



FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire 2007- 2008

Thèse N°...../M

TITRE

**Acceptabilité du traitement préventif intermittent du
Paludisme chez l'enfant de moins de 2 ans :**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 JUIN 2008
DEVANT LA FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE
PAR
MR. LADJ MOHAMED DIABY
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Professeur Sounkalo DAO

Membre: Docteur Seydou DOUMBIA

Co-directrice: Docteur Fatou BERTHE

Directeur : Docteur Samba DIOP

Sommaire :

	Pages
INTRODUCTION -----	4
1. Enoncé du problème -----	4
2. Définition du sujet de recherche -----	5
II.CADRE CONCEPTUEL -----	6
1. Introduction et justification de la recherche -----	6
2. Innovation et promotion du système préventif -----	6
3. Définition de l'acceptabilité -----	7
4. Rappels sur la communication et le TPIi -----	8
5. Définition et objectifs du PEV -----	11
6. Définition du TPIi paludisme -----	11
7. Hypothèse de recherche -----	11
8. Objectifs -----	12
9. Rappel sur le paludisme et le TPIi -----	12
III.DEMARCHE METHODOLOGIQUE -----	19
1. Cadre de l'étude -----	19
1.1. Aperçu historique du cercle -----	19
1.2. Superficie et limite -----	20
1.3. Données démographiques -----	21
1.4. Carte sanitaire -----	24
1.5. Description du site d'enquête Sonkenié -----	25
2. Type d'étude et de collecte des données -----	28
2.1. Type d'étude -----	28

2.2. Collecte des données	29
3. Période d'étude	29
4. Population d'étude	30
5. Déroulement de l'étude et de l'échantillonnage	30
5.1 .Enquêtes au sein des formations sanitaires	31
5.2. Enquêtes au sein des communautés	31
6. Critères d'inclusion et de non inclusion	32
6.1. Critère d'inclusion	32
6.2. Critères de non inclusion	32
7. Analyse des données	32
8. Aspects éthiques	32
IV. RESULTATS	33
A. Analyses quantitatives	33
B. Analyses qualitatives	54
V. COMMENTAIRES et DISCUSSION	81
VI. CONCLUSIONS	87
VII. RECOMMANDATIONS	90
VIII. BIBLIOGRAPHIES	93
IX. ANNEXES	96

Sigles et abréviations:

ASACO : Association de santé communautaire.

CAEB : conseils et appui de l'éducation à la base.

CAP : Connaissances, attitudes et pratiques comportementales.

CIP : Communication interpersonnelle.

CPM : Chef de Poste Médical.

CPN : Consultation Pré Natale.

CSCom : Centre de Santé Communautaire.

CS Réf : Centre de Santé de Référence.

DEAP : Département d'Epidémiologie et des Affections Parasitaires.

DTCP : Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, et poliomyélite.

FELASCom : Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire.

IEC : Information, Education et Communication.

MII : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticides.

MRTC: Malaria Research and Training Center.

PEV: Programme Elargi de Vaccination.

PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme.

RN : Route Nationale.

SP : Sulfadoxine Pyriméthamine.

TPIi : Traitement Préventif Intermittent infantile.

TPI: Traitement Préventif Intermittent.

INTRODUCTION :

1. Enonce du problème:

Le paludisme est l'un des plus grands problèmes de santé en Afrique subsaharienne. Il enregistre environ 300 à 500 millions de personnes infectées par an et 3 000 décès d'enfants par jour [1]. Selon le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) du Mali, les fièvres palustres représentent 34% des consultations externes du pays. Le paludisme sévère ou neuropaludisme représente 61 à 84% des cas et l'anémie sévère survient dans 8 à 30% des cas [2]. Dans le pays, la prévalence de l'infection palustre dépasse souvent 70% chez les enfants de moins de 5 ans pendant la saison des pluies. D'après les données épidémiologiques du Département d'épidémiologie des affections parasitaires (DEAP) à la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS), Université de Bamako, l'incidence du paludisme clinique varie entre 1,5 à 2 épisodes par enfant par année. Certains enfants font jusqu'à 5 épisodes de paludisme clinique par an [3].

Cette situation du paludisme infantile est très préoccupante et s'explique, entre autre par l'inadéquation de la prévention et du traitement proposé. C'est ainsi que ces dernières années, un accent particulier est mis sur les activités de prévention du paludisme telque l'initiative faire « reculer le paludisme ». Le Traitement préventif intermittent infantile (TPIi) lié au paludisme s'inscrit dans cette logique. Un certain nombre d'essais cliniques ou d'études suggèrent que cette nouvelle stratégie préventive pourrait constituer une méthode efficace dans la réduction du fardeau du paludisme chez l'enfant [3]. Le but de cette étude est d'observer, à l'échelle d'une aire de santé du cercle de Kolokani, les dynamiques

communautaires et institutionnelles liées à l'intégration du TPI dans le paquet « PEV Plus »

2. Définition du sujet de recherche :

Les récents progrès scientifiques réalisés dans le domaine du contrôle du paludisme comme l'existence d'un certain nombre d'outils de luttés efficaces et au coût abordable semblent être insuffisants. En effet, le défi demeure à relever dans la lutte contre le paludisme. La vulnérabilité persistante de nombreuses communautés à cette maladie ont mis en évidence l'inadéquation contextuelle de la prévention et du traitement du paludisme. En Afrique subsaharienne où le nombre de victimes dû au paludisme, on enregistre un décès toutes les 30 secondes (Rapport mondial sur le paludisme 2005) [1]. A cela s'ajoute l'épineuse problématique d'adhérence et de non adhérence des différents acteurs communautaires impliqués ou influents à l'innovation thérapeutique qui leur est proposée. Pour parvenir à une meilleure applicabilité du TPI, il convient d'identifier les facteurs déterminants qui peuvent influencer ou non les perceptions et les comportements de l'ensemble des acteurs impliqués dans le contrôle du paludisme. Il apparaît alors intéressant de comprendre les attentes et les besoins des membres de la communauté mais également ceux des professionnels de la santé sur les maladies infantiles telles le paludisme.

L'étude se propose également de décrire les pratiques comportementales liées aux itinéraires thérapeutiques ou préventifs subséquents. Elle porte enfin sur les discours des membres des communautés et des prestataires sur l'accueil de cette innovation médicale.

II .CADRE CONCEPTUEL :

1. Introduction et justification de la recherche :

Le contrôle du paludisme voit de plus en plus l'implication des communautés locales. En effet, devant le double constat à la fois de la vulnérabilité persistante de nombreuses communautés au paludisme et la mortalité palustre infantile élevée, surtout en Afrique subsaharienne. Nous nous proposons dans cette perspective holiste d'analyser les facteurs sociaux et environnementaux qui favorisent ou entravent l'intégration du TPI au PEV au sein des communautés et chez les personnels de soin. Comme l'a déjà souligné Jean-Marc Tremblay [4], en plus des aspects individuels et psychologiques, la culture du milieu dans lequel l'innovation intervient (i) le contexte social, (ii) le mode d'organisation familial concernant la santé infantile, (iii) les caractéristiques des services de santé et (iv) les politiques institutionnelles sont autant de facteurs essentiels du processus d'acceptabilité de l'innovation au niveau domestique. D'une part, cette analyse touche le statut et le bien être de l'enfant dans les communautés villageoises. D'autre part, elle concerne les connaissances et les pratiques domestiques et professionnelles des soins. Elle vise ainsi l'amélioration des relations entre les acteurs villageois et aux agents sanitaires pour une viabilité de l'initiative du TPI.

2. Innovation et promotion du système préventif :

L'analyse des facteurs socioculturels et institutionnels favorise la compréhension du processus d'adhérence aux soins et permet

d'identifier les types d'interventions et les formes de collaborations possibles entre prestataires, intervenants et communautés.

3. Définition de l'acceptabilité :

Le critère d'acceptabilité touche aux normes, valeurs, motivations et affects des utilisateurs et va de ce fait déterminer leurs décisions d'utiliser un outil.

L'acceptabilité est l'adhérence à une nouvelle innovation ; cinq éléments déterminent l'adoption ou la diffusion d'une nouvelle stratégie [5] :

- *L'avantage relatif* : est le degré auquel une innovation est perçue comme meilleure que celle qui existe déjà. Il n'est pas nécessaire que cette innovation possède beaucoup plus d'avantages que les autres. Ce qui est important c'est que l'individu la perçoive comme étant avantageuse.

- *La compatibilité* : est une mesure du degré auquel une innovation est perçue comme étant consistante avec les valeurs existantes, les expériences passées, les pratiques sociales et normes des utilisateurs.

- *La complexibilité* : est une mesure du degré auquel une innovation est perçue comme étant difficile à comprendre et à utiliser. Les nouvelles idées simples à comprendre sont adoptées beaucoup plus rapidement que d'autres qui nécessitent de développer de nouvelles compétences avant de pouvoir le comprendre.

- *La testabilité* : consiste en la possibilité de tester une innovation et de la modifier avant de s'engager à l'utiliser. L'opportunité de tester une innovation va permettre aux utilisateurs d'avoir davantage confiance en le produit car ils auront la possibilité d'apprendre à l'utiliser.

- *L'observabilité* : est le degré auquel les résultats et bénéfices d'une innovation sont clairs. Plus les résultats de l'adoption de l'innovation sont clairs plus les individus adoptent facilement.

4. Rappels sur la communication :

- Qu'est ce que communiquer ?

Communiquer c'est partager ; c'est avoir des relations de réciprocité. L'ouverture sur la communication est le fait d'entrer en relation. Communiquer, c'est partager un fait éminent social. La communication est au cœur des relations humaines et de tout développement. Fondée sur la relation de réciprocité, la communication est un processus, verbal ou non, par lequel on partage une information avec un individu ou avec un groupe d'individus de manière que celui-ci comprenne ce qu'on lui dit et pour qu'il puisse en discuter [6]. Parler, écouter, comprendre, réagir constituent les différents moments de ce processus. La communication permet aux partenaires de se connaître, se reconnaître et d'établir une relation entre eux. Cela peut entraîner des modifications d'attitudes et de comportements. Au cœur des relations humaines, la communication joue un rôle prépondérant dans la socialisation, les transformations sociales et/ou le changement social.

Le terme de « communication » est très vaste ; il est susceptible d'être employé dans de nombreuses situations : « elle englobe toute la parole et l'image, le locuteur et canal, le signifiant et le signifié, les médias et l'immédiat, l'émetteur et l'émission » [7]. Par ailleurs, la communication concerne différents niveaux : l'interpersonnel et le social ; l'oral, l'écrit et l'image ; le matériel et la symbolique ; le direct et le médiatisé. Tout processus de communication est un système d'échange doué d'une dynamique. Ce processus comporte à la fois une transmission une réceptivité et une rétroaction. Ce mouvement alternatif de *va-et-vient* favorise un enrichissement mutuel, une progression de la pensée et un affinement de la réflexion. C'est à ce niveau qu'on parvient à initier des actions positives. Une communication limitée à une transmission est en fait une information.

Celle-ci n'engage pas nécessairement le partenaire cible et n'influence pas outre mesure sa vie et ses pratiques. Elle ne modifie guère son univers culturel et sa conception des choses et de la vie. Selon Redfield, « la communication va de l'individu au groupe et réciproquement et comprend toutes les acquisitions de l'homme [7].

Elle inclut le langage articulé, les modes de comportements individuels et collectifs ». Ce les éléments fondamentaux de la communication. Il y a, d'une part, deux aspects réciproques et l'interaction et d'autre part, le code et le référent.

4.1. TPIi et communication :

La communication est une aventure ; c'est un défi lancé aux partenaires. Communiquer dans le cadre du TPIi signifie délivrer

des messages susceptibles d'être compris et d'expliquer les avantages et les contours du programme. On doit passer par la communication pour l'innovation de cette nouvelle stratégie par rapport à l'acceptabilité.

Pour s'assurer que la communication est efficace nous devons :

- Chercher à savoir avec qui l'on communique ; ce qu'il (elle) sait déjà et employer des termes qu'il (elle) comprend ;
- Ne pas nous précipiter ;

Prendre note de ce que la personne dit ou indique ;

- Nous assurer que la personne nous comprend en lui posant des questions et en exigeant des réponses autres que « oui » ou « non ».

Par exemple :

Si on demande à une mère (ou à un père) {est-ce que votre enfant a reçu le TPI ? Et que la personne répond {oui}, on ne peut être assuré qu'elle a vraiment bien compris. Mais si l'on lui demande {quand devez-vous ramener votre enfant pour la prochaine dose de vaccin ?} et que la personne indique la bonne date, vous savez en ce moment qu'elle a bien compris ce que vous lui avez dit.

4.2. La dynamique de communication de groupes :

D'autres occasions de communiquer s'offrent lorsque des groupes de personnes se rassemblent ou lors des réunions communautaires. Pour communiquer efficacement avec un groupe de personnes, l'essentiel consiste à parler des intérêts partagés par

tous les membres du groupe. Comme pour les personnes, il faut d'abord répondre aux préoccupations des membres du groupe.

5. Définition et objectifs du PEV :

5.1. Définition :

Le PEV est un programme lancé en 1974 par l'OMS dans le but de vacciner tous les enfants du monde contre les maladies infectieuses [8] que sont : la poliomyélite, la rougeole, la coqueluche, la diphtérie le tétanos et la tuberculose. En suite ont été ajoutées à la liste la fièvre jaune et l'Hépatite B.

5.2. Objectifs du PEV :

L'objectif fondamental est la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies infantiles évitables par la vaccination [9].

6. Définition du TPIi paludisme :

C'est le traitement préventif intermittent infantile du paludisme. Au Mali, Il a été intégré au PEV dans le but de réduire la mortalité et la morbidité liées au paludisme chez les enfants de moins de 2 ans.

7. Hypothèses de recherche :

La prise en compte des réalités socioculturelles et environnementales des acteurs communautaires (villageois et leaders d'opinion) et institutionnels (prestataires de soin) favoriserait leur adhérence au programme TPIi-PEV+.

La mobilisation sociale participative des acteurs locaux au sein d'une collaboration concertée passe le développement d'une communication de contexte.

8. Objectifs :

8.1 Objectif général :

Identifier les facteurs sociaux (culturels et économiques) et environnementaux qui favorisent ou entravent la bonne intégration du TPIi au PEV+ dans le cadre du contrôle du paludisme.

8.2. Objectifs spécifiques :

-Etudier les connaissances et les attitudes des acteurs villageois et des leaders d'opinion liées aux maladies infantiles et à la vaccination.

-Décrire les pratiques comportementales des populations et des prestataires liées au PEV+ et au contrôle du paludisme.

-Evaluer les connaissances des mères ayant des enfants de moins de deux ans sur le TPIi intégré au PEV+.

-Analyser les principales voies de communication et d'information sur le TPIi.

9. Rappel sur le paludisme et le TPIi

Le paludisme est une érythrocytopathie fébrile et hémolysante due à la présence et au développement dans l'organisme, d'abord dans le foie ensuite dans les hématies, d'un protozoaire sanguicole du genre *Plasmodium*. Il est transmis à l'homme par la piqûre infestante de l'anophèle femelle [16].

La transmission du paludisme fait intervenir 3 éléments : le vecteur, le parasite et l'hôte humain.

9.1. Le vecteur :

Plus de 50 espèces d'anophèles assurent la transmission du paludisme de manière plus ou moins efficace suivant leur anthropophilie et leur longévité. Chaque espèce a une aire de distribution bien délimitée dans l'ensemble biogéographique mondiale. A l'intérieur de cette aire, les facteurs climatiques, édaphiques et humains conditionnent la présence du gîte larvaire, donc de la densité et de la dynamique des populations d'anophèles vecteurs. Les vecteurs du paludisme humain appartiennent tous au genre anophèles, les aèdes, les culex. Les femelles sont hématophages et transportent les parasites tandis que les mâles se nourrissent uniquement du nectar des fleurs [17].

9.2. Le parasite:

Les *Plasmodies* sont des protozoaires appartenant à l'embranchement des sporozoaires et à l'ordre des Haemosporididae. Il existe 120 espèces plasmodiales dont 22 se rencontrent chez les primates, 19 chez les rongeurs, environ 70 chez les oiseaux et les reptiles. Parmi les 4 espèces de plasmodium inféodées à l'homme, *Plasmodium falciparum* est, de loin la plus importante, à cause de sa fréquence et de sa pathogénicité. Elle est responsable de l'accès pernicieux, *Plasmodium vivax* entraîne rarement la mort, mais elle provoque une morbidité importante ; *Plasmodium malariae*, comme chez l'homme et les grands singes d'Afrique, cette espèce est moins fréquente et serait responsable des troubles rénaux ; *Plasmodium ovale* est considérée comme peu

pathogène [18]. Au Mali, les 4 espèces existent avec une nette prédominance de *Plasmodium falciparum* 80 à 95 % de la formule parasitaire.

9.3. Les signes cliniques du paludisme :

-Paludisme simple :

Etat fébrile supérieur à 37,5°C, céphalée frisson, vomissement et souvent accompagné de diarrhée.

En zone d'endémie stable la présence d'un seul parasite dans le sang (goutte épaisse ou frottis mince) n'est pas suffisante pour évoquer le diagnostic.

