dynamisme : le dynamisme est l'ensemble des relations qui existent entre différentes catégories de personnes dans une communauté et l'évolution de celles-ci est positive et négative.

Pierre Bourdieu (1980) évoque le dynamisme comme une force qui anime les agents et les structures sociales, favorisant l'adaptation et la transformation permanentes. Il s'agit d'un moteur de l'évolution sociale, en lien avec la capacité d'agir et de s'adapter face aux contraintes sociales.

4. Les approches théoriques

Plusieurs approches sont pertinentes pour traiter l'analyse des contraintes liées à l'accès aux soins contre le paludisme chez les populations dans l'aire de santé de Safo. Celles dont nous avons choisies sont les suivantes :

4.1. Approche socioculturelle

Elle permet d'examiner comment les croyances, les pratiques culturelles et les normes sociales influencent l'accès aux soins. L'existence de cette influence est clairement défendue par Raymond Massé qui dit que la santé de la population est influencée par la culture et les rapports sociaux (Massé, 2005). Pourtant, l'influence de la culture est manifestée à la fois sur les modalités d'expression des symptômes et sur les processus de recherche d'aide, de communication de la souffrance, sur la signification attribuée aux symptômes par le malade et l'entourage (Massé, 2005).

4.2. Approche économique et politique

Cette approche aborde les contraintes économiques, telles que le coût des traitements et le financement des soins de santé, ainsi que les influences des politiques de santé. Les travaux du Dr Yaouaga Félix Koné pourraient être des sources d'inspirations sur les inégalités dans l'accès aux antirétroviraux à l'époque où les populations du Nord pouvaient y accéder tandis que celles du Sud n'y étaient pas. Après un certain moment, quelques privilégiées du Sud en avaient accès plus que le reste de la population. Il en est de même pour l'accès aux soins au départ pour la césarienne et les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine jusqu'à la période de la gratuité (Koné, 2014). Mais avec la suspension de l'aide extérieure depuis 2012, les populations connaissent les mêmes difficultés (ibidem).

4.3. Approche géographique

L'approche en géographie de la santé gagne en rigueur théorique et méthodologique. Applicable à l'ensemble des « modèles » cités en exemple, cette théorie des espaces partagés, exprimée conceptuellement que très récemment [Hervouet, 2003], apporte une « valeur ajoutée » importante intégrant la complexité de la gestion sociale de l'environnement dans la connaissance de l'anthropo-écologie de la maladie (Vidal, 2004).

Nous allons également étudier comment la distance aux établissements de santé, les infrastructures de transport et la répartition géographique des centres de santé influencent l'accès aux soins. Il s'agit d'une analyse spatiale en santé publique.

Chapitre II : Méthodologie

1. Présentation du site de l'étude

L'aire de santé de Safo est une unité fondamentale du système de santé malien. Elle relève du District sanitaire de Kati, une subdivision majeure de la Région de Koulikoro. Elle est située à quinze kilomètres (15 Kms) du District de Bamako qui est une égale distance de la ville de Kati à Bamako. Elle joue un rôle crucial dans l'accès aux soins de santé primaires pour les populations rurales et semi-urbaines de cette zone mais qui est malheureusement reconnue comme un épicode du paludisme. Cette désignation n'est pas fortuite et découle de plusieurs facteurs convergents qui en font une zone de très haute transmission et de forte morbidité liée à cette maladie.

2. Centre de santé communautaire de Safo, une utilité cruciale pour les populations

L'aire de santé de Safo dessert une population estimée à 16912 habitants¹ répartie sur la commune rurale de Safo qui couvre une superficie de 306,94 km²². Les principaux villages relevant de l'aire de Safo sont : Chodo, Dabani, Dognoumana, Falayan, Kodialani, Kola, Sériwala, Siribabougou, Somabougou, Tassan, Safo, Zorokoro et Torodo. Cette population est majoritairement rurale, c'est un pilier indispensable de la santé communautaire dans le Cercle de Kati. Elle incarne l'effort continu du Mali pour rapprocher les services de santé des populations et œuvrer pour un meilleur état de santé pour tous. Son existence est fondamentale pour garantir l'équité dans l'accès aux soins de santé et améliorer les indicateurs de santé publique dans le Cercle de Kati. Elle contribue directement à :

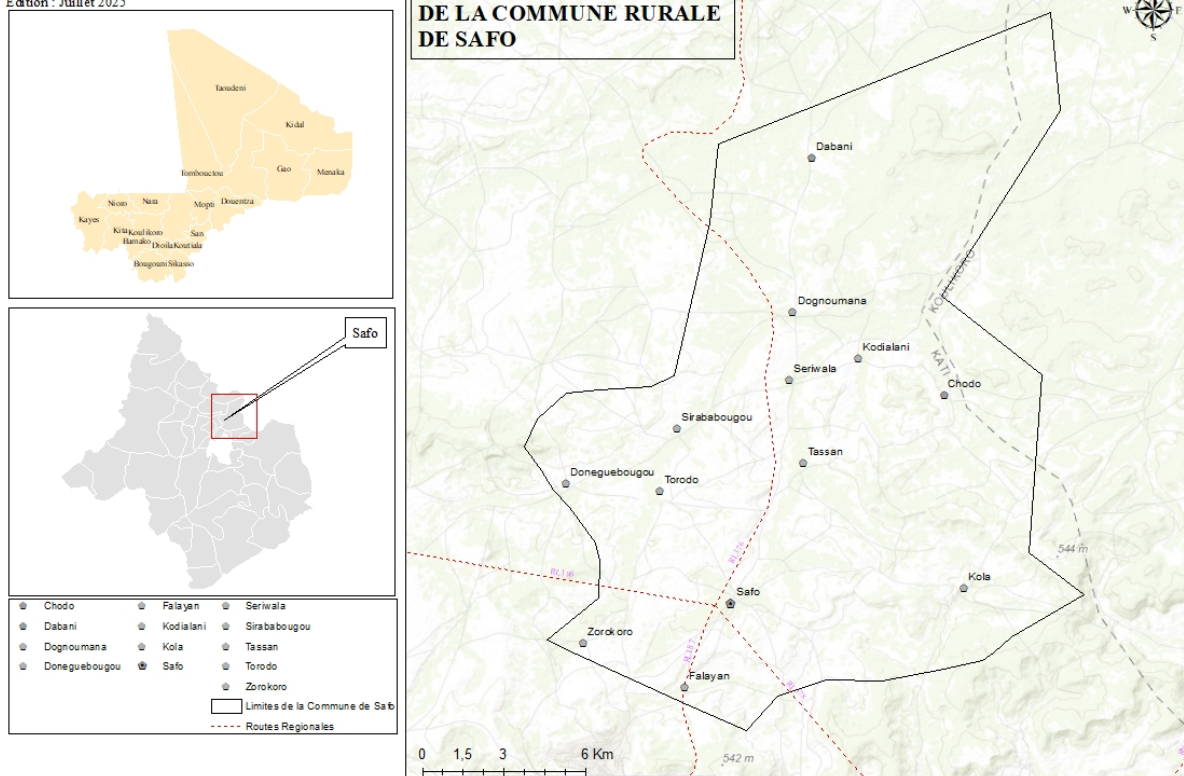
- _La réduction de la mortalité infantile et maternelle,
- _L'augmentation du taux de vaccination,
- _L'amélioration de la prise en charge des maladies courantes,
- _Le renforcement des pratiques d'hygiène et de santé au sein des communautés.

Figure 1 : Carte de la Commune rurale de Safo.

¹ Mairie Safo : Projection en 2018 de la population des villages de l'aire de santé de Safo selon les estimations faites lors de l'élaboration du schéma directeur d'urbanisme.

² SIG Base Oise, PACT Bamako.

Source : Mali admin, OpenStreetMap
 Auteur : Boubacar Alassane Diallo (+223 92400050)
 Edition : Juillet 2025



3. Aire de santé de Safo, un épicode du paludisme

Cette zone est considérée comme un épicode du paludisme pour plusieurs raisons.

3.1. Conditions géo-climatiques idéales pour le vecteur

Elles se caractérisent par divers éléments à savoir :

3.1.1. Saison des pluies prolongée

Le Mali et en particulier la région de Koulikoro se trouve dans une zone où la saison des pluies (généralement du mois de juin à octobre) crée une multitude de points d'eau stagnante, des mares temporaires, des rizières, des flaques d'eau qui sont des sites de reproduction parfaits pour les moustiques anophèles, vecteurs du paludisme.

3.1.2. Température et humidité

Les températures élevées et l'humidité ambiante favorisent le cycle de vie rapide du moustique et le développement du parasite (*Plasmodium falciparum*, le plus virulent) en son sein.

3.1.3. Environnement et écologie des vecteurs

L'agriculture et l'élevage sont les activités principales de la majorité de la population de l'aire de santé de Safo. La présence des champs agricoles, des selles d'animaux et d'autres feuilles vertes contribue à la présence des gîtes larvaires. Les systèmes d'irrigation et les champs inondés offrent des habitats propices aux larves de moustiques.

La végétation environnante peut offrir des abris aux moustiques adultes durant la journée.

3.1.4. Facteurs socioéconomiques et comportementaux

Les conditions de logement dans les zones rurales comme l'aire de santé de Safo sont souvent précaires avec des habitations sans moustiquaires imprégnées ou des ouvertures qui permettent aux moustiques d'entrer facilement. La pauvreté limite également l'accès à des mesures de protection efficaces.

3.1.5. Accès limité aux services de santé

Malgré la présence d'un centre de santé communautaire, l'accès aux soins peut être difficile pour les populations éloignées, le manque de moyens de transport et parfois à l'insuffisance des infrastructures routières. Ce qui retarde le diagnostic et le traitement rapide, essentiels pour briser la chaîne de transmission et éviter les formes graves de la maladie.

3.1.6. Besoin d'éducation sanitaire

Il y a toujours un besoin réel de sensibilisation chez ces populations dans la mesure où nous constatons des pratiques traditionnelles qui peuvent parfois entraver l'adoption de comportements préventifs tels que l'utilisation correcte des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), recherche rapide de soins.

Un éveil de conscience est nécessaire pour réduire le taux de vulnérabilité chez les enfants et les femmes enceintes qui ont toujours besoin d'une permission préalable pour accéder aux services de santé.

Cela est important puisque, presque dans toutes les zones d'endémie, les enfants et les femmes de moins de cinq ans (<5 ans) et les femmes enceintes sont les plus vulnérables aux formes graves du paludisme et à ses complications telles que l'anémie sévère, le paludisme cérébral, le faible poids à la naissance, etc.), ce qui contribue à une forte morbidité et mortalité dans ces groupes.

3.1.7. Défis du système de santé

Malgré son rôle essentiel, l'aire de santé de Safo est confrontée à plusieurs défis communs aux zones rurales du Mali. Parmi ceux-ci, nous avons :

_l'indisponibilité des intrants, il y a parfois des ruptures de stocks de médicaments antipaludiques (CTA-Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine) et de tests de diagnostic rapide (TDR) peuvent survenir.

_Nous avons un problème de financement qui se manifeste par la dépendance des partenaires techniques et financiers pour le fonctionnement et les projets de développement.

_Le centre de santé peut manquer de personnel qualifié ou de ressources pour gérer l'afflux constant de cas de paludisme, surtout en période de pic.

_La résistance potentielle des parasites aux antipaludéens ou des moustiques aux insecticides ajoute une couche de complexité aux efforts de lutte.

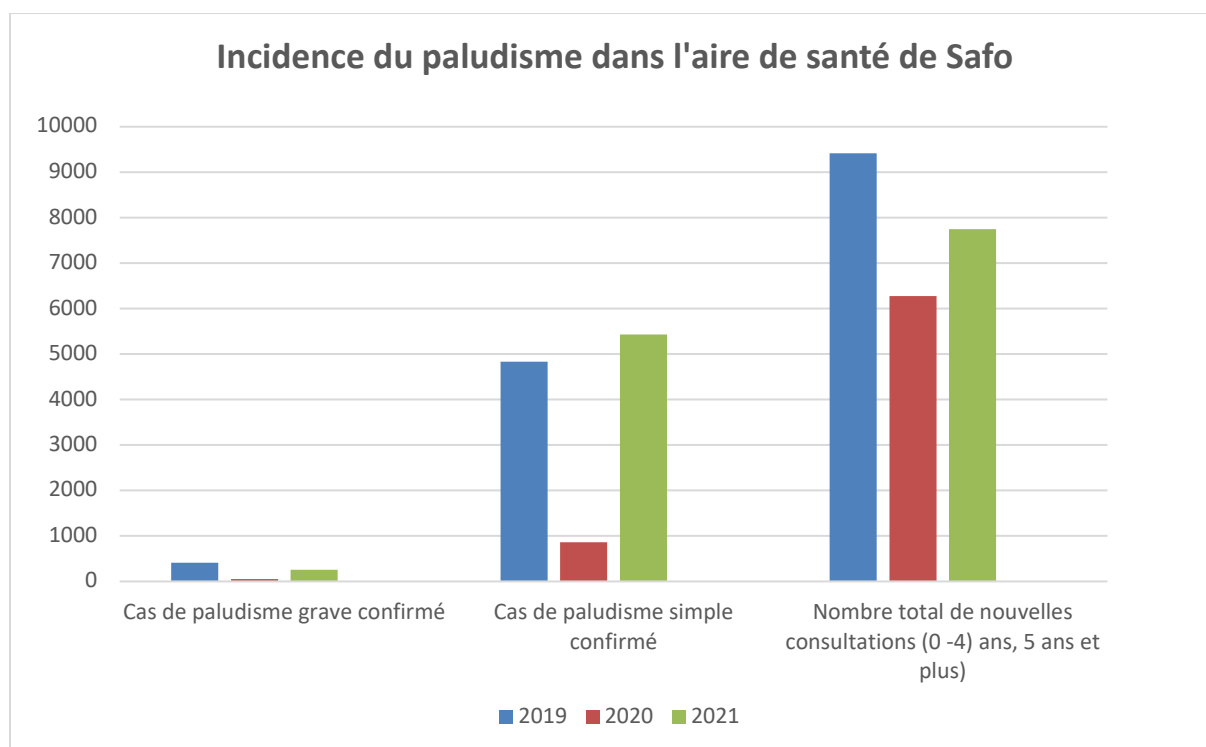
En somme, l'aire de santé de Safo concentre un ensemble de conditions environnementales, sociales, économiques et sanitaires qui créent un environnement propice à une transmission intense et continue du paludisme, en faisant un point chaud (épicentre) où la maladie pèse lourdement sur la santé publique et le développement local.

_La prévalence des maladies notamment le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA), les maladies diarrhéiques, la tuberculose et le VIH/SIDA. Il y a la malnutrition infantile, un problème persistant affectant la santé et le développement des enfants.

Tableau 1 : Données sur le paludisme à Safo dans les années 2019, 2020 et 2021

Données sur le paludisme à Safo dans les années 2019, 2020 et 2021			
Années	Cas de paludisme grave confirmé	Cas de paludisme simple confirmé	Nombre total de nouvelles consultations (0 -4) ans, 5 ans et plus)
2019	413	4834	9418
2020	53	862	6273
2021	257	5434	7744

Figure 2 : Graphique sur l'incidence du paludisme dans l'aire de santé dans les années 2019, 2020 et 2021



4. Approches utilisées

Pour réaliser ce travail, nous avons adopté une étude qualitative exploratoire à travers la réalisation d'entretiens semi-directifs, l'animation des discussions de groupe et l'observation. Ces différentes approches ont été développées pour analyser les contraintes en matière de santé selon plusieurs dimensions.

Ainsi nous nous sommes entretenus avec les membres de la communauté pour étudier les dimensions sociale, économique, environnementale en matière de lutte contre le paludisme.

D'autres échanges ont été réalisés avec les prestataires de santé pour étudier les contraintes en matière de soins dans une dimension technique et politique.

Pour ce faire, vingt-six entrevues individuelles ont été réalisées avec les membres de la communauté, trois avec les prestataires de santé et treize discussions de groupe focalisées.

Nous avons également observé à l'intérieur de certaines concessions pour se faire des idées sur l'environnement de vie des populations.

5. Instruments

Les instruments de collecte que nous avons utilisés sont les suivants :

Un guide d'entretien pour collecter des informations auprès des prestataires de santé du CSCOM et un autre guide a été élaboré pour nous entretenir avec certains informateurs clés de la communauté et utilisé pour les animations des focus group discussion.

Nous avons utilisé d'autres outils comme le dictaphone, le carnet de note et la fiche de consentement éclairé.

6. Techniques

Pour collecter des informations sur comment ils font pour prévenir et pour traiter le paludisme et les différentes difficultés qui y sont liées, nous avons demandé l'autorisation des responsables sanitaires et les chefs de villages avant de procéder à notre enquête. Une fois cette autorisation obtenue, nous avons commencé à la collecte proprement dite. Les données ont été collectées à travers des discussions de groupe focalisées et des entretiens individuels approfondis ont toutes été enregistrées à l'aide d'un dictaphone avec l'autorisation des participants. Ces enregistrements audios ont été transcrits intégralement avant de faire une lecture afin de classer les discours par catégories. Nous avons également fait des prises de notes de terrain pour noter certaines observations sur le terrain.

7. Méthode d'analyse des données

Une analyse thématique, qui est l'analyse de contenu la plus simple a été faite. Pour cela, nous avons utilisé l'approche hypothético-déductive pour identifier les items les plus pertinents dans un échantillon aléatoire du corpus.

Ensuite, nous avons examiné si ces éléments se répètent, se chevauchent, se fusionnent, se contredisent ou se complètent. Après nous avons mis en évidence les éléments principaux et subordonnés.

Tout ce travail préalable a été fait avant de faire la rédaction.

8. Aspects éthiques

La collecte des données sur le terrain n'a débuté qu'après avoir obtenu l'autorisation des responsables sanitaires et communautaires, ainsi que celle des participants.

Nous avons informé de façon très claire les potentiels participants des avantages, des risques et les mesures de confidentialité liées à leur participation à cette étude. Ils ont été informés aussi sur les objectifs, le but et la méthodologie de la recherche avec leur part d'implication à celle-ci à travers des formulaires d'information.