La prise en charge repose sur la sulfadoxine pyriméthamine 3 comprimé en prise unique soit 1 comprimé pour 20 kg poids, ou à base de sels de quinine 25 mg/kg poids pendant 07 jours.

-Paludisme grave (Neuro-paludisme) :

Exclusivement du au *P. falciparum*, se définit par la fièvre, convulsion, coma ou des troubles neurologiques, détresse respiratoire. A la biologie il y a une hyper éosinophilie, anémie et d'hypoglycémie.

Le traitement consiste à l'administration des sels de quinine en raison de 25mg/kg poids pendant 5-7 jours utilisée dans un sérum hypertonique à 10% pour corriger l'hypoglycémie en perfusion lente toutes les 8 heures.

Mode d'administration : J1 :10 mg/kg et 8 heures après 8mg/kg, jusqu' à J7 ou passer par la voie orale des que possible.

-Paludisme viscéral :

La symptomatologie est sub aigue ou chronique, elle associe une anémie avec pâleur, asthénie, parfois dyspnée, œdème des membres inférieurs, à noter aussi une splénomégalie volumineuse et sensible le tout entraînant un retard staturo-pondéral chez l'enfant. Chez l'adulte l'anorexie est marquée avec nausée, vomissements diarrhée et détermine un amaigrissement rapide et la splénomégalie est moins importante.

Sous traitement adapté la guérison est lente mais spectaculaire laissant chez certains sujet une splénomégalie modérée squellaire.

Le diagnostic du paludisme est clinique aussi bien que biologique (goutte épaisse frottis mince etc....) [19].

9.4. Les antipaludiques :

- Définition :

Un antipaludique est un produit naturel ou de synthèse qui, administré par voie orale ou parentérale ou encore rectale, à dose unique ou à doses répétées permet de détruire le parasite du paludisme ou de bloquer sa croissance dans le but de prévenir ou de guérir la maladie palustre.

-Les antipaludiques :

Il existe un arsenal d'antipaludiques, mais nous nous intéresserons ici aux antifolates en particulier la sulfadoxine – pyriméthamine en association (commercialisée sous le nom de Fansidar) qui a fait l'objet de cette étude TPI.

- La sulfadoxine – pyriméthamine (SP):

Elle est constituée par une association de deux molécules :

- Un antifolinique, Diaminopyrimidine : la pyriméthamine
- Un antifolique, sulfamide : la sulfadoxine.

Cette association a démontré dans les années 1960 une potentialisation d'effets telle qu'on obtient souvent une guérison lorsque la souche de *Plasmodium falciparum* est modérément résistante à chacun des composants (mécanismes d'action complémentaires de la sulfadoxine découverte en 1960 et pyriméthamine découverte en 1950).

Il est utilisé en traitement curatif dans les zones de chloroquinorésistance sous forme de comprimé (contenant 500mg de sulfadoxine et 25mg de pyriméthamine) ou en solution injectable par voie intramusculaire (contenant 400mg de sulfadoxine et 20mg de pyriméthamine) à la dose unique de 25mg/kg de sulfadoxine et 1,25mg/kg de pyriméthamine.

Il est indiqué dans le traitement curatif des souches de Plasmodies plus précisément dans le traitement du Paludisme à *Plasmodium falciparum* chloroquinorésistant.

Son activité sur les schizontes érythrocytaires de *Plasmodium falciparum* est bonne, quelques fois peu lente, mais nulle sur *Plasmodium ovale* et *Plasmodium vivax*. La tolérance est bonne, cependant elle détermine des allergies cutanées limitées à un simple érythème dans la plupart des cas, mais parfois s'étendant aux toxidermies bulleuses graves (syndrome de Lyell ou de Stevens Jonson) engageant le pronostic vital. Les manifestations graves surviennent un cas pour 5000 traitements après prises répétées et on déplore 1 mort pour 20000 lors d'utilisation prophylactique.

-Utilisation de la SP :

Il est utilisé en traitement préventif et curatif dans les zones de chloroquinorésistance sous forme de comprimé (contenant 500mg de sulfadoxine et 25mg de pyriméthamine) ou en solution injectable par voie intramusculaire (contenant 400mg de sulfadoxine et 20mg de pyriméthamine) à la dose unique de 25mg/kg de sulfadoxine et 1,25mg/kg de pyriméthamine.

Il est contre indiqué dans les antécédents d'hypersensibilité, chez les nouveau-nés (moins de 3 mois), dans les atteintes hépatiques rénales sévères. La tératogénicité n'a jamais été observée chez l'homme. La contre indication est donc relative chez la femme enceinte et l'enfant.

-Les autres antipaludiques :

Quinine, Lumefantrine, Arthemeter, Amodiaquine, Méfloquine.

La politique nationale de lutte contre le paludisme **(PNLP)** recommandait jusqu'en 2004, au cours du premier trimestre de la grossesse, que toutes les femmes enceintes aient une dose complète

de traitement de chloroquine administrée à raison de 25 mg/kg au cours des trois premiers jours (10mg/kg le premier jour, 10mg/kg le deuxième jour, et 5mg/kg le troisième jour), suivie par une dose hebdomadaire de 300mg de chloroquine tout le long de la grossesse et deux mois après l'accouchement. Ce schéma a été inspiré des recommandations de l'**OMS** de 1986 qui stipulaient que les femmes dans les zones endémiques devaient recevoir une dose initiale de traitement suivie par une prophylaxie régulière avec un médicament antipaludique efficace et sûr (WHO, 1986). Depuis juin 2004 la politique recommande le traitement préventif intermittent (TPI) à la Sulfadoxine – Pyriméthamine qui doit être administré entre le quatrième mois et le septième mois de la grossesse à l'occasion des CPN avec un intervalle minimum de 1 mois entre les prises et d'un ½ comprimé au cours de la vaccination DTCP1,DTCP2,DTCP3, et de la rougeole. Ce traitement doit être associé à une prise d'acide folique et de fer chez la femme enceinte et de la vitamine A chez l'enfant. En raison de l'antagonisme entre l'acide folique et la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP"), il est conseillé de donner l'acide folique une semaine après la prise de SP.

Ce traitement intermittent chez la femme enceinte consiste à la prise de 3 comprimés de SP en deux cures espacées au minimum d'un mois et d'un ½ comprimé chez l'enfant. La sulfadoxine - pyriméthamine est contre indiquée chez la femme enceinte au cours du premier trimestre et du 9ème mois de la grossesse.

III. DEMARCHE METHODOLOGIQUE :

1. Cadre de l'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le cercle de Kolokani précisément dans l'aire de santé de Sonkenié.

KOLOKANI est l'un des sept cercles de KOULIKORO qui est la deuxième région administrative du MALI parmi les huit régions administratives et qui est situé à 135 km au nord de BAMAKO la capitale.

Le cercle de KOLOKANI comprend 22 aires de santé dont 16 fonctionnels et 6 non fonctionnels, et un CS Réf, avec 10 communes regroupant 283 villages. Les aires de santé sont : *Sonkenié, Segué, Sagabala, Sebecoro I, Samantara, Sirakoroba, Sabougou, Seriwala Doubabougou, Didieni Massantola, Manta, Mercoya, Nossombougou, Nonkon, Niokona, Guihoyo, Koumi, Kolokani, Ouolodo, Toussana* et en fin *Tioribougou*.

1.1. Aperçu historique :

KOLOKANI résulte de KOLON KAGNI : puit serviable.

Il fut créé entre 1790 et 1810 par SEYE NIAMAN TRAORE accompagné de son fils.

Son passé est des luttes incessantes pour défendre son intégrité.

Deux faits lui ont donné sa réputation : la résistance à la forte poussée d'ELHADJI OMAR TALL au 19^{ème} siècle et la révolte contre l'occupation française en 1915.

Violamment réprimé par l'ancien colonisateur ; il fut érigé en poste administratif en avril 1915 et en cercle après l'indépendance.

1.2. Superficie ; limite ; climats ; hydrographie et végétations :

Le cercle de KOLOKANI couvre une superficie de 14380km². Il est un immense plateau grasseux d'une jonction des zones soudanienne et sahélienne (14° latitude nord) et reçoit en moyenne 500-800mm de pluies par ans ; altitude moyenne de 200mm répartie en cinq mois d'hivernage (juin à octobre) ;

*Le cercle de KOLOKANI est limité :

*A l'est par le cercle de BANAMBA.

*A l'ouest et au nord par le cercle de DIEMA et de KITA.

*Au nord par le cercle de NARA.

*Au sud et au sud ouest par le cercle de KATI.

*Au sud est par le cercle de KOULIKORO.

Il est divisé en dix communes regroupant 283 villages.

Le climat de type sahélien est une savane avec de hautes herbes clairsemées de karité de baobab de tamarinier qui se dégradent progressivement vers le nord.

Par sa position le cercle de KOLOKANI est l'un des plus défavorisé du pays au plan hydrographique. Le BAOULE est comme le point permanent d'eau et sert de frontière naturelle avec le cercle de KITA à l'ouest et le lac WEGNAN situé à 40km de KOLOKANI.

Acceptabilité du traitement préventif intermittent lié au paludisme chez les enfants de moins de 2 ans.

La population dans sa lutte quotidienne a pu créer un certain nombre de point d'eau par la réalisation de micro barrages avec l'appui des ONG.

***Voies de communication :**

Le cercle de KOLOKANI est relié à la capitale par la route nationale RN3 sur une distance de 140km et qui le traverse du sud au nord en passant par les communes de NOSSOMBOUGOU ; OUOLODO TIORIBOUGOU ; DIDIENI ; et SEGUE.

Les autres pistes reliant les chefs lieux de communes au cercle ne sont pas praticables en toutes saisons.

Le cercle a été doté en 2000 d'un système de téléphonie rurale qui couvre les communes de NOSSOMBOUGOU ; TIORIBOUGOU ; MASSANTOLA ; KOLOKANI et DIDIENI.

En 2005 la ville a été dotée d'un système de téléphonies mobiles GSM IKATEL (actuellement transformé en orange MALI) et MALITEL en 2007.

1.3. Démographie:

La population est estimée à 190451 habitants en 2000 (source de recensement administratif en 1998). Elle est répartie entre dix communes. Le taux d'accroissement est de 1,15. La densité est de 14 habitants au kilomètre carré (km²).

Tableau I: Répartition de la population et les villages par commune.

Aires de santé/commune	Nombre de village	Population
DIDIENI	40	28830
GUIHOYO	24	14084
KOLOKANI	45	34790
NONKON	19	16010
MASSANTOLA	42	29356
NOSSOMBOUGOU	22	18845
OUOLODO	11	9121
SEBEKORO I	31	14431
SAGABALA	35	19684
TIORIBOUGOU	14	10734
Total	283	195886

La commune de Massantola était la plus peuplée et avec 42 villages.

- **Structure de la population :**

La population du cercle est composée de 92559 hommes et de 97892 qui représentent respectivement 48,60% et 51,40% du total. Elle est relativement jeune (près de 42% de la population ont moins de 15 ans).

Tableau II: Répartition de la population par tranche d'âge.

Population cible	Pourcentage	Chiffres bruts
Enfant de moins de 12 ans	5 %	9523
1 à 4 ans	14 %	26663
5 à 14 ans	28 %	53326
15 à 19 ans	9 %	17140
12 à 24 ans	17 %	32376
20 à 24 ans	3 %	5713
25 à 49 ans	25 %	47612
50 à 59 ans	5 %	9522
60 ans et plus	6 %	11427
Population totale	100,00	190481

La tranche d'âge de 5 à 14 ans était la plus représentée.

- **Les principales ethnies:**

Le BELEDOUGOU bénéficie d'une quasi-unicité ethnique dominée par les bambaras représentant près de 90% de la population. A leur côté vit une faible population de peulhs éleveurs. Le bambaras est la principale langue parlée et sert de langue de communication inter ethnique.

1.4. Carte du district sanitaire de Kolokani :



Figure 1 : carte sanitaire de Kolokani

1.5. Site de l'étude :

Choix du site :

- Couverture vaccinale moyenne,
- Zone d'endémie palustre,
- Zone TPI+,
- Zone d'intervention de l'UNICEF,
- Conflits politico-sociaux.

SONKENIE ; 65 km à l'est de KOLOKANI

SONKENIE relève de la commune rurale de Didiéni. Le nom sonkenié vient d'un esclave du nom de SON ; cet esclave n'a pas pu transporter les fétiches : SON kègnêra (sonkègnê). Il est situé à

20 km au sud est de Didiéni. A l'ouest il y a DOUFANIAN, et au nord SANANKORO. Le village serait crée par DIABE Traoré, un cultivateur venant de mandé ; il y a environ 500 ans de cela. La population s'élève à 6552 habitants. Les principales ethnies dans cette localité sont les bambaras, les Sarakolés et les peulhs. La population est répartie entre 3 activités principales : il s'agit de l'agriculture, de l'élevage et du petit commerce.

SOKENIE est accessible par la Route Nationale RN3 à 19 km au sud Est. Aucune liaison téléphonique au niveau de SONKENIE, même si parfois la communication ne peut être possible sur une montagne à 4 km du CSCOM ou souvent sur le toit des maisons. Le CSCOM fut crée le 14 septembre 2005, financé par le PRP, le CAEB et la BAD. Des pistes rurales dont l'accès est un peu difficile pendant la saison des pluies entravent la circulation intérieure surtout pendant cette période. Une situation qui peut entraîner des problèmes pour l'évacuation des malades. Le CSCOM ne dispose pas de rack. Le personnel est au complet avec la venue nouvelle du chef de poste et la récente reprise effective des activités. En effet, suite à un malentendu, l'ancien chef de poste a mis environ 2 mois avant de céder au nouveau, avec la complicité du bureau et d'une partie de la population.

Les activités culturelles ici présentes sont le KOTEBA, le BARA, le KOMO, le MARBAYASSA, le DIANKO et le DOMONKO. Toutefois, il y a un lieu sacré pour l'exercice de ces activités qui se déroulent avant et après la récolte. Une école primaire, un centre d'alphabétisation et le CSCOM sont les principales infrastructures de cette localité.

La couverture socio- sanitaire du cercle de Kolokani est assurée par le centre de santé de référence et par 22 centres de santé communautaires fonctionnels.

L'évaluation interne du système dans les différents CSCOM par une équipe composée de FELASCOM, CS Réf. La participation des équipes du cercle à partir des listes d'informations établies par la FELASCOM récolté lors de la mission pour une sensibilisation sur les principes adoptés pour le paiement des cotisations.

- **Resource humaine du CSCom :**

- 1 chef de poste médical.

- 1 agent vaccinateur.

- 1 matrone.

- 1 manœuvre.

- **Les activités du CSCom :**

- Consultation externe.

- Consultation prénatale.

- Vaccination (PEV).

- Accouchement.

- Soins curatifs /vente de médicament.

- Planning familial.

- Programme de malnutrition.

- **Les contraintes du CSCom :**

- Manque de moyen de communication.

- Manque d'eau et matériels didactiques.

Problème d'éclairage.

Etat défectueux des routes.

Tableau III : Les villages de l'aire de santé de Sonkenié, distance par rapport au CSCCom et population.

Villages	Distance en km	Population
Sonkenié P	0	877
Sanankoro P	2	308
Koina H	2,5	67
Diabakebougou	3	340
N'Goma H	4	207
Dono P	7	710
Wolodo	8	605
Zankebougou	10	426
Sièllè*** P	12	735
Bassala***	15	1502
Touloukoro***	16	501
Guelledo*** P	16	180
Salamou***	17	368

H : hameau, *** : villages rebelles ne fréquentant pas le CSCCom. P : villages concernés par l'étude.

2. Type d'étude et de collecte des données ;

2.1. Type d'étude :

Il s'agit d'une enquête transversale et descriptive qui a concerné 5 villages choisis au hasard en fonction de la catégorisation retenue dont l'un situe à 0 km, le deuxième entre 0-5 km, le troisième entre

5-10 km, le quatrième 10-15 km et le cinquième 15 km et plus de l'aire de santé de Sonkenié (*Sonkenié ; Sanankoro ; Dono Siellè et Guelledo*). L'étude s'est déroulée en deux passages et en une installation de quinze jours sur site :

- Le premier passage : étude descriptive où tous les acteurs impliqués ou influents dans le processus de la prise en charge thérapeutique de l'enfant sont interviewés (interviews individuelles approfondies et entretiens de groupes focalisés). Il a exclusivement concerné l'étude sur l'acceptabilité.
- Le deuxième passage : concerne l'analyse des programmes d'informations et de communication des mères d'enfants de moins de 2 ans sur le TPIi (questionnaires individuels femmes et chefs de ménage). Il a concerné à la fois l'étude sur l'acceptabilité, sur la communication et sur la situation des enfants malades (questionnaire CAP semi-directif).

2.2. Collecte des données :

Les entrevues individuelles et de groupes focalisés ont été recueillies à l'aide d'un lecteur-enregistreur et de questionnaires individuels (femmes et chefs de ménage) auprès de parents d'enfants de moins de 2 ans.

- Les parents ou les tuteurs des enfants et des nourrissons

Les entretiens se sont focalisés autour des points suivants : CAP sur les maladies infantiles telles le paludisme, sur les itinéraires thérapeutiques et sur la prévention du paludisme chez l'enfant ; sur les perceptions et représentations liées à l'initiative TPIi ; les

relations avec les agents de santé ; les problèmes rencontrés ; les besoins et attentes. Les entretiens ont été effectués avec :

- ***Les leaders d'opinions (élus communaux, municipaux, chefs religieux, maîtres d'écoles, etc.)***

Les entretiens seront axés sur : CAP sur le paludisme et leur compréhension, des campagnes de vaccination et lutte contre les maladies infantiles ainsi que sur la prise en charge sociale et thérapeutique des enfants malades. Les entretiens ont également portés sur leurs rôles dans ces programmes de survie de la petite enfance ; sur les difficultés rencontrées ; sur leurs besoins et attentes en la matière.

- ***Les agents de santé***

Les entretiens ont porté sur leurs opinions sur la politique de prévention (PEV+, TPIi et autres) et de prise en charge des malades infantiles. Ils ont également porté sur les problèmes rencontrés, sur leurs besoins et attentes.

3. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée du 10 novembre 2006 au 10 novembre 2007.

4. Population d'étude :

Elle comprend les mères ou les personnes en charge des enfants de moins de 2 ans ; les chefs de ménages ; les grands-parents ; les relais communautaires ; les leaders d'opinion et les agents de santé.

- Echantillonnage et choix du site : sujets enquêtés au cours de l'étude.

- ✓ L'intervention d'un partenaire dans la zone(UNICEF) ;
- ✓ Le faciès épidémiologique de la zone et conflits sociaux.

- ✓ La proximité de la zone de Bamako, couverture vaccinale moyenne.

5. Déroulement de l'étude et méthode d'échantillonnage

L'étude s'est déroulée simultanément dans la formation sanitaire et dans 5 villages choisis au hasard en fonction de la catégorisation retenue dont l'un situe à 0 km, le deuxième entre 0-5 km, le troisième entre 5-10 km, le quatrième 10-15 km et le cinquième 15 km et plus. L'équipe était constituée de 4 enquêteurs (2 internes en médecine et 2 stagiaires chercheurs en anthropologie).

5.1. Enquête au sein des formations sanitaires :

Des guides d'entrevues ont été réalisés avec les prestataires de soin.

5.2. Enquête au sein des communautés :

Cinq villages ont été retenus et à l'intérieur de chaque village des guides d'entretien à l'aide d'un dictaphone étaient réalisés dans chaque village à l'endroit de certains acteurs à savoir les relais communautaires, les leaders d'opinions, les mères ou les parents en charge de l'enfant, les grands parents.

Au total 4 focus et 2 guides d'entretiens individuels ont été réalisés dans chaque village où les entrevues se sont déroulées en bamanan. Pour l'enquête quantitative, 5 villages ont été retenus. Dans chaque village, l'équipe des enquêteurs a choisi au hasard la direction à suivre (technique de la bouteille ou autre) devant la formation sanitaire ou devant la maison du chef de village. C'est dans la première maison qui se trouvait à droite sur cette direction que le premier ménage de l'entretien a été choisi. A la sortie de cette

maison, l'enquête s'est déroulée de porte en porte en progressant toujours à droite. Arriver à une intersection, on continuait toujours à droite. Au cas où on revenait au point de départ, on continuait à progresser dans la rue en face et à toujours appliquer le même processus jusqu'à atteindre la taille de l'échantillon tiré au sort, à savoir 20 questionnaires chefs de ménage et 20 questionnaires individuels femme (mère d'enfants de moins de 2 ans).

Des guides d'entretiens ont été réalisés à l'aide de lecteurs-enregistreurs auprès des acteurs tels que les mères ou personnes en charge des enfants de moins de 2 ans ; les relais communautaires les leaders d'opinions et enfin les grands-parents.

6. Critères d'inclusion et de non inclusion :

6.1 Critère d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude : les mères personnes en charge d'enfants de moins de 2 ans ; les chefs de ménages ; les grands-parents et les agents de santé.

6.2. Critères de non inclusion :

- Sujet ne répondant pas aux critères cités ci-dessus.
- Ne pas accepter de participer à l'étude.

7. Analyse des données :

Pour l'analyse qualitative les données ont été transcrites en bamanan puis traduites en français et saisies sur Word 2007.

Pour l'analyse quantitative les données ont été saisies à l'aide du logiciel EPI-Info et analysées sur SPSS.11.0.

8. Aspects éthiques :

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS) de l'Université de Bamako (Mali). Nous avons également respectivement obtenu l'accord du directeur national, de celui du directeur régional et du médecin-chef de cercle. Le consentement libre et éclairé a été obtenu oralement auprès des pères et mères d'enfants de moins de 2 ans. La confidentialité des interviews est garantie, les réponses des enquêtés ne doivent en aucune façon être divulguées par le personnel de terrain.

- Avantage de l'étude :

L'étude, de grande portée en santé publique apporte une meilleure compréhension en matière de prévention et de prise charge du fléau du paludisme. Les données récoltées seront utilisées à initier des stratégies novatrices dans le contrôle du paludisme.

- Insuffisance de l'étude :

L'inconvénient pour les populations et le personnel soignant est le temps consacré aux interviews.

IV. RESULTATS :

A. ANALYSES QUANTITATIVES :

1- Caractéristiques sociodémographiques des ménages enquêtés :

a- Caractéristiques physique et sociodémographique des femmes et des enfants :

Tableau IV : Répartition sociodémographique des femmes.

		Effectif N=78	Pourcentage
Ages	10-19 ans	8	10,3
	20-29 ans	38	48,7
	30-39 ans	28	35,9
	40-49 ans	4	5,1
Profession	Paysanne	76	97,4
	Secteur public	2	2,6
Religion	Musulman	41	52,6
	Traditionnel	36	46,2
	Chrétien	1	1,3
Niveau d'instruction	Alphabète	7	9
	Analphabète	71	91
Statut matrimonial	Célibataire	1	1,3
	Monogamie	34	43,6
	Polygamie	43	55,1

- Les femmes à 97,40% étaient des paysannes.

- Nous constatons ici que la tranche d'âge de 20-29 ans était la plus représentée avec 48,7% des enquêtées.

- La religion la plus dominante était l'islam soit un taux de 52,6% et 1,3% pour le christianisme.

- Le taux de scolarisation des femmes enquêtées était faible avec seulement 9% contre 91% d'analphabètes.

- Par rapport au statut matrimonial des femmes enquêtées, les femmes épouses uniques représentaient 43,6% contre 55,1% des femmes avec coépouses.

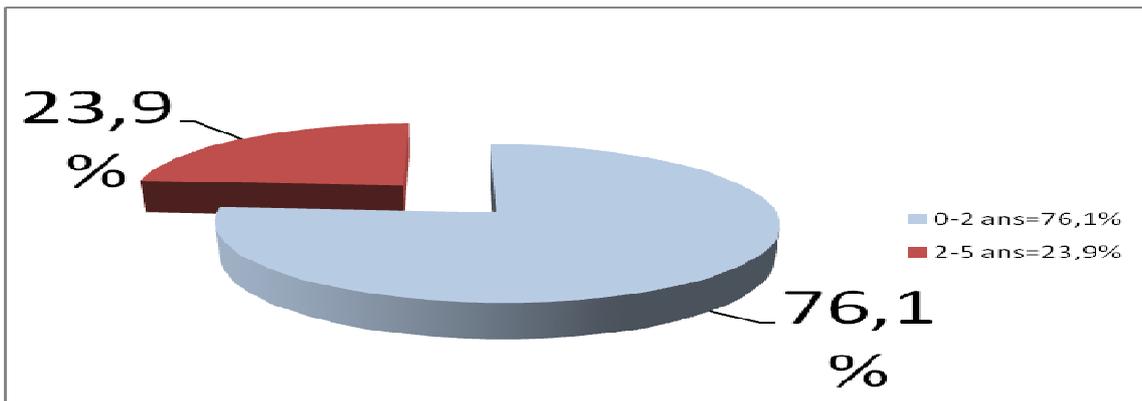


Figure 1 : Répartition des enfants de moins de 5 ans malades en fonction de leurs âges.

Les enfants de moins de 2 ans étaient les plus représentés soit un taux de 76,1%.

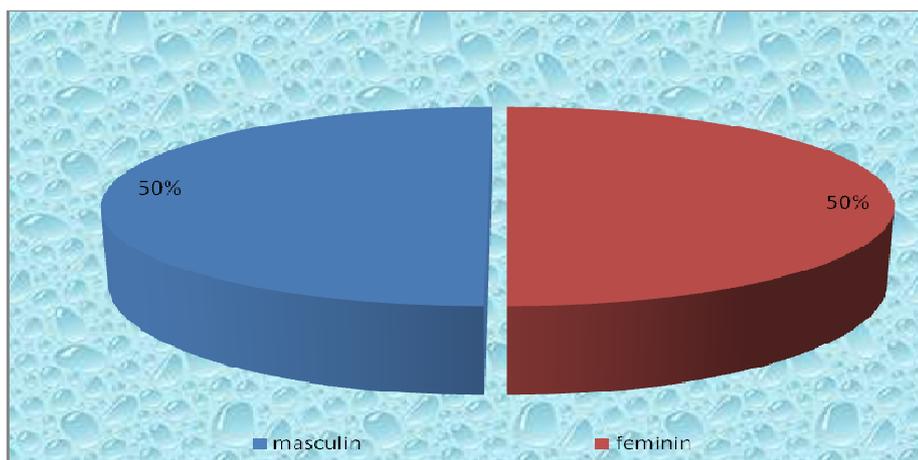


Figure 2 : Répartition des enfants de moins de 5 ans malades en fonction du sexe.

Les deux sexes étaient quasi égaux.

Tableau V: Répartition des pères des enfants moins de 5 ans malades selon leurs professions.

profession du père	Fréquence	%
Cultivateur	42	82,6
Commerçant	1	2,2
Eleveur	3	5,2
Total	46	100,0

Plus de 82,6% étaient des cultivateurs.

Tableau VI : Répartition des ménages en fonction de la prise de décision pour la vaccination de l'enfant.

Parents	Effectif	Pourcentage
	N=78	
Personne	1	1,3
Mère	4	5,1
Père	56	71,8
Grand mere	3	3,8
Grand père	9	11,5
Oncle	4	5,1
Tante	1	1,3

Les pères étaient les plus représentés avec un taux de 71,8% contre 5,1% pour les mères et 11,5% pour les grands pères.

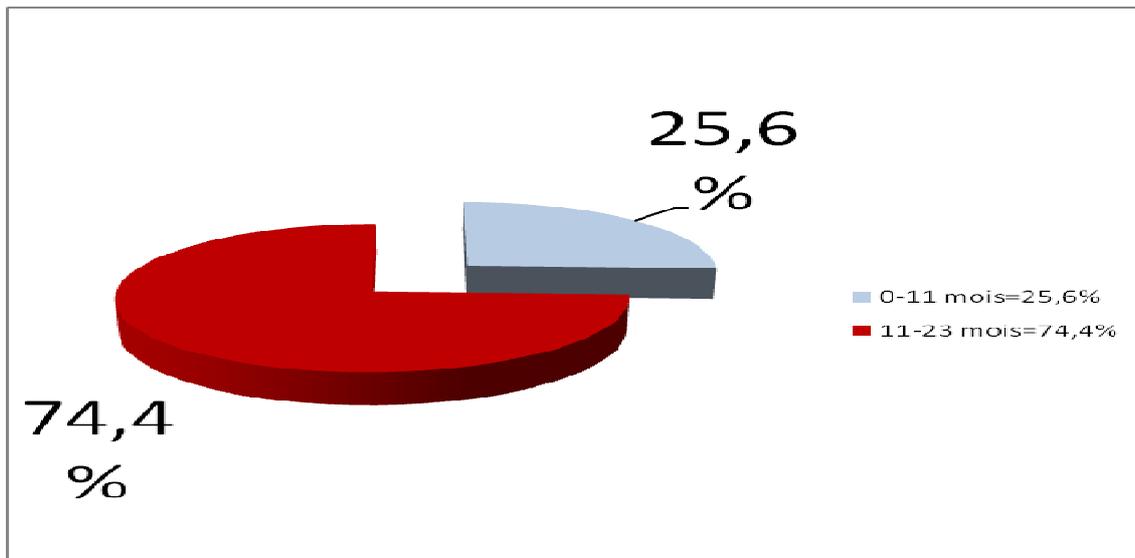


Figure 3 : Nombre d'enfant de moins de 2 ans qui vivent dans le ménage.

S'agissant des enfants de 0 à 2 ans, ils étaient au nombre de 78 soit 25,6% pour les enfants de 0 à 11 mois et 74,4% pour les enfants de 11 à 23 mois.

Tableau VII : Répartition des ménages selon la provenance de l'eau de boisson.

Provenance	Effectif	Pourcentage
Forage équipé de pompe manuelle	19	24,4
Puits à buse ou protégé	1	1,3
Puits non protégés	58	74,4
Total	78	100,00

Les ménages à 24.4% consommaient l'eau de forage équipé de pompe manuelle et 74,4% utilisaient l'eau de puits non protégés.

Tableau VIII : Répartition des ménages selon le genre de toilette utilisée.

Genres de toilette	Effectif N=78	Pourcentage
Latrine à fosse non ventilée	66	84,6
Latrine à fosse ventilée	1	1,3
Air libre (nature)	9	11,5
Autres	2	2,6

Les ménages à 84,6% utilisaient des latrines à fosse non ventilée.

Tableau IX: Répartition des ménages selon la gestion des ordures.

Lieu	Effectif N=78	Pourcentage
Voirie publique	1	1,3
Dans la cours	19	24,4
Dans la nature (dehors)	58	74,4

Les ménages à 74,4% déposent leurs ordures dans la nature.

Tableau X: Répartition des ménages selon la gestion des eaux usées.

Lieu	Effectif		Pourcentage
	N=78		
Caniveau fermé	1		1,3
Egout	1		1,3
Dans la cours	27		34,6
Dans la nature (dehors)	49		62,8

Les ménages à 62,8% versaient les eaux usées dans la nature.

Tableau XI: Répartition des ménages en fonction de la possession des moyens didactiques.

Moyens	Effectif		Pourcentage
	N=78		
	Oui	Non	
Electricité	1	77	1,3
Radio	55	23	70,5
Télévision	7	71	9
Téléphone	12	66	15,4

Les ménages à 70,5% possédaient un poste radio.

Tableau XII : Répartition des ménages selon les moyens énergétiques d'éclairage.

Moyens	Effectif	Pourcentage
	N=78	
Electricité	2	2,6
Pétrole	68	87,2
Torche à pile	8	10,3

La principale source d'éclairage était le pétrole avec un taux d'utilisation de 87,2% contre 2,6 % pour l'électricité.

Tableau XIII : Répartition des ménages selon la qualité de toiture utilisée.

Matériaux	Effectif	Pourcentage
	N=78	
Terre	70	89,7
Paille	3	3,8
Bois/planches	1	1,3
Tôles	4	5,1

Le toit des maisons d'habitation était essentiellement fait en terre soit un taux de 89,7% contre 5,1% pour les tôles.

Tableau XIV: Répartition des ménages en fonction de leur moyen logistique.

Moyens de déplacement	Effectif N=78		Pourcentage
	Oui	Non	
Bicyclette	66	12	85,7
Motocyclette	37	41	47,4
Voiture	2	76	2,6
Charrette	66	12	85,7

La bicyclette et la charrette était le principal moyens de déplacement soit un taux d'utilisation de 85,7 %.

a- Utilisation des moustiquaires :

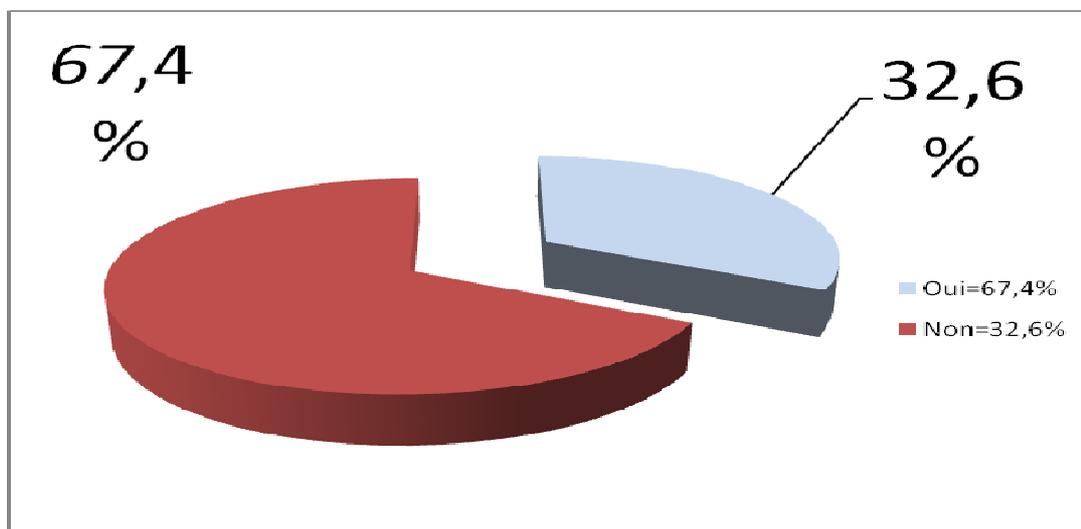


Figure 5: Répartition des enfants en fonction de ceux qui ont dormi sous moustiquaire la nuit dernière.