Aucun participant n'a été dûment influencé pour prendre part à nos entretiens et à nos focus group discussion.

9. Difficultés rencontrées et solutions adaptées

Comme n'importe quelle recherche scientifique, pour réaliser ces activités, il y a toujours des difficultés.

Ainsi pour collecter les informations auprès de nos cibles, nous avons rencontré quelques difficultés mais on a pu les surmonter.

D'abord la première difficulté a été l'indisponibilité de beaucoup de nos enquêtés (es) due à leurs occupations telles que les récoltes pendant la journée et les travaux maraichers pendant les soirs généralement.

Mais avec la compréhension de certaines personnes de l'importance de notre recherche, à travers les rendez-vous, elles nous ont accordé leur temps pour qu'on puisse s'entretenir avec elles.

Une deuxième difficulté aussi était l'impraticabilité de certaines routes pour accéder à certains villages qui ne sont pas au bord du goudron dont les routes sont dégradées. Donc pour conduire une moto sur ces routes, c'est épuisant avant qu'on arrive dans ces villages.

10. Gestion des données

Les enregistrements ont ensuite été transcrits. Tous les participants ont été anonymes dans les transcriptions. Il n'y a eu aucun code qui puisse connecter les participants à leurs noms. Tous les fichiers de la recherche, enregistrements et transcriptions ont d'abord été sauvegardés sur des ordinateurs protégés par un mot de passe. Aucune tierce personne n'a accès à nos données sauf qui travaillons sur l'élaboration de notre document de mémoire.

Les enregistrements ont été détruits après les transcriptions.

DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE

Chapitre III : Connaissances et canaux d'information des populations sur le paludisme

1. Connaissances des populations du paludisme

Dans ce chapitre, nous allons parler des connaissances émiques des populations sur le paludisme en analysant l'impact de celles-ci à la lutte contre de cette maladie.

1.1. Les causes du paludisme selon les membres de la communauté

Les connaissances des populations sur les causes du paludisme sont diverses selon les membres de la communauté. Certains partagent quelques points communs sur les causes du paludisme mais avec des points divergents chez d'autres.

1.1.1. Perception des populations sur les causes du paludisme

Comme le dit Jaffré, les explications causales, les étiologies populaires du paludisme sont variables. Elles sont cependant très largement « prosaïques » et empiriques, construites sur le visible ou le ressenti. Elles sont par exemple largement induites par la physiologie lorsqu'elles incriminent comme principales « raisons » de l'affection, un excès de consommation d'aliments gras, huileux, lourds ou sucrés comme les mangues (Jaffré, 2003). Ces connaissances émiques sur les causes du paludisme restent d'actualité car parmi nos personnes interrogées, certaines pensent que le paludisme est dû à une mauvaise alimentation tandis que selon d'autres, c'est dû à la piqûre de l'être humain par l'anophèle.

En voilà les réponses de certains de nos répondants sur les causes du paludisme lors de nos entretiens avec eux à Sirababougou :

Question : quelles sont les causes du paludisme selon vous ?

Réponse : ce sont les moustiques qui transmettent le paludisme (P2, cultivateur, 30 ans).

Question : quelles sont d'autres causes du paludisme selon vous ?

Réponse : on peut être atteint du paludisme à travers la consommation de certains aliments (P5, cultivateur, 27 ans).

Question : quels aliments par exemple ?

Réponse : tels que les aliments gras, les aliments contenant trop d'huile (P5, cultivateur, 27 ans).

Réponse : les aliments gras et le lait aussi (P7, commerçant, 35 ans).

Question : connaissez d'autres causes du paludisme ?

Réponse : quand tu es déjà atteinte par le paludisme, une fois que tu consommes de la banane, cela aggrave la maladie (P1, cultivateur, 29 ans).

D'autres éléments de réponses ci-dessous sur les causes du paludisme lors d'une discussion de groupe à Dognoumana avec certains participants :

Réponse : les causes du paludisme c'est la piqûre des moustiques selon les dits de notre matrone. Mais il y a des gens qui pensent que la consommation des omelettes qui provoque le paludisme car elles contiennent trop d'huile (P8, ménagère, 28 ans).

Réponse : pour moi la cause du paludisme, c'est la piqûre des moustiques. Ils ont distribué les moustiquaires ici pour lutter contre le paludisme (P2, ménagère, 30 ans).

Réponse : moi je dirais que les causes du paludisme, ce sont les mangues. Parce que quand c'est la période des mangues, plusieurs enfants tombent malades du paludisme (P4, ménagère, 32 ans).

« Les moustiques aiment les endroits sales tels que les eaux sales stagnantes, les ordures, les aliments restants dans les dépotoirs. Alors que tant qu'il y a les moustiques, il y aura toujours le paludisme dans la communauté. Parce que d'après ce que nous avons appris des prestataires de santé, c'est la piqûre d'une personne saine par l'anophèle infectée qui provoque le paludisme ».³

En dehors de la transmission chez l'être humain du paludisme à travers la piqûre des moustiques, d'autres personnes dans l'aire de santé de Safo pensent que le paludisme est dû aussi à une mauvaise alimentation, c'est-à-dire à la consommation de certains aliments non compatibles à l'organisme humain. Il s'agit de la consommation des aliments comme les noix de karité, le beurre (mayonnaise), les œufs jaunes, les mangues, les Cubes Maggi, la consommation du haricot avec trop d'huile. Certaines personnes pensent que la consommation de ces aliments riches en cholestérol provoque le paludisme chez l'être humain.

« Un jour moi j'avais fait des omelettes pour ma fille, elle a onze ans, elle devrait aller à l'école. Quand elle a fini de manger, elle a pris son sac, brusquement elle a commencé à vomir. Alors que, quand elle s'était levée le matin, elle ne vomissait pas. Donc directement on l'a amenée au centre de santé communautaire de Safo, le prestataire a dit qu'elle est malade du paludisme. Pour moi, ce sont les omelettes qui ont provoqué le paludisme à mon enfant »⁴.

³ Entretien individuel approfondi avec un homme diplômé-Safo, novembre 2022.

⁴ Discussion de groupe avec les femmes mariées à Dognoumana en novembre 2022.

En plus de la consommation de ces aliments, d'autres personnes pensent également que les engrais chimiques et les herbicides utilisées dans les champs agricoles dans le but d'obtenir un bon rendement, changent la nature des céréales. Selon elles, la consommation de ces céréales peut provoquer le paludisme chez l'être humain. Il y a un cultivateur qui raconte une histoire sur ce sujet.

« En 2019, on avait laissé nos bœufs pour qu'ils mangent dans le champ de mil, c'était deux bœufs. Donc ce champ avait reçu des engrais chimiques et des herbicides. Deux heures plus tard, la bouche de ces bœufs a commencé à mousser. C'était l'effet des produits chimiques utilisés dans le champ. Donc précipitamment on a fait appel aux vétérinaires pour qu'ils viennent donner des antidotes. C'est après la réception de ces médicaments que les bœufs ont survécu et le vétérinaire nous a déconseillé l'utilisation de ces produits dans les champs que les animaux devraient brouter les feuilles »⁵.

En faisant une analyse sur l'étiologie du paludisme chez les populations, l'on se rend compte que les connaissances émiques et éthiques ne se contredisent pas. La majorité est consciente que le moustique reste le principal vecteur de transmission de cette maladie. Maintenant le problème se pose au niveau de l'utilisation des notions que ces populations ont sur la maladie. Comme le dit Jaffré : *« Certes, grâce aux campagnes d'éducation pour la santé et à une amélioration globale de l'enseignement, on peut observer une réelle amélioration des connaissances concernant notamment le rôle du moustique et l'intérêt des moustiquaires. Mais ces nouveaux savoirs n'induisent pas « automatiquement » de nouvelles pratiques. Connaître n'est pas faire ... »* (Jaffré, 2003).

Nous aborderons plus bas comment l'absence de mise en application de ces informations sur la maladie influence son contrôle d'une part et d'autre part son éradication.

2. Les manifestations du paludisme chez l'être humain avant toute consultation médicale selon les populations

Le paludisme se manifeste chez l'être humain selon différentes manières chez les populations de l'aire de santé de Safo. Elles ont annoncé plusieurs signes qui permettent d'identifier une personne atteinte du paludisme.

⁵ Discussion de groupe avec les hommes à Chodo en novembre 2022.

Selon certaines personnes, l'on reconnaît une personne malade du paludisme à travers certains signes sur son corps. Quand c'est le cas, on voit un changement dans la nature de certains organes du corps et des sensations chez l'organisme de la personne. Il s'agit de la couleur des yeux et de la température du corps. Quand une personne est atteinte de cette maladie, la couleur de ses yeux devient rouge, la couleur de l'urine devient jaune et son corps devient très chaud aussi. Les personnes dont l'organisme manifeste ces signes, souffrent du paludisme.

Ensuite quand on est affecté par cette maladie, on sent de la paresse, le manque d'appétit et la nausée.

D'autres reconnaissent une personne atteinte du paludisme à travers les vomissements instantanés, les maux de tête, les vertiges, la diarrhée et le coma chez d'autres quand le cas devient chronique.

Il y en a qui pensent aussi que le début du paludisme se manifeste par les grelottements, le sommeil, la constipation et les maux de ventre.

Donc pour savoir qu'une personne est atteinte du paludisme, ce n'est pas quelque chose qui nécessite une consultation médicale d'après nos interlocuteurs dans un focus group discussion. « *Quand je vois une personne qui a le corps chaud et les yeux rouges, j'ai l'impression qu'elle souffre déjà du paludisme. Ou encore dès que je vois quelqu'un en train de vomir du jaune, ça veut dire qu'elle est très malade du paludisme* ». ⁶

3. Conséquences du paludisme selon les populations de l'aire de santé de Safo

Plusieurs idées ont été dégagées sur les types de conséquences que pourraient affectées les populations lorsque celles-ci sont atteintes du paludisme. Parmi celles-ci, il y a les conséquences physiques, les conséquences sociales, les conséquences économiques et psychologiques.

3.1. Les conséquences physiques du paludisme

Elles tournent autour de la douleur, c'est à dire la souffrance du corps chez une personne affectée de cette maladie. Ensuite la personne perd du poids quand cela dure aussi longtemps avant la réussite du traitement. Cette perte de poids est dû au manque d'appétit parce qu'elle ne pourra pas bien manger. Elle est aussi liée au vomissement et la diarrhée que la personne subisse pendant cette période. Souvent quand le cas devient critique, le paludisme peut

⁶ Discussion de groupe avec les hommes à Kola en novembre 2022.

provoquer le comma ou la perte de vie chez l'être humain en général. Mais particulièrement chez les femmes enceintes, le paludisme entraîne des conséquences énormes. Dans la mesure où toutes celles qui sont en âge de procréer, qui ont déjà reçu des services de consultations prénatales dans un centre de santé moderne, ont reçu les préconisations sur l'utilisation de la moustiquaire. Quand on offre une moustiquaire imprégnée d'insecticide à une femme enceinte lors des visites prénatales, on lui recommande de l'utiliser régulièrement. Elles reçoivent ces conseils à travers les séances d'éducation à chaque visite prénatale. Parmi ces messages, on informe aux femmes qu'on peut faire une naissance prématurée soit un avortement lorsqu'on est affecté par le paludisme. Une enquêtée rapporte un message de la sage-femme en disant : « *quand vous n'utilisez pas les moustiquaires pour dormir, vous risquerez d'accoucher avant le jour normal* ». ⁷

3.2. Les conséquences sociales du paludisme

Maintenant celles sociales pourraient subvenir par un manque de solidarité entre les membres d'une même famille, ou encore les membres mêmes d'une même communauté. Quand celle-ci est bien appliquée au sein du groupe, cela renforce les liens sociaux, la cohésion et l'unité sociale. Mais quand elle devient faible, cela pourrait affaiblir, voir briser les liens sociaux. Par exemple, un proche parent qui a besoin de l'aide des autres pour couvrir les frais de services de soins d'un malade, n'ayant pas reçu non plus les appuis des autres aussi, cela pourrait affecter le lien parental. L'appui des uns et des autres au sein de la communauté renforce les liens entre les individus. Surtout dans une communauté paysanne, il faut suffisamment de ressources pour pouvoir faire face au syncrétisme médical. « *Si la santé n'a pas de prix, elle a tout de même un coût social et financier non négligeable pour une population confrontée à une médecine à deux vitesses imbriquées dans un système de santé qui objective et accentue ce mouvement d'intégration et d'exclusion de la population* » (Vidal, 2004).

Cette idée est illustrée par une participante qui dit ceci : « *il faudra toujours prier Dieu qu'il n'y ait pas un malade chez toi pendant que tu n'as rien sinon tu vas pleurer ce jour-là* ». ⁸ Elle fait cette déclaration, parce qu'elle n'a pas la certitude d'avoir l'argent en prêt à tout moment pour résoudre un problème financier avec les autres membres de la communauté.

⁷ Discussion de groupe avec les femmes mariées à Dognoumana en novembre 2022.

⁸ Discussion de groupe avec les femmes à Kodialani en novembre 2022.

3.3. Les conséquences économiques du paludisme pour la famille et pour la communauté

Concernant les conséquences économiques, elles se reposent sur deux aspects essentiels.

Un premier aspect porte sur les dépenses financières faites pour couvrir les frais de services de santé. Il s'agit de l'impact économique en termes de coût sur le revenu de la famille. Quand plusieurs membres de la famille tombent malades pendant la même période, le paiement des frais d'ordonnance freine son développement. Parce que ces communautés ont d'autres dépenses sociales en plus de la santé. Comme le dit un de nos interlocuteurs : « *mais en dehors de la santé, il y a d'autres dépenses à faire dans la famille telles que les trousseaux de mariages des filles, les financements des mariages des garçons aussi* ». ⁹

Selon le Directeur Technique du Centre de santé communautaire de Safo, la meilleure stratégie de lutte contre le paludisme, c'est la prévention. Il avance dans ces propos : « *pour moi, les ressources qu'on déploie pour traiter un cas de paludisme est beaucoup plus coûteux que celles dépensées dans la prévention* » ¹⁰.

Maintenant un second aspect économique renvoie en termes du temps perdu. Une personne qui est malade, ne peut pas exercer une activité, elle devrait attendre un rétablissement optimal pour reprendre ses activités. En dehors de la souffrance de la maladie par le malade lui-même, il faut ajouter le temps émis pour la personne qui l'accompagne au centre de santé pour recevoir les soins.

3.4. Les conséquences psychologiques du paludisme

En fin les conséquences psychologiques se résument à l'état d'âme des membres de la famille lorsqu'un parent souffre du paludisme.

D'une manière générale lorsqu'un membre de la famille est souffrant, tous les autres ne se sentiront pas à l'aise. Il existe cette compassion entre les membres d'une même famille et même les membres d'une même communauté. Cela est dû, du fait que les individus soient liés entre eux par les liens sociaux. D'un point de vue émotionnel, lorsque le malade n'arrive pas à bien manger, certains proches n'auront pas d'appétit. Même si le malade reçoit des soins de

⁹ Discussion de groupe avec les femmes à Kodialani en novembre 2022.

¹⁰ Entretien individuel approfondi avec le Directeur Technique du Centre de Safo en septembre 2022.

santé, pour que les proches se sentent à l'aise, il faudrait qu'il arrive à bien manger car cela leur donne de l'espoir.

Selon une femme à Kodialani comment une mère peut bien dormir tandis que son enfant est souffrant ? Elle dit : « *môgow b'a fô ko bananbagatô ma da Allah la, nka demba fana ma da Allah la* »¹¹ (les gens disent que le malade ne fait pas confiance en Dieu mais il faut reconnaître aussi que c'est pareil pour une mère d'enfant).

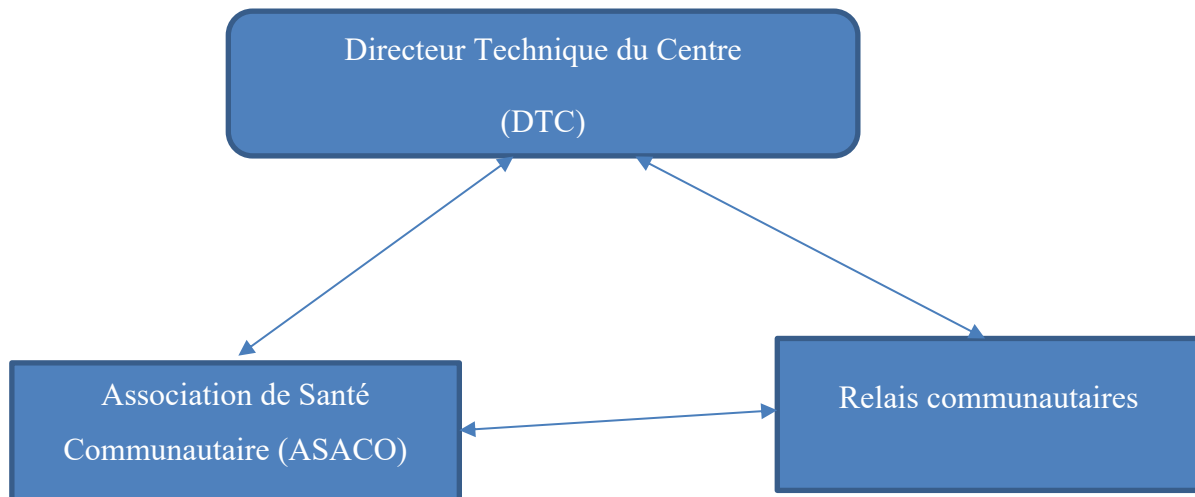
Il y a un dicton qui existe chez les bambanas, peulhs toucouleurs, soninké et wolofs qui dit : « *quand tu coupes la barbe, c'est le sang qui sort mais quand tu coupes les seins, c'est le lait qui sort* ». Cela veut dire qu'il y a plus de pitié du côté maternel que paternel (Fassin, 1992). Cette citation nous paraît toujours d'actualité car une mère ne se sentira jamais bien tant que son enfant est toujours malade. Ce stress existe chez les hommes et les femmes mais seulement les uns et les autres pourraient le gérer différemment. Il devient plus grave chez les personnes faibles moralement et d'autres le gèrent avec du courage et de la foi.

4. Canaux d'information du paludisme

Quand il y a une activité qui devrait être réalisée dans la communauté, notamment une intervention en lien avec la santé, c'est le Directeur Technique du Centre (DTC) qui est informé en premier. Que ça soit la distribution des médicaments comme l'administration d'un vaccin contre une quelconque maladie, généralement il est toujours le premier à être informé. Après ce dernier informe les membres de l'ASACO et les relais communautaires. Ces derniers informent les chefs des différents villages, les différents chefs de familles et les chefs de ménages. Maintenant ce sont ces derniers à leur tour de passer l'information aux autres membres de leurs ménages.

¹¹ Selon notre participante, les gens disent que le malade ne fait pas confiance à Dieu parce qu'il pense qu'il va peut-être mourir de sa maladie. Mais il faut reconnaître aussi que la mère de l'enfant ne fait pas aussi confiance à Dieu parce qu'elle pense que ce dernier veut lui retirer son enfant.

Figure 3 : Sociogramme de réseau de l'aire de santé de Safo



5. Canaux d'information des populations sur le paludisme et les cadres d'échange

Ici, nous voudrions parler des différents canaux à travers lesquels les populations obtiennent des connaissances sur le paludisme et leurs différents cadres d'échange.

5.1. Canaux d'information des populations sur le paludisme

Il existe plusieurs sources d'informations et de communication chez les populations dans l'aire de santé de Safo sur la santé en général et sur le paludisme en particulier.

Certaines personnes reçoivent de l'information sur le paludisme à travers les émissions à la radio et sur les chaînes de télévision. Les radios disponibles sont : la Radio Chaîne 2 de l'Etat, la Radio libre Paix FM à Safo, la Radio Djèkafo de Bamako et les différentes chaînes télévisions nationales du Mali. Les populations reçoivent des informations sur l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide pour se protéger contre les piqûres des moustiques qui sont les principaux vecteurs de transmission de cette maladie. Ces deux sources sont disponibles pour tout le monde sans distinction de sexe, ni d'âge.

D'autres reçoivent des connaissances au sujet de cette maladie avec les agents de santé. Dans cette catégorie, nous avons les femmes enceintes qui obtiennent des conseils sur le paludisme dans les salles de services de consultation prénatale.

En plus des agents de santé, il y a les relais communautaires qui sensibilisent les populations de fréquenter les centres de santé pour recevoir les soins contre le paludisme dès le premier symptôme.

5.2. Cadres d'échange des populations sur le paludisme

Concernant la communication sur la santé ou sur le paludisme en particulier, il y a différentes sources en fonction des différentes catégories sociales.

5.2.1. Cadres d'échange des femmes sur le paludisme

Dans l'aire de santé de Safo, les femmes âgées et les jeunes femmes ont toutes le même système de communication. Elles sont membres des associations féminines dont les séances de regroupements sont lundi, mercredi et dimanche pendant la saison sèche. Lors de ces rencontres, les femmes partagent entre elles les conseils autour de la santé. Parmi celles-ci, il y a l'utilisation de la moustiquaire dans les familles telle que recommandés par les agents de santé et les relais communautaires.

Certaines femmes encouragent d'autres à la fréquentation d'un centre de santé moderne pour les consultations prénatales dans le souci d'obtenir des soins antipaludiques comme la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) par exemple. En plus de ces conseils, elles partagent les expériences vécues des unes avec les autres en matière de soins anti paludiques (traditionnels et modernes).

Outre les associations féminines, il y a certains partenaires comme le Groupe de Soutien aux Activités de Nutrition (GSAN) qui rassemblent les femmes pour les sensibiliser sur les causes de la malnutrition. C'est un projet qui est intervenu dans l'aire de santé dans le cadre de la lutte contre la malnutrition chez les enfants.

5.2.2. Cadre d'échange des hommes sur le paludisme

Concernant les hommes, il est très rare qu'ils se rencontrent pour échanger sur les questions de santé. Il n'existe pas d'association masculine pour le moment pour faciliter cela. Même dans les familles, les hommes se soucient beaucoup plus aux occupations notamment leurs activités quotidiennes que toute autre chose.

Chapitre IV : Dynamisme des populations et contraintes liées à l'accès aux soins

1. Dynamisme des populations

Face à la difficulté d'assurer le maillage de l'offre de soins dans tous les territoires et d'atteindre l'objectif de la « santé pour tous en l'an 2000 », les politiques publiques et les organisations internationales ont misé sur les approches de « santé communautaire » en complément des soins en structures sanitaires (Kane et al., 2024).

Datant des années 1940, ces approches ont été mises en place essentiellement dans les pays à faible revenus, notamment dans les zones enclavées de faible accessibilité des soins médicaux. Promue sur la scène internationale avec la conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaire, la « santé communautaire » vise pour tous des « soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques ». Elle repose, au niveau opérationnel, sur l'activité d'agents de santé communautaire, dont le travail apparait comme supplétif pour les populations pauvres ne pouvant pas accéder facilement à des soins professionnalisés (Ibidem).

S'appuyant sur leurs relations avec la population locale, ces différents profils d'agents de santé communautaire ont pour mission commune d'informer et conseiller leurs pairs dans un climat de confiance (ibidem).

Dans ce chapitre, nous allons examiner le dynamisme des populations avec ces agents supplétifs au niveau communautaire dans l'aire de santé de Safo. Ils sont d'origines différentes, certains sont des natifs de ces villages tels que les relais communautaires tandis que les agents de santé communautaires communément appelés (ASC), viennent d'ailleurs. Il s'agit d'analyser ce système de relation et d'interaction entre eux et les membres de la communauté et entre les membres de la communauté eux-mêmes.

Au cours de nos activités de terrain, nous avons remarqué certaines similitudes et des différences en termes d'infrastructures sanitaires et en termes de relations entre les populations elles-mêmes.

1.1. Villages de Safo, Falayan, Sériwala, Kodialani, Sirababougou et Dabani.

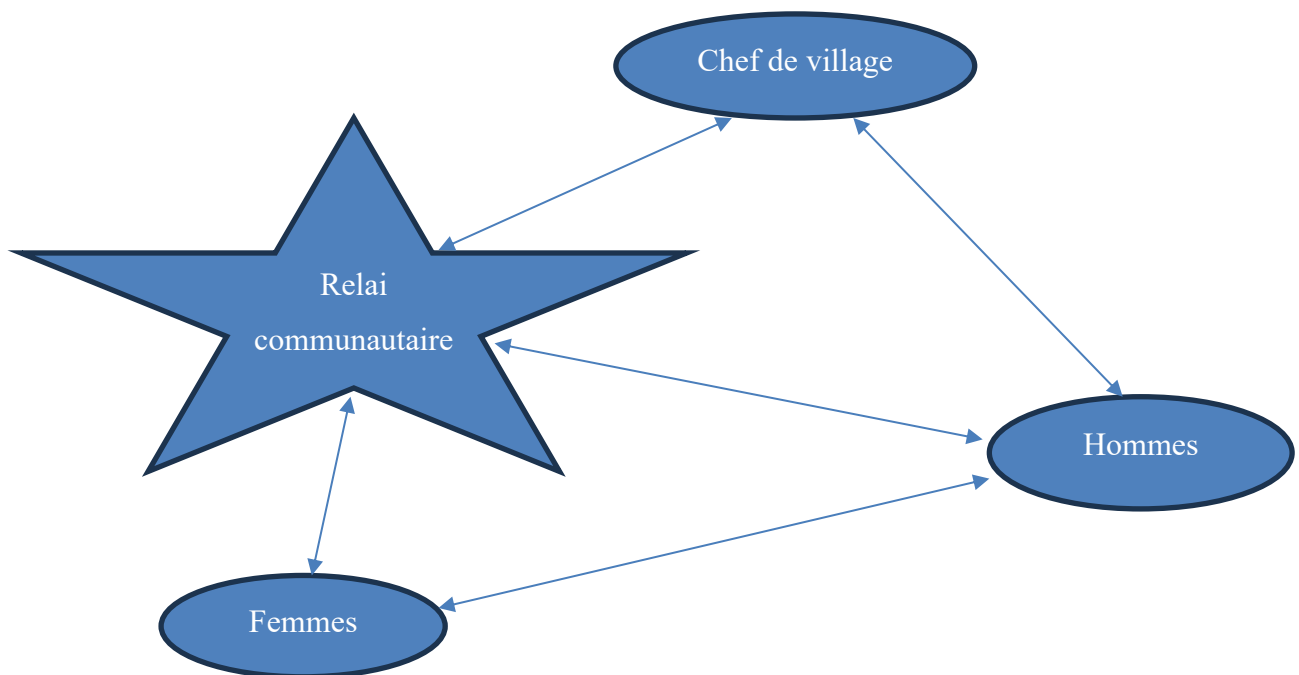
A Safo, le relai communautaire joue un rôle de pont, il est l'intermédiaire entre le centre de santé et les autres relais communautaires. Il est comme un relai principal parce qu'il est plus proche du personnel de santé avec la présence du CSCCom dans sa localité. Comme sa principale mission, c'est de promouvoir des comportements favorables à la santé, tels que des

gestes d'hygiène, mais aussi participer à l'identification des patients et à leur orientation vers les structures sanitaires, il travaille pour les populations de Safo dans ce sens. Quand il y a une information sur la santé, il passe le message au chef de village en premier dès qu'il est informé par le DTC. Donc le chef de village convoque tous les chefs de familles pour leur partager l'information. C'est à travers cette rencontre que les hommes sont informés des activités sanitaires au niveau communautaire. Il y a également une sorte de relation professionnelle entre les relais communautaires et les femmes enceintes et allaitantes ; dans ce cas, ils les orientent à aller vers les soins prénatals et les vaccinations des enfants au CSCom de Safo.

Maintenant entre les femmes et les hommes, c'est une affaire de famille parce que ce sont ces derniers qui donnent la permission aux femmes d'aller vers les services de santé.

Donc c'est le même dynamisme chez les populations des villages de Falayan, Sériwala, Kodialani, Dabani et Sirababougou.

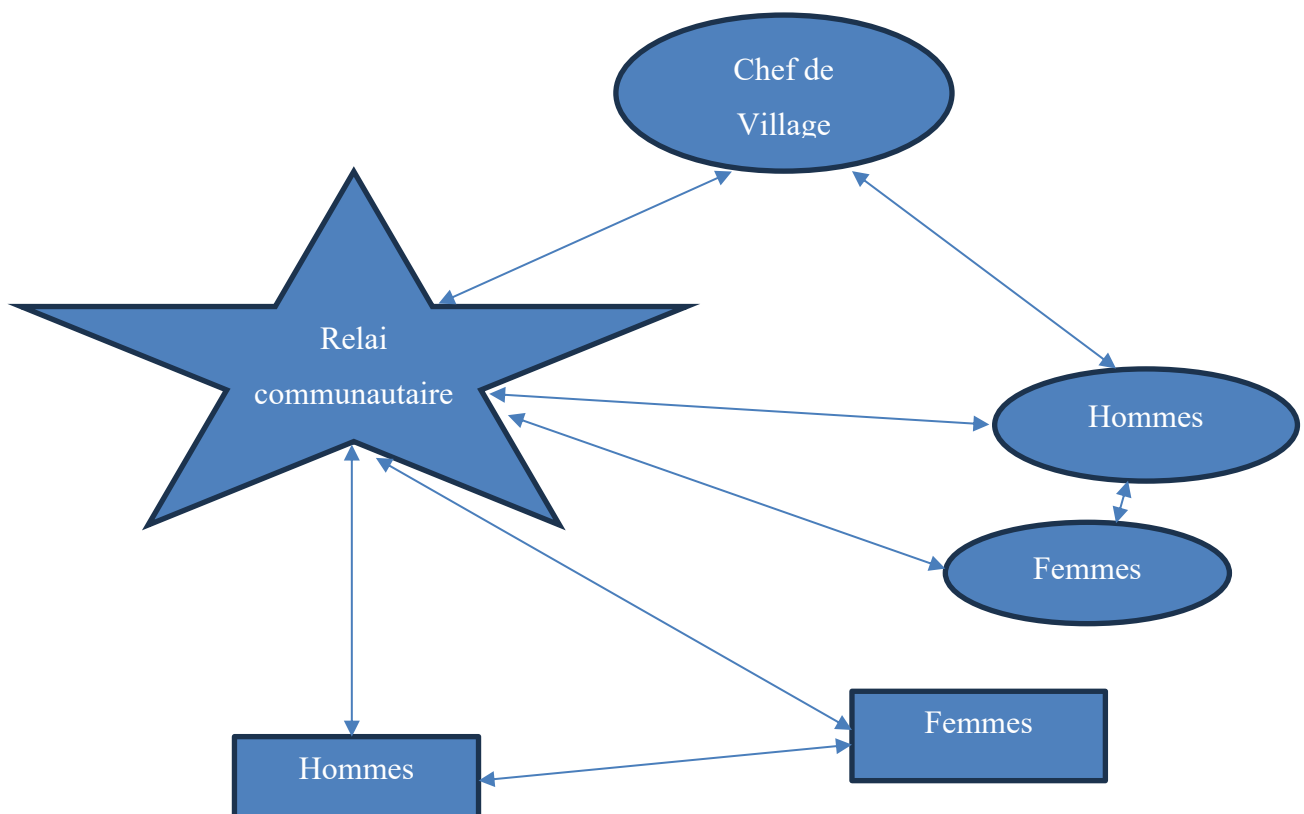
Figure 4 : Sociogramme d'influence relatif à la santé des villages de Safo, Falayan, Sériwala, Kodialani, Dabani et Sirababougou.



1.2. Village de Torodo

Comme déjà mentionné ci-dessus, le relai communautaire travaille au service des membres de sa communauté d'origine, il joue le rôle d'intermédiaire entre le centre de santé communautaire et les populations. Il rend compte toujours au chef de village avant la mise en œuvre de toute intervention. A la différence des autres villages de l'aire de santé de Safo, compte tenu du conflit entre certains membres de la communauté, le chef de village convoque une réunion pour informer les habitants de son secteur, il les informe de toutes activités qui devraient être réalisées dans son village. Mais, il y a une partie du village, à cause d'un conflit interne entre ces habitants et le côté du chef de village, c'est le relai qui passe leur message parce qu'ils ne viennent pas répondre à la convocation. Donc il n'y a pas une très bonne relation entre le chef de village et les habitants de l'autre secteur mais ils acceptent de collaborer avec le relai communautaire. Parce qu'ils écoutent les orientations du relai concernant les soins antipaludiques, les vaccinations et toute intervention dans la localité. Mais il faut noter que, la méfiance est assez grande entre les habitants des deux parties du village.

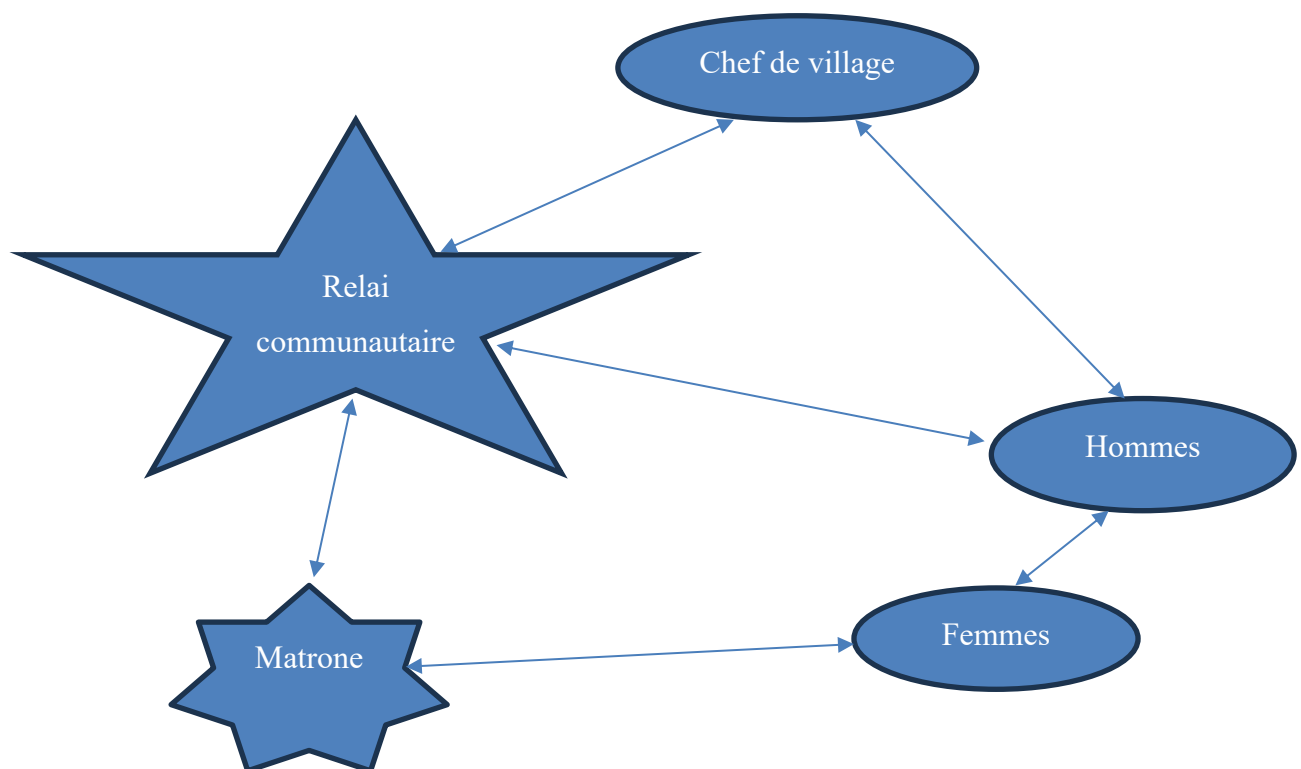
Figure 5 : Sociogramme d'influence relatif à la santé à Torodo



1.3. Villages de Chodo, Kola, Zorokoro

A Chodo, Kola et Zorokoro, il y a les deux agents notamment le relai et la matrone qui travaillent au service de la population. Les femmes sont en étroite collaboration avec la matrone concernant les soins prénatals et l'accouchement et d'autres services en santé sexuelle et reproductive. Concernant les informations au niveau CScCom à Safo, c'est le relai qui joue un rôle prépondérant à ce niveau. Ils répondent aux invitations du DTC pour relayer les messages au chef de village et les autres membres de la communauté.