Au total 67,4% des mères avaient affirmé que leurs enfants ont dormi sous moustiquaire la nuit dernière.

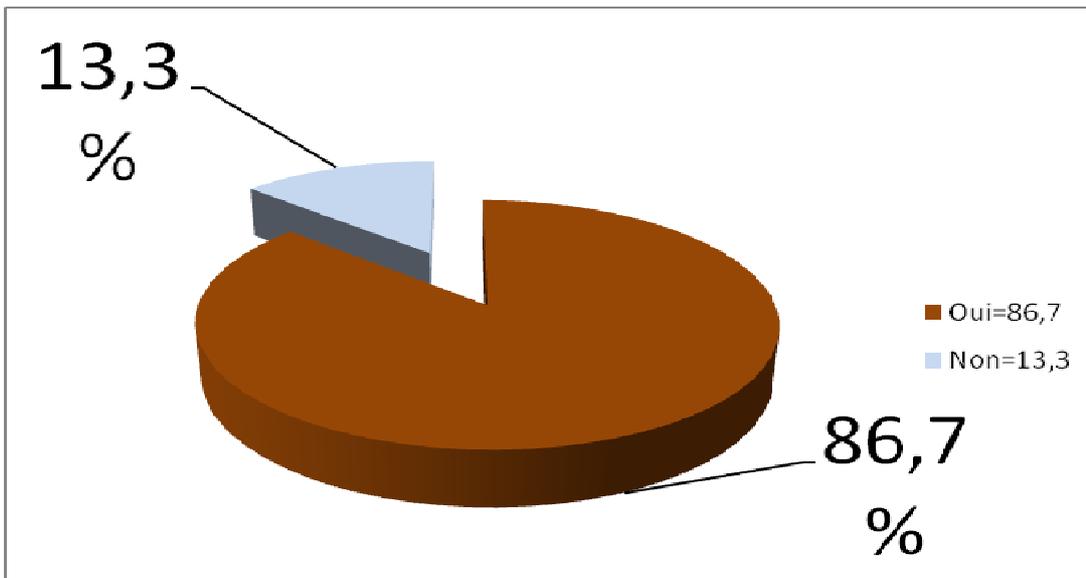


Figure 6 : Répartition selon que les moustiquaires soient imprégnées ou non.

Les moustiquaires étaient imprégnées dans 86,7% des cas.

c- Statut vaccinal des enfants :

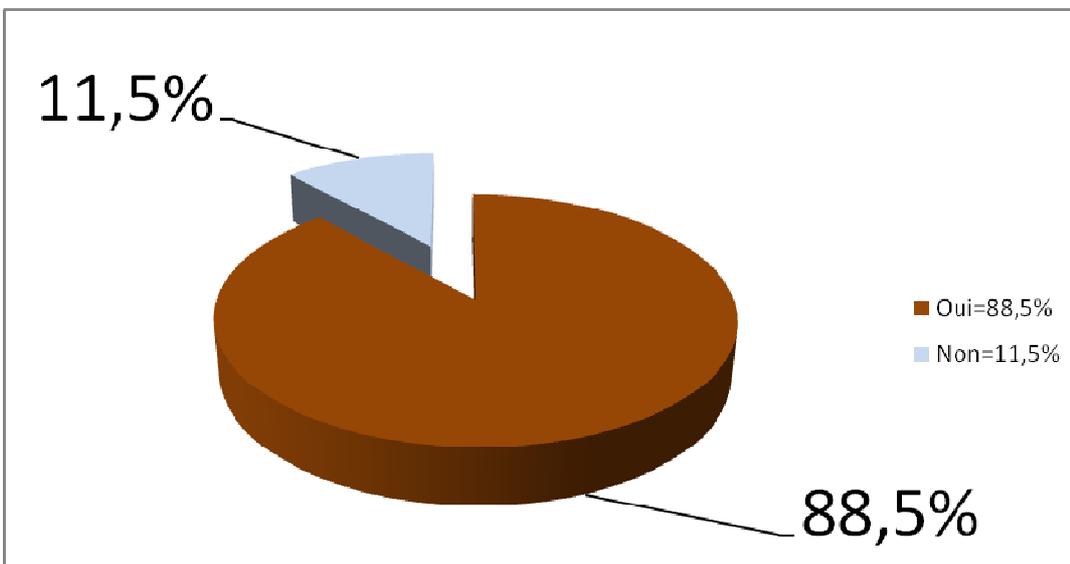


Figure 7 : le nombre d'enfant de 0 -23 mois vaccinés.

Les enfants à 88,5% étaient vaccinés contre 11,5% non vaccinés.

b- CAP des femmes sur le paludisme :

Tableau XV: Répartition des symptômes cités par les mères au cours de l'interrogatoire.

Signes	Fréquence			
	N=46			
	Oui	%	Non	%
Fièvre	27	58,7	19	41,3
Affaiblissement	23	50	23	50
Toux	8	17,4	38	82,6
Vomissements	16	34,8	30	65,2
Convulsions	11	23,9	35	76,1
Ictère	7	15,2	39	84,8
Diarrhée	25	54,3	21	45,7
Anorexie	29	63	17	37

Les mères d'enfant à 58,7% ont évoqué la fièvre comme le premier signe du paludisme.

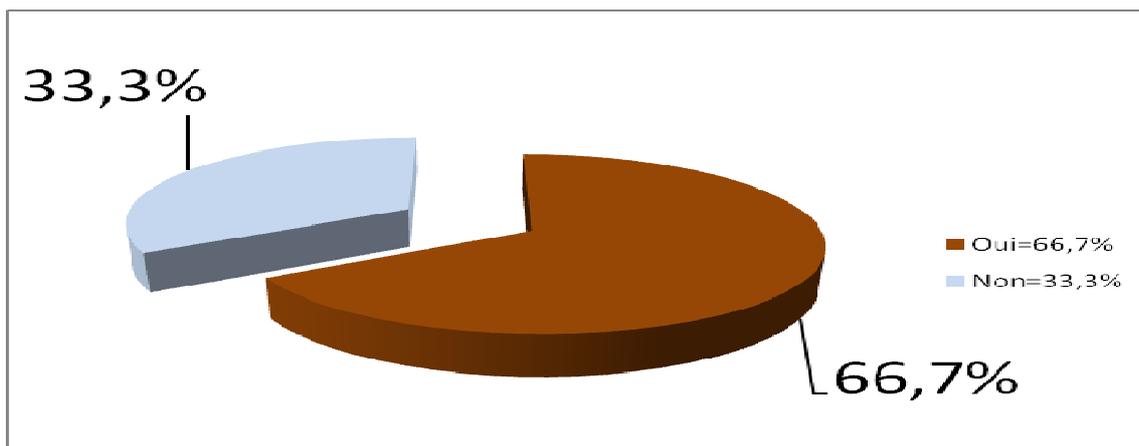
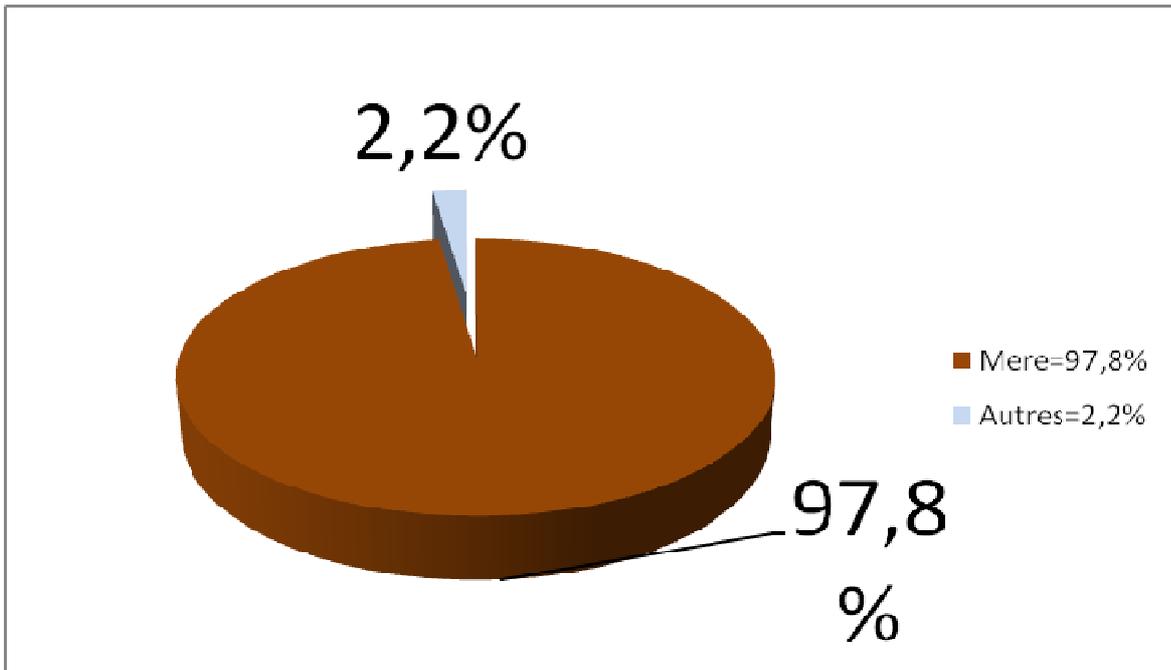


Figure 8 : Répartition des enfants qui ont fait la fièvre le mois dernier.

Les enfants à 66,7% ont fait la fièvre le mois dernier.



***Autres :(tantes, grands mère, marâtre, voisin)

C'étaient les mères à 97,8% qui avaient amené les enfants au centre de santé.

Figure 9 : Répartition selon la personne qui amène l'enfant malade au CSCom.

Tableau XVI: Répartition des femmes selon leur connaissance sur les maladies prioritaires contre les quelles les enfants doivent être obligatoirement vaccinés.

Maladies prioritaires	Effectif		Pourcentage
	N=78		
	Oui	Non	
poliomyélite	25	53	32,1
Diphthérie	7	71	9,00
Coqueluche	17	61	21,8
Méningite	15	63	19,2
Tuberculose	10	68	12,8
Fièvre jaune	2	76	2,6
Hépatite	2	76	2,6
Rougeole	28	50	35,9
Tétanos	6	72	7,7
Ne Sait Pas	34	52	39,5

Les maladies du PEV étaient peu connues par les enquêtées car 35,5% d'entre elles avaient affirmé ne pas connaître ces maladies.

Tableau XVII: Répartition des mères selon leur réaction face à l'enfant malade.

Réaction	Fréquence	%
Référé au centre de santé après traitement traditionnel	9	19,6
Donne médicament traditionnel uniquement	20	43,5
Ne Sait Pas	17	37,0
Total	46	100,0

Les mères à 43,5% utilisent les médicaments traditionnels.

Tableau XVIII: Répartition des enfants moins de 5 ans malades en fonction du type de maladie.

Type de maladie	Fréquence	%
Paludisme	15	32,6
Paludisme + autre maladie	19	41,3
Pas de paludisme	12	26,1
Total	46	100,0

Le paludisme associé à une autre maladie est le plus représenté soit 41,3%.

Tableau XIX: Répartition en fonction du nombre de jour auquel l'enfant est tombé malade.

Durée de la maladie en jour	Fréquence N=46	%
1	12	26,1
2	12	26,1
3	13	28,3
4	2	4,3
5	5	10,9
6	1	2,2
7	1	2,2

Au total 28,3% des enfants sont tombés malades pendant 3 jours.

Tableau XX: Répartition des femmes en fonction de leurs connaissances sur les signes simples du paludisme.

Signes	Fréquence	%
Fièvre+vomissement+frisson	27	79,4
Autres	7	20,6
Total	34	100,0

***Autres : diarrhée, coloration jaune des urines, douleur abdominale.

Plus de 79,4% des mères connaissent les signes simples du paludisme.

Tableau XXI: Répartition des mères selon leurs connaissances sur les causes du paludisme.

Causes	Fréquence N=46	%
Les moustiques	30	65,2
Fièvre mal traitée	1	2,2
Manque d'hygiène	4	8,7
Mauvaise alimentation	2	4,3
Aliment trop huileux	1	2,2
Grossesse	3	6,5
Ne Sait Pas	3	6,5
Autres	2	4,3

***Autres: humidité, les oiseaux, et le vent.

Les moustiques ont été comme la cause première selon les mères soit un taux de 65,2%.

Tableau XXII: Répartition des femmes en fonction de leurs connaissances sur les signes compliqués du paludisme.

Signes de complication	Fréquence N=46	%
yeux jaunes+vomissement + urine rouge	20	43,5
Convulsion+perte de connaissance et regard fixé+fièvre	16	34,8
amaigrissement	9	19,6
Ne Sait Pas	1	2,2

Les mères à 43,5% connaissent les signes de complication du paludisme.

Tableau XXIII: Répartition des femmes selon leurs réactions face à la fièvre.

Réaction	Effectif N=78	Pourcentage
Aucune	1	1,9
Amener l'enfant au centre de santé	21	26,9
Automédication (comprimé)	35	44,2
Automédication (tisane)	21	26,9

L'automédication avec les comprimés est la plus représentée avec 44,2%.

Tableau XXIV: Répartition des femmes selon leurs connaissances sur les signes du paludisme.

Signes	Effectif N=78		Pourcentage
	Oui	Non	
Fièvre	30	48	38,5
Grelottement/frisson	14	64	17,9
Céphalée	9	69	11,5
Vomissement	16	62	20,5
Apathie	16	62	20,5
Diarrhée	6	72	7,7
Ne Sait Pas	20	58	25,6
Ictère	6	72	7,7
Maux de ventre	1	77	1,3

La fièvre apparaît ici comme le signe le plus connu avec 38,5%.

Tableau XXV : Répartition des mères d'enfants moins de 5 ans malades selon leurs réactions face au paludisme.

Réactions	Effectif	Pourcentage
	N=46	
Aucune	3	3,8
Amener l'enfant au centre de santé	20	25,6
Automédication (comprimé)	9	11,6
Automédication (tisane)	46	59

L'automédication était la pratique la plus utilisée avec 59%, contre 25,6% ceux qui avaient amené leurs enfants au centre de santé.

Tableau XXVI : Repartitions des femmes selon leurs connaissances sur une autre méthode de traitement du paludisme.

Réponses	Effectif	Pourcentage
	N=78	
Oui	48	61,5
Non	19	24,4
Ne sait pas	11	14,1

Les femmes à 61,5% connaissaient une autre méthode de traitement du paludisme.

Tableau XXVII: Répartition des femmes en fonction de leur connaissance sur les modes de préventions contre le paludisme.

Mode de prévention	Effectif N=78		Pourcentage
	Oui	Non	
Dormir sous moustiquaire imprégnée	15	63	19,2
Protéger les fenêtres	1	77	1,3
Prendre les médicaments	6	72	7,7

L'utilisation des moustiquaires imprégnées était la plus représentée avec un taux de 19,2 %, et 100 % des femmes enquêtées n'utilisaient pas les insecticides.

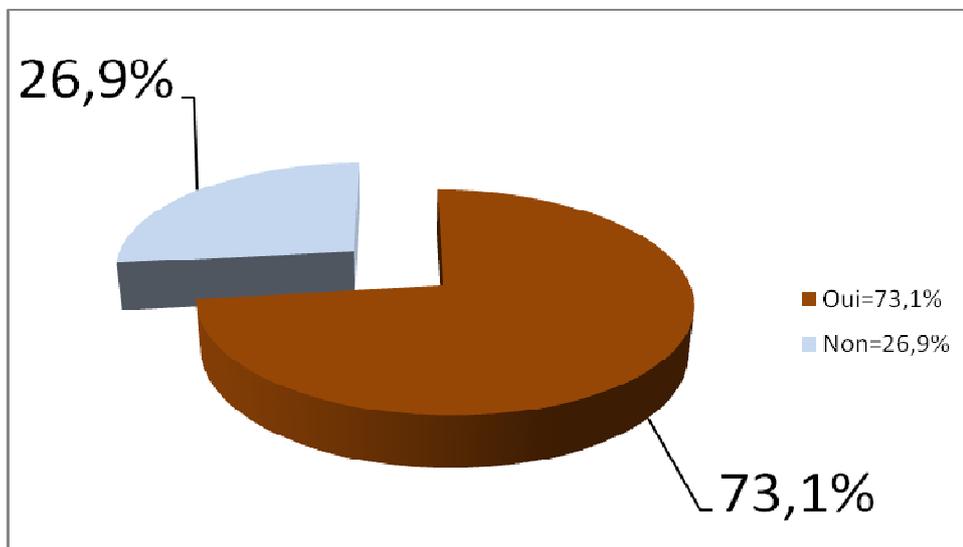


Figure 10 : Répartition des ménages en fonction de l'utilisation des MI.

Les ménages à 73,1% utilisaient les MI contre 26,9%.