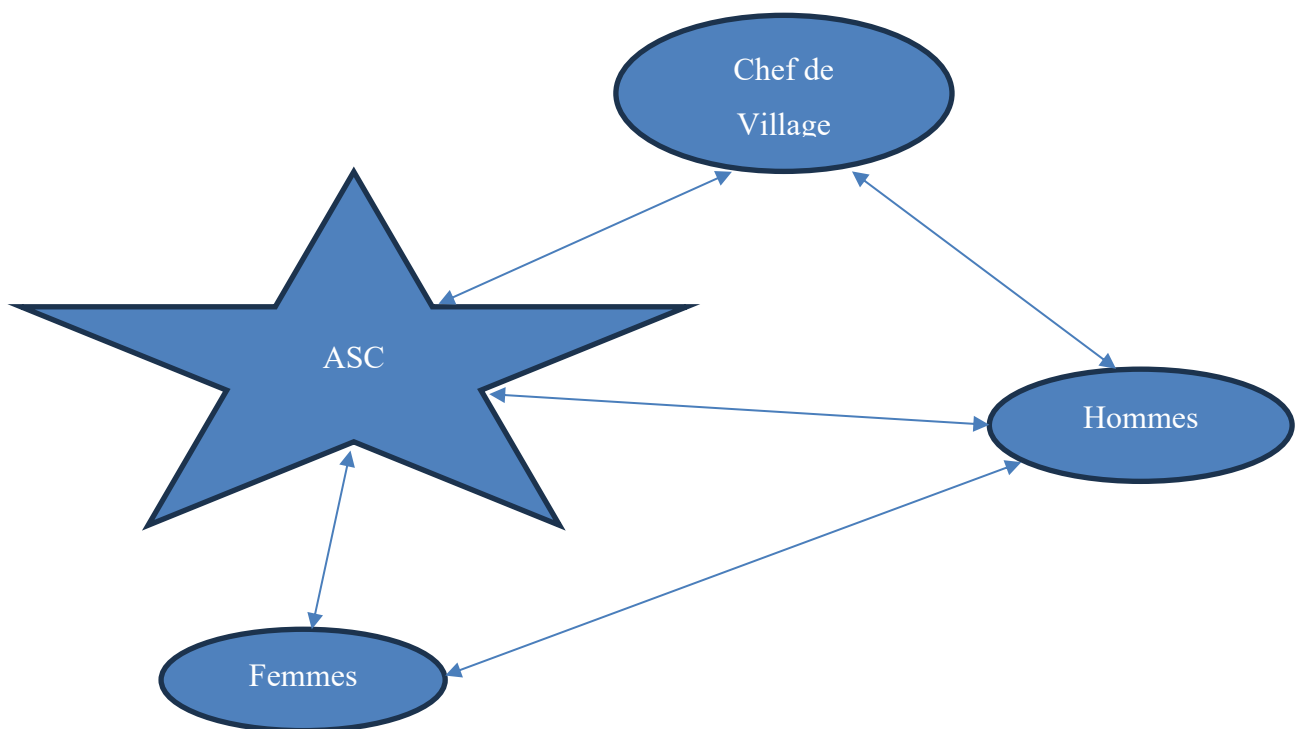
Figure 6 : Sociogramme d'influence relatif à la santé des villages de Chodo, Kola, Zorokoro.



1.4. Village de Somabougou

A Somabougou, c'est l'Agent de Santé Communautaire dénommé (ASC) qui est très motivé en ce qui concerne l'offre des soins de santé. C'est un homme, il est chargé de la prise en charge des cas de paludisme simple chez les enfants et l'orientation des populations vers les services de santé. Il a une double casquette d'autant plus qu'il joue également le rôle d'intermédiaire comme les relais, c'est-à-dire qu'il sert de pont entre le CSCCom de Safo et les populations de sa localité.

Figure 7 : Sociogramme d'influence relatif à la santé à Somabougou

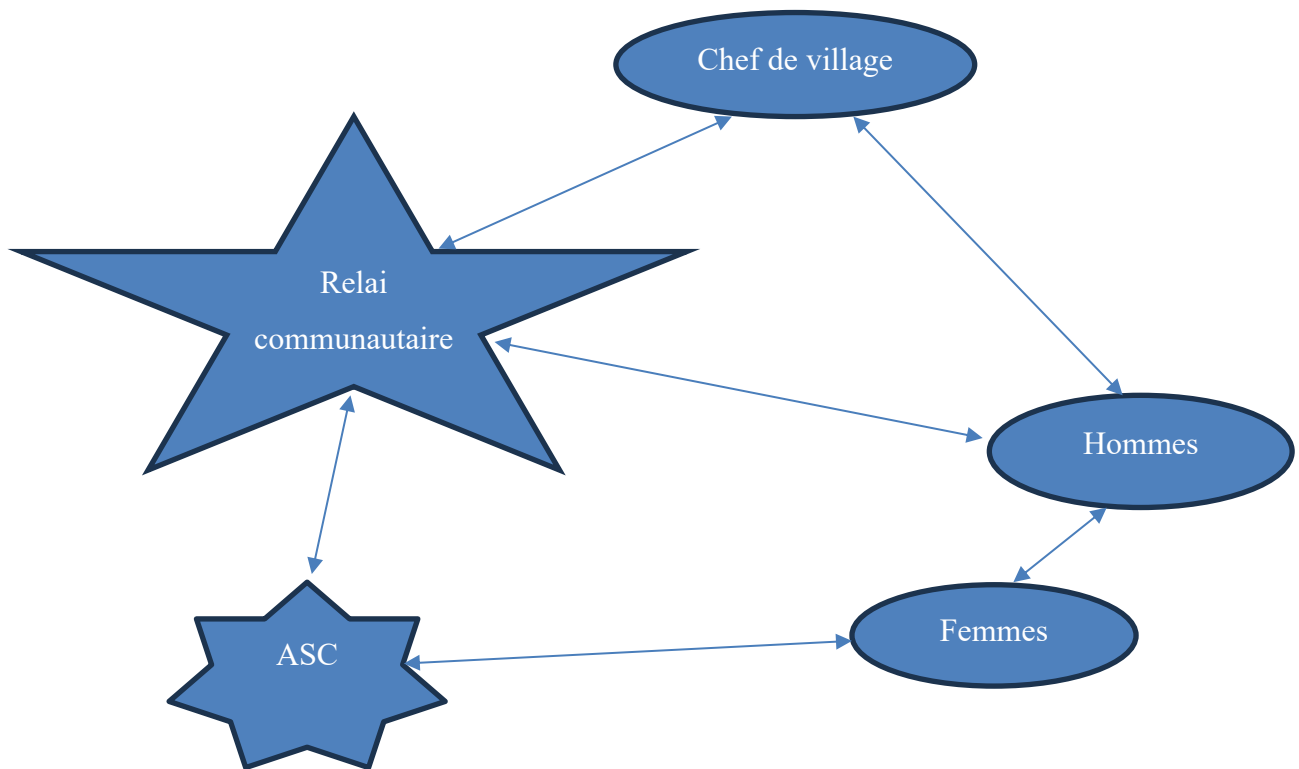


1.5. Village de Tassan

Au niveau du village de Tassan, ce sont deux Agents de Santé Communautaire un (ASC) et un relai communautaire qui sont très motivés en ce qui concerne les questions de santé. L'ASC est une dame, elle est chargée de l'offre des soins prénatals, certains services de santé

reproductive et la prise en charge des cas de paludisme simple chez les enfants. Cependant il y a le relai communautaire qui est au service du village pour les informations au niveau CCom.

Figure 8: Sociogramme d'influence relatif à la santé à Tassan

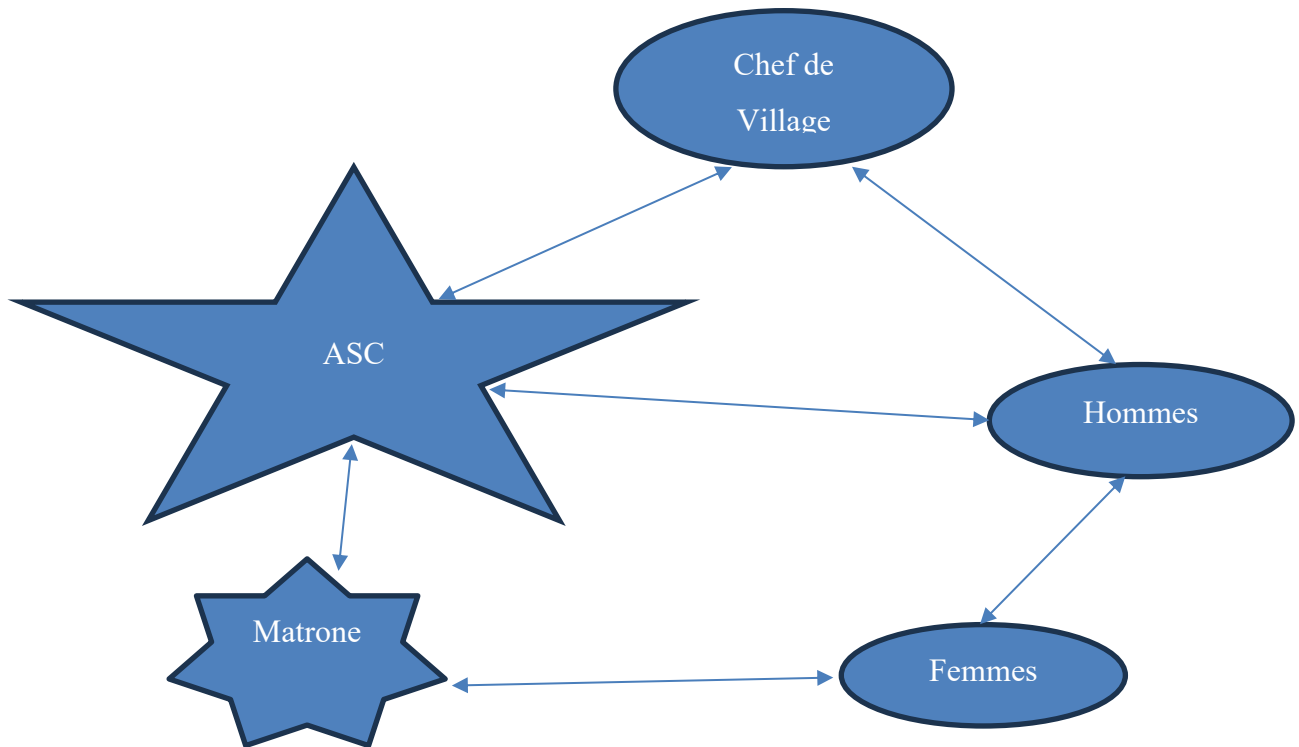


1.6. Village de Dognoumana

A Dognoumana, les services de santé sont confiés à la matrone et à l'Agent de Santé Communautaire (ASC). L'ASC travaille en collaboration avec les hommes pour la prise en charge des cas de paludisme simple chez les enfants. Tandis que la matrone est chargée des

services de soins prénatals et de l'accouchement. Les deux travaillent ensemble quand il y a la vaccination au niveau du village.

Figure 9 : Sociogramme d'influence relatif à la santé à Dognoumana



1.7. Synthèse

Ce que l'on peut retenir en termes d'influence dans tous ces villages autour des questions de santé, ces agents supplétifs sont tous influents. Cette influence est à l'origine des tâches qui leur ont été confiées par les membres de la communauté pour certains mais pour d'autres, ils ont été enrôlés dans le cadre de programmes ou projets visant la santé, ils sont supposés intervenir à partir de leurs relations sociales locales et suppléer les professionnels de santé dans des zones de faible accessibilité des soins médicaux (Kane et al., 2024).

Une influence des relais communautaires s'illustre dans le cas du village de Torodo où malgré l'existence d'un clivage sociale, les membres de cette communauté écoutent et acceptent les orientations de leur relai.

Il faut noter également que les ASC qui ont la double casquette, sont beaucoup plus influents que ceux occupant une seule fonction.

Quand le relai communautaire arrive à convaincre le chef de village sur une activité sanitaire, après l'acceptation de ce dernier, la majorité de la population y adhère.

2. Un potentiel de soins limité par de multiples contraintes

Nous pouvons retenir plusieurs contraintes que rencontrent les populations de l'aire de santé de Safo dans l'accès aux soins contre le paludisme après la collecte de plusieurs informations auprès de nos interlocuteurs sur le terrain. Parmi celles-ci, nous avons les contraintes environnementales, les contraintes socioculturelles, les contraintes économiques et les contraintes techniques et politiques.

2.1. Les contraintes environnementales liées à la lutte contre le paludisme

Elles se situent à deux niveaux notamment dans la prévention et dans la prise en charge du paludisme.

2.1.1. Le domaine de la prise en charge

Pour recevoir les services de santé en matière de prise en charge du paludisme dans l'aire de santé de Safo, certaines populations parcourent des dizaines voire des vingtaines de kilomètres avant d'accéder au centre. Ce facteur géographique constitue une contrainte pour recevoir les services de santé en général et les soins antipaludiques qui nous intéressent particulièrement.

Voici la distance par kilomètres des villages de l'aire de santé de Safo à partir du Centre de Santé Communautaire (CSCoM) : Tassan est à six (6) kilomètres du centre, Somabougou est à quinze (15) kilomètres. Il y a une distance de neuf kilomètres entre le village de Kola et le centre de santé, Falayan se trouve à cinq (5) kilomètres, Dognoumana est à quinze (15) kilomètres, Dabani se situe à vingt (20) kilomètres du centre, Chodo est à vingt-deux (22) kilomètres, Zorokoro est à huit (8) kilomètres, Sirababougou, huit (7) kilomètres, Torodo, cinq (5) kilomètres, Kodialani, dix-sept (17) kilomètres et Sériwala, neuf (9) kilomètres.

Cette distance géographique, n'est pas la seule à observer, il faut penser aussi à l'impraticabilité des routes qui sont dégradées durant toute la saison pluvieuse par les ruissellements. A part Safo, le village qui abrite le centre, tous les autres villages relevant de l'aire doivent parcourir des kilomètres pour y arriver.

La dégradation des routes n'est pas en lien avec la distance à parcourir, certains villages comme Torodo, Kola et Sirababougou ne peuvent pas accéder au Centre de santé Communautaire durant deux ou trois heures après une grande pluie. Ces populations devraient

attendre qu'il y ait une faible quantité d'eau sur les routes pour pouvoir rouler à moto. Il y a une rivière qui existe entre Safo et Somabougou, les populations s'en servent d'un pont qui n'est plus en bon état pour accéder à ces différents villages mais avec une grande quantité d'eau, il faudrait attendre jusqu'à quelques heures. Ce facteur constitue une contrainte pour les populations. Lorsqu'un malade d'un village est dans une situation grave, pour arriver au centre de santé, c'est très difficile selon un habitant à Chodo qui racontait une histoire :

« Il y a un garçon qui était malade du paludisme chronique chez nous en 2021, son père l'a pris pour l'amener au centre de santé communautaire de Safo la nuit vers vingt-trois heures. En allant, ils ont eu un accident sur le chemin. Ils sont tombés et le père à son tour était blessé ne pouvant plus conduire la moto pour amener le petit garçon de huit (08) ans pour recevoir les soins. Il y a un jeune du village de passage les a vus à côté de la route, il les a pris sur sa moto pour les amener tous à Safo. Imaginez, c'est à cause du mauvais état de la route que la moto du monsieur avait fait une glissade dans un trou pour les faire tomber. Il y a en fait la dégradation de la route mais aussi la distance est là parce que nous sommes à quinze kilomètres du centre de santé »¹².

Généralement certains villages ont des sites d'ASC pour l'offre des services de santé notamment la prise en charge des cas du paludisme simple. Concernant l'offre des services pour les cas de palu grave, ces populations devraient se rendre obligatoirement à Safo pour recevoir les soins au CSCom.

Le facteur géographique comme la distance, l'état des routes, décourage certaines personnes à se rendre directement vers les soins de santé modernes qui restent efficaces actuellement en matière de traitement du paludisme.

Une autre contrainte se situe à l'automédication pratiquée par les populations. Elles se dirigent vers les médicaments vendus, dans les boutiques ou encore chez les vendeurs de la rue pour soulager la maladie. Dans l'itinéraire thérapeutique, les gens ne se dirigent pas vers les centres de santé modernes pour chercher les soins dès le premier symptôme. C'est l'automédication qui est le premier recours pour certaines personnes. D'autres utilisent les médicaments traditionnels en premier à la maison. Il s'agit de la décoction des plantes locales

¹² Entretien individuel approfondi avec un leader communautaire homme à Chodo en octobre 2022.

telles que : ‘*n’galama*’¹³, ‘*nkôlôbè*’¹⁴, ‘*djun*’¹⁵, ‘*mandé-sunsun*’¹⁶, ‘*sindja*’¹⁷, ‘*baaro*’¹⁸, ‘*manyé bulu*’¹⁹ pour traiter le paludisme chez les enfants et les adultes. Elles sont utilisées avant que l’état de santé du malade ne soit grave. Il y a d’autres qui utilisent aussi ‘*sii bulu*’²⁰ particulièrement pour le traitement du paludisme chez les enfants comme premier recours. Généralement c’est quand ces traitements ne fonctionnent pas que les populations font recours aux soins de santé moderne. Donc ce qui les oblige à se rendre au centre de santé communautaire (CSCoM) pour se faire consulter là-bas avant de recevoir des soins.

2.1.2. Le domaine de la prévention

Pour la prévention du paludisme, il est important de mettre en exergue la responsabilité des populations dans l’accomplissement de cette mission.

Ce qui est remarquable dans l’aire de santé de Safo, les populations mènent une vie rurale, où l’on rencontre les champs agricoles aux abords des concessions tels que les champs de maïs, de sorgho, de gombo, d’arachide, des concombres. Dans un tel espace agricole très proche des maisons d’habitation, cela favorise davantage la prolifération des moustiques. Ceci nous renvoie à la notion de sécurité sanitaire chez Vidal, qui est toujours ignorée par les populations. Selon lui, la « sécurité sanitaire » s’inscrit dans le projet de la santé parfaite. La sécurité, c’est bien cette prévention systématique des risques de toute nature, qui permet de prolonger la vie et de ne pas être victimes des chauffards et des délinquants, c’est-à-dire des autres voisins, sans omettre les risques de transmission des maladies qui constituent l’autre en

¹³ (Nom scientifique : *Anogeissus Leiocarpus*).

¹⁴ (Nom scientifique : *Combretum Micranthum*).

¹⁵ (Nom scientifique : *Mitragyne inermis*).

¹⁶ (Nom scientifique : *Annona senegalensis*).

¹⁷ (Nom scientifique : *Cassia Sieberiana*).

¹⁸ (Nom scientifique : *Nauclea Latifolia*).

¹⁹ (Nom scientifique : *Carica papaya*).

²⁰ (Nom scientifique : *Vitellaria paradoxa*)

danger permanent, sauf à vivre sous haute protection (Vidal, 2004). Beaucoup de personnes ne tiennent pas compte de la transformation d'une partie de leur cour de concession en un espace agricole. Ce qui pourrait être un endroit propice pour abriter les insectes.

A cela, s'ajoute la présence des animaux tels que les bœufs, les moutons, les chèvres dans la même concession habitée par les membres des familles dans certains villages.

Les populations font ces pratiques sans penser leurs impacts négatifs à l'assainissement de leur milieu de vie.

Localiser les différents termes de la maladie, identifier les dynamiques spatiales qui les affectent, permet d'individualiser des espaces sécants où ils sont réunis en entraînant l'émergence, le développement, voire la pérennisation de la maladie. Diffusion et propagation sont largement tributaires des déplacements de l'agent pathogène vers d'autres lieux, d'autres espaces, que ce soit en raison du déplacement du vecteur ou induit par les mobilités du réservoir et du malade. Ces espaces à risque sont tous, toutes pathologies confondues, des espaces partagés entre personnes saines et malades mais aussi entre hommes et vecteurs, autorisant contagion et contamination. Ils représentent les aires fonctionnelles (ou d'expression) de la maladie, comprises comme des espaces favorables, en même temps, à tous les termes de la chaîne épidémiologique. Il s'agit d'ici, des espaces partagés au-delà des espaces épidémiologiques (Vidal, 2004)

Nous rencontrons ces pratiques similaires comme la transformation d'une partie de la concession en un espace agricole, la présence d'enclos pour les animaux ainsi que la présence de dépôts d'ordure aux abords des habitations. Ceci constitue un gros défi et qui reste toujours à relever en milieu paysanne car c'est devenu une habitude.

On remarque également la présence des herbes sur les pistes entre les concessions, ce qui provoque une condition de vie malsaine. En plus des dépôts d'ordures très proches aux habitations, nous trouvons les eaux stagnantes entre les ruelles pendant la saison pluvieuse.

Donc il n'y a pas de passage pour un bon écoulement d'eaux de pluie dans les rues. Tout ceci favorise le mode de vie du vecteur responsable du paludisme notamment le moustique.

Nous constatons alors un manque de volonté des populations à chercher des moyens à ces eaux stagnantes dans les rues dans l'intérêt de leur propre bien être. Beaucoup de sensibilisations ont été faites pour sensibiliser les populations à ce sujet par les organisations non gouvernementales comme World Vision selon un de nos enquêtés à Safo village qui

s'exprime en ces termes : « *bani tèmèkado babôkônô ko san bèka na, nka toyisa o bè ba yèrè ma* »²¹.

Selon une femme leader à Safo, toutes les femmes de chaque quartier de Safo faisaient le balayage des rues en 2020, les jeunes femmes faisaient ça pour rendre le village propre. Mais malheureusement, elles se sont découragées et elles ont arrêté. Cette année, aucun groupement de femmes ne continue de balayer son quartier. Cela est dû au fait que les gens accordent beaucoup d'importance à leurs occupations quotidiennes telles que le petit commerce au marché, le maraichage et les petits champs individuels que leur propre santé.²²

2.2. Les contraintes socioculturelles liées à la lutte contre le paludisme

Comme précédemment dans la prévention et la prise en charge du paludisme, nous avons évoqué certaines contraintes environnementales, il y en a aussi à caractères sociales et culturelles.

2.2.1. Dans le domaine de la prévention

Les conduites des populations ayant un impact sur la santé ne sont pas, du point de vue de ces acteurs, des conduites à finalités sanitaires. Il en résulte que l'adoption des propositions préventives dépend d'un ensemble de facteurs, non pas uniquement médicaux, mais aussi sociaux. Les pratiques populaires pour éviter la nuisance des moustiques (et bien évidemment pas uniquement des anophèles) sont nombreuses : fumigations, feu de feuilles vertes à l'entrée des cases, serpentins, bombes insecticides, produits repoussant les moustiques. Ici c'est la nuisance visible et ressentie qui est visée (Jaffré, 2003).

Dans ce contexte, si on peut noter une évolution sur le plan des savoirs, les changements de comportements et des pratiques thérapeutiques apparaissent toujours aussi complexes. Ceci vaut, à la fois, pour la population que pour certains personnels de santé. Dès lors, l'affirmation selon laquelle « l'une des plus grandes difficultés de la lutte contre le paludisme à l'échelle mondiale tient à la propagation et à l'intensification de la résistance des parasites aux

²¹ Selon un de nos enquêtés, un homme diplômé à Safo, on peut sensibiliser les gens pour leur bien-être à travers des messages mais l'application dépendra toujours de leur propre volonté.

²² Entretien individuel approfondi avec une femme leader à Safo en octobre 2022.

antipaludéens » [OMS, 1995] semble réductrice. Elle indique cependant l'étroite conjonction entre savoirs et pratiques liés aux questions de paludisme (Vidal, 2004).

Outre les différentes contraintes précitées à la prise en charge du paludisme, nous constatons un comportement social inapproprié des populations à la prévention du paludisme. D'abord certains ménages n'appliquent pas les consignes données par les prestataires de santé dans l'aire de santé de Safo.

Même l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois qui a été recommandé aux mères d'enfants par la Sage-femme pour prévenir l'enfant contre la malnutrition, n'est pas bien appliqué. Parce qu'il y a certaines grands-mères qui donnent de l'eau aux bébés de moins de six mois. Quand la belle fille leur explique que c'est un conseil de santé venant de la part des agents de santé, elles disent que même les agents de santé ont tous bu de l'eau quand ils étaient à cet âge.²³

Ensuite, ce sont les femmes qui s'occupent beaucoup plus à l'entretien des enfants. Parce que même pour la simple utilisation de la moustiquaire pour les enfants dans les ménages, très peu d'hommes s'en chargent pour la suspendre. Tout ceci est réservé comme une tâche pour les femmes. Parce qu'ils pensent que c'est une tâche pour les femmes. Ils ont acquis cette mentalité culturellement dans la société. Beaucoup de pères pensent que l'entretien des enfants émane de la responsabilité des mères d'enfants. Ce qui fait que les femmes, quand elles sont trop prises avec les différentes tâches domestiques, elles ne peuvent pas bien appliquer les conseils en santé.

Cette mauvaise conduite vis-à-vis des services de santé, rend inefficaces les différentes interventions à l'endroit des populations en la matière.

Pour être plus explicite, il y a la campagne de distribution des médicaments dans les différentes familles pendant la période des hautes transmissions pour prévenir le paludisme chez les enfants de trois à cinquante-neuf mois.

Nous avons constaté que certains chefs de ménages des villages de l'aire de santé de Safo qui refusent l'administration des doses de la Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) à leurs enfants. Ils avancent comme argument que c'est une politique commerciale de l'Association de Santé Communautaire (ASACO) en complicité avec le personnel du centre

²³ Entretien individuel avec la Sage-femme, CSCom Safo, novembre 2022.

de santé pour provoquer le paludisme aux enfants afin que le centre puisse accueillir beaucoup de clients en son sein.

Donc ils pensent que c'est une politique commerciale pour que le centre vende beaucoup de produits et de médicaments afin d'augmenter leurs recettes. Parce qu'en cas d'effets secondaires indésirables graves chez un enfant après la réception d'une dose en Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) de cette campagne CPS, on doit ramener directement ce dernier au centre de santé pour recevoir des soins payants. Un enfant déjà atteint par les symptômes du paludisme, s'il reçoit une dose en SP, cela déclare son cas qui n'était pas encore manifesté. Donc certains parents d'enfants, au lieu d'être persuadés des conseils que donnent les agents d'administration relatifs à ce médicament qui est plutôt préventif, ils pensent qu'il est sensé traité les enfants déjà atteints du paludisme. Les agents d'administration expliquent aux parents que le médicament de la CPS est donné pour prévenir le paludisme chez les enfants et s'il y a déjà quelqu'un qui est sous traitement de cette maladie, ce dernier ne devrait pas prendre ces doses. Mais malheureusement ce message n'est bien compris par les parents d'enfants au sujet du médicament de la Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS).

Voilà l'une des raisons du refus de certains parents à l'adhésion de la campagne CPS dans l'aire de santé de Safo et ce qui est une contrainte à l'atteinte des objectifs en termes de couverture.

Il y a des chefs de ménages qui refusent catégoriquement que leurs enfants ne prennent pas les doses de la CPS. Ça c'est un premier groupe de réticence. Il y a un autre groupe de réticence, qui prend les deux autres doses avec les agents d'administration qui devraient être administrées dans les deux prochains jours par les parents mais malheureusement l'instruction n'est pas appliquée par tout le monde. Donc leurs enfants reçoivent la première dose administrée par les agents distributeurs mais la deuxième et la troisième dose ne seront pas données.

Voilà une autre insuffisance dans la lutte contre le paludisme causée par les populations elles-mêmes.

Cependant d'après les informations de certains de nos participants à notre entretien collectif, leurs enfants qui ont reçu toutes les trois doses dans les quatre mois de la campagne de Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier, n'ont pas majoritairement été affectés par le paludisme au cours de l'année. Même ceux qui ont été affectés, n'ont pas connu un cas de

palu grave. Témoignage d'un participant sur les avantages des doses pour la Chimio-prévention du paludisme saisonnier : « *depuis que mes enfants ont commencé à bénéficier de la CPS, mes enfants ne connaissent plus l'injection. Leur palu est traité et guéri avec l'utilisation des comprimés antipaludiques seulement* »²⁴.

Donc nous constatons un manque de confiance entre la population et les membres de l'ASACO malgré les différentes explications données relatives aux avantages et à l'utilité de ce médicament pour prévenir le paludisme chez les enfants de trois à cinquante-neuf mois.

En plus de ce problème, il y a beaucoup de personnes qui ne dorment pas sous la moustiquaire pendant la saison sèche parce qu'ils pensent qu'il y a moins de moustiques à cette période-là. Alors que les quelques moustiques qui sont dans la chambre à cette période, pourraient toujours transmettre le paludisme mais qui sont négligés par les populations.

Il y a aussi une contrainte sociale dans l'accession aux services de soins prénataux chez les femmes enceintes. Les femmes enceintes craignent d'aller chercher les soins prénataux au début de la grossesse pour accéder aux services de prévention du paludisme.

Pour certaines, si une femme enceinte va au centre de santé au premier ou au deuxième mois de la grossesse, certaines belles mères les qualifient de femmes lâches c'est-à-dire que celles qui ne supportent pas de douleur. C'est la raison pour laquelle, les femmes multipares attendent souvent jusqu'au cinquième mois de la grossesse avant d'aller recevoir les premiers soins prénatals.

Selon une participante d'une discussion de groupe, plusieurs chefs de familles amènent les malades au centre de santé moderne que lorsque le cas devient grave. Parce qu'ils craignent de dépenser de l'argent. Pour les femmes enceintes, c'est encore pire parce que certaines belles mères ne donnent pas la permission à leurs belles filles au premier trimestre de la grossesse. Elles préfèrent attendre jusqu'à cinq mois avant d'envoyer la femme enceinte commencer les CPN. (FGD_Femmes_Dognoumana).

Mais contrairement à celles qui sont seules, qui n'ont pas de belle-mère, elles sont libres d'aller chercher les soins une fois la permission reçue par leurs maris.

²⁴ Discussion de groupe avec les hommes mariés à Torodo en novembre 2022.

Comme le dit une prestataire de santé : « *rare sont des femmes multipares qui viennent au centre de santé pour la recherche des soins prénatals au premier trimestre de leur grossesse* » (Entretien individuel avec la sage-femme à Safo en novembre 2022).

2.2.2. Dans le domaine de la prise en charge

Maintenant par rapport aux contraintes sociales liées à la prise en charge du paludisme, il faut penser aux réactions tardives de certains décideurs dans les familles à aller vers les soins de santé.

Certes, grâce aux campagnes d'éducation pour la santé et à une amélioration globale de l'enseignement, on peut observer une réelle amélioration des connaissances concernant notamment le rôle du moustique et l'intérêt des moustiquaires. Mais ces nouveaux savoirs n'induisent pas « automatiquement » de nouvelles pratiques. Connaître n'est pas faire ... (Jaffré, 2003).

Aller au dispensaire signifie pour les ménages l'engagement de frais directs (prix de consultation, coût des examens et des médicaments) et de frais indirects de transport et de perte de temps de travail (Ridde, Ouattara, 2015). C'est-à-dire quand il y a un membre de la famille qui souffre d'une pathologie, socialement et culturellement, il y a des décideurs (chefs de famille, maris, grands-mères) pour la recherche des soins de santé. Donc eux ils attendent la dernière minute pour l'amener au centre de santé afin d'obtenir des soins. Selon Jaffré, les divers étiquetages linguistiques des affections induisent des conduites de soins et expliquent notamment que la maladie dans son aspect initial de fièvre est peu génératrice d'anxiété. L'accès des populations aux services de santé dépend de cette conception de la maladie et des conceptions physiologiques populaires construisant les notions de risque, de gravité et d'aggravation (Jaffré, 2003). Les membres de leur famille sont toujours affectés par le paludisme mais ils ne s'inquiètent pas dans un premier temps. Alors que cela trouve que la situation est dans l'impasse déjà et ce qui peut faire une augmentation dans les frais de service de santé.

Cette attitude est adoptée dans tous les villages de l'aire de santé de Safo et elle a pris de l'ampleur.

Parmi ces décideurs, il y a le chef de ménage et il y a le chef de famille dans la famille étendue. Il y a les belles mères qui sont impliquées dans les prises de décision pour la recherche des soins chez les femmes enceintes. L'avis de la belle-mère est important dans les

soins prénataux de sa belle-fille. Les hommes pensent que ce sont les vieilles qui ont beaucoup d'expériences en matière de santé maternelle. Donc ils remettent cela à un domaine de compétence pour les femmes âgées. Ce système décisionnel qui est culturel, constitue une contrainte pour accéder aux services de santé pour les autres membres de la famille qui sont sous tutelle de ces décideurs. Dans la société, l'homme le plus âgé dans la famille reste toujours le chef de famille. Il est au sommet mais les affaires concernant la maternité, quand il y a une belle mère, relève le domaine de compétence de cette dernière.

En général, ces populations ne vont pas vers les soins de santé moderne dès au premier symptôme de la maladie, ils préfèrent toujours essayer une automédication. Cette même attitude est adoptée lorsqu'un membre de la communauté est affecté par le paludisme. Certaines vont à la boutique pour acheter des médicaments génériques : par exemple *'Sumayanba'*²⁵ (grand paludisme), *'Sosoni'*²⁶ (petit moustique) ou encore ils utilisent des recettes traditionnelles qu'ils connaissent en matière de traitement de paludisme.

Comme le dit, Joseph Brunet JAILLY, tout adulte Bamanan est guérisseur ou tradipraticien, car il a appris depuis sa naissance au moins une recette ou une formule capable de soulager un mal (Jailly, 1993). Il est évident que cette affirmation ne fait plus une généralité mais relativement, certaines populations connaissent quelques recettes de plantes pour traiter des cas de paludisme. D'autres raisons expliquent également le retard à la recherche des soins dans un centre de santé comme le dit Jaffré : « Les produits thérapeutiques étant en vente libre, et puisqu'il faut réduire autant que possible les dépenses, les familles utilisent largement les médicaments disponibles qu'il s'agisse de « feuilles » ou des « restes » des traitements d'anciennes pathologies. Ces conduites sont d'autant plus fréquentes que les économies familiales sont largement régies par les diverses dimensions affectives des échanges pécuniaires (Jaffré, 2003).

Un climat de jalousie peut constituer une contrainte sociale dans les familles polygames n'ayant pas de grand-mère. Par exemple, la signification sociale d'une demande d'argent peut largement excéder sa simple valeur d'échange et refléter des rivalités entre des coépouses essayant d'éduquer et de soigner leurs enfants sans « ennuyer leur mari » avec d'incessantes demandes pour les soins. Pour ces raisons et pour d'autres du même domaine social, il faut donc se « débrouiller à moindres frais » . . . Pour cela, les « pharmacies par terre » sont

²⁵ Nom générique d'un médicament antipaludique vendu dans les boutiques et chez les vendeuses ambulantes

²⁶ Nom générique d'un médicament antipaludique vendu dans les boutiques et chez les vendeuses ambulantes

largement utilisées. Pour les populations, tout plaide en leur faveur » (Jaffré, 2003). Donc c'est la raison pour laquelle certaines mères d'enfants préfèrent faire une automédication pour leurs enfants et pour elles-mêmes au lieu d'informer leurs maris directement.