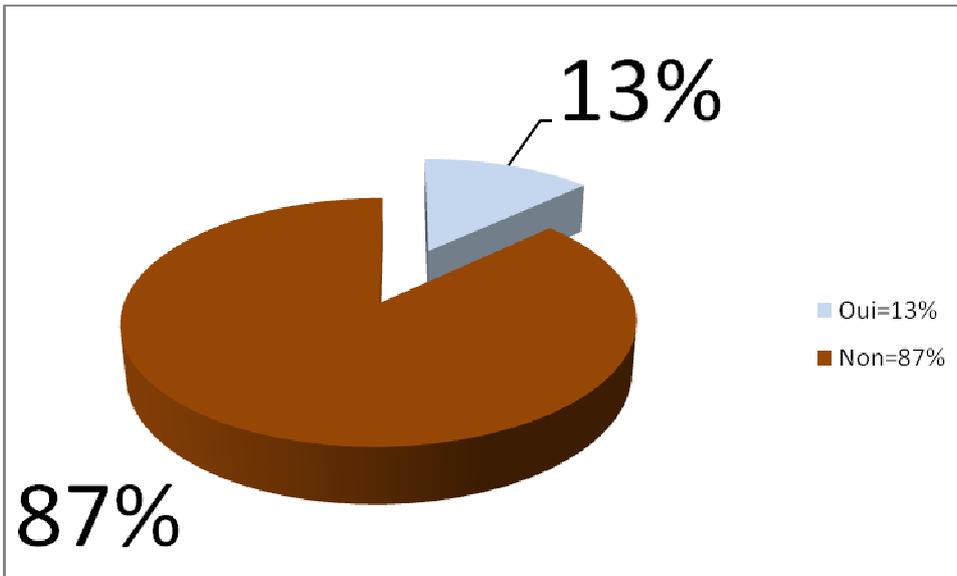


Figure 11: Répartition des mères selon leurs connaissances sur l'existence d'une caisse pharmaceutique dans leur village.

Les mères à 87% ne connaissaient pas une caisse pharmaceutique dans leur village.

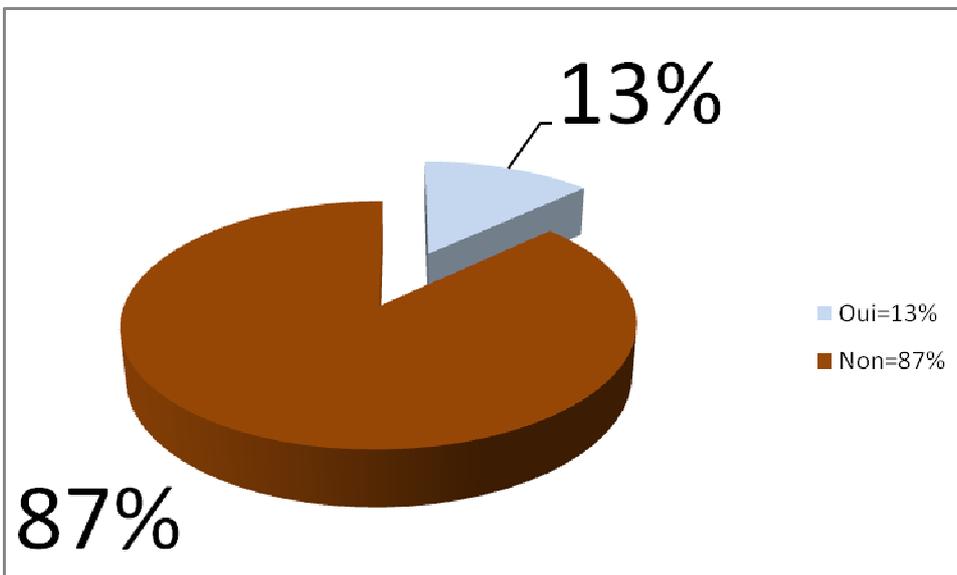
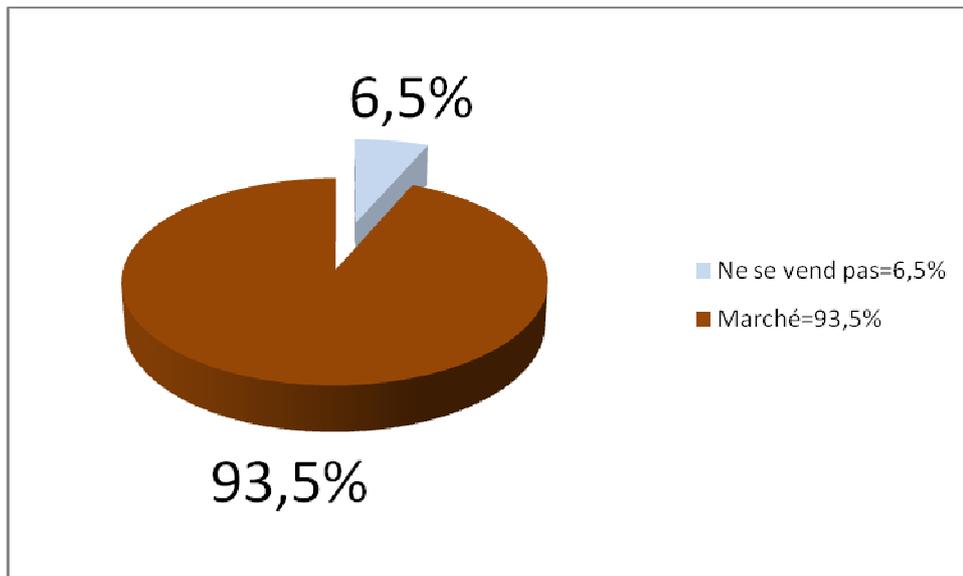


Figure 12 : Répartition selon les mères qui ont acheté des médicaments dans la pharmacie.

Les mères à 76,5% avaient affirmé avoir acheté des médicaments dans la caisse pharmaceutique.



***MII : moustiquaire imprégné d'insecticide

Figure 13 : Répartition des mères selon leurs réponses face au lieu de vente des MII.

Les mères à 6,5% disaient qu'on ne vendait pas de MII dans leur village.

c- Connaissance et mode d'acquisition de l'information sur le TPI :

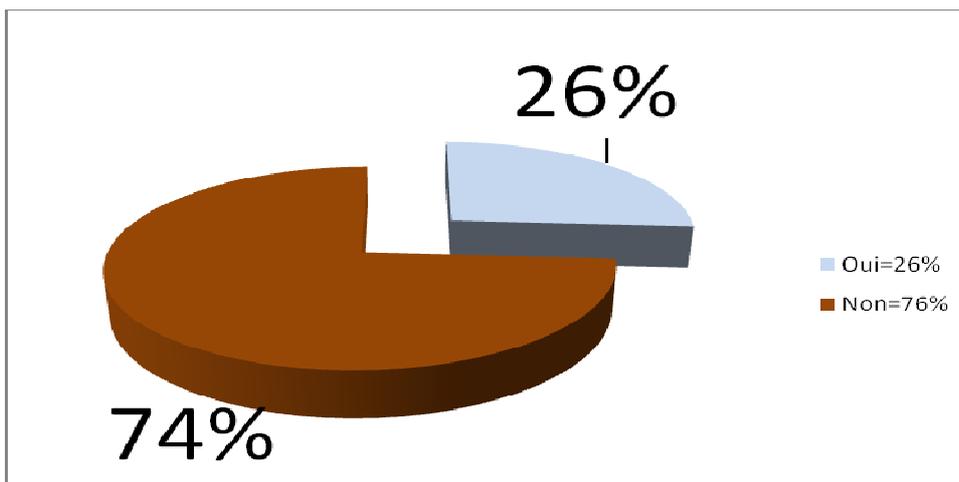


Figure 14 : Répartition des femmes en fonction de leurs connaissances sur le TPI.

Les femmes à 26% avaient attendu parler du TPI contre 74%.

Tableau XXVIII : Répartition des femmes en fonction de leurs connaissances sur le TPIi et l'efficacité du TPIi.

		Effectif	Pourcentage
		N=78	
Connaissance	Oui	21	26
	Non	57	74
Efficacité	Oui	19	24,4
	Ne sait pas	59	75,6

Les femmes à 26% avaient entendu parler du TPIi et 24,4% d'entre elles avaient affirmé que le TPIi était efficace.

Tableau XXIX : Répartition des femmes selon leurs connaissances sur la dose de comprimé de TPIi administré

Doses	Effectif	Pourcentage
Une fois	2	2,56
Deux fois	4	5,12
Trois fois	4	5,12
Quatre fois	10	12,82
Ne sait pas	58	74,38
Total	78	100

Les femmes à 12,82% pensaient que le TPIi doit être administré quatre fois.

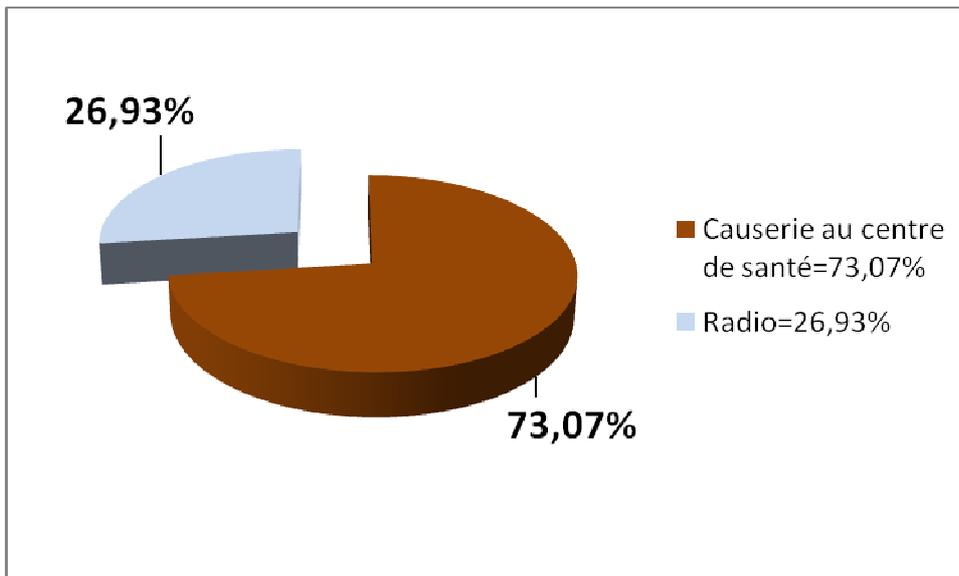


Figure 15 : répartition des femmes selon le mode d'acquisition de l'information sur le TPI.

Les causeries débats au centre de santé étaient les plus élevées soit un taux de 73,07 %.

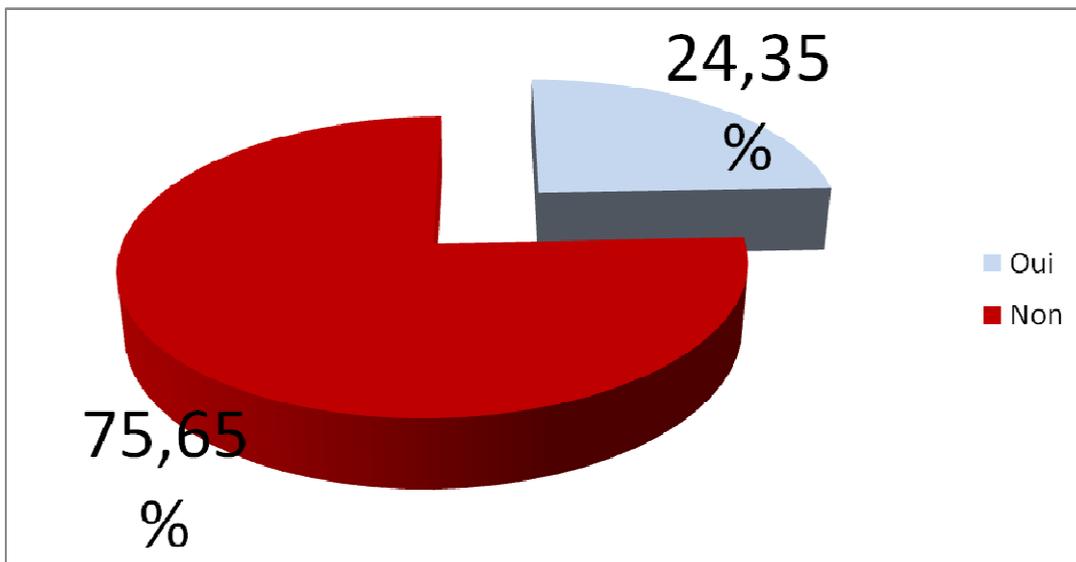


Figure 16 : Répartition des enfants en fonction de leur recevabilité du TPI.

Les enfants à 24,35% avaient reçu le TPI.

d- Exposition aux programmes de santé :

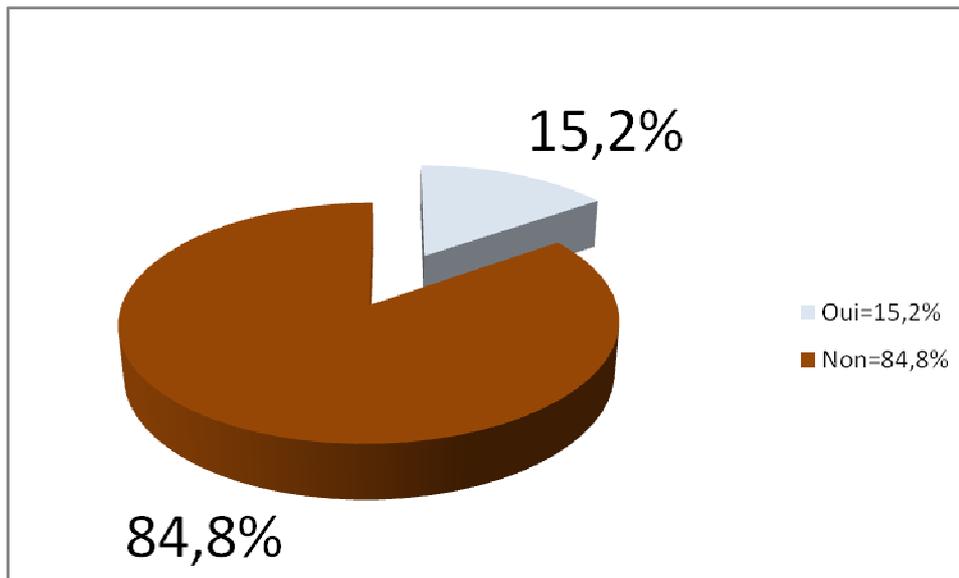


Figure 17: Répartition des mères selon leurs participations dans une réunion sur la santé dans leur village.

Les mères à 84, 8% n'avaient jamais participé à une réunion sur la santé.

Tableau XXX: Répartition selon le problème de maladie discutée.

Problèmes discutés	Fréquence	%
paludisme	4	57,1
Planification	2	28,6
Diarrhée	1	14,3
Total	7	100,0

Le paludisme était la maladie la plus discutée soit un taux de 57,1%.

Tableau XXXII: Répartition selon les organisateurs des réunions.

Organisateurs	Fréquence	%
Agents du CSCom	4	57,14
Unité d'imprégnation	2	28,57
Association des femmes	1	14,28
Total	7	100,0

Les réunions à 57,14% étaient organisées par les agents de santé.

B.ANALYSES QUALITATIVES :

Les données produites au cours de notre recherche peuvent être regroupées en deux rubriques. D'un coté, les données relatives aux maladies infantiles existantes avec un accent particulier sur le paludisme, ses sémiologies et étiologies populaires de même que les pratiques thérapeutiques qui l'entourent. De l'autre coté, les systèmes de prévention des maladies infantiles en général et du paludisme en particulier ; le PEV et le PEV + SP.

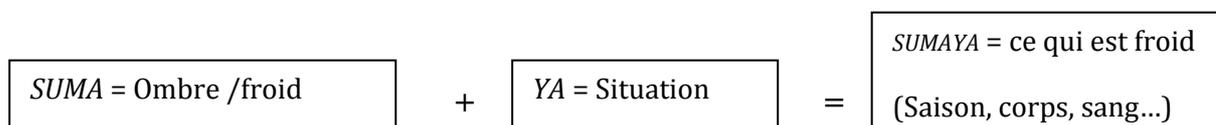
1. Les maladies infantiles:

Il apparaît de nos entrevues avec nos différents interlocuteurs que le répertoire des maladies infantiles dans notre milieu d'étude est vaste et multiforme. Dans le tableau ci-après nous allons présenter les principaux problèmes de santé évoqués par les uns et les autres, par ordre d'importance, avec leur appellation vernaculaire.

Tableau XXXIII : Principaux problèmes de santé et leur appellation vernaculaire.

Problèmes de santé	Noms vernaculaires
Paludisme	sumaya
Fièvre	Farigan, jontê (peulh)
Dentition	Kolobô
Infections respiratoires	Fiyên banaw (sôkôsôkô ni mura)
Maladies diarrhéiques	Kônôboli, kônôkari
Vomissements	fônô
Neuro paludisme	Kônô, gnaman
Maux de ventre	Kônôdimi
Candidose buccale	nêminampo
Anémie	Jelidêsê bana

Nous voyons dans ce tableau que les problèmes de santé au niveau des enfants sont multiples. Le paludisme est leur principal problème de santé infantile. Toutefois, La majorité de ces problèmes de santé se rapportent à la sémiologie médicale du paludisme et à ses formes compliquées.