Ce retard des populations pour la recherche des soins dans un centre de santé s'explique aussi par le pouvoir des hommes dans les familles. Généralement dans ces familles, la femme ne peut pas amener l'enfant dans un centre de santé sans l'autorisation du chef de famille. Elle ne peut le faire aussi pour la recherche des soins pour sa propre santé. Parce que cette décision émane de l'homme. Alors qu'en matière de santé, il se trouve que la femme se soucie beaucoup plus de la santé des enfants plus que les hommes parce que ces derniers craignent de dépenser de l'argent.

Toute personne malade dans la famille doit avoir l'autorisation du chef de ménage avant de se rendre dans un centre de santé pour recevoir des soins.

2.3. Dans le domaine économique

Une large part des populations d'Afrique subsaharienne vit actuellement dans un contexte de grande pauvreté. Depuis l'initiative de Bamako en 1987, dans une logique de recouvrement des coûts, les frais de santé doivent être, en grande majorité, réglés directement par les patients.

De plus, l'insuffisance ou l'inaccessibilité d'assurances de santé publiques ou privées empêche nombre d'individus de bénéficier d'une couverture contre le risque de maladie. Sans protection sociale, les populations doivent prendre en charge le coût direct de leur santé, et ceci dans un souci constant d'économie. (Ridde, Ouattara, 2015).

Les principales activités menées par la majorité de la population de Safo, sont l'agriculture, l'élevage et le commerce. L'agriculture est pratiquée par beaucoup d'hommes aussi bien que les femmes mais il faut reconnaître qu'il y a certains hommes qui travaillent aussi dans les boutiques tandis que le commerce de condiments est pratiqué par les femmes dans les petits marchés.

Les salariés sont généralement les enseignants fonctionnaires, les enseignants contractuels, les prestataires de santé, les agents de santé (ASC).

Il y a des hommes qui pratiquent également les métiers comme la maçonnerie, la menuiserie, la soudure, la couture. L'agriculture est basée sur la culture vivrière notamment la culture du mil, du sorgho, du maïs, du haricot et de l'arachide. Ces produits agricoles sont utilisés dans

la nourriture pour les familles. Compte tenu du faible rendement, ils ne pourraient être utilisés pour la recherche des services de santé des membres de la famille.

Présentement la majorité de la population pratique le maraichage pour générer d'autres ressources économiques afin d'assurer les frais de service de santé et d'autres petites dépenses de la famille telles que l'achat des vêtements, les dépenses de mariages et baptêmes. Parmi ces récoltes maraichères, il y a l'oignon, les choux et les carottes.

Maintenant en cas d'insuffisance de pluviométrie, les céréales ne suffisent plus pour la nourriture de la famille et les produits maraichers sont vendus pour assurer la ration alimentaire de la famille.

Donc en cas de maladie du paludisme, le chef de famille ne dispose plus des ressources maraichères qui étaient destinées à cela. Au lieu de prévoir un fonds d'urgence pour les services de santé, les familles pensent d'abord à la nourriture. Certains vendent leur bétail, un mouton, une chèvre ou même un bœuf pour chercher les soins pour leurs familles, même si ce cas de figure est rare. Parce qu'il y a des familles qui disposent uniquement de bœufs pour le labour des champs donc elles ne peuvent pas les vendre car ils font partie de leur outil de travail.

Le commerce n'est pas aussi développé car on peut seulement compter une ou deux boutiques dans chaque village à part Safo, Dognoumana et Falayan où l'on peut rencontrer plusieurs. Sinon tous les autres villages n'ont d'autres ressources que les produits agricoles et l'élevage dans quelques familles.

Certaines familles ont des ressortissants à l'étranger ou dans d'autres villes du pays qui leur envoient de l'argent mais ces sommes sont insignifiantes car ce transfert monétaire ne se fait pas à toutes les périodes de l'année. C'est généralement à la veille des fêtes de Tabaski et de Ramadan seulement.

Voilà un peu l'impact de la pauvreté sur l'accès aux soins pour la plupart des populations de l'aire de santé de Safo.

2.4. L'accès aux soins au centre de santé de Safo : une étude de cas

Pour déterminer les capacités du centre de santé de Safo, nous allons expliquer cela selon plusieurs aspects. Il y a l'aspect clinique dans la prévention et dans la prise en charge du paludisme, l'aspect social en termes d'accueil des clients et la gestion des cas d'urgence.

2.4.1. Compétences du personnel de santé dans la prévention et dans la prise en charge du paludisme

Le personnel du centre de santé de Safo est compétent techniquement dans la prise en charge des cas de palu simple et grave. Ils utilisent les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisine (CTA) comprimés pour traiter les cas de palu simple et l'injectable pour les cas de palu grave. Chez les femmes enceintes, ils utilisent le sérum enrichi de Quinine, l'antipyrétique et le sérum glucosé.

Le centre est dirigé par un Directeur Technique, détenteur d'un diplôme de Technicien Supérieur en Santé qui est habilité à prescrire de ces ordonnances.

Outre le Directeur Technique du Centre, il y a la Sage-femme et l'Infirmière Obstétricienne, qui s'occupent de la prise en charge des cas détectés du paludisme chez les femmes enceintes lors des visites de consultations prénatales. Les cas de palu chez les adultes et les enfants sont pris en charges par le Directeur Technique du Centre (DTC) et les stagiaires.

Maintenant pour le ravitaillement du centre en médicaments antipaludiques, c'est pareil pour les autres médicaments du centre, il est approvisionné par le Centre de Santé de Référence (CSRéf) de Kati.

Pour prévenir le paludisme, ce sont les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes qui bénéficient souvent des médicaments. Les femmes enceintes lors des visites de consultations prénatales, reçoivent parfois une ou deux doses de la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) pour prévenir le paludisme. Mais il arrive quelquefois, qu'il y a des ruptures de la SP au centre à certains moments de l'année lorsque les femmes viennent pour les soins prénataux. Quand il y a la rupture en SP, les femmes payent à leurs propres frais, là ce n'est pas gratuit.

Le Centre s'approvisionne en SP au district sanitaire de Kati mais avant la disponibilité de ce médicament, pour les besoins, l'ASACO achète la SP à la pharmacie pour mettre à la disposition de leur CCom.

Quant aux enfants de moins de cinq ans, ils reçoivent à travers la campagne de chimio-prévention du paludisme la Sulfadoxine Pyriméthamine plus l'Amodiaquine (SP+AQ). Ces doses sont administrées à but préventif du paludisme chez les enfants. Cette campagne de chimio-prévention chez les enfants est faite pendant l'hivernage à la période de haute transmission du paludisme.

2.4.2. Les compétences du personnel de santé en matière d'accueil au centre de santé communautaire de Safo

Ici, il s'agit de faire ressortir l'attitude des prestataires de santé vis-à-vis des populations lorsque celles-ci se présentent au centre de santé. En parlant de l'attitude, nous repérons des forces et des faiblesses.

➤ Quelques forces

Les populations apprécient l'accueil du personnel à la présence d'un patient pour la recherche des soins au centre de santé communautaire de Safo. Ceci s'explique par la considération des prestataires de santé à l'égard des populations et par l'amour de leur métier. Dès qu'un patient se présente à leur niveau, il y a les places pour que les accompagnants et pour attendre le tour. Tout ceci pour mettre l'ordre et pour respecter l'ordre d'arrivée des clients. Tous les agents ne sont pas à l'intérieur de la salle d'observation, il y en a qui sont à la cour et qui orientent les gens dès leur arrivée.

Les gens qui viennent au centre de santé pour les besoins en service de santé de reproduction, sont orientés vers la sage-femme et ceux qui viennent pour d'autres services cliniques, sont orientés vers la salle de consultation chez le Directeur Technique du Centre (DTC) communément appelé "Major".

➤ Quelques faiblesses

Outre les forces, nous constatons aussi certaines failles du côté comportemental de certains prestataires de santé.

D'abord beaucoup de personnes se plaignent aussi de l'absentéisme de certains prestataires de santé qui passent leur weekend hors de Safo et qui ne se ne présentent pas au service souvent à l'heure le lundi. Du weekend, il passe la moitié de la journée du lundi avant de venir reprendre les services alors que ces agents et la Sage-femme sont les seuls agents habilités à

prescrire une ordonnance. En plus de ces agents, il y a également l'infirmière obstétricienne qui travaille au centre mais qui n'est pas habilitée à prescrire une ordonnance médicale pour les patients. Donc en dehors de ces prestataires de santé, il y a également des stagiaires ; certains ont terminé avec leur formation et d'autres sont toujours en formation. Eux ils ne sont pas d'abord qualifiés en matière de prise en charge.

Nous nous référons ici à Jaffré comme il a précédemment dégagé quelques aspects en la matière ; de longues et inutiles attentes, la négligence, des consultations hâtives, et de régulières pratiques de corruption sont malheureusement souvent la règle de fonctionnement de structures de soins qui se présentent pour les malades comme des espaces « inhospitaliers » « Le patient entre dans la salle de consultation, on lui demande pourquoi il vient, il déclare qu'il a mal à la tête, on lui donne des comprimés d'aspirine, sans pratiquer la moindre anamnèse, ni réaliser le moindre examen physique ; les mesures du temps de consultation montrent d'ailleurs fréquemment des durées inférieures à la minute » (Jaffré, 2003).

Parfois l'indisponibilité de certains prestataires de santé qualifiés pénalise la population dans l'obtention des services de santé et qui oblige certaines personnes à fréquenter des centres de santé de Bamako au lieu de rester dans l'attente.

2.5. Les capacités du centre de santé de Safo en matière de référence d'évacuation

Pour la gestion des cas de référence d'évacuation, le centre de santé communautaire de Safo ne dispose pas de moyen de déplacement en son nom pour le transport des patients. Donc en cas de référence d'évacuation vers d'autres centres de santé supérieurs, c'est aux malades de trouver des moyens eux-mêmes pour le faire. S'il n'y a pas de véhicule dans la famille, ils peuvent demander les services à un proche qui en a, pour les services de référence d'évacuation. Ils peuvent aussi appeler l'ambulance qui viendra prendre leur malade pour l'urgence à vingt mille francs (20 000F CFA) le coût²⁷.

2.6. Les capacités de l'ASACO en matière de gestion du centre de santé de Safo

Au Mali, les centres de santé communautaire (CSCoM) sont gérés par les associations de santé communautaire (ASACO), celle de Safo ne déroge pas à cette règle. Le bureau de l'ASACO est composé des habitants de la Commune rurale de Safo. Ils assurent le besoin du personnel

²⁷ Entretien individuel approfondi avec le Directeur Technique du Centre en septembre 2022.

du centre de santé en intrants et en produits médicaux. Ils interviennent en cas de tensions entre le personnel de santé et entre ceux-ci et leurs clients.

Pour la satisfaction de certains services de santé notamment en santé maternelle et infantile, ils ont ouvert des maternités dans certains villages en plus de celle du chef-lieu de l'aire de santé. Il y a une maternité à Kola, une maternité et un site ASC (Agent de Santé Communautaire) à Dognoumana, pour la prise en charge des cas de palu simple chez les enfants de moins de cinq ans. Il y a également une maternité à Zorokoro et un site ASC pour la prise en charge des cas de palu de simple. Ensuite il y a un site ASC à Somabougou et à Tassan pour les consultations prénatales et la prise en charge des cas de palu simple chez les enfants.

Malgré ces efforts, le besoin pour la prise en charge des cas de palu grave reste insatisfait pour ces populations.

Il faut également noter que les membres de l'ASACO n'arrivent toujours pas à créer un climat de confiance entre la population et les prestataires de santé. Certains hommes pensent qu'il y a une complicité entre ce dernier et les prestataires de santé pour que les gens achètent les médicaments dans leur dépôt pharmaceutique.

3. Les contraintes en matière de mise en œuvre de la politique de lutte contre le paludisme

Ici, il s'agit d'articuler l'accès aux soins avec les politiques publiques dans le domaine de la lutte contre le paludisme dans notre site d'étude. Après notre étude sur le terrain, il ressort qu'il y a des irrégularités dans la mise en œuvre des orientations et les priorités politiques dues à des contraintes. Elles se manifestent à plusieurs niveaux notamment chez les responsables de santé, les prestataires de santé et les membres de la communauté.

3.1. Etat du principe d'équité dans l'accès aux soins de qualité

Dans le contexte des actions à entreprendre pour la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), le Mali s'est engagé dans une politique ambitieuse afin de rendre l'accès aux soins gratuit en faveur des indigents avec un financement uniquement national. Le régime d'assistance médicale (RAMED) a été lancé en 2011. Il vise à immatriculer, puis à offrir un paquet de soins gratuits aux 5 % de la population considérés comme les plus pauvres. (Bonnet et al., 2019).

L'immatriculation doit être réalisée essentiellement par les services sociaux, mais face au défi de son organisation à une échelle nationale, le rôle des ONG et des organismes communautaires est de plus en plus mis en exergue. Cela est d'autant plus vrai que la Banque mondiale incite de nombreux pays de la région à mettre en place un Registre Social Unifié (RSU) où seraient regroupés les noms de toutes les personnes sélectionnées pour bénéficier de programmes sociaux. Au Mali, ce RSU dispose d'une liste de plus de 220 000 indigents associés au RAMED, mais aussi de bénéficiaires de programmes de filets sociaux (71 000) et d'ONG comme Action Contre la Faim (3 500) et Solidarités International (1 700) (Bonnet et al., 2019).

Le paiement des frais de services de prise en charge contre le paludisme pour les indigents est comme une réalité quand on essaye d'analyser les réponses de ces participantes à Dabani.

On a posé la question lors de notre discussion de groupe en disant : est-ce que vous rencontrez des difficultés dans vos recherches de soins contre le paludisme ?

Réponse : souvent, il y a les difficultés financières (P5, ménagère, 30 ans).

Réponse : souvent il y a des difficultés financières mais quand tu te présentes au centre de santé pour dire que tu es malade, même si tu n'as pas d'argent, on te donne les services. Maintenant quand tu trouves de l'argent, tu viendras rembourser. Les prestataires de santé ont pitié dans ce sens (P2, ménagère, 32 ans).

Réponse : quand tu viens, on te donne les services à crédit (P5, ménagère, 30 ans).

Réponse : on ne peut pas tarder le traitement du paludisme parce qu'on n'a pas d'argent. Ça ne se fait jamais (P3, ménagère, 35 ans).

Malgré la volonté de l'Etat à aider les populations à travers le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), le respect au principe d'équité dans l'accès aux soins de santé demeure un rêve non réalisé dans l'aire de santé de Safo. Donc les populations indigentes de l'aire de santé de Safo ne bénéficient pas de la prise en charge gratuite du paludisme à travers ce service de gratuité, le (RAMED) qui pouvait être une chance pour assurer l'équité aux soins antipaludiques comme le recommande les priorités du plan stratégique.

Certaines difficultés ont été déjà soulevées et qui ont entraîné le mauvais fonctionnement de la gratuité pour la prise en charge du paludisme au Mali. Il s'agit d'improvisation de la politique sans une volonté de l'Etat mais avec une pression internationale (Diallo, 2017).

En faisant une analyse diachronique, les gouvernements des pays africains ont pris l'engagement en faisant de la lutte contre le paludisme une priorité lors du 33^{ème} sommet de l'OUA, tenu à Harare en 1997. Ce qui a conduit en 2000 à Abuja à leur adhésion à l'initiative « *roll back malaria* ». Cette initiative vise à réduire la morbidité liée au paludisme grâce à un meilleur accès des populations pauvres à une gamme antipaludique efficace (Y.F. KONE, 2014.) cité dans (DIALLO, 2017).

Une seconde difficulté réside d'une absence d'implication des acteurs dans sa mise en œuvre. Donc ce qui a rendu sa mise en œuvre difficile pour réduire le paludisme chez les enfants qui reste toujours une couche vulnérable.

Beaucoup de personnes surtout la population paysanne, les gens ont accès aux soins de santé facilement pendant la période des récoltes des produits maraichers mais à la saison pluvieuse, ils ont d'énormes difficultés financières à couvrir les services de santé. Donc ce qui fait que, l'accès aux soins devient toujours une situation préoccupante.

Tant qu'il n'y a pas de service de gratuité pour les populations indigentes dans l'offre des services antipaludiques, les personnes ayant suffisamment de moyens financiers auront toujours la chance de recevoir les soins tandis que les démunies seront toujours privées de celles-ci.

3.2. Etat d'implication des communautés dans le processus de lutte contre le paludisme

L'implication des communautés dans la gestion de leur propre santé n'est pas une recommandation récente et cela date depuis l'initiative de Bamako en 1986. Quand on parle d'implication de la communauté dans la santé communautaire comme le dit le Professeur BALIQUE, il faut penser au jacobisme au Mali. C'est-à-dire que souvent il y a certains cadres des structures techniques qui s'ingèrent dans la gestion des centres de santé communautaires (Balique, 2001).

Il y a beaucoup d'activités de santé qui sont menées dans certaines communautés sans une bonne communication.

Généralement le chef de village informe ses conseillers et les chefs de famille mais ces derniers ne demandent pas assez de détails sur l'ordre du jour même s'ils ne l'ont pas bien compris. Ils laissent la réalisation des activités de santé aux chefs de villages, les agents de santé et les relais communautaires. Les communautés devraient s'impliquer dans le processus de lutte contre le paludisme à travers les activités de salubrités organisées par la jeunesse.

« En 2019, les groupements de femmes des différents quartiers de Safo le faisaient mais pour faute de courage, elles ont arrêté. Cela était dû par le fait que certaines femmes ne respectaient pas leur tour de balayage selon leur calendrier d'activité ». ²⁸ C'était une activité organisée par les femmes. Maintenant du côté des hommes, nous ne connaissons pas une activité organisée par ces derniers sur l'hygiène ou à l'assainissement de leur milieu pour contribuer à la réduction des moustiques, principaux vecteurs de la pathologie.