**Schéma 1: le paludisme dans le langage de nos enquêtés
(le bambara est la langue la plus couramment parlée) :**

Le paludisme vari en fonction de la saison.

a. Connaissances et attitudes face au paludisme :

- Les systèmes de signes populaires :

*Le corps de l'enfant devient chaud
et il perd ses habitudes.*

*L'enfant fait la diarrhée, il
vomit, la couleur de ses yeux
deviennent jaunâtres.*

Voici les genres de déclarations fréquentes dans les propos des différents membres de la communauté, lorsque nous leurs avons posé la question de savoir les signes annonciateurs du paludisme chez les enfants. Il apparaît ici que les symptômes liés au paludisme de l'enfant sont à la fois d'ordre physique (état de santé) et comportemental (habitudes).

C'est dire donc que les signes qui annoncent le paludisme chez l'enfant sont multiples et variés. Dans le schéma ci-dessous, nous allons tracer les principaux signes du paludisme chez l'enfant évoqués par nos interlocuteurs et suivant leur ordre d'évolution.

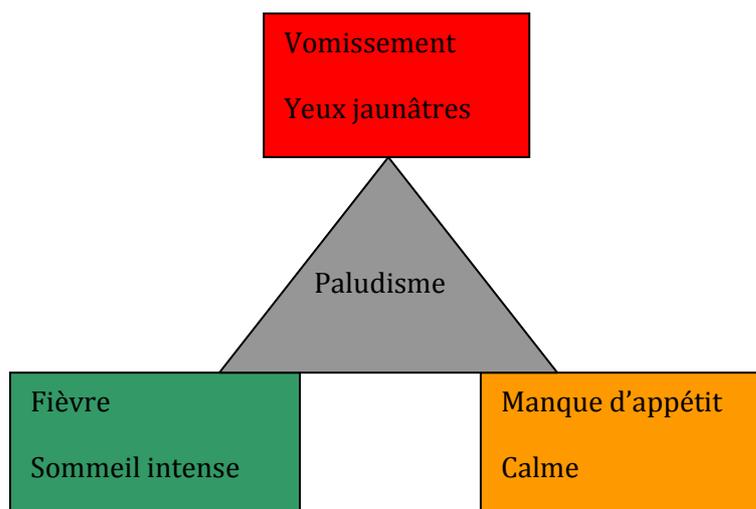


Schéma 2: principaux signes du paludisme.

Le vomissement et la couleur jaunâtre des yeux sont les éléments les plus indiqués et les plus déterminants au niveau de la population pour savoir si leur enfant souffre du paludisme ou pas. Par ailleurs, il faut noter ici que chacun de ces signes peut en lui seul annoncer le paludisme.

Quoiqu'il en soit les formes de manifestations du paludisme chez l'enfant sont différentes. Parmi elles nous pouvons retenir principalement la convulsion, la faiblesse et la bouffissure de certaines parties du corps.

- Les représentations populaires autour du paludisme chez l'enfant.

*Si une mère lave chaque fois son enfant,
cela aussi peut être un facteur
favorisant le paludisme chez lui.*

Cette idée venant d'une grand-mère de Sonkenié est assez rependue dans les différentes aires de santé que nous avons

visitées. En effet, pour beaucoup de personnes c'est le fait d'exposer les enfants à la fraîcheur ou à l'humidité fait refroidir leur corps. Et c'est ce qui serait à la base du paludisme chez les enfants. D'où le nom sumaya en bambara qui signifierait l'humidité. C'est pourquoi, certaines grandes mères s'opposent souvent au fait que les mères lavent les enfants les nuits ou bien encore les amènent régulièrement dans les jardins. Toujours, dans le même ordre d'idée, certains de nos interlocuteurs trouvent aussi que certains aspects de l'éducation des enfants peuvent aussi les exposer au paludisme. C'est ce qui a fait dire à une grande mère de Sonkenié que :

Si une mère ne veille pas bien sur son enfant, en lui portant des habits contre le vent ; contre la pique des insectes et en l'empêchant de traîner dans l'eau, cela peut l'amener à développer facilement le paludisme ou les affections respiratoires.

Selon les grandes mères, ces pratiques comportementales s'expliquent par deux faits majeurs. D'une part, l'existence d'une croyance assez rependue au niveau des mères d'enfant. Selon cette croyance : « **comme les grandes mères n'aiment pas se laver, leur attitude aussi envers leur petit enfant va dans ce sens** ». D'autre part, les occupations socio-économiques de la femme ne lui permettent pas de prendre bien soin de ses enfants. Les propos de cette autre grande mère de Sonkenié illustrent parfaitement cette réalité :

Chez nous ici, les femmes sont régulièrement dans les jardins avec leurs enfants pour le maraîchage. Cependant, elles n'ont pas de moyens d'acheter des habits pour protéger leur enfant.

Quoiqu'il en soit la saison froide et celle des pluies sont par excellence selon nos enquêtés les grandes périodes du paludisme chez les enfants, des périodes de grand froid.

Pour certaines personnes aussi, le paludisme chez l'enfant est lié à son alimentation. La conservation des aliments et la consommation de certains types de produit sont les principales articulations de cette théorie. En effet, pour certains de nos interlocuteurs lorsque l'enfant mange un aliment laissé à la merci de tout, il attrape la diarrhée et par la suite le paludisme. Par rapport à la consommation des aliments, une grande mère de Sonkenié disait :

La cause du paludisme chez les enfants, nous on pense que c'est en grande partie due à la consommation de certains aliments. Avant, les sauces étaient essentiellement préparées à base de « sumbala », de « datu », du sel et du poisson. De nos jours, ces genres de sauces sont rarement utilisés. Aujourd'hui, il y a une multitude de variété de condiments que nous les grandes mères ne savons même pas souvent comment ces produits sont fabriqués.

Il s'agit par exemple des cubes maggis, les pattes de tomates, les poivres, les macaronis

Il a été dit aussi au cours de cette enquête que les moustiques peuvent aussi entraîner le paludisme chez l'enfant. Selon les partisans de cette idée, c'est la présence des eaux usées et de certains arbres comme les Nîmes favoriseraient la multiplication des moustiques. Cependant il faut noter que la majorité des personnes qui ont avancé cette idée ajoutent qu'ils ont reçu cette information par l'intermédiaire des agents de santé.

Les bambaras disent que si une femme enceinte se lave au crépuscule, l'enfant pourrait avoir le neuropaludisme

En effet, dans le milieu bambara le crépuscule est par excellence le moment où les mauvais esprits se promènent. Ces derniers sont hostiles aux femmes enceintes à cause de l'enfant qu'elles portent.

2. Les pratiques thérapeutiques.

En matière du traitement du paludisme chez les enfants, chacun a ses itinéraires thérapeutiques. Beaucoup de personnes utilisent aussi le « sician bulu ».

Pour traiter le paludisme de l'enfant, on utilise des produits pharmaceutiques

On utilise à la fois la médecine traditionnelle et la médecine moderne pour traiter le paludisme chez l'enfant.

Ces propos nous viennent respectivement d'un père de Sonkenié. Il trace d'une manière générale les principaux itinéraires thérapeutiques qu'utilisent les différents acteurs communautaires que nous avons rencontrés, par rapport à la prise en charge thérapeutique du paludisme chez l'enfant. Ainsi deux grands types d'itinéraires thérapeutiques se dégagent ici. Il s'agit de l'itinéraire thérapeutique particulier ou singulier et de celui composé ou juxtaposé.

3. Itinéraires thérapeutiques

a. L'itinéraire thérapeutique singulier.

S'il y a des problèmes de santé seulement, on l'amène au centre de santé.

En cas de paludisme chez l'enfant, on le traite d'abord par le biais de la médecine traditionnelle. Si cela ne lui guéri pas, on va après au centre de santé.

Il s'agit donc là de véritables modèles de type d'itinéraire thérapeutique singulier. Caractérisé par son aspect fidélité, il consiste pour les personnes en charge du traitement de l'enfant en cas de paludisme, de rester sur une seule méthode de traitement. Elles ne feront pas recours à d'autre traitement jusqu'à la guérison ou jusqu'à ce que les produits préadolescent utilisés montrent leur limite. Ce type d'itinéraire est généralement fonction de la croyance, des habitudes et de l'expérience de la personne en charge de la santé de l'enfant. Ces considérations se rapportent à l'efficacité de tel ou de tel recours et au renommé de tel ou de tel prestataire.

b. Itinéraire thérapeutique juxtaposé :

Pour traiter le paludisme chez nos enfants, nous utilisons à la fois les produits de la médecine traditionnelle que ceux de la médecine moderne.

Ces propos sont d'une mère paysanne de 28 ans à Sonkenié. Ils correspondent d'une façon générale au modèle de l'itinéraire thérapeutique juxtaposé. Complexe par sa nature, ce type d'itinéraire se caractérise par ce qu'on peut appeler le « syncrétisme thérapeutique » c'est à dire un mélange des traitements.

Toutefois il convient de signaler que ce dernier type d'itinéraire thérapeutique est beaucoup plus utilisé par les populations que le premier. En effet, cette situation se traduit par le fait que : d'une part en milieu bambara, l'utilisation de la médecine traditionnelle occupe une place de choix dans les coutumes et mœurs de la communauté ; d'autre part, le fait que les uns et les autres ne croient pas à l'efficacité des services prestés par les centres de santé. A ce sujet un chef de famille de 41 ans, paysan à Sonkenié affirmait :

Nous ne disons pas que les centres de santé ne sont pas compétents, mais ils ne peuvent pas traiter et guérir complètement certaines maladies. C'est le cas du neuropaludisme ou la base du traitement est traditionnelle.

D'ailleurs, c'est pour ces raisons que la grande majorité de nos enquêtés affirment avoir utilisé la médecine traditionnelle soit de

façon exclusive, soit en complément à d'autre traitement. Par contre, d'autres aussi (une petite partie de nos enquêtés) ne font pas confiance à cette médecine. Pour eux, les vrais connaisseurs de ce domaine sont rares aujourd'hui. Dans le cadre du traitement du paludisme chez l'enfant, les produits utilisés par le biais de la médecine traditionnelle sont généralement à base de plantes. Les principales plantes évoquées par nos interlocuteurs selon leur appellation locale sont les suivantes : cangara, sisan, jun, n'gaba, sumaya yirini, kosafiné.

Ces plantes sont préparées à partir des infusions dont les produits sont utilisés pour servir de boisson ou pour laver les enfants malades. On utilise souvent aussi ces plantes pour en faire la fumigation.

Il ressort de l'enquête que certaines personnes pratiquent également l'auto médication dans le traitement du paludisme infantile. Les produits utilisés dans ce cadre se composent essentiellement de la nivaquine, de l'aspirine de l'amoxicilline et du paracétamol.

4. Les problèmes relatifs à l'utilisation des services de santé :

- Problèmes financiers :

Anw ka sigida la wari ko ka gele sene finw te labolo ke janko ka fere ,a mana ke koko-coko an be ta ni denw ye dogotorsola kuma dow la fura tise kasan, fantanya barika kaboyan,ni be sabu san na baliya ye.

Thèse de médecine : Ladji Mohamed Diaby FMPOS 2008.

Dans notre localité le problème d'argent est très difficile, car les cultures ne suffisent pas à plus forte raison de vendre l'excédant, mais tout compte fait on amène l'enfant au centre de santé, et souvent on ne parvient même pas à acheter l'ordonnance. Tout ça à cause de la mauvaise pluviométrie.

Ces déclarations viennent d'une mère de 3 enfants à Sonkenié qui explique les obstacles de l'utilisation des services de santé à cause des moyens financiers.

-Autres problèmes :

La distance physique, le manque de moyens de déplacement et l'état défectueux des routes surtout en période hivernale constituent aussi des entraves à l'utilisation des services santé.

Les conflits politico-sociaux le choix du site de construction des CScom et la qualité des soins et de l'accueil sont des facteurs qui limitent l'utilisation des services de santé

5. Pouvoir décisionnel :

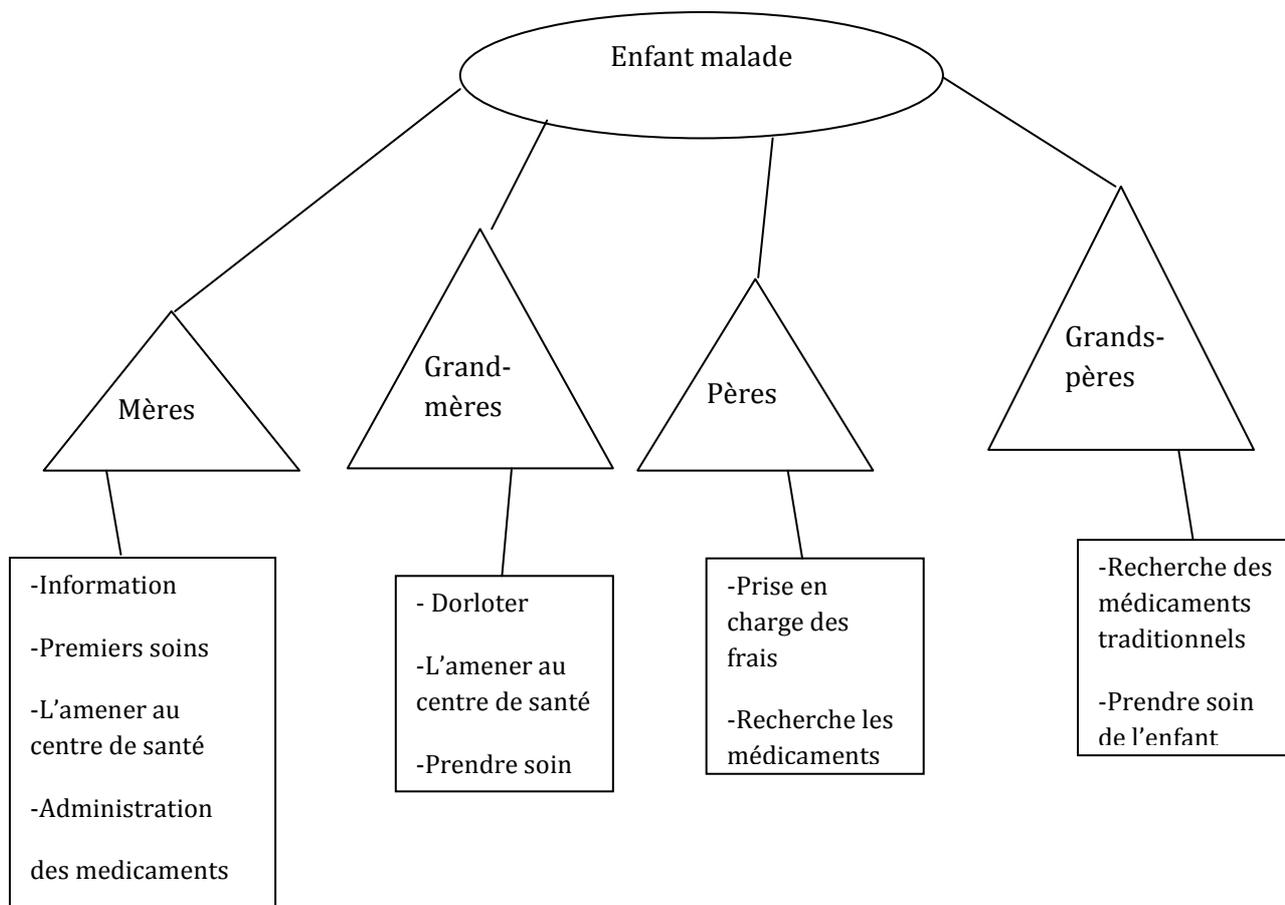


Schéma 3 : Rôles des différents acteurs dans la prise en charge de l'enfant.

Ce schéma montre qu'il y a quatre types d'acteurs principaux qui interviennent dans la prise en charge de l'enfant au niveau familial. Il s'agit des deux parents biologiques et des grands-parents, chacun avec ses rôles. Il nous a été dit aussi au cours de cette enquête que l'oncle de l'enfant ou encore une des belles sœurs collatérales¹ « kansinamuso » de la mère de

l'enfant, peuvent aussi souvent intervenir en amenant l'enfant au centre de santé mais sous l'ordre des parents ou grands parents.

a. Connaissances attitudes et pratiques comportementales reliés à la vaccination (*boloci* ou *tuguci*) chez les enfants.

- L'organisation pratique de la vaccination dans les services de santé :

D'abord il y a l'ASACO qui est le représentant de la population ensuite les agents de santé et les relais des différents villages.

Le rôle de l'ASACO et des relais se chevauche souvent. Avant la vaccination on passe l'information à l'antenne et les relais à leur tour font la sensibilisation de la population. Ils ont un calendrier de la vaccination, ils s'approprient en fonction du calendrier avec leur population respective. Les relais sont les représentants des vaccinateurs dans les villages. Le conseil de village aide aussi les relais dans leur travail. Après le travail, les relais ont toujours un cahier qu'ils remplissent et les difficultés rencontrées sont adressées à l'ASACO qui solutionne et informe la mairie et les autres partenaires.

Ce sont les propos du président du comité de gestion de l'ASACO de Sonkenié, montrent d'une façon générale les différents acteurs intervenant dans l'organisation de la vaccination. Ainsi à partir de nos différentes entrevues et observations, nous allons dans le tableau ci-dessous représenter ces différents acteurs et leur rôle.

Tableau XXXIV : Acteurs et leur rôle dans le processus vaccinal.

Niveaux	Acteurs	Rôles	Difficultés
Sanitaires	Agents de santé/ vaccinateurs	-Planification -Vaccination -Accueil -IEC	-Moyens de déplacement -Longue distance et inaccessibilité des routes -Manque de formation et de recyclage -Insuffisance des matériels
	Relais	-Sensibilisation/ information -Mobilisation -Vaccination	-Moyen de déplacement -Motivation -Manque de considération -Rupture des vaccins
	ASACO	-Aide financière et organisationnelle -Information -Gestion des revenus de la vaccination	-Difficulté de mobilisation -Difficultés financières
	Mères	-Amener l'enfant a à la vaccination	Manque d'information

Communautaires			<ul style="list-style-type: none"> -Travaux ménagers et champêtres -Voyage ou maladie -Distance physique, environnementale et temporelle -Méconnaissance et oubli des dates -Rupture des produits -Paresse
	Pères	<ul style="list-style-type: none"> Donner l'autorisation aux mères d'enfant -Assurer les frais 	<ul style="list-style-type: none"> -Manque de moyen financier -oublier de passer l'information
	Grandes mères	<ul style="list-style-type: none"> -Inciter et conseiller les mères à amener les enfants à la vaccination -Assistants -Amener les enfants 	<ul style="list-style-type: none"> -Incompréhension avec Les mères d'enfant
	Conseil de village/ Grands pères	<ul style="list-style-type: none"> -Inciter et conseiller les mères -Surveillance -Information -Sensibilisation -Accueil 	<ul style="list-style-type: none"> -Désintéressement

Le rôle de l'ASACO et des relais se confond souvent. Avant la

Dans ce tableau, il apparaît que des acteurs dans la vaccination des enfants au niveau sanitaires et communautaires sont multiples et variés. Cependant, le rôle

des parents biologiques de l'enfant est moindre par rapport aux autres acteurs. Il apparaît aussi dans ce tableau que les grandes personnes ont des rôles importants à jouer, presque à tous les niveaux de la vaccination.

b. Connaissances et mode d'acquisition de l'information sur la vaccination :

*Ni tuguci bê kê kunafoni bê fô dugutiki
de ye fôlô. O bê sôrô ka gnê fô gwatikiw
ye k'u ka lase denbaw ma.*

*Ni bolci bê kê, dôgôtôrôw mana na u bê kunafoni
bila ka na. Anw bê dunu gosi ko denbaw bêê ka
na dôgôtôrôso la.*

*Ni boloci bê kê dôgôtôrôw bê anw kunafoni, anw
fana be yala ka du tigi ni musow kunafoni.*

*S'il y a vaccination, les gents de santé nous
informent et nous nous promenons pour diffuser
l'information au sein des familles du village.*

Ces propos nous ont été respectivement déclarés par une paysanne, mère de 4 enfants à et un paysan de 42 ans et un relais communautaire. Ils représentent d'une manière générale les deux principaux systèmes de communication utilisés dans leur localité dans le cadre de la diffusion de l'information relatif à la vaccination. D'une part, il y a le système traditionnel de communication qui consiste à faire le tour du village et en donnant l'information sous les sons mobilisateurs et un crieur public avec du tam-tam. Il ressort de l'enquête

que cette méthode est généralement utilisée en cas d'urgence. Elle peut mobiliser en un temps record le maximum de personnes. D'autre part, c'est la communication de bouche à oreille. Dans ce cas, l'information est véhiculée de bouche à oreille de la source jusqu'au récepteur. Ce modèle de communication peut être représenté comme suite :

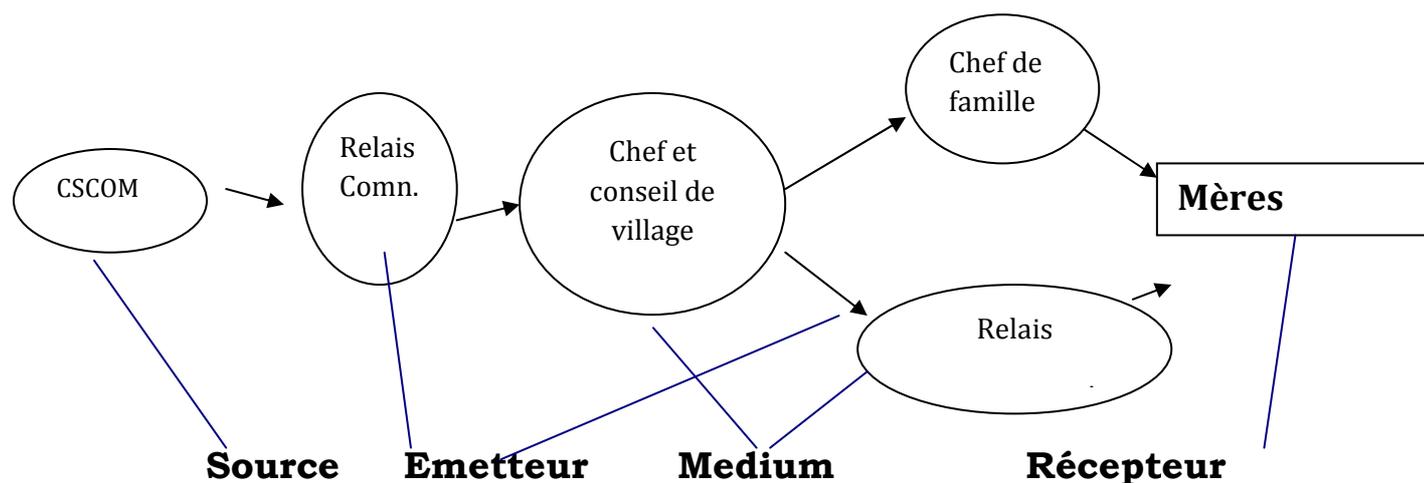


Schéma n° 5 relatifs à la chaîne de communication sur la vaccination :

c. Perceptions des différents acteurs communautaire sur la vaccination:

Pour moi, la vaccination maladies infantiles est une très bonne chose. Elle permet de prévenir beaucoup de coqueluche, comme la rougeole, la poliomyélite, la

Si l'enfant n'est pas tranquille ; car si ton vacciné nous même on enfant est malade c'est n'a pas l'esprit

comme si toi-même tu es malade.

*Nafa ba de be bolici la, anw yèrè akili te sigi,
bari a be bana caman bari ni den banana abe
kumbè nyôni, kanja kè e ba fô e yèrè de bana
bana, ni den bolo ma ci le don.*

Ces propos sont d'une mère paysanne de 20 ans résident à Sonkenié et d'une mère de 24 ans de Sonkenié. Ces genres d'idée sont largement rependus au niveau des différents acteurs communautaires que nous avons rencontrés lors de nos enquêtes, surtout chez les mères d'enfant.

Cette réalité nous paraît vraisemblable dans la mesure où nous avons constaté, durant nos enquêtes, que plus de la moitié des mères d'enfant ont correctement et régulièrement effectué leurs CPN et leurs enfants aussi ont leur carnet de vaccination à jour. C'est ce qui fait aussi, comme nous ont affirmé certaines mères d'enfants, que les femmes acceptent sans problème la vaccination. Dans le même ordre d'idée, un chef de famille de 37 ans à Sonkenié, paysan et père d'enfants déclarait :

*La vaccination est d'une grande utilité pour nous.
Vous savez que chez nous ici, on ne peut pas connaître
d'avance la maladie et la soigner. On attend toujours
d'abord jusqu'à ce qu'elle commence pour ensuite
réagir. Mais si on nous amène des médicaments qui
peuvent prévenir les maladies chez nos enfants*

comme chez les grandes personnes. Je ne sais pas comment nous on peut les refuser.

Nafa ba de be boloci la, bademisi ni bana ni makôrô bana tese ka bana kumbè, fo kumbè Anw ta don muna môgô be bana don ka sôrô ka furakè, banga jösi teseka môgô ban oma aw sera ka nani fura ye min be

Ces propos montrent qu'il existe aussi au niveau de la communauté une certaine idée faisant de la vaccination comme une action qui s'inscrit parfaitement aux besoins de santé des enfants et des adultes.

6. Mise en œuvre pratique du TPI-PEV dans les services de santé :

Ateliers et rencontres générales d'informations sur PEV+ SP entre différents acteurs ont principalement marqué les activités avant le démarrage des opérations de couplage de la SP au PEV+. Hormis ces activités, les autorités sanitaires du cercle de Koulikoro ont organisé, trois mois après le démarrage de la nouvelle stratégie, une cérémonie festive pour le lancement officiel du déploiement de l'initiative TPIi/PEV+. Aujourd'hui, partout où les activités de couplage sont en marche, les agents de santé et les relais communautaires assurent l'information, la sensibilisation et la mobilisation sociale de la communauté à travers l'information de bouche à oreille et les séances de causeries débats avant le démarrage des vaccinations de masse dans les centres de santé. On peut alors affirmer que les agents de santé et autres auxiliaires de la santé ont déjà adhéré cette initiative novatrice et salvatrice, à savoir l'administration de la SP intégrée au PEV+ auprès des enfants.

7. Connaissance et mode d'acquisition de l'information au niveau communautaire :

Awô, an y'a sôrô dôgôtôrôw de fê.

Oui nous avons appris l'information par l'intermédiaire des agents de santé.

An' taa len tuguci yôrô la, dôgôtôrôw y'a fô an ye ko sisan fura kura dô bêna fara denu ka boloci kan walasa ka u kisi sumaya ma.

Quand on est parti pour la vaccination, les agents de santé nous ont dit qu'il y a maintenant un nouveau produit maintenant à donner aux enfants pour les prévenir contre le paludisme.

Ces propos sont de deux mères d'enfant à Sonkenié et à Diabakebougou par rapport à la question : *Avez-vous entendu parler du TPI- paludisme et de son intégration dans le PEV+ ?*

Ces déclarations sont récurrentes chez la majorité des mères d'enfants enquêtées. Par ailleurs, nous avons constaté que la connaissance des mères se rapporte essentiellement aux avantages de cette nouvelle stratégie et aux effets indésirables qu'elle peut entraîner. Si la connaissance des mères (parce que relativement mieux informées) est assez bonne, en revanche celle des autres acteurs communautaires s'est révélée limitée. Les discussions et les contradictions ou confusions de vues au cours de nos entrevues avec ces derniers témoignent cette réalité. Cependant, l'information relative à l'implémentation de la SP

couplée au PEV est relayée de façon continue auprès des acteurs communautaire par les agents vaccinateurs (prestataires de soins). Nous avons également constaté au cours de nos enquêtes que l'information relative au déploiement du TPI/PEV+ a été bien reçue par certains acteurs villageois au travers des radios de proximité.

a- Perceptions et acceptabilité du TPI

- Au niveau communautaire :

<i>Ni fura wêrê sôrô la ka fara boloci kan, ni o ye sumaya fura ye o ye hakilina gnuma ba de ye. Bari ni ye môgô sôrô min bê demisêni sumaya</i>	<i>kun bê i ka kan ka o tigi barika da kôsêbê .père Sonkenié 30 ans. An ya gnini cokobe ka sumaya kunbe sabu bana kunbe o ka fusa na fura keli ye.</i>
--	--

Si il y a un autre produit associé de cette initiative. On a encore à la la vaccination ~~et~~ toujours cherché a prévenir le va prévenir le paludisme ~~et~~ paludisme car prévenir vaut enfants cela est une très ~~bonne~~ initiative, et on ne peut que se

Ces propos de certains acteurs communautaires par rapport à l'implémentation de la SP au PEV reflètent le point de vue des uns et des autres par rapport à cette nouvelle initiative. D'une manière générale, ils montrent que la population apprécie cette initiative

pour un certain nombre de raisons. La première raison majeure est liée à l'intérêt que la communauté accorde à la santé des enfants et à leur bien être. La seconde se rapporte à l'efficacité des soins prestés par les centres de santé et la vaccination en particulier.

- Au niveau prestataire :

*SP nalé fusa yar, a tun bari an ka sigida sôrô
bê di musokônômaw de ka dôgôn.ni sumaya
ma, sisan fana a bê di sera ka kumbê o ka gni
denmisêniw ma, kôsêbê. Relais
hakilina nyuman don, Sonkenié.*

Avant on donnait la SP aux femmes enceintes, maintenant on la donne aussi aux enfants. Si on parvient à prévenir le paludisme cela est une bonne chose car nos moyens sont limités ici. Avec la SP il y a peu de maladie maintenant.

Ces déclarations d'un relais de Sonkenié montrent que l'utilisation de la SP chez les prestataires n'est pas nouvelle. En outre, à travers le TPI chez la femme enceinte les uns et les autres ont acquis une certaine connaissance et familiarité vis-à-vis de ce produit. Il apparaît également ici que la prévention du paludisme, d'une manière générale pourrait être pour les uns et les autres, un moyen d'alléger les dépenses dans un environnement où les gens supportent difficilement les frais sanitaires.

De façon générale, les tendances de la population semblent être favorables pour une adhésion à cette nouvelle stratégie.

Aux yeux de la population, la prévention du paludisme chez les enfants par PEV + SP est une bonne chose à cause des conséquences néfastes que cette maladie à évoquer.

V. COMMENTAIRES et DISCUSSION :

Notre étude avait pour objectif d'évaluer et analyser les déterminants qui favorisent ou entravent la bonne mise en œuvre du TPIi implémenté au PEV et dégager les CAPs des populations sur les maladies infantiles en particulier le paludisme et sur la vaccination.

Cette étude a été réalisée dans l'aire de santé de Sonkenié dans le district sanitaire de Kolokani. Elle a permis d'analyser le degré d'acceptabilité du TPIi par la population concernée, le mode de prévention et surtout les moyens d'information sur le TPIi+ PEV.

Il s'agissait d'une observation transversale avec un recueil prospectif des données.

- **Limite de l'étude :**

Tout d'abord nous tenons à signaler que ce présent travail sur l'aire de Sonkenié n'a pas évalué toutes les données du district sanitaire de Kolokani.

- **Caractéristiques sociodémographiques :**

La tranche d'âge de 20 à 29 ans des mères d'enfants de moins de 2 ans était la plus représentée avec un taux de 48,7% comparativement à la même étude réalisée par Ousmane à Koulikoro qui avait trouvé 66,3% dans la même tranche d'âge.

Les mariées coépouses étaient majoritaires dans notre étude avec 55,1% contre 43,6% pour les mariées coépouses, contrairement à celle de Ousmane qui avait trouvé 84,9% pour les mariées épouse unique et 15,1% pour les mariées avec coépouses unique.

Les mères d'enfants à 97,40% étaient des ménagères paysannes dans notre étude et plus de 91,0% étaient analphabètes, ce taux était à peu près égale a ceux de Koulikoro avec Ousmane soit 98,8%. L'islam était la religion dominante avec un taux de 52, 6% contre 47,2% pour les traditionnels. Dans notre étude les enfants de 0 à 11 mois représentaient 25,6% et ceux de 11 à 23 mois étaient de 74,4% comparativement ceux à de Ousmane D qui avait trouvé respectivement 51,2% et 48,8%.

- **Représentations populaires des maladies infantiles-paludisme :**

Dans plus de 90% de notre guide d'entrevues le paludisme avait apparu comme la maladie infantile la plus fréquente. Dans notre étude la fièvre était comme le premier signe du paludisme avec un taux de 38,5% suivi du vomissement et la diarrhée respectivement 20,5% et 7,7% selon les mères d'enfant de moins de 2 ans et 25,6% ne connaissaient rien sur les signes évocateurs du paludisme, comparativement à l'étude d'Ousmane qui avait trouvé 86,0% pour la fièvre, 65,1% et 46,5% respectivement pour le vomissement et la diarrhée.

Dans le cadre de la prévention l'utilisation des moustiquaires imprégnées était la plus évoquée selon les enquêtés soit un taux de 19,2%.

Plus de la moitié des enquêtés pensaient que le paludisme était causé par le comportement (l'alimentation et le manque d'hygiène), avec respectivement 87% et 53%.

Les femmes à 61,5% avaient affirmé avoir connaître d'autres méthodes de traitement du paludisme outre que la médecine moderne.

En cas de paludisme l'automédication (tisane, comprimé) était la plus pratiquée avec 70,5% contre 25,6% des mères qui avaient opté pour le soin de leurs enfants au centre de santé, cette même conclusion a été trouvée par Kinffo IR et al en 2000 lors d'une étude dans la vallée de Dangbo au Sud-est du Bénin.

Par rapport au pouvoir décisionnel (d'amener l'enfant au centre de santé) les pères étaient plus représentés avec 71,8%, 5,1% pour les mères d'enfants et seulement 15,3% pour les grandes parents, ces taux étaient comparatifs avec ceux de Bonnet et al dans leurs études chez les mossis du Burkina Faso par rapport à la représentation culturelle du paludisme avec respectivement 61,4%, 30,6% et 8,0%, et ceux de Ousmane à Koulikoro.

- **L'utilisation des MI :**

Les ménages à 73,1% utilisaient les MI contre 26,9% qui ne l'utilisent pas dans notre étude.

Les mères soit 67,4% avaient affirmé que leurs enfants avaient dormis sous moustiquaire la nuit dernière et 86,7% de ces moustiquaires étaient imprégnées. Ces résultats étaient comparable avec ceux de Kankou dans son étude avec la même tranche d'âge par rapport à l'utilisation des MI soit 71,8% et contrairement à l'étude de Ousmane à Koulikoro qui avait trouvé seulement 52,9% des enfants qui dorment sous moustiquaire.