Le renforcement des capacités de coordination devrait contribuer à la lutte contre le paludisme. Une synergie d'action est nécessaire pour améliorer les services de santé. Il s'agit de l'implication des projets de développement à travers la sensibilisation sur l'hygiène et l'assainissement. L'implication des leaders religieux, les leaders femmes et les jeunes pourrait beaucoup aider en la matière.

Nous pouvons dire que l'implication des communautés dans la lutte contre le paludisme n'est pas à la hauteur car aucun effort du niveau des maris.

3.3. Prévention du paludisme chez la femme enceinte

Concernant la prévention du paludisme chez la femme enceinte, il y a le décret 10-628/PRM du 29 novembre 2010, qui stipule que la femme enceinte doit bénéficier trois doses de la SP gratuitement comme traitement préventif intermittent (PSN, 2021). Elle doit avoir la première dose à partir de la treizième semaine de grossesse jusqu'à l'accouchement avec un intervalle d'au moins un mois entre les prises. D'après nos recherches sur le terrain, il est ressorti qu'il y a souvent des ruptures en SP dans l'aire de santé communautaire de Safo. Cette confirmation est donnée aussi bien par le Directeur Technique du Centre et les femmes mariées. Quand il y a une rupture en SP, il y a bien sûr une contrainte dans l'application de ce décret qui est une composante essentielle de la lutte contre le paludisme.

Nous pouvons dire que l'objectif visé pour couvrir quatre-vingts pour cent de femmes enceintes en traitement préventif intermittent au cours de la grossesse d'ici 2024 tel que défini dans le plan, sera difficilement atteint. Parce qu'aucune mesure n'est prise pour y remédier par l'ASACO.

3.4. La Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS)

La chimio prévention du paludisme saisonnier est une stratégie recommandée par l'OMS en mars 2012 comme politique de lutte contre le paludisme dans les pays du Sahel (PSN, 2021). Elle consiste à donner une combinaison de SP+AQ à dose thérapeutique à des enfants pour

²⁸ Discussion de groupe avec les femmes à Safo en novembre 2022.

prévenir le paludisme pendant la période de haute transmission du palu dans les zones à transmission saisonnière. Après notre analyse, il est ressorti que beaucoup de familles sont réticentes à l'administration des doses de la CPS à leurs enfants.

Plusieurs raisons expliquent cela du fait que certaines personnes soient moins enthousiastes par rapport aux médicaments de la CPS. D'abord ce refus pourrait être lié à un manque de communication pour une meilleure réussite de cette campagne. Certains parents sont réticents, parce qu'ils ont observé des effets secondaires indésirables liés à ce médicament. Ils n'ont pas apprécié cela car ils n'ont pas reçu toutes les informations nécessaires qui pourraient y arriver. Ce médicament qui est destiné aux enfants de trois à cinquante-neuf mois mais pas à ceux qui sont déjà sous traitement du palu ou encore ceux qui ont reçu la Cotri à moins quinze (-15) jours avant la campagne. Un enfant qui est déjà malade du paludisme ne devrait pas prendre les médicaments de la CPS ; car cela pourrait éventuellement provoquer les vomissements. Donc quand un tel effet se produit, il faudrait immédiatement l'amener dans un centre de santé pour qu'il reçoive des soins.

Avec une telle réaction indésirable, les parents pensent que la maladie de leur enfant est liée au médicament qu'il vient de prendre au cours de la campagne de la CPS. Ce manque de communication pourrait être imputé à une faille dans la responsabilité attribuée au personnel de santé. Parce qu'avant d'envoyer les agents d'administration dans les ménages, il faudrait très bien expliquer aux parents de tous ces aspects sinon les agents ne donnent toujours pas les détails sur les médicaments aux populations.

Maintenant nous avons deux cas de réticence aux médicaments de la CPS, il y a des cas de réticents affichés et l'autre, des non affichés. Ceux qui sont affichés, n'adhèrent pas à la campagne de la CPS depuis le début de campagne, donc ils refusent à ce que leurs enfants reçoivent la première dose avec les agents d'administration. Les réticents non affichés acceptent que les agents d'administration donnent la première dose des médicaments à leurs enfants mais les deux autres doses que les parents d'enfants devraient donner pendant les deux prochains jours après la réception de la première dose, ne sont pas données. Donc la mission devient non accomplie parce que ces enfants ont seulement reçu une dose sur trois.

D'autres personnes pensent que cette campagne n'empêche pas les enfants d'être affectés par le paludisme au cours de l'année. Elle permet de réduire le nombre de cas de palu grave ou chronique mais des cas de palu simple sont toujours enregistrés. Selon les propos d'un

participant : ‘*ne ka du kônô demiseni naani bè yé fura kisè in kunu, nga môgô fila banana sumayan bolo, a ma sé dôgôtôrô so taa ma. An yé sumayanba d’u man, u kènèya la*’.²⁹ (quatre enfants ont reçu les comprimés de la CPS dans ma famille, il y a deux qui sont tombés malades du palu mais quand ils ont pris les comprimés d’un médicament générique dénommé grand paludisme, ils sont tous guéris). Donc il y en a qui pensent que le médicament de la CPS ne protège pas définitivement les enfants contre le palu au cours d’une année. Ce doute vis-à-vis de son efficacité au niveau ménage et famille traduit la mise en œuvre de la politique de santé en matière de prévention chez les enfants inefficace. Face à cette inefficacité, il serait difficile d’atteindre l’objectif fixé qui est de couvrir quatre-vingt-dix pour cent (90%) des cibles pour chaque passage de la campagne CPS.

3.5. La lutte Anti Vectorielle (LAV)

Toujours dans le souci d’anéantir la prolifération des moustiques, principaux vecteurs de la transmission du paludisme, le traitement des gîtes avec un bio-larvicide qui est recommandé à travers le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) des zones ciblées, c’est-à-dire des zones à haut risque d’ici 2022 (PSN, 2021).

Tel que recommandé par le plan stratégique National de lutte contre le paludisme, quatre-vingts pour cent (80%) des populations des zones ciblées devrait être couvert par la pulvérisation intra domiciliaire d’ici 2022. Comme la région de Koulikoro n’a pas la prévalence la plus élevée du paludisme, elle ne bénéficie pas de cet avantage. La seule contrainte qu’on pourrait parler ici, c’est l’absence de cette activité dans d’autres zones répondantes aux critères de choix malgré l’augmentation du taux de prévalence des cas de malades.

3.6. Moustiquaire imprégnée d’insecticide en liquide dilué (MILD)

Il a été recommandé dans le plan stratégique de lutte contre le paludisme, que quatre-vingts pour cent des femmes enceintes reçoivent une moustiquaire imprégnée d’insecticide (MII) dès sa première visite de consultation prénatale (PSN, 2021).

²⁹ Discussion de groupe avec les hommes à Kola en novembre 2022.

Selon certaines femmes en âge de procréer, souvent il y a la rupture en moustiquaire dans le centre de santé communautaire de Safo. Il y a certaines femmes enceintes qui font deux à trois visites sans recevoir leur moustiquaire, d'autres reçoivent jusqu'au neuvième mois de la grossesse. La politique de prévention du paludisme chez les femmes à travers l'utilisation des moustiquaires n'est pas appliquée à hauteur de souhait tant qu'il y a des ruptures de ce produit à un moment de l'année.

Ensuite quatre-vingts pour cent (80%) des populations des zones à risques devront dormir sous moustiquaire mais tant qu'il n'y a pas de distribution gratuite de moustiquaire, les populations n'ont pas la volonté d'en acheter à leurs frais.

Même lors de la distribution précédente en 2019, les populations se plaignaient de l'absence de transparence des agents choisis dans les villages pour réaliser cette activité. Certains disent que les distributeurs favorisent leurs proches en leur donnant une moustiquaire pour deux personnes tandis que d'autres familles avec dix personnes n'ont reçu que deux. Selon MN Femme, 35 ans : « *Moi on m'a donné une seule moustiquaire alors que je vis avec mon mari et quatre enfants* »³⁰.

3.7. Diagnostic et prise en charge des cas

Pour la prise en charge des cas de paludisme, l'objectif c'est de faire la configuration biologique à travers le Test de Diagnostic Rapide (TDR) ou (microscope) par les agents de santé (PSN, 2021). Il y a les équipements qui sont disponibles pour assurer la prise en charge des cas de palu c'est-à-dire qu'il y a les moyens pour pouvoir détecter si c'est un cas de palu simple ou grave. Après le diagnostic, les médicaments antipaludiques sont offerts qui sont disponibles dans le dépôt de pharmacie.

Maintenant ce que l'on considère comme une contrainte, ce sont les faibles moyens économiques qui peuvent influencer certaines personnes à ne pas se rendre au centre de santé pour chercher les soins de santé moderne. Parce que beaucoup de personnes ont recours aux médicaments traditionnels qui ne demandent pas d'argent soit elles vont essayer une automédication à la famille.

Les populations sont pauvres, ce qui crée la peur chez celles-ci à la prise en charge des frais de services de santé moderne. Elles connaissent déjà leurs capacités en termes de ressources

³⁰ Discussion de groupe avec les femmes mariées à Dognoumana en novembre 2022.

agricoles, ce qui fait que la ration alimentaire devient leur priorité devant toute autre dépense de la famille. L'agriculture est toujours comme une activité de subsistance pour ces habitants.

3.8. Promotion de la Santé

Comme une des actions promotionnelles du Plan Stratégique National 2021-2024 (Ibidem), est d'apprendre les populations aux différentes mesures de prévention contre le paludisme, nous pouvons dire que beaucoup de tâches restent à faire au regard de leurs pratiques moins favorables au développement de la maladie. Parce qu'elles n'appliquent pas des mesures pouvant réduire les chances de survie des moustiques qui sont les principaux vecteurs du paludisme. Selon le PSN, quatre-vingt-dix pour cent (90%) de la population devrait connaître les mesures de prévention contre le paludisme d'ici 2022. Mais nous constatons que le facteur environnemental est beaucoup plus ignoré.

3.9. Gestion des approvisionnements et des stocks

Pour ce qui concerne la disponibilité des produits et des médicaments antipaludiques, ceux à titre curatifs sont presque toujours disponibles. Mais le centre de santé connaît quelques fois au cours de l'année, la rupture en Sulfadoxine Pyriméthamine (SP), qui est un médicament antipaludique essentiel pour la prévention du paludisme chez les femmes enceintes. Quand une femme enceinte se présente pour les soins prénatals, elle devrait prendre trois comprimés en (SP) en prise unique devant les agents CPN.

Le schéma directeur d'approvisionnement des médicaments indique bien que les centres de santé communautaire devront s'approvisionner auprès de leurs districts sanitaires (op.cit. 2021). Mais, il y a parfois un retard dans l'offre des demandes. Sinon il est prévu dans le document de politique l'assurance à cent pour cent (100%) en intrants et antipaludiques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Conclusion

Nous pouvons dire que cette étude, nous a permis d'identifier les différentes contraintes liées à l'accès aux soins contre le paludisme chez les populations de l'aire de santé de Safo. Elle nous a également permis d'analyser comment celles-ci entravent de la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le paludisme dans cette zone. Ensuite nous avons pu faire quelques recommandations qui pourraient être des pistes d'amélioration voir des solutions pour minimiser ces contraintes afin de rendre accessibles d'une manière équitable aux soins antipaludiques et rendre la politique de lutte contre le paludisme efficace à travers une bonne mise en œuvre du Plan Stratégique National de lutte contre le paludisme.

Les hypothèses que nous avons avancées pour répondre à nos questions de départ tournaient autour des contraintes environnementales avec la présence des eaux de pluies dans les rues, ce qui pourrait favoriser la prolifération des moustiques. Cette affirmation est une réalité car il y a les flaques d'eaux pendant la saison des pluies qui ne sont pas évacuer par les habitants de ces villages. Ensuite on a la présence d'ordures aux abords des habitations et les enclos des animaux dans la même concession partagée avec certaines populations.

Il y a également le facteur géographique qui défavorisent certaines populations d'accéder au centre de santé car il y a la distance entre certains villages et le chef-lieu du centre de santé communautaire. En dehors de la distance, il y a des pistes qui sont en mauvais état aussi.

Nous avons parlé également des contraintes économiques qui peuvent être un obstacle dans l'accès aux soins de santé et cela s'explique par le faible rendement en produits agricoles. L'activité principale est l'agriculture et qui n'est qu'une culture de subsistance. Souvent il y a la faible pluviométrie qui impacte les campagnes agricoles aussi.

Concernant les compétences du personnel du CSCom de Safo, nous pouvons dire que la prise en charge des cas de palu simple et grave est bien assurée. Il s'agit des connaissances pour l'offre de soins médicaux contre le paludisme.

Maintenant en termes d'attitude du personnel, il y a parfois l'indisponibilité du personnel qualifié pour offrir les services.

Par rapport aux contraintes politiques, souvent il y a la rupture en Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) et les moustiquaires imprégnées d'insecticide pour la prévention du paludisme chez les femmes enceintes. Nous considérons cela comme une limite en termes de gestion des intrants par les membres de l'ASACO.

Nous pouvons dire que l'objectif général de cette étude est atteint car nous avons pu analyser les contraintes liées à l'accès aux soins contre le paludisme chez les populations de l'aire de santé de Safo/Cercle de Kati. Même si l'accès à la santé est un droit pour les populations et un devoir pour l'Etat, nous avons observé des failles en termes de responsabilités dans les deux parties.

Selon notre analyse critique de la revue du plan stratégique de lutte contre le paludisme révisé de 2021 à 2024, ces différentes contraintes citées ci haut, entravent et inhibent une bonne mise en œuvre des stratégies et des priorités politiques de ce document dans l'aire de santé de Safo. Pour qu'il soit efficace à la lutte contre le paludisme, il faudrait une application stricte de ces principes.

A ce niveau, nous avons vu qu'il y a des failles du sommet jusqu'au niveau communautaire de base. Cela s'explique par l'échec des services de gratuité qui pouvaient être une chance pour les indigents de bénéficier de la prise en charge gratuite du paludisme.

Il faut également noter l'absence de communication entre les membres de l'ASACO et les communautés sur la distribution des médicaments de la CPS.

Maintenant au niveau communautaire, nous voyons une faible implication des populations locales aux services d'assainissement de leur milieu. Elles attendent toujours de l'Etat alors qu'elles peuvent s'organiser elles-mêmes pour réduire les chances de survie des moustiques, principaux vecteurs de la pathologie. Les populations elles-mêmes contribuent aussi à la pollution de l'environnement sans se rendre compte pour donner une chance de survie du moustique. Donc ce qui reste une contrainte environnementale pour la prévention du paludisme.

La prévention est très importante dans la lutte contre le paludisme. Il vaut mieux prévenir que de guérir car l'on ne saurait guère si le traitement serait coûté financièrement et même c'est une perte en termes de temps.

Quand la prévention est bien assurée, il y aura moins de cas de paludisme.

Tous les acteurs devraient contribuer à la lutte contre le paludisme en apportant leur pierre à l'édifice nationale parce qu'il demeure la première cause de morbidité et de mortalité.

Bibliographie

Ouvrages :

Boudon, R., (1973). *L'inégalité des chances. La mobilité sociale dans les sociétés industrielles*. Paris, coll. U, Armand Colin, 237 pages.

Bourdieu, P., (1980). *Ce que parler veut dire : L'économie des échanges linguistiques*. Editions : Fayard, 248 pages.

Brunet-Jailly, J. (1993). *Se soigner au Mali. Une contribution des Sciences Sociales*. Editions KARTHALA-ORSTOM, Collection « Hommes et Sociétés », 341 pages.

Copans, J. (1974). *Critiques et Politiques de l'Anthropologie*. Paris : François Maspero, Editeur Collection : Dossiers Africains, 152 pages.

Coppo, P. (1998). *Les guérisseurs de la folie, Histoires du plateau dogon*. Editeur : Empêcheurs de penser rond, 163 pages.

Fassin, D. (1992). *Pouvoir et Maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*. Presses Universitaires de France, Collection : Les Champs de la Santé, 359 pages.

Flambard-Héricher, A., Marec, Y. (2005). *Médecine et société de l'antiquité à nos jours*. Editeur : Presses Universitaires de Rouen et du Havre (PURH), Les cahiers du GRHis (Groupe de Recherche d'Histoires), 160 pages.

Last, J. M., (2001). *A Dictionary of Epidemiology*, Oxford University Press.

Ridde, V., Ouattara, F., (2015). *Des idées reçues en santé mondiale*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 250 pages. (généré le 03 mai 2019).

Disponible sur Internet : <http://books.openedition.org/pum/3607>.

Rothman, K. J., (1986). *Modern Epidemiology*. Lippincott Williams et Wilkings.

Savarese, E. (2006). *Les méthodes des sciences sociales*. Editeur Ellipses, 186 pages.

TOUMANION, B., GIANI, S., SANOGO, R. et al. (2022). *Santé mondiale, épidémie, société, économie et politique au Sahel « Regards croisés sur la Covid-19 »*. Editions Figuira-IRIS, 269 pages.

VERDRAGER, J. (2005). *L'OMS et le Paludisme : Mémoires d'un médecin spécialiste de la malaria*. Edition l'Harmattan, Collection : Acteurs de la Science, 188 pages.

Articles de revue :

Atchouta, R. A., (2017). « De la mutualisation de la santé communautaire à la gouvernance de santé publique : analyse des déterminants d'adhésion aux mutuelles de santé dans un contexte de dynamique sociale au Centre-Bénin » *Afrique et développement*, Volume XLII, No. 1, pp. 33-54.

Balique, H., Ouattara, O., Ag Iknane, A. (2001). « Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali », S.F.S.P. | « Santé Publique », Vol. 13 | pp. 35-48.
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2001-1-page-35.htm>.

Bonnet, E., et al. (2019). « La démographie au secours de la couverture santé universelle : exemples en Afrique de l'Ouest », *Alternatives Humanitaires*, n°12, novembre 2019, p. 33-48, <http://alternatives-humanitaires.org/fr/2019/11/13/la-demographie-au-secours-de-la-couverture->

Chevalier, A., Laffitte. (1937). « Une enquête sur les Plantes médicinales de l'Afrique Occidentale ». In : *Revue de botanique appliquée et d'agriculture coloniale*, 17^e année, bulletin n°187. pp. 165-175 ;

https://www.persee.fr/doc/jatba_0370-3681_1937_num_17_187_5718

Christophe, M., Fabien, G., (2015). « Vers une nouvelle anthropologie critique ? », *Journal des anthropologues*, PP. 142-143. URL : <http://journals.openedition.org/jda/6313>.

DOI : 10.4000/jda.6313. Mis en ligne le 15 octobre 2017, consulté le 30 avril 2019.

Delvallée, C., Ventelou, B., (2004). « Assurance maladie : redéfinir le partage entre couverture obligatoire et complémentaire ? ». Presse de Sc. Po. Revue de l'OFCE, 4-N91, pp. 333-348.

<http://www.cairn.info/revue-de-l-ofce-2004-4-page-333.htm>.

Diallo, I., (2017). « Émergence et mise en œuvre de la politique de gratuité de prise en charge du paludisme chez l'enfant au Mali : le cas de trois structures du district sanitaire de Bamako ». Revue malienne de Langues et de Littératures N 001, pp. 150-163.

Diallo, I., Diakité, L., Koné, A., (2024). « Perceptions des enseignants-chercheurs de l'ULSHB dans la mise en œuvre de l'Assurance Maladie Obligatoire » Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 6 (1), pp. 163-179.

<https://www.revue-rasp.org>

DIARRA, S., (2022). « Vers des stratégies participatives de prévention du paludisme chez les femmes enceintes dans la commune rurale de Safo au Mali », Fondation Croix-Rouge française, *Les Papiers de la Fondation*, n° 38, 19 p.

Doumbouya, M. L., (2008). « Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée ». LÉFI – ISH, numéro 2008-2. 20 Pages.

<https://shs.hal.science/halshs-00229696v1>.

Faye, S. (2012). « Améliorer la prise en charge du paludisme par les tests de diagnostic rapide (TDR) : appropriation par les prestataires et bénéficiaires de soins au Sénégal ». Bull. Société de Pathologie Exotique, 105(3) : pp. 237-244.

Reçu le 5 août 2011 ; accepté le 24 janvier 2012. DOI 10.1007/s13149-012-0225-1

Fortin, S. (2013). « Conflits et reconnaissance dans l'espace social de la clinique : les pratiques cliniques en contexte pluraliste ». *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), pp. 179–200. <https://doi.org/10.7202/1024085ar>.

Kadio, K. et al. (2017). « Émergence et formulation d'un programme de solidarité pour affilier les plus pauvres à une assurance maladie au Burkina Faso », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 35, n° 2, pp. 44-68.

Kane, H. et al. (2024). « Les agents de santé communautaire, maillon du biopouvoir : des normes sanitaires aux normes de genre », *Biopolitique en Afrique de l'Ouest. Monde de vie, santé, populations*, Khartala,

<https://hal.science/hal-04558585v1>. Submitted on 25 Apr 2024

Koné, Y. F., (2014). « la mise en place des gratuités des années 2000 au Mali : SIDA, césarienne et paludisme », in Jean pierre Olivier de Sardan et Valéry Ridde (dir.), *une politique publique de santé et ses contradictions : la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, Karthala, pp. 100-113.

Kouadio Akou Aka, K. A., (2010). « L'accessibilité des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou (Côte-d'Ivoire) », Presses universitaires de Bordeaux, *Les Cahiers d'Outre-Mer*, 251 | pp. 439-459. <http://journals.openedition.org/com/>. Consulté le 21 septembre 2021.

Massé, R. (2005). « L'anthropologie de la santé au Québec : pour une conjugaison des approches et des méthodes ». Un chapitre publié dans l'ouvrage sous la direction de Francine Saillant et Serge Genest, *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Chapitre 2, pp. 61-90. Québec : Les Presses de l'Université Laval et Paris : Anthropos, Collection : Sociétés, cultures et santé, 467 pp.

Milhaud, G., Lagrave, M., (2010). « Historique de l'assurance maladie de sa création à nos Jours ». *Bull. Acad. Natle Méd.*, 194, no 6, pp. 1123-1136.

NAL, E., (2015). « Qu'est-ce qu'une contrainte ? » Dans Tiers 2015/2(N°14), Editions Association pour la Médiation familiale, pp. 17-25. <https://www.cairn.info/revue-tiers-2015-2-page-11.htm>.

Ridde, V., (2006). « L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso : un problème public ? » Lien social et Politiques, (55), 149–163. <https://id.erudit.org/iderudit/013232ar>. <https://doi.org/10.7202/013232ar>.

Roth, C., (2007). « Tu ne peux pas rejeter ton enfant ! », *Cahiers d'études africaines* [En ligne], 185 | 20p. Mis en ligne le 07 mars 2010.

URL : <http://journals.openedition.org/etudesafriaines/6742> ; consulté le 21 avril 2019.

Yannick, J., (1999). « Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey) ». *Bulletin de l'APAD*, 17. Mis en ligne le 04 octobre 2006.

<http://journals.openedition.org/apad/475> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/apad.475>

Yaogo, M., Ridde, V., Kafando, Y. et al. (2012). « Enjeux disciplinaires, éthiques et politiques d'une recherche-action sur l'accès aux soins de santé des indigents au Burkina Faso ». Dans « *La recherche en contexte de vulnérabilité. Engagement du chercheur et enjeux éthiques* » N. Mondain and A.E. Bologo, Harmattan : Paris., pp.65-85, 2012,

Touré, L., Ridde, V., (2022). «The emergence of the national medical assistance scheme for the poorest in Mali». *Global Public Health*, 17 (1), pp.55-67. <https://hal.science/hal-04084946v1>.

Congrès et Rapports d'études:

Boulangier, R. R., Hunt, M., Ridde, V., (2015). « Médicaments et politiques de santé : proposition de critères pour l'analyse éthique ». 23 Pages.

<https://hal.science/hal-01586505v1>.

Ministère de la Santé, de la Solidarité et de l'Hygiène Publique. (2014). Plan Décennal de Développement Social et Sanitaire (PDDSS) 2014-2023. (Source : <http://www.sante.gov.ml>) date : 4/08/2022.

Ministère de la Santé, de la Solidarité et de l'Hygiène Publique. (2021). Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le paludisme au Mali, revue (2021-2024). (Source : <http://www.sante.gov.ml>). Date: 4/08/2022.

Katilé, A., et al. (2022). Spatio-Temporal Variability of Malaria Incidence in the Health District of Kati, Mali, 2015–2019. *Int. J. Environ. Res. Public. Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114361>

Leduc, S., (2007). « La Couverture Maladie Universelle. De la fabrique du soupçon aux contrôles des bénéficiaires », carnets de bord | no 13 | pp. 88-95.

OMS et ONU-Habitat. (2010). La face cachée des villes : mettre au jour et vaincre les inégalités en santé en milieu urbain. Rapport mondial, Genève. 144 pages. <http://www.unhabitat.org>.

WHO. 2021. *World malaria report 2021*. URL <https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2021> (accessed 6.2.24)

Mémoires de fin d'étude et Thèses :

Bamba, O. S. (2013). « Test de diagnostic rapide, paludisme et fièvre non palustre au sein du District de Bamako : cas de la Commune I ». Thèse de Doctorat en Médecine (Diplôme d'Etat) à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 64 p.

Barry, A., (1998). « Evaluation du Projet IEC/Santé de la reproduction des adolescents : le centre Conseil Mbour ». Mémoire de Master à l'Université Cheick Anta Diop de Dakar, 108p.

Beck, A., (2021). « La ménopause : représentations, injonctions, émancipations. Trajectoires de vies au cœur des discours médicaux, sociétaux et féministes ». Mémoire de Master à la Faculté de philosophie, arts et lettres, Université catholique de Louvain, 74 Pages. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:32928>

Blanco-Cazeaux, I., (2023). « Quatre essais sur les déterminants des inégalités d'accès aux soins en France ». Santé publique et épidémiologie. Université de Bordeaux, 210 pages. <https://hal.science/tel-04428057v1>. Submitted on 31 Jan 2024.

Fofana, N., (2018). « Evaluation du système de référence/évacuation des urgences obstétricales au CSRéf-CIV du District de Bamako ». Thèse de Doctorat en Médecine (Diplôme d'Etat) à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 107 pages.

Lutrat, F., (2022). « Sport sur ordonnance : de la prescription à l'engagement des bénéficiaires dans le dispositif : parcours de vie et expériences de maladies chroniques à Strasbourg ». Thèse de Doctorat à l'Université de Strasbourg, 400 Pages. <https://theses.hal.science/tel-04016808v1>.

Oureïba A.,s (2021). « Evaluation du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans au CSCom de Kalifabougou (Kati) ». Thèse de Doctorat en Médecine (Diplôme d'Etat) à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 70 pages.

SANOOGO, Y. T., (2013) « Mise en œuvre de l'exemption de paiement du traitement du paludisme dans deux CSCom du district sanitaire de Sikasso ». Mémoire de DEA à l'Institut Supérieur de Formation et de Recherche Appliquée (ISFRA)-Bamako, 126 pages.

SIMAGA H. (2001). « Evaluation des méthodes d'information, d'éducation et de communication (IEC) dans la lutte contre le paludisme dans le District Sanitaire de Dakar

Nord au Centre de Santé Nabil Choucair : cas de Grand Yoff». Mémoire de Master à l'Université Cheick Anta Diop de Dakar, 72 pages.

Les annexes

Guide d'entretien approfondi pour les Prestataires de santé

Thème 1 : Caractéristiques sociodémographiques

Pouvez vous vous présenter s'il vous plait ?

Quel est votre nom ?

Quel est âge ?

Quelle est votre niveau d'étude ?

Quel est votre statut matrimonial ?

Quelles sont vos expériences d'années de travail ?

Depuis combien de temps vous travaillez dans cet établissement de santé ?

Thème 2 : Perception des prestataires de santé sur le comportement de la communauté

Que pensez-vous du comportement des membres de la communauté de votre aire de santé en matière de prévention et de traitement du paludisme ? *que font-ils les membres de votre communauté pour prévenir le paludisme ? quel type de traitement font-ils recours en cas de paludisme ?*

Qu'est ce qui pourrait être fait pour améliorer la prévention du paludisme dans votre communauté selon vous ?

Qu'est ce qui pourrait être fait pour inciter les patients à aller vers les soins de santé moderne depuis l'incubation du paludisme ?

Quels sont les différents acteurs impliqués dans la prévention et la prise en charge du paludisme ? Citer ces acteurs par ordre d'importance ?

Thème 3 : Compétences du personnel de santé en matière de prise en charge du paludisme

Maintenant que faites-vous ici pour prévenir et pour traiter le paludisme ?

Comment faites vous pour prendre en charge un cas de paludisme ?

Pouvez-vous nous parler de la politique actuelle de lutte contre le paludisme au Mali ?

Comment est organisée la formation du personnel en matière de prévention et de prise en charge du paludisme ?

Selon vous y a-t-il un besoin de formation du personnel sur la prise en charge du paludisme ?

Comment le système de référence est-il organisé dans votre centre de santé ?

Thème 4 : Connaissance des prestataires de santé sur le PSN

Avez-vous entendu parler du PSN ?

Avez-vous un document sur les stratégies et priorités politiques de lutte contre le paludisme.

Serait-il intéressant pour vous d'avoir des connaissances sur le PSN ?

Thème 5 : Système d'information sur la santé au niveau communautaire

Comment les membres de votre communauté sont informés sur les activités sanitaires ?

Qui est informé en premier dans votre aire de santé sur les activités en santé ?

Qui est plus influent en matière de santé dans votre communauté ?

Thème 6 : Partenaires

Quelles sont les ONG avec qui vous travaillez dans la santé ?

Quelles sont leurs difficultés sur le terrain ?

Qu'avez-vous apprécié dans leur travail ?

Qu'est-ce que vous proposez pour leur travail ?

Je vous remercie.

Guide : (entretiens individuels et Focus-group) Membres de la communauté

Thème 1 : Caractéristiques sociodémographiques

Pouvez-vous vous présenter s'il vous plait ?

Quel est votre nom ?

Quel est votre âge ?

Quelle est votre niveau d'instruction ?

Quel est votre statut matrimonial ?

Quelle est votre profession ?

Depuis combien de temps êtes-vous membres de cette communauté ?

Quels sont vos rôles et responsabilités au sein de la communauté (pour les leaders communautaires)?

Thème2 : Perceptions du risque de paludisme et du type de soins recherchés.

Selon vous, quelles sont les maladies les plus fréquentes dans votre communauté ?

Parmi toutes ces maladies dont vous venez de citer, laquelle affecte le plus votre communauté ?

Pouvez-vous nous parler comment le paludisme affecte votre communauté ? Quelles sont les causes et les signes des symptômes ?

Quelles sont les conséquences du palu selon vous ?

Comment vous recevez les informations sur le palu dans votre communauté ?

Que faites-vous ici pour vous prévenir du palu dans vos familles ou dans votre communauté ?

Que faites-vous si vous êtes malades du paludisme ?

Qui prend la décision sur où aller chercher les soins de santé en cas de paludisme ?

Parlez de vos expériences quand vous étiez malades du palu récemment ?

Qu'avez-vous fait quand vous étiez malades du palu récemment ?

Parlez de vos expériences la dernière fois quand vous étiez malades du palu ?

Thème 3 : Perceptions des communautés sur les attitudes des prestataires de santé au centre de santé

Quelles sont les raisons qui vous amènent au centre de santé quand vous êtes malades ?

Comment se fait l'accueil des patients dans votre centre de santé ?

Que pensez-vous de la disponibilité du personnel de santé ?

Est-ce que vous êtes satisfaits des services que vous receviez dans votre centre de santé ?

Thème 4 : Contraintes

Quelles sont les contraintes liées de l'accès aux soins de santé (préventifs et curatifs) contre le paludisme ?

Quelles sont les difficultés auxquelles vous rencontrez pour traiter le paludisme ?

Quelles sont les ressources disponibles dans vos familles pour la prise en charge des frais de services de santé ?

Quels sont les coûts pour une meilleure prise en charge du paludisme ?

Est-ce que ces ressources sont suffisantes pour couvrir vos dépenses en santé ?

Est-ce que ces ressources permettent aux chefs de famille de couvrir vos besoins en santé ?

Est ce qu'il existe un moyen de déplacement dans la famille pour aller au centre de santé ?

Thème 5: Mobilisation communautaire.

Qui dans votre famille ou communauté est le plus influent dans ce que vous faites en termes de recherche de soins de santé ?

Quels groupes ou associations dans votre communauté faudrait-il impliquer à la recherche de soins pour les populations ?

Quels sont les canaux de communication pour informer et inciter les populations en matière de lutte contre le paludisme ?

Quels sont les messages clés à véhiculer pour inciter les communautés à s'engager dans la lutte contre le paludisme ?

Je vous remercie.

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des participants (es) aux entretiens individuels approfondis (EIA)

Noms des Villages et structure	Âge	Sexe	Statut matrimonial	Niveau d’instruction	Profession	Nombre de participants (es)
CSCCom (Safo)	42	F	Mariée	Secondaire	Sage-femme	1
	47	M	Marié	Secondaire	Infirmier	1
(ASACO)	38	M	Marié	Primaire	Cultivateur	1
Safo	47	F	Mariée	Primaire	Commerce	1
	44	M	Marié	Secondaire	Enseignant	1
Torodo	30	F	Mariée	Non-instruite	Ménagère	1
	33	M	Marié	DEF	Commerce	1
Zorokoro	35	F	Mariée	Primaire	Ménagère	1
	36	M	Mariée	Alphabétisé	Cultivateur	1
Sirababougou	47	F	Mariée	Primaire	Ménagère	1
	45	M	Marié	Non-instruit	Cultivateur	1
Dognoumana	48	F	Mariée	Non instruite	Ménagère	1
	49	M	Marié	DEF	Cultivateur	1
Dabani	45	F	Mariée	Non instruite	Ménagère	1
	48	M	Marié	Primaire	Cultivateur	1
Sériwala	50	F	Mariée	Non Instruite	Commerce	1
	46	M	Marié	Primaire	Cultivateur	1
Tassan	37	F	Mariée	Non instruite	Ménagère	1
Tassan	40	M	Marié	Alphabétisé	Cultivateur	1
Chodo	43	F	Mariée	Alphabétisée	Commerce	1
	45	M	Marié	Primaire	Cultivateur	1
Kodialani	39	F	Mariée	Non instruite	Ménagère	1
	38	M	Marié	Non instruit	Cultivateur	1
Somabougou	56	F	Mariée	Alphabétisée	Ménagère	1
	50	F	Marié	Primaire	Cultivateur	1
Kola	41	F	Mariée	Alphabétisée	Ménagère	1

	60	M	Marié	Alphabétisé	Cultivateur	1
Falayan	55	M	Mariée	DEF	Monitrice	1
	38	M	Marié	DEF	Commerce	1
Total						29

Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques des participants (es) aux Focus group discussion.

Noms des Villages	Agés	Sexe	Nombre de participants (es)	Profession
Safo	20-35	F	9	4 Ménagères, 2 Commerçantes
Torodo	25-40	M	7	5 Cultivateurs, 2 Eleveurs
Zorokoro	19-33	F	10	9 Ménagères, 1 Teinturière
Sirababougou	24-40	M	8	7 Cultivateurs, 1 Commerçant
Dognoumana	20-38	F	7	5 Ménagères, 2 Commerçantes
Sériwala	25-35	M	8	Cultivateurs
Dabani	25-40	F	7	Ménagères
Tassan	24-43	M	9	8 Cultivateurs, 1 Couturier
Kodialani	20-40	F	10	Ménagères
Chodo	25-40	M	7	4 Cultivateurs, 3 Eleveurs
Somabougou	22-38	F	8	Ménagères
Kola	26-41	M	7	4 Cultivateurs, 2 Eleveurs, 1 Pêcheur
Falayan	21-37	F	10	5 Ménagères, 3 Commerçantes, 2 Tresseuses
Total			107	