- **Connaissance sur la vaccination :**

Par rapport à la connaissance des mères sur les différentes maladies prioritaires aux quelles l'enfant doit être vacciné, 41,0% des mères l'ignoraient, par contre la poliomyélite la rougeole et la tuberculose étaient les plus évoqués avec un taux respectivement 32,1%, 35,9 % et 12,8%, comparativement aux résultats obtenus par Ousmane D qui avait trouvé 46,5% pour la poliomyélite, 36,5% pour la rougeole et 11,5% pour la tuberculose.

Dans notre étude 88,56% de ces enfants de moins de 2 ans ont été vaccinés contre seulement 11,5% des non vaccinés, ce taux se rapproche à celle de l'étude menée par Djenebou K dans le district de Bamako avec un taux de 84,8% pour les enfants vaccinés et 5,2% pour les non vaccinés.

- **Connaissance et mode d'acquisition de l'information sur le TPI :**

Au cours de notre étude 26% des mères d'enfants avaient affirmé entendu parler du TPI, ces résultats étaient contraire à ceux de Ousmane à Koulikoro qui avait trouvé 59, 3% des mères qui connaissent le TPI.

Et parmi ces mères d'enfants 25,4% d'entre elles connaissaient l'importance du TPI.

Par rapport aux modes d'acquisition de l'information, les causeries débats au centre de santé relevaient le taux le plus élevé avec 80,7% contre 19,3% pour celles qui avait appris à la radio.

Par rapport au lieu et à la disponibilité des comprimés de TPI, les mères d'enfants à 60,2% avait évoqué le centre de santé contre 39, 8% pour celles qui disaient à la pharmacie. Par ailleurs 17,0% des femmes pensaient que ces comprimés étaient disponibles à tout moment contre 58,4% des mères qui disaient que c'était seulement à la vaccination que c'est disponible.

Au cours de notre étude 12,82% des mères d'enfant avaient affirmé que le TPI devrait être administré 4 fois à l'enfant contre 74,38% qui ne le savaient pas.

Les mères d'enfant de moins de 2 ans à 24,4% avaient trouvé que le TPI était efficace, et 75,6% d'entre elles ne se prononçaient pas sur l'efficacité.

Au cours de notre enquête 24,35% des mères d'enfants avaient affirmé que leurs enfants avaient reçu le TPI au cours de la vaccination contre 75,65% qui n'avait pas reçu.

- **Etude de cas enfant de moins de cinq ans malades :**

Au cours de notre étude on a eu à faire une enquête auprès des mères ou les parents en charge de l'enfant sur la maladie récente de l'enfant dans les deux dernières semaines. A près une installation de 15 jours on avait recensé 46 enfants malades. La tranche d'âge de moins de 2 ans était la plus représentée avec un taux de 76,1% avec une égalité de sexe. Les mères d'enfants à 97,8% étaient les plus majoritaires à amener l'enfant au centre de santé. L'agriculture était la profession dominante chez les pères d'enfant soit 82,6%. Par rapport au type de maladie chez l'enfant, le paludisme+ autres maladies était le plus représenté soit 43,1% cela pouvait être expliqué par le fait que l'enquête s'est déroulé dans la période de transmission du paludisme c'est-à-dire vers le mois d'Aout et 1jour était le minimum de temps ou l'enfant a été malade.

Les mères à 79,4% connaissaient les signes simples du paludisme et 43,5% utilisaient les médicaments traditionnels, ces résultats se rapprochaient à ceux de Ousmane D qui avait trouvé 55,9% utilisaient les médicaments traditionnels. Pour la participation d'une réunion sur la santé dans le village, seulement 15,2% des mères avait affirmé avoir participé à une réunion sur la santé, en revanche 88,2%

n'avait pas participé à de réunion. Ousmane D avait trouvé à peu près les mêmes résultats à Koulikoro soit 11,8% des mères qui avaient participé. Le problème majeur le plus discuté au cours de ces réunions était le paludisme avec 57,1%. Les mères à 13% seulement connaissaient une caisse pharmaceutique dans leurs villages et 87,% n'avaient jamais acheté un médicament dans la caisse pharmaceutique.

VI. CONCLUSION:

De 2006 à 2007 nous avons mené dans l'aire de santé de Sonkenié une étude sur l'acceptabilité et la communication sur le TPIi des populations, c'est-à-dire les agents de santé, les leaders d'opinion, les grands parents, les chefs de ménage et surtout les mères d'enfants de moins de 2 ans en matière de prévention du paludisme dans le programme de TPIi implémenté au PEV.

Les résultats obtenus prouvent que dans la plus part du temps le paludisme reste un défi majeur à relever, car il a été évoqué dans plus de 90% de notre entretien de focus groupe comme la maladie la plus fréquente chez les enfants dans la communauté.

- la fièvre a été le signe le plus évoqué avec 38, 5%.
- Les mères d'enfant à 73,1% avaient évoqué l'utilisation des MI comme le mode de prévention le plus efficace.
- les mères d'enfants à 41,0% ne connaissaient rien sur les maladies prioritaires auxquelles l'enfant devrait être vacciné.
- les mères d'enfants à 74,0% ignoraient le TPIi contre 26,0% qui affirmaient avoir entendu parler du TPIi.
- Le taux le plus élevé par rapport au mode d'acquisition de l'information sur le TPIi a été relevé

par les causeries débats au centre de santé avec un taux de 80,7%.

- les mères à 58,4% disaient que c'est au cours de la vaccination que les comprimés de TPIi étaient disponibles.
- les mères à 12,82% avaient affirmé que le TPIi doit être administré 4 fois.
- les mères d'enfants de moins de 2 ans à 24,4% trouvaient que le TPIi était efficace et 24,35% avaient affirmé que leurs enfants avaient reçu le TPIi.

Ce travail démontre un impact positif du programme d'intervention qui mérite d'être développé dans l'ensemble du pays.

VII. RECOMMANDATIONS :

Pour rehausser la qualité et le niveau de la prévention contre le paludisme chez les enfants de moins de deux ans, nous avons formulé quelques recommandations compte tenu des insuffisances décelées.

1. A l' endroit des autorités nationales sanitaires et politiques :

- Renforcer les stratégies d'utilisation des services en matière de Prophylaxie du paludisme en particulier chez les enfants de moins de deux ans,
- Intensifier le suivi des activités à travers la supervision, le monitoring et l'évaluation périodique des activités de lutte contre le paludisme.
- Etendre le programme d'interventions utilisant le TPI aux autres cercles du Mali.
- Renforcer la collaboration entre les différents acteurs ;
- Dotation des structures sanitaires en matériels didactiques.
- Assurer l'accès et la disponibilité du TPI et des moustiquaires.
- Renforcer la lutte anti- vectorielle.
- La lutte contre la pauvreté.
- L'amélioration des conditions socioculturelles des femmes.

2. A l'endroit du personnel de santé :

- Donner le maximum d'information aux populations sur les méthodes de prévention du paludisme.
- Former et recycler le personnel de la santé,
- Augmenter le nombre de causeries sur les maladies infantiles en particulier le paludisme.

3. A l'endroit de la communauté:

- Renforcer l'IEC santé paludisme en direction de toutes les couches, tout en impliquant davantage les associations de santé communautaire, les organisations féminines, les privées et les ONG.
- Développer les programmes opérationnels novateurs et adaptés pour les changements de comportements.
- Utilisation large des MII.
- Lutte anti-vectorielle en drainant les eaux stagnantes et le désherbage.
- Fermer les portes et fenêtres dès le crépuscule; porter des vêtements longs.
- Permettre une plus grande et longue scolarisation des enfants en milieu rural ou précaire, en particulier des jeunes filles.
- Développer les conditions d'utilisation des services de santé en première intention: amener l'enfant au centre de santé dès l'apparition d'une fièvre, ou de toute autre modification de l'état de santé de l'enfant.

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1-OMS rapport mondial sur le paludisme 2005. 273p.

2-Programme national de lutte contre le paludisme, politique nationale de lutte contre le paludisme, deuxième révision, Bamako, Mali 2003, 38 pages.

3-Dicko et al:

Impact of intermittent preventive treatment with Sulfadoxine-Pyrimethamine targeting the transmission season on the incidence of clinical malaria in children of 6 month to 10 years in Kambila, Mali, 2005, 147p.

4-Marc-Adelard Tremblay:

La santé en tant que phénomène global une conception contemporaine de la santé mentale. Chapitre 2, 49-89 Mauntreu 2002,56p.

5- Rogers E:

Diffusion of innovation, Free Press, New York, 4em édition, 1995.

6- Keita D :

Evaluation de l'impact des IEC relatives aux journées nationales de vaccination le cas de la poliomyélite dans le district de Bamako, revue 1, Thèse méd, 2008, 88p.

7- Anonyme

8- UNICEF/ USAID/ PNUD 1999 :

Cellule de planification et de statistique. Evaluation conjointe externe du PEV. Enquête opérationnelle. Avril 1999-Tome2. p 203.

9- Coulibaly Youssouf :

Contribution à l'étude du PEV au Mali : analyse des premières évaluations réalisées par l'école Nationale de Médecine 1987-1989 thèse Méd. Bamako 1989. N 27, 91p.

10- SIS du CS Réf de Koulikoro dernière version 2006, de pages 17.

11- Diarra O :

Acceptabilité du traitement préventif intermittent infantile du paludisme chez l'enfant de moins de 2 ans, étude de cas de l'aire de santé de Monzombala. Revue 1, Thèse méd, 2008, 66p.

12- Drabo K M et al :

Représentation et pratique en matière de paludisme chez les personnes en charge des enfants de moins de 5 ans en milieu rural de la province de Houet. Revue, 2003 108p.

13- Kinffo IR :

Les mères d'enfants de moins de 5 ans et le paludisme dans la vallée de Dangbo au sud du Benin, Revue 1, 2004, 56p.

14- Bonnet, D. :

Les représentations culturelles du paludisme chez les Mossis du Burkina Faso revue anthrop, 2005, 45p.

15- Koné Amadou :

Collecte des données de base pour le suivi et l'évaluation des interventions de lutte contre le paludisme dans le district de BKO thèse Méd, 2005, 193p.

16- Nazier D. Cycle biologique du Plasmodium in paludisme, Université Franco UREF 1991. Présentation PNL / 2002.

17- Bryskier A., Labro M T., paludisme et médicaments. Arnette, Paris, Ed sept-1998 ; n°3742.

18- Inselburg J., Bzik D., Li W. B. P., falciparum: three amino acid changes in the dihydrofolate reductase of a pyrimethamine resistance mutant. Exp. Parasitol 1988; 67: 361-363.

19- Kariba dit Ousmane SAMAKE. Efficacité de la chimio prévention de la sulfadoxine pyriméthamine sur le paludisme chez les femmes enceintes dans le cercle de Baraoueli, revue 1,123 pages 2005 thèse méd.

Fiche signalétique

Prénoms et Nom : Ladjï Mohamed Diaby

Nationalité : Malienne

Ville de soutenance : Bamako

Année de soutenance : 2008

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie du Mali, Bamako

Titre de la thèse : Acceptabilité du traitement préventif intermittent lié au paludisme chez les enfants de moins de 2 ans : cas de l'aire de santé de Sonkenié (cercle de Kolokani Mali).

RÉSUMÉ SIGNALÉTIQUE

Introduction :

Au Mali, le paludisme est un problème majeur de santé publique. Les enfants de moins de 2 ans payent un lourd tribut à la maladie. Les perspectives de prévention par la vaccination étant encore loin d'être envisagées faute de vaccin efficace, le schéma de traitement préventif à une importance particulière et son impact sur la situation du paludisme mérite d'être évalué chez les enfants de moins de 2 ans. Dans le cadre de ses interventions au profit de « la survie de l'enfant » l'UNICEF a développé depuis 2006 une stratégie de prévention appelée le TPIi basé sur l'administration de la SP au cours de la vaccination pour la prévention du paludisme chez les enfants de moins de deux ans.

Objectifs :

Identifier et analyser les déterminants qui favorisent ou entravent la bonne mise œuvre du TPIi dans les communautés dans le cadre de la lutte contre le paludisme.

Matériels et Méthodes :

L'étude s'est déroulée simultanément dans la formation sanitaire et dans 5 villages choisis au hasard en fonction de la catégorisation retenue dont l'un situé à 0 km le deuxième entre 0-5 km, le troisième entre 5-10 km, le quatrième 10-15 km et le cinquième 15 km et plus. L'équipe était constituée de 4 enquêteurs (2 internes en médecine et 2 stagiaires chercheurs en anthropologie).

Les matériels : dictaphones, questionnaires enfants moins de cinq ans malades, questionnaires individuel femme et ménage et les guides d'entrevues.

Résultats:

L'enquête a concerné 78 mères d'enfants de moins de deux ans et 46 mères d'enfants moins de cinq ans malades dans la zone d'étude : aire de santé de Sonkenié. Les résultats montrent que le taux de paludisme est élevé dans la zone (38,5%). Les enfants de moins de deux ans qui ont reçu le TPI est de 46,15%. Les mères d'enfants qui avaient fait recourt a l'automédication aux comprimés est de 44,2%. Notre étude a aussi révélé une fréquence plus élevée de cas de fièvre pendant les enfants de moins de deux ans.

Malgré les efforts déployés, l'utilisation et l'observance de la prévention par le TPI (SP) pourraient être davantage développées dans la zone d'étude.

Conclusion :

Ce travail démontre un impact positif du traitement préventif intermittent du paludisme chez les enfants de moins de deux ans et mérite d'être développé dans l'ensemble du pays.

Mots Clés : Acceptabilité, Paludisme, enfants; Sonkenié, Kolokani, Mali, sulfadoxine-pyriméthamine, TPI.

SUMMARY

First name and Name: Ladjı Mohamed Diaby.

Nationality: Malian

City of oral examination for thesis: Bamako.

Year of oral examination for thesis: 2008.

Place of deposit: Library of the faculty of medicine, pharmacy and odonto-stomatologie of Mali, Bamako.

Title of the thesis: Acceptability of the intermittent preventive treatment bound to the malaria at the children of less than 2 years: case of the area of health of Sonkenié (circle of Kolokani Mali).

Sector of interest: public health (medical anthropology: malaria).

DESCRIPTIVE SUMMARY

Introduction:

To Mali, the malaria is a major problem of public health. The children of less than 2 years pay for a heavy tribute to the illness. The perspectives of prevention by the vaccination being again far from being considered efficient vaccine mistake, the preventive treatment diagram has a particular importance and his/her/its impact on the situation of the malaria deserves to be valued at the children of less than 2 years. In the setting of his/her/its interventions to the profit of the "child's survival the UNICEF developed since 2006 a named prevention strategy the TPIi based on the administration of the SP during the vaccination for the prevention of the malaria at the children of less than two years.

Objectives:

To identify and to analyze the determinants that encourages or hinders the good stake work of the TPI in the communities in the setting of struggle against the malaria.

Materials and Methods:

The survey is taken place simultaneously in the sanitary formation and in 5 chosen villages at random according to the retained categorization of which one situates to 0 km the second between 0-5 km, the third between 5-10 km, the fourth 10-15 km and the fifth 15 km and more. The team was constituted of 4 investigators (2 interns in medicine and 2 training researchers in anthropology).

The materials: Dictaphones, questionnaires children less than five sick years, questionnaires individual woman and household and the guides of interviews.

Results:

The investigation concerned 78 mothers of children of less than two years and 46 mothers of children less than five sick years in the zone of survey: area of health of Sonkenié. The results show that the rate of malaria is raised in the zone (38, 5%). The children of less than two years who received the TPI are of 46, 15%. The mothers of children who had made resort has the self-medication to the tablets is of 44, 2%. Our survey also revealed a frequency more raised of case of fever during the children of less than two years.

In spite of the expanded efforts, use and the observance of the prevention by the TPIi (SP) could be developed more in the zone of survey.

Conclusion:

This work demonstrates an impact positive of the intermittent preventive treatment of the malaria at the children of less than two years that deserves to be developed on the whole of the country.

Yirali seɓen

Togo ni jamu: laji mohamed jabi

Jamana : Mali

Bila yoro : kenɛya ni fura kalan soba o gafe mara yoro.

Nafa sira : jama ka keneya.

Baara togo : son nebila baara ka ta sumaya kunbe ni la den misenw minu te san fila bo sonkene keneya maara kono (Kolokani, MALI).

Suruqali:

Damine: Mali kono sumaya ye bana jugu ye san go den misenw fan fe minu te san fila bo. Kunben cogo ma soro sumaya la nafa boloci, n'ga ka furake li ke walasa ka sumaya kunben an y'o nafa ye janko den minu te san fila bo olu fan fe. O ukumu kono UNICEF ye baara do boloda na be fo o ma ko TPIi no ye ka SP di den minu te san fila bo boloci sen fe.

Min kan ka ka ke: Jate mine ka ke minu be TPIi bali ka sira soro ani minu ba to a be san soro kosebe.

Sorole: Jatemine ya yira ko sumaya ka can Sonkene 38, 5%, den minu ye TPIi soro o ye 46, 15%. Sange sule ani TPIi ka jidi kosebe ni yoro kono.

Kuma laban:

Ni baara ka ni, a ya jooda yira ola a ka kan ka jensen jamana fan tow kono.

Serment d'hippocrate

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure