



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté

de Pharmacie et d'Odontostomatologie

de Médecine



Année Universitaire 2007-2008

Thèse N° /___/

**Acceptabilité du traitement préventif intermittent du
Paludisme chez l'enfant de moins de 2 ans : cas de l'aire
de santé de Monzombala (cercle de Koulikoro, Mali)**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 17/05/2008
Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odontostomatologie
De l'Université de Bamako

Par M. Ousmane DIARRA

Pour obtenir le grade de
Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury:

Président :	Pr. Sounkalo N'DAO
Membre :	Dr. Seydou DOUMBIA
Codirecteur :	Dr. Fatou BERTHE
Directeur :	Dr. Samba DIOP

Dédicace

Au Tout Puissant

Ce travail est le vôtre, vous avez Guidé et Surveillé mes pas depuis que je n'avais aucune idée d'aller à l'école. Vous le saviez par votre grâce car vous avez déjà tracé le chemin que j'ai suivi.

A mon grand frère feu Ibrahima Sidiki Diarra

Si j'étais maître du temps j'aurais prolonger tes jours parmi nous mais devant la volonté et la puissance du bon Dieu je ne suis rien. Votre souci était de me voir terminer cette médecine que vous avez tant aimé. Sache que je ne vous oublierai jamais pour tout ce que vous avez pu faire pour moi. Ce travail est le votre.

Dors en paix grand frère.

A mon père Sidiki Diarra

Ta détermination, ton dévouement à faire de tes enfants des « hommes » n'ont pas été vains. Trouve en ce travail une ébauche à toutes tes aspirations. Tu t'es hardiment battu, tu es parti du néant pour me mettre dans toutes les conditions afin que je puisse être ce que je suis et ce que je dois être. La rigueur dans toute entreprise, la franchise, l'honnêteté, la bravoure et le respect de son prochain, telles sont les premières qualités que tu as toujours données à tes enfants. Ton courage et ta réussite sont un modèle pour moi. Je me fais un défi de te dépasser selon les désirs profonds d'un père, sinon d'atteindre ton niveau.

Les mots me manquent pour exprimer tout le bien que tu m'inspires. Tu n'as jamais failli à ton devoir de père à mon égard.

Ce travail est le tien papa. Que Dieu te Donne longue vie auprès de nous.

A ma mère Seinde Yattassaye

Que te dire, Maman ?

Ton sens élevé pour l'éducation de tes enfants et des enfants d'autrui, ta détermination pour notre réussite, ton attention pour mes amis que tu as toujours considérés comme tes propres enfants, font de toi, maman, une mère exemplaire. Je me souviens encore, tu ne dormais jamais quand je préparais mes examens, tu me surveillais jusqu'à la fin de la dernière épreuve. Tu partageais avec moi les moments très émotionnels d'attente des résultats. Tu étais même plus inquiète que moi. Je n'oublierais jamais ces moments. Tu as toujours veillé sur moi sur tous les plans. Maman, trouves en ce travail une réponse à tes efforts et sacrifices que consentis pour moi. Ce travail est le fruit de ton labeur. Maman, Dieu te le revaudra.

A mes deux mamans Sina Coulibaly et Maini Doumbia,

vous m'avez toujours témoigné l'affection. Votre chaleur maternelle ne m'a pas du tout manqué. Ce travail est le vôtre.

A ma tante Massiré Yattassaye

Ce n'est pas pour rien que j'ai donné ton prénom à ma première fille car tu es un modèle pour moi. Tu m'as entouré d'affection. Tu as toujours été à mes côtés dans les

moments les plus difficiles. Tu m'as soutenu concrètement dans toutes mes entreprises. Merci Tanti, ce travail est le tien.

A mon épouse

Je remercie le Tout Puissant, pour t'avoir choisie pour Moi.

Chérie, merci pour ton soutien indéfectible.

Merci pour la patience endurée quand des nuits entières, ensemble, nous répétions les leçons. A la veille de toutes les épreuves de fin d'année universitaire, je ressens encore la peur qui t'animait. Merci pour tous les encouragements, les conseils qui nous ont permis de voir ce jour.

Ce travail porte ta marque.

Que Dieu guide nos pas et bénisse notre Union et notre fille.

A ma fille chérie Massiré Ousmane Diarra

Dans l'innocence de l'âge et l'insouciance de bonheur, ton sourire m'a donné force et foi en l'avenir.

Notre vie d'étudiants, ta mère et moi, nous a souvent empêchés d'être avec toi.

L'affection que te portent tes grands-parents nous réjouit et nous reconforte.

A tous mes grands frères et grandes sœurs de la famille **DIARRA**

Gaoussou, Bakari dit Boss, Ablo (France), Ahmed Sekou dit président, Mahamadou dit morike, Tenè, Kamissa, Mamajolie, Aya, Fatou, Malado. Votre soutien ne m'a jamais fait défaut. Que nos liens fraternels se resserrent davantage. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A tous mes jeunes frères et soeurs de la famille **DIARRA**

Fily, Abdoulaye Kande dit Bah, Mahamet, Hamidou dit Dou, Baco, Boyba et lavielle. Votre respect pour le grand frère ne m'a jamais manqué. Je me rappelle encore de la peine qui vous envahit lors de ma maladie pendant trois mois. En ces moments, j'ai pu mesurer toute l'affection fraternelle que vous avez pour moi. Je vous souhaite succès dans vos projets et que Dieu vous Donne la force nécessaire de les réaliser.

A mes cousins et cousines

Votre respect et votre admiration pour moi m'ont toujours exhorté à plus de persévérance ; je vous souhaite plein de succès dans la vie.

A mes amis d'enfance

Tiemoko Sangaré, Daouda Coulibaly, Sekou Traoré, Modibo Daou, Modibo Doumbia. Compagnons fraternels de lutte, vous ne m'avez jamais abandonné lors des épreuves de la vie du lycée à ce jour. Ce travail est le vôtre.

A mon ami Bourama Kelly dit boury

J'ai encore en mémoire, le jour où tu m'as accueilli chez toi, partager ta petite chambre malgré la pression de votre

état major. Ce jour là, on nous a exclus de l'internat. Je te dis, merci, et bonne chance dans la vie.

A mon ami Ousmane Yattarra dit Happy

Tu es plus qu'un ami pour moi.

Ta présence à mes côtés, tes conseils m'ont été très utiles.

Merci pour tout.

A mes amies **Mariam Diallo dite Malo, Diahara Maiga, Fana Guindo**

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Que Dieu vous Récompense pour votre bonté. Ce travail est aussi le vôtre.

A tous mes **camarades** de la FMPOS.

A toute la **jeunesse de Koulikoro.**

Remerciements

A Ibrahima Diarra dit Baba et sa femme Moussoyouma Yattassaye

Merci pour votre soutien sans faille a mon égard durant toutes ces longues années. Ce travail est aussi le votre.

A tous mes collègues de l'unité « Anthropologie, écologie humaine et bioéthique » du DER de santé publique à la FMPOS

Ladji M Diaby, Yacouba Diallo, Bassirou Coulibaly, Alima traore, Bakari Kayantao, Mouhamed Socom, Marim Diallo, Hatoumata Sylla. Dès mes premières heures parmi vous, j'ai vu en vous sans flatterie aucune, des hommes intègres, pleins de bon sens. Chacun de vous à su donner le maximum de lui-même pour m'aider chaque fois que j'en avais besoin. Les mots me manquent pour vous remercier de votre disponibilité.

A mes amis de la FMPOS

Souleymane Dembele, Seriba sidibe dit Wass, Demba Coulibaly, Madjou Sacko, René Diarra, Mamadou T Kone, Bougou Goita, Mamadou Touré, Ibrahim Diarra, Bamodi Simaga, Moussa Traore dit GMT, Kalidou Mangara. Vous avez toujours soutenu avec enthousiasme quand j'avais besoin de vous. Vous m'avez gratifié de tant de respect que c'est ici le lieu de vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je vous souhaite bonne chance dans la vie.

A Dr Dolo Tidiane

Merci pour tout ce que tu fis pour moi lors de mes stages pendant les vacances au CSRéf de Koulikoro. Ce travail est le vôtre.

A Mamoutou Dramé gérant de la cabine BBC de la FMPOS

Merci pour tes soutiens sans faille durant tout mon cycle universitaire. Bonne chance dans la vie.

A toute la famille Yattassaye de kalaban, Lafiabougou et Bandiagara.

A tous mes beaux frères et belles sœurs

Je vous dis merci pour votre respect envers ma personne.

A mon ami Sekou Tapily au « Point G »

Ton soutien lors des dures épreuves, ton affection m'ont permis de renforcer la confiance en toi. Merci infiniment.

A Mr Coulibaly et sa femme Madiè Coulibaly au « Point G »

Merci pour la considération dont j'ai été l'objet durant tout mon séjour en location chez vous.

Au Dr Dombia Seydou

Merci pour tes conseils et encouragements. Puisse ton exemple m'éclairer.

A Mr Kanté et sa famille à Koulikoro

A tous mes promotionnaires de la FMPOS

A mes cadets de la FMPOS

A tous les internes du CSRéf de Koulikoro

A tous le personnel de santé de Koulikoro.

**A tous les membres de l'état major la RENNAISSANCE
de la FMPOS et aux autres états major.**

**A tous les chefs de poste médical du district sanitaire
de Koulikoro.**

A mes aînés

Dr Macki Traore, Dr Kodjo, Dr Soma, Dr Koné dit Papi.

**A tous les professeurs de la faculté de médecine de
pharmacie et d'odonto-stomatologie.**

Hommage aux membres du jury

**A notre maître et Codirectrice de thèse, Docteur Fatou
BERTHE,**

**Docteur en Médecine, Master en Population et Santé,
assistante de recherche au projet "Chantier Jeunes":
partenariat entre le Laboratoire de Démographie et
d'Etudes Familiales de l'Université de Genève et trois
institutions maliennes (la FMPOS, l'ISFRA et la DNP).**

Cher maître,

C'est un réel plaisir que vous nous faites, en acceptant de
siéger dans ce jury. En votre qualité de chercheur, le temps
vous est compté.

Acceptez ici, l'expression de mon profond respect.

**A notre maître et directeur de thèse, Docteur
Samba DIOP,**

**Spécialiste en anthropologie médicale, enseignant-
chercheur en Ecologie Humaine, Anthropologie et
Ethique Publique/Sociale à la Faculté de Médecine de
Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.**

**-Responsable de la section Sciences humaines, sociales
et éthique de SEREFO- Centre VIH-TB FMPOS et NAID.**

**-Membre du comité d'éthique de la faculté de
médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie.**

Cher maître,

Votre souci du travail bien fait, votre exigence du respect
de l'éthique médicale en matière de recherche, votre
rigueur scientifique mettent en évidence vos qualités de
chercheur professionnel doué de talents infinis.

Nous apprécions à sa juste valeur la disponibilité et
l'attention particulière dont vous avez fait preuve pour que
ce travail puisse être mené à bien.

Votre respect d'autrui, fait de vous un maître admirable et
respecté.

Puisse le Seigneur vous rendre vos bienfaits.

Soyez cher maître, assuré de ma profonde gratitude. Que
Dieu vous donne longue vie et plein de succès.

A notre maitre et juge

Docteur Seydou DOUMBIA

MD, PH.D en épidémiologie, spécialiste en santé publique,
coprincipal investigateur (épidémiologie) du projet
leishmaniose au Mali.

Honorable maitre

Le temps que nous avons eu à passer nous ont permis
d'apprécier vos qualités humaines et votre amour pour le
travail bien fait.

Vos suggestions ont été très importante pour l'amélioration
qualitative de ce travail, prière de recevoir ici cher maitre
l'expression de notre sincère reconnaissance.

A notre maitre et président du jury

Professeur Sounkalo Dao

Maître de conférences à la FMPOS

Responsable de l'enseignement des maladies infectieuses

Chercheur au programme SEREFO VIH-TB à la FMPOS

Cher maître :

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de
présider ce travail malgré vos multiples occupations.

Vos grandes qualités pédagogique et scientifique et votre
humeur constamment joviale font de vous un maitre
admirable.

Veillez accepter cher maitre l'expression de notre
reconnaissance et de notre profond respect.

Sommaire

SIGLES ET ABRÉVIATIONS	16
INTRODUCTION :	17
1. ENONCE DU PROBLEME:	17
2. DEFINITION DU SUJET DE RECHERCHE.....	18
II CADRE CONCEPTUEL.....	19
1. INTRODUCTION ET JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE	19
2. INNOVATION ET PROMOTION DU SYSTEME PREVENTIF	19
3. DEFINITION DE L'ACCEPTABILITE	20
4. RAPPELS SUR LA COMMUNICATION	21
4.1 <i>TPIi et communication</i> :	22
4.2 <i>La dynamique de communication de groupes</i>	22
5. DÉFINITION ET OBJECTIFS DU PEV :	23
5.1 <i>Définition</i> :	23
5.2 <i>Objectifs du PEV</i> :	23
6. DÉFINITION DU TPIi ANTIPALUDIQUE :	23
HYPOTHESES DE RECHERCHE.....	24
OBJECTIFS	24
1. OBJECTIF GENERAL	24
2. OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	24
IV. DEMARCHE METHODOLOGIQUE	25
1. CADRE DE L'ETUDE :	25
1.1 <i>Aperçu historique du cercle</i> :	25
1.2 <i>Superficie et limite</i>	25
1.3 <i>Données démographiques</i> :.....	25
1.4 <i>Carte sanitaire</i> :	25
1.5 <i>Description du site d'enquête Monzombala</i> :	26
1.6 <i>Présentation de la commune rurale</i> :	26
1.7. <i>Ressources humaines</i>	27
2. TYPE D'ETUDE ET DE COLLECTE DES DONNEES ;	29
2.1 <i>Type d'étude</i> :	29
2.2 <i>Collecte des données</i>	30
3. PERIODE D'ETUDE :	30
4. POPULATION D'ETUDE :	31
5. DEROULEMENT DE L'ETUDE ET METHODE D'ECHANTILLONNAGE	31
a- <i>Enquête au sein des formations sanitaires</i>	31
b- <i>Enquête au sein des communautés</i>	31
6. CRITERES D'INCLUSION ET DE NON INCLUSION :	32
6.1 <i>Critère d'inclusion</i>	32
6.2. <i>Critères de non inclusion</i>	32
7. ANALYSE DES DONNEES.....	32
8. ASPECTS ETHIQUES.....	32
V RESULTATS.....	33
1 ANALYSE QUANTITATIVE.....	33
1.1. <i>Etude sur la communication</i>	33
2 ANALYSE QUALITATIVE SUR L'ACCEPTABILITE ET SUR LA COMMUNICATION	46
3. ETUDE DE CAS SUR LES ENFANTS MALADES DE L'AIRE DE SANTE DE MONZOMBALA	62
VI COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	70

VII CONCLUSION	74
VIII RECOMMANDATIONS	75
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	77
ANNEXES	79

Sigles et abréviations

ASACO : Association de santé communautaire.

CAP : Connaissances, attitudes et pratiques comportementales

CIP : Communication interpersonnelle

CPN : Consultation prénatale.

CSREF : Centre de santé de référence

DEAP : Département d'épidémiologie et des affections parasitaires

FELASCOM : Fédération locale des associations de santé communautaire

FMPOS : Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

IEC : Information, éducation et communication,

MII : Moustiquaire imprégnée d'insecticides.

MRTC: Malaria Research and Training Center

OMS : Organisation mondiale de la santé

PEV: Programme élargi 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 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 (MRTC) 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.

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 telle l'initiative faire « reculer le paludisme ». Le Traitement préventif intermittent infantile (TPIi) du 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 Koulikoro, les dynamiques communautaires et institutionnelles liées à l'intégration du TPIi 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 lutte 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 TPIi, 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 de l'acceptabilité du TPIi intégré 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 les agents sanitaires pour une viabilité de l'initiative du TPIi.

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'intervention et les formes de collaboration 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 celles qui existent 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 les 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 d'avantage 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 « 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.

Elle inclut le langage articulé, les modes de comportements individuels et collectifs ». 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 TPLi et communication :

La communication est une aventure ; c'est un défi lancé aux partenaires. Communiquer dans le cadre du TPLi 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 TPLi ? 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 antipaludique :

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.

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 adhésion 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.

Objectifs

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.

2. Objectifs spécifiques

-Déterminer les connaissances et les attitudes des acteurs villageois et communautaires 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.

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

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

IV. Démarche méthodologique

1. Cadre de l'étude :

Notre étude s'est déroulée au sein de l'aire de santé de Monzombala dans la commune rurale de Sirakorola dans le cercle de Koulikoro.

1.1 Aperçu historique du cercle :

Deux versions de création opposent les chroniqueurs de la ville de Koulikoro retient. La première version indique que le village fut créé vers 1800 par un chasseur venu de Ségou, Dioba DIARRA. La deuxième version, Koulikoro serait plutôt créée par son jeune frère également chasseur du nom de Télémé DIARRA. Il aurait quitté Kayo pour s'installer au flanc de la colline d'où le nom de (Koulikoro). Ce qu'il faut retenir c'est que Dioba était l'ainé, donc le premier chef reconnu du village et le fondateur. En 1850, les familles Singaré et Fofana arrivèrent du Kaarta sous la pression d'El Hadj Oumar Tall et vinrent s'installer en paisibles cultivateurs, pasteurs et pêcheurs auprès des Bambara fondateurs.

1.2 Superficie et limite

Le cercle de Koulikoro avec une superficie de 7 260 km² est situé au bord du fleuve Niger. Il est limite au nord par le cercle de Banamba ; au nord-ouest par le cercle de Kolokani ; à l'ouest par le cercle de Kati ; au nord-est par les cercles de Baraouéli et Ségou et au sud par le cercle de Dioïla.

1.3 Données démographiques:

Le cercle de Koulikoro compte 175 236 habitants (DNSI actualisée en 2006). La population rurale représente 83% de la population.

1.4 Carte sanitaire :

La couverture socio sanitaire du cercle de Koulikoro est assurée par le centre de santé de référence et par 14 centres de santé communautaires. L'évaluation interne du système dans les différents CSCOM est assurée par une équipe composée des membres de la FELASCOM, du CSREF et avec la participation de l'autorité administrative du cercle. Elle se fait à partir des listes d'informations établies par la FELASCOM, récoltées lors

des missions de sensibilisation sur les principes adoptés pour le paiement des cotisations.

1.5 Description du site d'enquête Monzombala :

C'est l'une des aires de santé du cercle de Koulikoro avec une population de 9 169 habitants soit 5% de la population du cercle de Koulikoro. Elle est composée de 21 villages dont le plus proche est à 4 km (M'Piebougou) et le plus éloigné à environ 18 km (Fougalembougou). Les enfants de 0 à 59 mois représentent 22% de la population totale.

1.6 Présentation de la commune rurale :

Créée le 20 août 1994, l'aire de santé de Monzombala dans la commune rurale de Sirakorola est le premier CSCOM du cercle de Koulikoro. Elle est limitée au nord par l'aire de santé de Chôla et le Cercle de Kolokani ; à l'est par l'aire de santé de Tougouni ; à l'ouest par l'aire de santé de Sirakorola et au sud par l'aire de santé de Sinzani.

1.7. Ressources humaines

Personnel sanitaire

	Nombre	Tâches Principales
Chef de poste médical (CPM)	1	<ul style="list-style-type: none">• Absence de CPM durant 6 mois
Matrone	1	<ul style="list-style-type: none">• Soins prénataux• Soins à l'accouchement• Soins postnataux• Vaccination (C.F)• Vente tickets• Vente médicaments essentiels• Entretien matériel et locaux (ASACO)
Agent vaccinateur	1	<ul style="list-style-type: none">• Chargé de la vaccination (en centre fixe et en stratégie avancé)• Pansement, injection, etc...

ASACO dont le but est :

- Veiller à l'amélioration de l'état de santé des populations des villages concernés ;
- Suivre l'exécution des activités du centre ;
- Susciter la participation active et responsable des populations ;
- Approuver les dépenses ;
- Proposer toutes les mesures susceptibles d'améliorer la qualité des prestations et la bonne gestion des ressources.

Composition des organes

- Assemblée générale : Instance suprême, composée de 2 délégués par village adhérent, se réunit 2 fois par an ou en assemblée extraordinaire.
- Conseil de gestion : se réunit 1 fois par trimestre, il est composé d'un président, de 2 trésoriers et des autres membres.
- Comité de gestion : composé du président du conseil, du trésorier général du conseil, d'un commissaire au compte, du chef du centre, etc.

Performances

- Réunion périodique avec l'ASACO
- Ventes de médicament essentiel au CSCOM
- RAC pour les appels d'urgence (référence / évacuation)
- Supervision périodique et collecte des données dans les maternités rurales de l'aire

Résultats des activités

- Population de 0-5 Km : 3 921 hts soit 43 % de la population de l'aire de santé ;
- Population de 0-15 Km : 5 248 hts soit 57 % de la population de l'aire de santé ;
- Population à plus de 15 Km : 3 050 hts soit 33 % de la population de l'aire de santé ;
- Population des villages les plus proches du centre : (2 356 hts), Monzombala, Guagnèbougou, M'Pièbougou, M'Piabougou, Kalé.
- Population des villages les plus éloignés du centre : (1 546) Kalébougou, Fougaléssoba, Wolokoro, Fougalembougou de 18 Km à 20 km **[10]**.

ACTIVITÉS:

Activités	Taux
CPN	53 %
Accouchements assistés	42%
Post natale	0 %
Vaccination : - VAR - DTC3+P3	

NB: Aucun foyer d'épidémie n'a été détecté au cours de l'année. Les stratégies mobiles en 2006 ont concernés 4 passages.

Autres indicateurs : depuis 2006, 32 villages sont sous traitement communautaire (ivermectine) de l'onchocercose.

Contraintes : Insuffisance d'utilisation des services et pouvoir d'achat faible des populations.

Perspectives : Développement du prépaiement de la référence

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

2.1 Type d'étude :

Il s'agit d'une enquête descriptive et transversale qui a concerné 5 villages de l'aire de santé de Monzombala. 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.

- deuxième passage : concerne l'analyse des programmes d'informations et des communications 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 recueillis à l'aide d'un lecteur-enregistreur et de questionnaires individuels (femmes et chefs de ménages) 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. Il s'agissait :

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

Les entretiens étaient 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 porté 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.

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 le premier 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).

a- Enquête au sein des formations sanitaires

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

b- 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'opinion, les mères ou les parents en charge de l'enfant, les grands parents.

Au total 4 focus et 2 guides d'entretien individuel ont été réalisés dans chaque village où les entrevues se sont déroulées en bamanankan. 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. Arrivé 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'entretien ont été réalisés à l'aide de lecteurs-enregistreurs auprès des acteurs tels les mères ou personnes en charge des enfants de moins de 2 ans ; les relais communautaires les leaders d'opinion 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
- n'ayant pas accepté de participer à l'étude.

7. Analyse des données

Pour l'analyse qualitative les données ont été transcrites en bamanankan puis traduites en français sur Word 2003. 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.

Avantage de l'étude :

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

Insuffisances de l'étude :

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

v Résultats

1 Analyse quantitative

1.1. Etude sur la communication

Tableau I: Caractéristiques sociodémographique

caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Village		
Dlana	20	23,3
M'piebougou	11	23,3
Konika	19	22,0
Fougalembougou	20	12,8
Monzombala	16	18,6
N total	86	100.0
Age		
10-19	7	8,1
20-29	57	66,3
30-39	20	23,3
40-49	2	2,3
N total	86	100.0
Profession		
Paysanne	85	98.8
Travail dans le secteur public	1	1.2
N total du groupe considéré	86	100.0
Religion		
Chrétien	1	1,2
Musulman	60	69,8
Traditionnel	24	27,9
N total du groupe considéré	86	100.0
Niveau d'instruction		
Analphabète	76	89.4
Primaire	6	6.6
Coranique	4	4.0
N total du groupe considéré	86	100.0
Possède charrette		
Oui	70.9	
Non	29.1	
N total	86	
Possède Moto		
Oui	11.6	
Non	88.4	

Les enquêtés ont concerné 86 ménages soit une moyenne de 17 ménages par village. La tranche d'âge de 20-29 ans était la plus représentée soit 66,3 %. 89,4 % étaient des analphabètes.

Tableau II : Répartition des femmes en fonction de leurs professions.

Profession	Effectif	Pourcentage
Paysanne	85	98.8
Secteur public	1	1.2
<i>Total</i>	86	100.0

98,8% des femmes sont des paysannes.

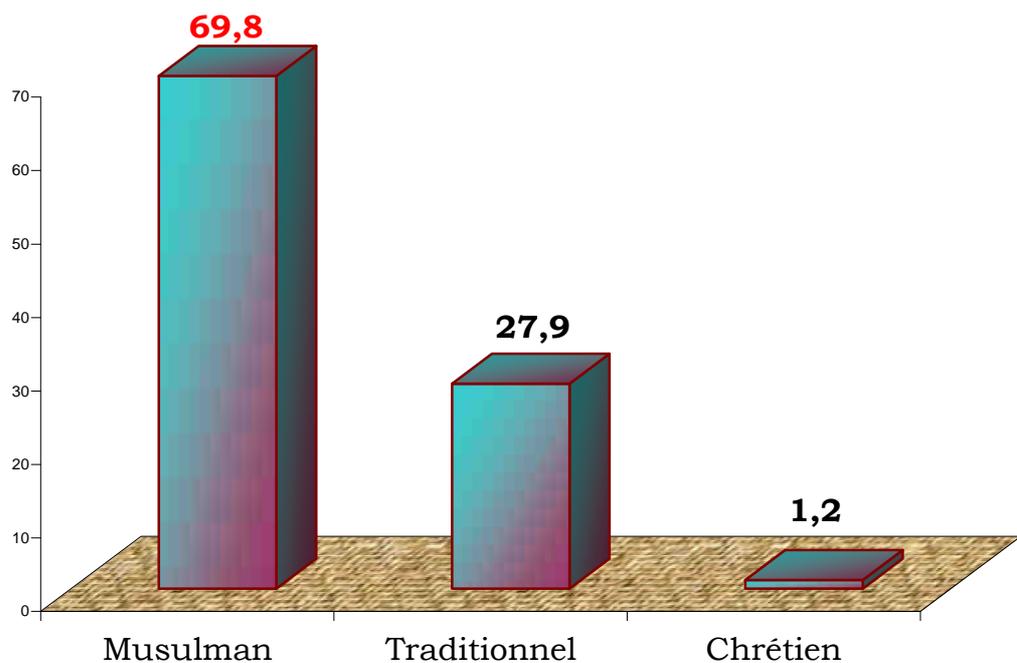


Figure 1 : Répartition des femmes selon leurs religions.

A 69,8%, les femmes se sont déclarées être de confession musulmane contre 27,9% pour les religions séculaires.

Tableau III : Répartition selon la qualité des concessions des ménages

Principal matériau de construction du mur	Effectif	Pourcentage
Terre	85	98,8
Ciment	1	1,2
Total	86	100,0

Les concessions sont à 98,8% en banco (terre)

Tableau IV : Répartition selon la qualité des toits de la concession des ménages

Principal matériau du toit	Effectif	Pourcentage
Terre et bois	78	90,7
Dalles	1	1,2
Planches de bois	6	7,0
Tôles ondulées	1	1,2
Total	86	100,0

Les toits des maisons sont à 90,7% en terre et en bois.

Tableau V : Répartition des ménages en fonction de leur consommation en eau.

Eau de consommation	Effectif	Pourcentage
Fontaine publique	3	3,5
Puits protégé ou à buse	7	8,1
Forage équipé de pompe à eau manuelle	76	88,4
Total	86	100,0

Les ménages à 88,4% consomment l'eau du forage équipé de pompe à eau manuelle et 3,5% à la fontaine publique.

Tableau VI : Répartition des ménages en fonction de leur moyen de déplacement

Moyen de déplacement	Effectif		Total	%
	OUI	NON		
Bicyclette	79	7	86	91.9 contre 8.1
Motocyclette	10	76	86	11.6 contre 88.4
Voiture	0	86	86	100.0
Pirogue	1	85	86	1.2 contre 98.8
Charrette	61	25	86	70.9 contre 29.1

La bicyclette et la charrette constituent les moyens de déplacement les plus utilisés avec respectivement 91,9% et 70,9%.

Tableau VII : Répartition en fonction de la possession de ces moyens d'information et d'éducation

Moyens d'information et d'éducation	Effectif		Total	%
	Oui	Non		
Electricité	1	85	86	1.2 contre 98.8
Radio	62	24	86	72.1 contre 27.9
Télévision	3	83	86	3.5 contre 96.5
<i>Téléphone</i>	5	81	86	5.8 contre 94.2

La radio est la plus représentée avec 72,1%.

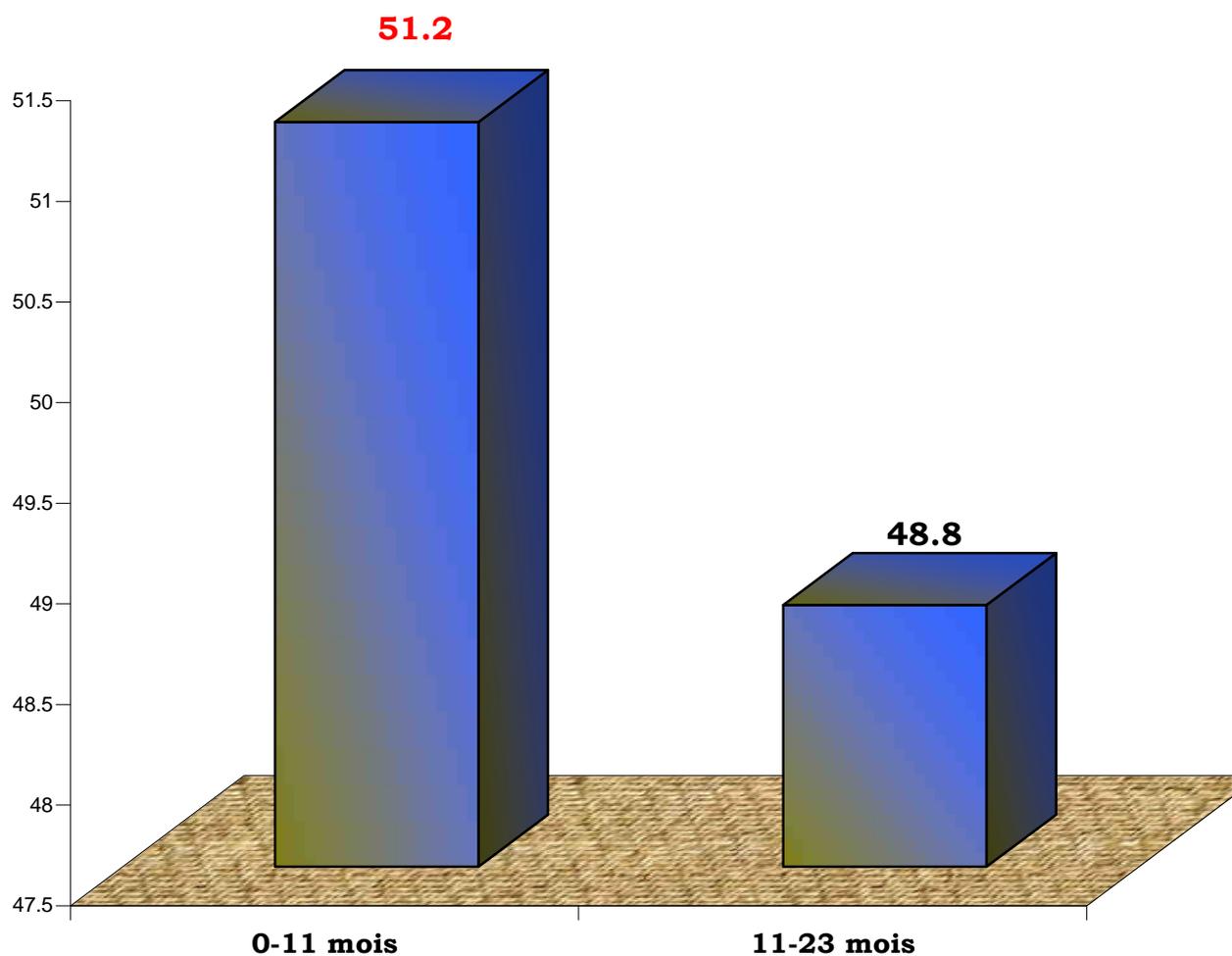


Figure 2 : Répartition des enfants selon les tranches d'âge

La tranche d'âge de 0-11 mois est plus représentée avec 51,2% contre 48,8% pour les enfants de 11-23 mois.

Tableau VIII : Répartition des enfants de moins de 2 ans vaccinés

Est-ce que les enfants de 0-23 mois ont été vaccinés	Effectif	Pourcentage
Oui	77	89,6
Non	9	9,4
Total	86	100,0

Les enfants de moins de 2 ans sont vaccinés à 89,6% contre 9,4% non vaccinés.

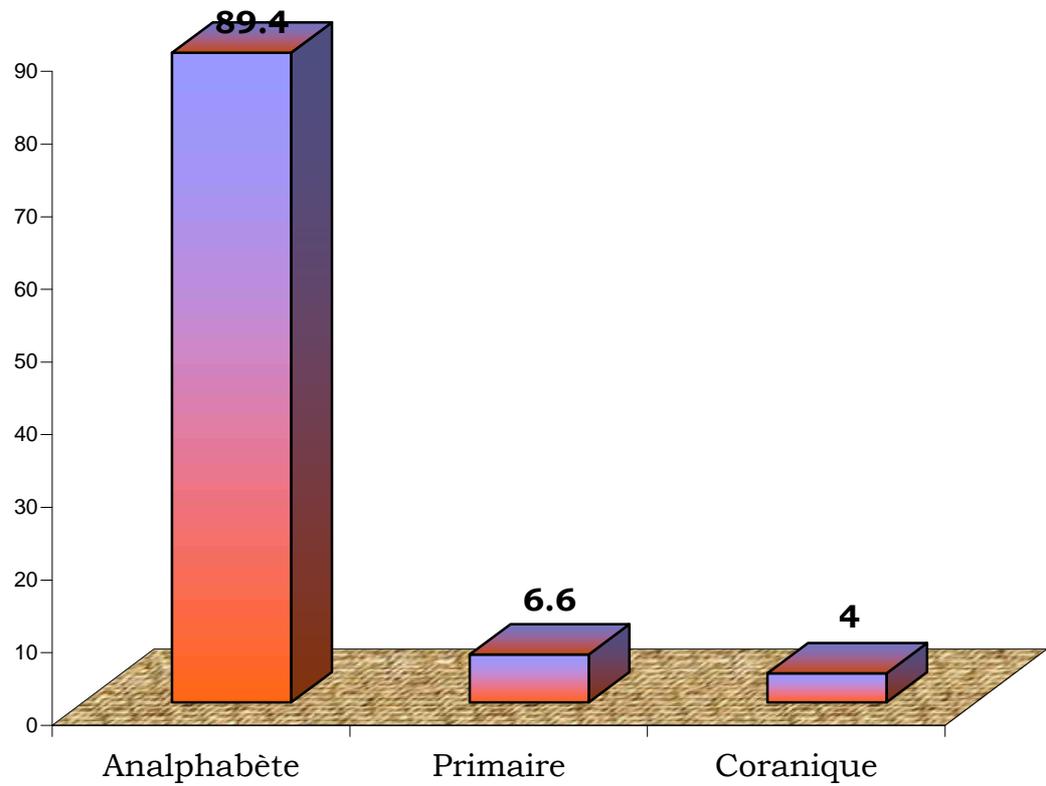


Figure 3 : Répartition des femmes en fonction de leurs niveaux d'instruction

89,4% des femmes sont analphabètes contre 6,6% qui ont un niveau primaire.

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

Maladies prioritaires	Effectif		Total	%
	Oui	Non		
Poliomyélite	40	46	86	46.5 contre 53.5
Diphtérie	4	82	86	4.7 contre 95.3
Coqueluche	9	77	86	10.5 contre 89.5
Méningite	24	62	86	27.9 contre 72.1
Tuberculose	10	76	86	11.5 contre 88.5
Fièvre jaune	16	70	86	18.6 contre 81.4
Hépatite	4	82	86	4.7 contre 95.3
Rougeole	31	55	86	36.0 contre 64.0
Tétanos	1	85	86	1.2 contre 98.8
<i>NSP</i>	34	52	86	39.5 contre 60.5

Les maladies-cibles du PEV sont peu connues par nos enquêtées car 35,5% d'entre elles affirment ne pas connaître ces maladies. La poliomyélite et la rougeole sont plus connues avec respectivement 46,7% et 36,0% contre 10,5% et 4,7% pour la coqueluche et la diphtérie.

Tableau X : Répartition des femmes selon leurs connaissances sur les signes du paludisme dans leur communauté.

Signes	Effectif		total	%
	oui	non		
Fièvre	74	12	86	86.0 contre 14.0
Grelottement/frisson	14	72	86	16.3 contre 83.7
Céphale	6	80	86	7.0 contre 93.0
Vomissement	56	30	86	65.1 contre 34.9
Apathie	2	84	86	2.3 contre 97.7
Diarrhée	40	46	86	46.5 contre 53.5
Refus de manger	28	46	86	32.6 contre 67.4
<i>NSP</i>	1	85	86	1.2 contre 98.8

La fièvre apparaît ici comme le signe le plus connu avec 86,0%, contre 65,1% et 46,5% respectivement pour le vomissement et la diarrhée

Tableau XI: Répartition des ménages en fonction de leur réaction face au paludisme.

Réaction face au paludisme	Effectif	Pourcentage
Amener l'enfant au centre de santé	32	37,2
Auto médication (comprime)	13	15,1
Auto médication (tisane)	41	47,7
Total	86	100,0

L'automédication était la plus importante des itinéraires thérapeutiques soit avec 47,7%, contre 37,2% pour les soins infantiles au centre de santé.

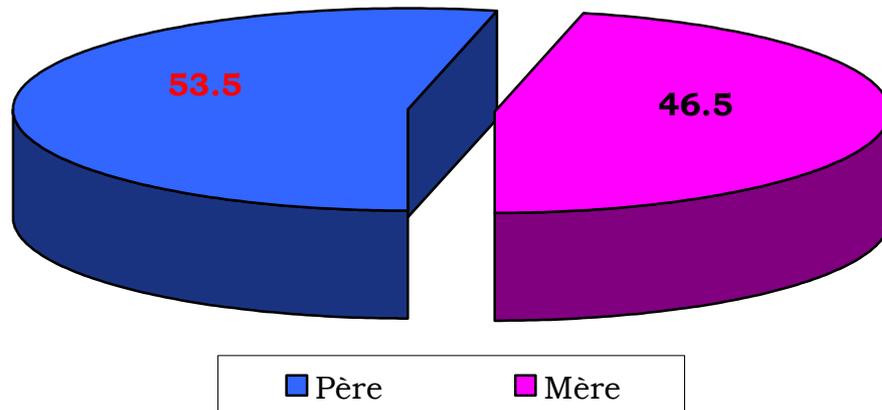


Figure 4 : Répartition selon le pouvoir décisionnel pour la vaccination de l'enfant.

Tableau XII : Répartition des femmes selon l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides.

MII	Effectif	Pourcentage
OUI	72	83,7
NON	14	16,3
Total	86	100,0

L'utilisation des MII chez les femmes est à 83,7%.

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

Mode de prevention	Effectif		Total	Pourcentage
	Oui	No		
Dormir sous moustiquaire imprégnée	52	34	86	60.5 contre 39.5
Utiliser les insecticides	1	85	86	1.2 contre 98.8
Prendre les médicaments	14	72	86	16.3 contre 83.7
<i>NSP</i>	22	64	86	25.6 contre 74.4

L'utilisation des moustiquaires imprégnées était la plus représentée avec un taux de 60,5%, et 25,6% de no femmes ne connaissaient rien sur la prévention du paludisme.

Tableau XIV : Répartition des femmes selon leur connaissance sur le TPI.

Avez-vous jamais entendu parler du TPI ?	Effectif	Pourcentage
Oui	53	59,3
Non	33	40,7
Total	86	100,0

Les femmes à 59.3% affirment avoir entendu parler du TPI.

Tableau XV : Répartition des femmes selon leur connaissance sur l'importance du TPI

L'importance du TPI	Effectif	Pourcentage
Oui	34	64,2
Non	19	35,8
Total	53	100,0

Les femmes à 64.2% ont déclaré connaître l'importance du TPI.

Tableau XVI : Répartition selon le lieu des comprimés de TPI selon les femmes.

Lieu	Effectif	Pourcentage
Centre de santé	42	79,2
Pharmacie	11	20,8
Total	53	100,0

Le centre de santé est le plus représenté avec 79,2% selon les femmes.

Tableau XVII : Répartition des femmes selon leurs connaissances sur la disponibilité des comprimés de TPI.

Moment	Effectif	Pourcentage
Lors de la vaccination	37	69,8
A tout moment	16	30,2
Total	53	100,0

Les comprimés de TPI sont disponibles lors de la vaccination selon 69,8% des femmes.

Tableau XVIII : Répartition des femmes selon leurs connaissances sur la dose de comprimés de TPIi à administrer.

Dose administrée	Effectif	Pourcentage
Deux fois	17	32,1
trois fois	11	20,8
NSP	25	47,2
Total	53	100,0

Les femmes à 47,2% ne connaissent pas la dose de TPIi à administrer, contre 32,1% qui trouvent que c'est deux fois.

Tableau XIX: Répartition des femmes selon leurs perceptions sur l'efficacité du TPIi.

Efficacité	Effectif	Pourcentage
Oui	51	96,2
Non	2	3,8
Total	53	100,0

Les femmes à 96,2% trouvent que le TPIi est efficace.

Tableau XX : Répartitions selon le moyen d'information sur le TPIi

Moyen d'information	Effectif		Total	Pourcentage
	oui	no		
Télévision	2	51	53	3.8 contre 96.2
Causerie au centre de santé	47	6	53	88.7 contre 11.3

Les causeries débat au centre de santé étaient le moyen d'information la plus connue soit 88.7%

Tableau XXI: Répartition des enfants en fonction de leurs recevabilités du TPI.

Reçu	Effectif	Pourcentage
Oui	63	73,3
Non	23	26,7
Total	86	100,0

Les enfants à 73,3% ont reçu le TPI contre 26,7% qui n'ont pas reçu leur dose de TPI.

2 Analyse qualitative sur l'acceptabilité et sur la communication

Les catégories de données recueillies dans notre étude concernent les représentations sociales liées aux maladies infantiles, en particulier le paludisme. Elles concernent d'une part, les systèmes de valeurs des acteurs villageois relatives à la prise en charge sociale et sanitaire du petit enfant et, d'autre part, les systèmes de prévention des maladies infantiles telles le paludisme avec un accent particulier sur l'initiative d'intégrer la SP au PEV+.

I. Connaissances et représentations populaires des maladies infantiles et du paludisme

1. Les maladies infantiles :

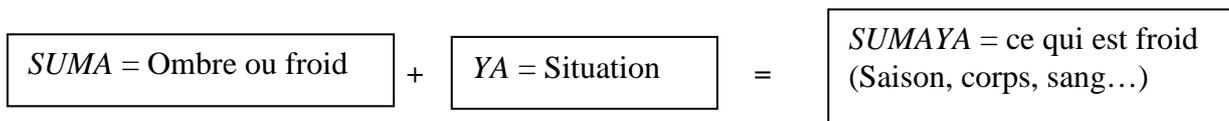
Il apparaît chez nos différents interlocuteurs que le répertoire des maladies infantiles est très diversifié en attestent leur richesse nosologique.

Tableau XXII: Principaux problèmes de santé et les différentes appellations vernaculaires.

Problèmes de santé	Noms vernaculaires
Paludisme	Sumaya
Toux	Sôkôsôkô
Maladies diarrhéiques	Kônôboli= kônôkari
Vomissements	Fônô
Neuro paludisme	Kônô = nyaman
Rétention d'urine	Sugunêkêbaliyabana
Pertes blanches	Nêminampo
<i>Bilharziose</i>	Sugunêbilenni

Il apparaît ici que les problèmes de santé des enfants sont assez importants et le paludisme en est le plus urgent à résoudre de plus, son système référentiel *sumaya* (en bamanankan ou mandenka) dépasse le registre des épisodes fébriles palustres pour se situer à la frontière du normal et du pathologique. Et *sumaya* ne signifierait pas toujours un épisode morbide parce qu'inhérent à la notion qualitative du vivant.

Schéma 5: le paludisme dans le langage de nos enquêtés (le bambara est la langue la plus couramment parlée) :



2. Systèmes de signes populaires du paludisme chez l'enfant dans notre population d'étude:

Su mana ko, den fari be kalaya kôsêbê. A fari mana kalaya, tumadôw la, a bê fônô, a kônô bê boli. Ni y'o ye dôrôn, o ye sumaya de ye.

I b'a dôn a gnêkisê de la. A gnêkisê bê kê nêrêmu ku ye. A bê sunôgô kôsêbê.

Tumadôwla, demisênw ka banani gni bê don a la fana.

Le corps de l'enfant devient chaud et il perd ses habitudes, il vomit, la couleur de ses yeux devient aussi jaune.

Voici les déclarations qui sont récurrentes chez les enquêtés lorsque nous leur demandons 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), naturel (période climatique) et comportemental (habitudes de dormition, alimentaires, ludiques, ect.). Notons à ce niveau que c'est surtout la fièvre et le vomissement qui apparaissent comme les signes les plus déterminants du sumaya maladie (paludisme) chez l'enfant selon les personnes en charge de la santé de l'enfant. Le schéma ci-dessous montre les principaux signes du paludisme chez l'enfant évoqués par nos interlocuteurs.

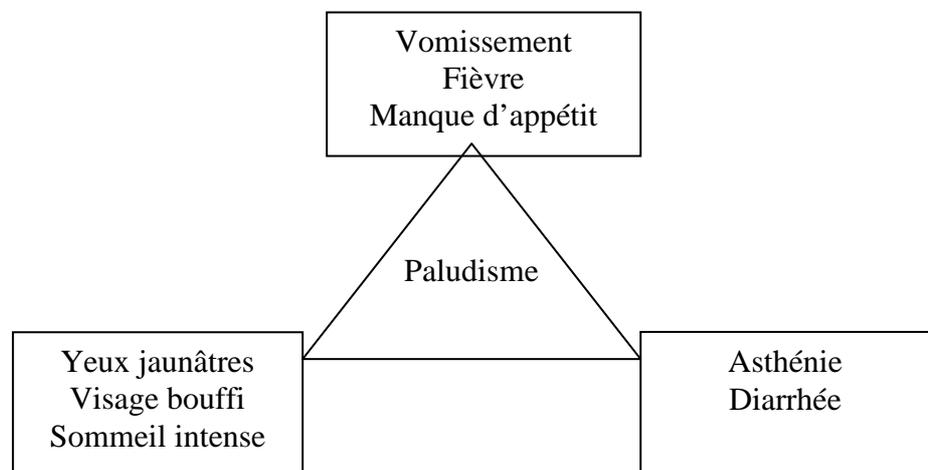


Schéma 6: Principaux signes du paludisme.

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

Dôgôtôrôw y'a fô an ye ko sosokinda de b'a bila den na.

Anw tun b'a miri ko jiridenw de b'a bila an denu na.

Ko nôgô fana b'a bila môgô la.

Ni den baw bê den ko tuma bêê o fana bê se ka sumaya se den ma..

Si une mère d'enfant lave trop souvent son enfant, cela aussi peut être un facteur favorisant le paludisme chez lui.

Cette idée venant d'une mère de 30 ans de Monzombala est assez répandue au niveau de ces différentes aires de santé. En effet, pour beaucoup de personnes ou parents d'enfants, c'est le fait de ne pas dormir sous la moustiquaire qui favoriserait le paludisme chez l'enfant. Pour d'autres, le paludisme de l'enfant serait lié à la consommation d'aliments mal conservés ou de certains fruits. Le manque d'hygiène chez l'enfant est également incriminé comme cause du paludisme.

Dans le même registre, la majorité des pères d'enfants de moins de deux ans pensent que le paludisme infantile est dû au fait de laisser les enfants traîner dans les eaux insalubres (eaux usées, marigot, etc.). C'est ce qui a fait dire un paysan de 40 ans de M'Piebougou, marié et père de 5 enfant que :

*Ni den ba ma janto a den na,ka bali ji la tulongè la, o be
kè sababu ye ka sumaya wili den na.*

*Si une mère ne veille pas bien sur son enfant, en lui
interdisant de jouer dans l'eau, cela peut développer
facilement le sumaya (paludisme) chez lui.*

Pour certaines mères et grands-mères, le paludisme chez l'enfant serait lié à son alimentation. Ainsi, il apparaît ici que la qualité de la conservation des aliments et la consommation de certains types de produits par l'enfant sont des facteurs favorisant le paludisme infantile.

3 Les pratiques et itinéraires thérapeutiques

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

An bê farafinfura de kê. Ni o dèsêra an bê sôrô ka taa n'u ye dôgôtôrôso la

Pour traiter le paludisme de 1 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

Bê ni taa bolo do demisèni sumaya fura kè la, caman be « sisan bulu » de be tobi ka di demisèni ma.

Sumaya fura kèla anw be dôgôtôrô fura de di den ma.

Anw be a fila bè kè ,dôgôtôrô fura ni bamanan fura

Ces propos sont d'un père et d'une mère (28 ans) ; leurs démarches de soins renvoient à ceux de bien d'autres acteurs communautaires que nous avons rencontrés. La prise en charge thérapeutique du paludisme chez l'enfant nous permet de distinguer différents types d'itinéraires thérapeutiques : particulier, singulier et juxtaposé. Le premier modèle consiste pour les parents de l'enfant en cas de paludisme, de se fidéliser sur une seule forme de traitement jusqu'à la guérison ou jusqu'à ce que les produits préadolescent utilisés montrent leur limite. Il est généralement fonction de l'efficacité ou de la renommée de tel ou de tel médecin ou prestataire selon nos enquêtés. Le deuxième modèle est composite d'où l'automédication, la médecine traditionnelle et la biomédecine sont synchroniquement utilisées par les parents d'enfants. C'est assez souvent le schéma thérapeutique utilisé par la majorité de nos enquêtés.

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

Problèmes financiers :

Ni taara dōgōtōrōso la wōri tē sōrō tuma bēē gatigi kun ka fura san. O de gèlèya ba bē anw kan.

Gèlèya ba de be anw kan yan. Anw ka sènèkè fen te anw bō, sanji te laboli kè, yala koni kènèya te se ka sabati dun ka fa ma sabati. Ni ka den mankènè e be ko bè kè walasa e ka juru sōrō ka taaga e den fura kè, bari dōgōtōrōso te juru don, gèlèya ba de be anw kan.

Nous avons de sérieux problèmes ici. Nos cultures ne nous suffisent plus maintenant à cause de la faible pluviométrie. Il est donc inadmissible de parler de santé si l'auto suffisance alimentaire n'est pas assurée. Si ton enfant est malade, tu es obligé d'aller trouver quelqu'un pour t'endetter alors que chez nous ici c'est la pauvreté et le CSCOM ne fait pas de crédit. Nous connaissons vraiment des difficultés ici.

Ces propos d'une mère paysanne de 34 ans introduisent la dimension économique de l'utilisation des services de soins de santé.

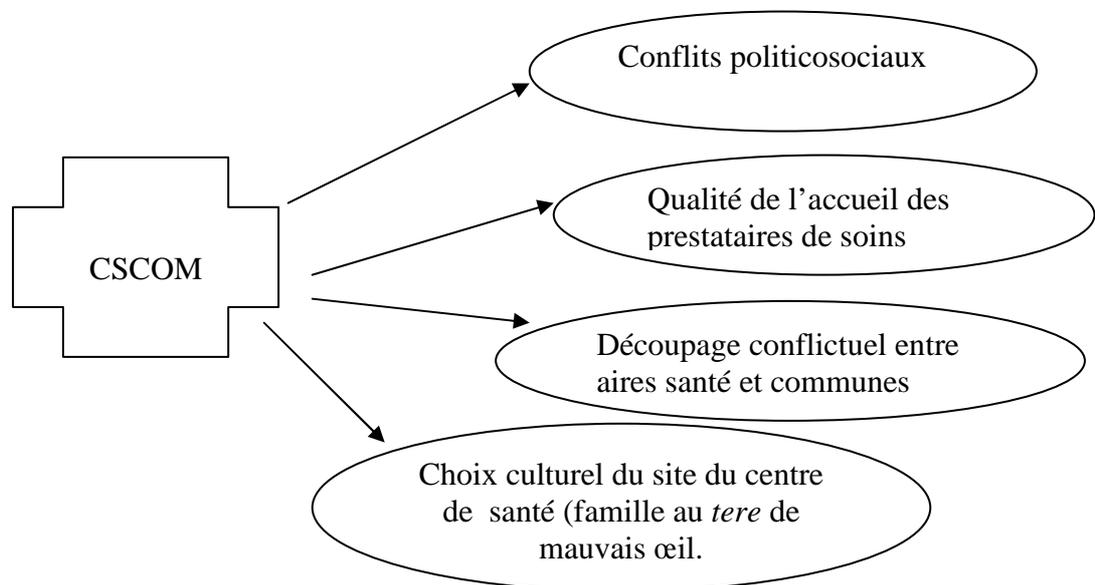


Schéma 7 : Autres problèmes liés à la fréquentation du centre de santé

Dans ce schéma, il apparaît que les rivalités intercommunautaires, la qualité de l'accueil du patient ou des usagers par les prestataires de soins ou le choix culturel quant à l'emplacement des centres de santé peuvent être des facteurs limitant de la fréquentation optimale des dits centres. Ces rivalités naissent généralement du choix du village pour l'implantation des CSCOM. Le fonctionnement et la gestion de l'ASACO entraînant souvent des divisions au sein de la société, peuvent aussi s'inscrire dans ce cadre. L'accueil, la disponibilité du personnel et le fonctionnement des centres de santé, de même que l'efficacité des traitements peuvent aussi influencer l'utilisation des services de santé par la population.

V. Pouvoir décisionnel :

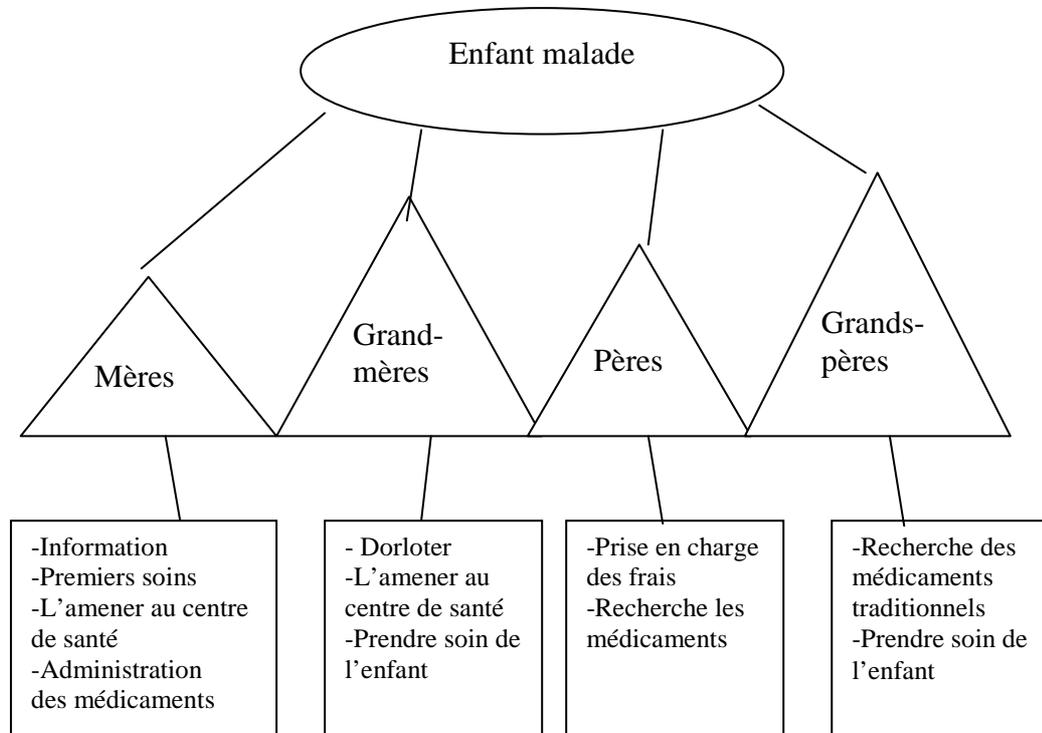


Schéma 8 : Rôles des différents acteurs dans la prise en charge de l'enfant

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 parent ou grands parents.

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

1. 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 confond 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 vacinateurs 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.

Ces propos du président de l'ASACO de Monzombala, 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 XXIII : Relatif aux acteurs et à leurs rôles dans l'organisation de la vaccination :

Niveaux	Acteurs	Rôles	Difficultés
Sanitaires	Agents de santé/ vaccinateurs	-Planification -Vaccination -Accueil -IEC	-Moyens de déplacement -Longue distance et inacce des routes -Manque de formation et d -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
Communautair	Mères	-Amener l'enfant a à la vaccination	Manque d'information -Travaux ménagers et champêtres -Voyage ou maladie -Distance physique, environnementale et temporelle -Méconnaissance et oubli des dates -Rupture des produits -Paresse
	Pères	Donner l'autorisation aux mères d'enfant -Assurer les frais	-Manque de moyen financier -oublier de passer l'information
	Grandes mères	-Inciter et conseiller à amener les enfants à vaccination -Assistantes -Amener les enfants	-Incompréhension avec Les mères d'enfant
	Conseil de village/ Grands pères	-Inciter et conseiller -Surveillance -Information -Sensibilisation -Accueil	-Désintéressement

Dans ce tableau, il apparaît que les différents acteurs de la vaccination des enfants au niveau sanitaires et communautaires ont des rôles 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 à jouer, presque à tous les niveaux de la vaccination.

2 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 5 enfants à et un paysan de 38 ans et un relais communautaire. Ils représentent d'une manière générale les deux principaux systèmes de communication utilisés dans ces zones 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 entraînant du tam-tam. Il ressort de nos enquêtes 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 :

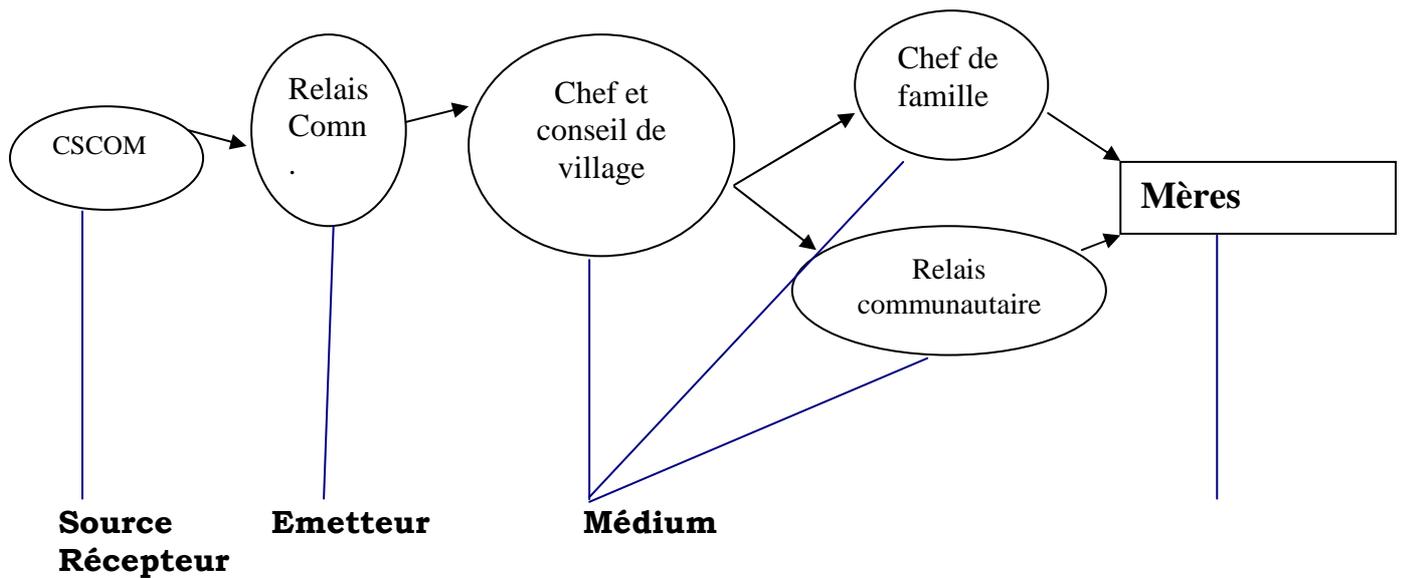


Schéma 9 relatifs à la chaîne de communication sur la vaccination :

3. Perceptions des différents acteurs communautaire sur la vaccination:

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

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

Enfant est malade c'est comme si toi-même tu es malade

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

Ces propos sont d'une mère paysanne de 22 ans résident à Monzombala et d'une mère de 24 ans de M'Piebougou. 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 30 ans à Monzombala, paysan et père de 3 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, bari, anw tese ka bana kumbè, fo anw ka bana don ka sôrô ka furakè, nga ni aw sera ka nani fura ye min be demisèni bana ni makôrô bana kumbè. Anw ta don muna môgô be ban, fosi teseka môgô ban oma

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.

VI 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 TPI/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.

VII 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 denw 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 Monzombala et à Konika par rapport à la question : Avez-vous entendu parler du TPIi- 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 TPIi/PEV+ a été bien reçue par certains acteurs villageois au travers des radios de proximité.

VIII Perceptions et acceptabilité du TPIi

1. Au niveau communautaire

*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 kun bê i ka kan ka o tigi barika da
kôsêbê .Mère Sgbla 35
ans*

S'il y a un autre produit associé encore à la vaccination et qui va prévenir le paludisme
Chez les enfants cela est une très bonne initiative
et on ne peut que se
réjouir de cette initiative.

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.

2. Au niveau prestataire :

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

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.

Ces propos d'un relais de Sagabala montrent que l'utilisation de la SP chez les prestataires n'est pas nouvelle. En effet, à travers le TPI chez la femme enceinte les uns et les autres ont développé 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 provoquer.

3. Etude de cas sur les enfants malades de l'aire de santé de Monzombala

Tableau I: Répartition des enfants en fonction de leur âge.

Age	Fréquence	%
< 2 ans	23	67,6
2 à 5 ans	11	32,4
Total	34	100,0

Les enfants de moins de 2 ans étaient les plus représentés soit 67,6%.

Tableau II: Répartition des enfants en fonction du sexe.

Sexe	Fréquence	%
Masculin	23	67,6
Féminin	11	32,4
Total	34	100,0

Les enfants trouvés malades durant notre séjour étaient à 67,6% de sexe masculin.

Tableau III: Répartition des aidants-naturels ayant conduit l'enfant malade au CSCOM

Personne interrogée	Fréquence	%
Mère	28	82,4
Autre	6	17,6
Total	34	100,0

Autre: Grand mere 6 et père 2

La plupart des enfants étaient venus avec leurs mères à raison de 82,4%.

Tableau IV: Répartition des pères selon leurs professions.

profession du père	Fréquence	%
Cultivateur	27	79,4
Commerçant	1	2,9
Eleveur	4	11,8
Total	34	100,0

Plus de 79,4% des pères des enfants de moins de 2 ans étaient des cultivateurs, contre 11,8% d'éleveurs et 2,9% de commerçants.

Tableau V: Répartition des pères selon leur niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Fréquence	%
Non alphabétisé	31	91,2
Alphabétisé	3	8,8
Total	34	100,0

Les pères à 91,2% étaient non alphabétisés

Tableau VII: Répartition des enfants en fonctions du type de maladie.

Quel type de maladie l'enfant avait-il ?	Fréquence	%
Paludisme	19	55,9
Paludisme + autre maladie	11	32,4
Pas de paludisme	4	11,8
Total	34	100,0

Le paludisme était la maladie la plus rencontrée soit 55,9%

Tableau VIII: Répartition des enfants malades en fonction du nombre de jours de maladie

	Fréquence	%
Nombre de jours		
2	4	11,8
3	18	52,9
4	7	20,6
5	4	11,8
6	1	2,9
Total	34	100,0

Au total 52,9% des enfants étaient tombés malades pendant 3 jours.

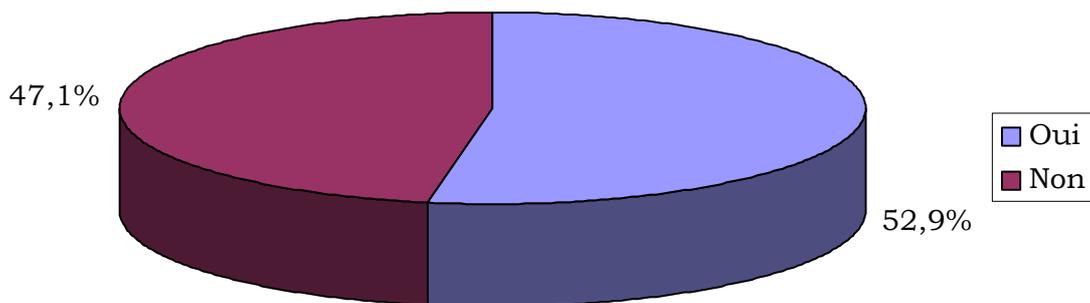


Figure 1 : Répartition des enfants en fonction de l'utilisation de la moustiquaire

Au total 52,9% des mères ont affirmé que leurs enfants avaient dormis sous moustiquaire la nuit dernière.

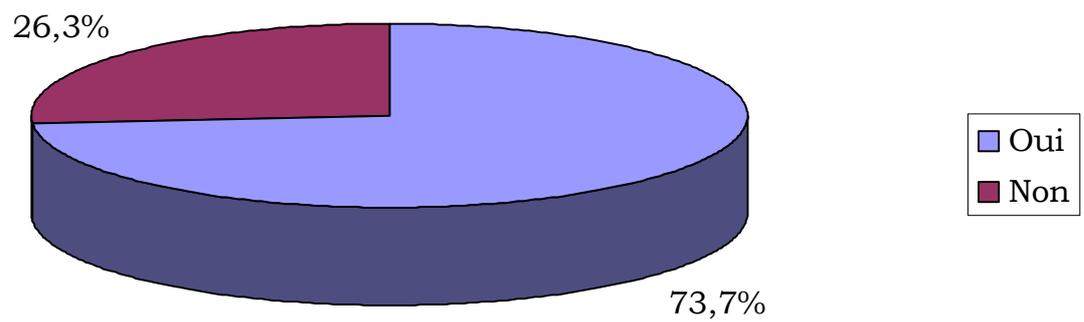


Figure 2 : Répartition selon que les moustiquaires soient Imprégnées d'insecticides

Les moustiquaires étaient imprégnées d'insecticides dans 73,7% des cas.

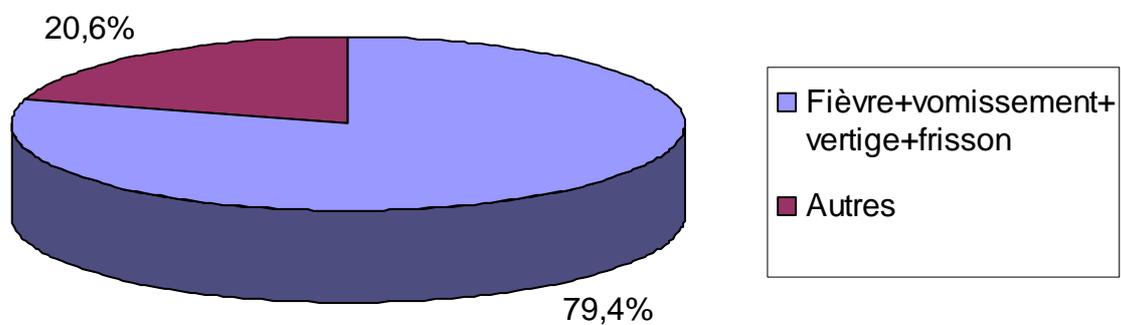


Figure 3 : Répartition des femmes en fonction de leurs connaissances sur les signes simples du paludisme.

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

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

Causes	Fréquence	%
Les moustiques	14	41,2
Fièvre mal traitée	1	2,9
Manque d'hygiène	8	23,5
Mauvaise alimentation	7	20,6
Aliment trop huileux	4	11,8
Total	34	100,0

Les moustiques ont été incriminés comme étant la première cause du paludisme selon les mères soit un taux de 41,2%, contre 23,5% pour celles qui disaient que c'est à cause du manque d'hygiène.

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

Signes compliqués	Fréquence	%
Yeux jaunes+vomissement jaune+urine rouge	16	47,1
Convulsion+perte de connaissance et regard fixé+fièvre	13	38,2
NSP	5	14,7
Total	34	100,0

Plus de 47,1% des mères connaissaient les signes compliqués du paludisme.

Tableau XI : Répartition des mères en fonction de leur initiative face à la maladie de leur enfant.

Réaction	Fréquence	%
Référé au centre de santé après traitement traditionnelle	15	44,1
Donne médicament traditionnel uniquement	19	55,9
Total	34	100,0

Les mères à 55,9% utilisaient les médicaments traditionnels

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

Réunion	Fréquence	%
Oui	4	11,8
Non	30	88,2
Total	34	100,0

Les mères à 88, 2% n'ont jamais participé à une réunion sur la santé

Tableau XIII: Répartition selon le problème de maladie discutée

Problèmes discutés	Fréquence	%
Sumaya paludisme	3	75,0
Planification	1	25,0
Total	4	100,0

Le paludisme était la maladie la plus discutée soit 75,0%

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

Pharmacie	Fréquence	%
Oui	28	82,4
NSP	6	17,6
Total	34	100,0

Plus de 82,4% des mères connaissent une caisse pharmaceutique dans leur village.

Tableau XV: Répartition des mères selon leurs réponses faces la vente des MI

Acheté MI	Fréquence	%
Les MI ne se vendent pas ici	28	82,4
NSP	6	17,6
Total	34	100,0

Les mères à 82,4% dissent qu'ont ne vende pas de MII dans leur village.

Tableau XVI: Répartition des mères selon leur statut matrimonial.

Statut matrimonial	Fréquence	%
Mariée	30	88,2
Non	4	11,8
Total	34	100,0

Les mères mariées sont plus représentées soit un taux de 88,2%.

VI 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 le paludisme en particulier et sur la vaccination. Cette étude a été réalisée dans l'aire de santé de Monzombala dans le cercle de Koulikoro. Elle a permis d'analyser la qualité du traitement de la population concernée, le mode de prévention et surtout les moyens d'information sur le TPI+ PEV. Il s'agissait d'une observation transversale avec un recueil prospectif des données.

Limites de l'étude : Tout d'abord nous tenons à signaler que ce présent travail sur l'aire de Monzombala n'a pas évalué toutes les données du cercle de Koulikoro.

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 66,3% comparativement à la même étude réalisée par Diaby M à Kolokani [11] qui a trouvé 48,7% dans la même tranche d'âge.

Les mariées épouse unique étaient majoritaire dans notre étude avec 84,9% contre seulement 15,1% pour les mariées coépouses, contrairement à celle de Diaby M qui a trouvé 55,1% pour les mariées coépouse et 43,6% pour les mères épouses unique. 98,8% de ces mères d'enfants étaient des ménagères paysannes dans notre étude et plus de 89,4% étaient analphabètes, ce taux est à peu près égal à ceux de Kolokani avec Diaby M soit 97,4%. L'islam est la religion dominante avec un taux de 69,8%. Dans notre étude les enfants de 0 à 11 mois et ceux de 11 à 23 mois était pratiquement égale avec respectivement 51,2% et 48,8%.

Représentations populaires des maladies infantiles et sur le paludisme :

Dans plus de 95% de notre guide d'entrevues le paludisme apparaît comme la maladie infantile la plus fréquente.

Dans notre étude la fièvre apparaît comme le signe pathognomonique du paludisme avec un taux de 86,0% suivi du vomissement et la diarrhée respectivement 65,1% et 46,5% selon nos mères d'enfant de moins de 2 ans, comparativement à l'étude de Diaby M à Kolokani qui trouve 38,5% pour la fièvre, 15,4% et 7,7% respectivement pour le vomissement et la diarrhée, et celle réalisée par Drabo K [12] et al ont fait le même rapprochement dans la province de Houet au Burkina Faso.

L'utilisation des moustiquaires imprégnées est la plus évoquée selon nos enquêtées avec un taux de 60,5%, contre 16,35 pour prendre les comprimés par rapport aux modes de prévention contre le paludisme.

Plus de la moitié de nos enquêtés pensent que le paludisme est causé par l'alimentation et le climat, avec respectivement 67,0% et 34,0%, ce même constat a été fait par Drabo k et al dans leur étude à Houet au Burkina Faso.

A 81,4%, les mères ont affirmé avoir connaître d'autres méthodes de traitement contre le paludisme outre que la médecine moderne contre 9,3% qui ne connaissent rien.

En cas de paludisme l'automédication (tisane, comprimé) est la plus pratiquée avec 62,8% contre 37,2% des mères qui amènent leurs enfants au centre de santé, cette même conclusion a été trouvée par Kinffo IR et al en 2000 [13] 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 un taux de 52,3%, 45,3% pour les mères d'enfants et seulement 2,4% pour les grands parents, ces taux sont comparatifs avec ceux de Bonnet et al [14] dans leurs études chez les mossis au Burkina Faso par rapport à la représentation culturelle du paludisme avec respectivement 61,4%, 30,6% et 8,0%.

L'utilisation des MI : 83,7% des ménages utilisent les MI contre seulement 16,3% qui ne utilisent pas dans notre étude, ces résultats se rapprochent à celui de Koné A [15] qui trouve 76,1% pour l'utilisation des MI et 23,9% des ménages qui n'utilisent pas.

Connaissance sur la vaccination :

Par rapport à la connaissance des mères sur les différentes maladies prioritaires aux quelles l'enfant doit être vacciné, la poliomyélite est la plus évoquée avec 46,5% suivi de la rougeole et la tuberculose avec respectivement 36,0% et 11,5%.

Par contre 39,5% des mères ne connaissent rien encore sur ces maladies prioritaires, Diaby M à Kolokani trouve que 41,0% des mères d'enfants ne connaissent rien sur ces maladies prioritaires et 32,1% ; 21,1% connaissent respectivement la poliomyélite et la rougeole.

Dans notre étude 89,6% de ces enfants de moins de 2 ans ont été vaccinés contre seulement 10,4% non vaccinés, ce taux ressemble à celle de l'étude réalisée par Keita D [6] 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 leTPIi :

Au cours de notre étude 59,3% des mères d'enfants affirment avoir entendu parler du TPIi contre 40,7% qui ne connaissent pas le TPIi, ces résultats sont contraires à ceux de Diaby M à Kolokani qui trouve seulement 26,0% des mères qui connaissent le TPIi contre 74,0% qui ne connaissent pas. Et parmi ces mères d'enfants 64,2% connaissent l'importance du TPIi contre 35,8% qui n'en connaissent pas. Par rapport aux modes d'acquisition de l'information, les causeries débats au centre de santé relèvent le taux le plus élevé avec 88,7% contre 3,8% pour celles qui ont appris à la radio. Par rapport au lieu et à la disponibilité des comprimés de TPIi, 79,2% pour le centre de santé a été évoqué par les mères d'enfants contre 17,0% pour celles qui disent le trouver a la pharmacie. Par ailleurs 17,0% pensent que ces comprimés sont disponibles à tout moment contre 69,8% des mères qui disent que c'est seulement à la vaccination que c'est disponible.

Au cours de notre étude, 47,2% des mères d'enfants de moins de 2 ans ne connaissent pas la dose ni combien de fois les comprimés de SP sont administrés à l'enfant. Cela s'explique par le fait que beaucoup de ces enfants n'avaient pas encore l'âge d'administration de la SP ou alors qu'ils l'avaient dépassé. Il faut reconnaître que le TPIi est administré à partir du deuxième mois c'est-à-dire le DTCP2, le DTCP3 et avec l'administration du vaccin contre la rougeole. En revanche, 32,1% des mères pensent que la SP (TPIi) est administrée 2 fois contre 3 fois pour 20,8% des mères. Les mères d'enfants à 96,2% trouvent que le TPIi est efficace, contre 3,8% qui ne disent rien sur l'efficacité. Au cours de notre étude 73,3% des mères d'enfants affirment que leurs enfants ont bien reçu la SP (TPIi) au cours de la vaccination contre 26,7%.

Etude de cas sur les enfants malades de l'aire de santé de Monzombala

Au cours de notre étude on na 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 prés une installation de 15 jours on a récence 34 enfants malades. La tranche d'âge de moins de 2 ans est la plus représentée avec un taux de 67,6% avec une prédominance du sexe masculin. Les mères d'enfants soit 82,4% sont les plus majoritaires à amener l'enfant au centre de santé. L'agriculture est la profession dominante chez les pères d'enfant soit 79,4% et 91,2% sont non alphabétisé. Par rapport au type de maladie chez l'enfant, le paludisme est la plus représenté soit 55,9% cela peut être explique 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 3jours est le minimum de temps ou l'enfant est tombé. Les mères soit 52,9% ont affirmé que leurs enfants ont dormis sous moustiquaire la nuit dernière et 73,7% de ces moustiquaires sont imprégnées. Ces résultats sont 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 Diaby M à Kolokani qui trouve seulement 32,5% des enfants qui dorment sous moustiquaire. Les mères à 47,1% connaissent les signes compliqués du paludisme et 55,9% utilisent les médicaments traditionnels, ces résultats se rapproche a ceux de Diaby M qui trouve 52,5% qui utilisent les médicaments traditionnels. Pour la participation d'une réunion sur la santé dans le village, seulement 11,8% des mères ont affirmé avoir participée à une réunion sur la santé, en revanche 88,2% n'ont pas participée à de réunion. Diaby M trouve à peu près les même résultats à Kolokani soit 15,2% des mères qui ont participée contre 84,8% pour celles qui n'ont jamais participée. Le problème majeur le plus discuté au cours de ces réunions est le paludisme avec 75,0%. Les mères à 82,4% connaissent une caisse pharmaceutique dans leurs villages et 76,5% ont acheté un médicament dans la caisse pharmaceutique.

VII Conclusion

De 2006 à 2007, nous avons mené dans l'aire de santé de Monzombala deux passages d'étude sur l'acceptabilité et un unique passage sur la communication auprès de l'ensemble des acteurs locaux (parents et grands-parents d'enfants de moins de 2 ans ; relais communautaires, agents de santé, leaders d'opinion, etc.), sur le déploiement du TPIi intégré au PEV+.

Les résultats obtenus prouvent que le paludisme demeure encore le défi majeur à relever pour les décideurs et pour les populations. Il est évoqué dans plus de 95% dans nos entretiens de groupes focalisés et entretiens individuels comme la maladie la plus fréquente chez les enfants dans la communauté.

39,5% des mères d'enfants ne connaissent rien sur les maladies prioritaires aux quelles l'enfant doit être vacciné. Les mères d'enfants à 59,3% affirment avoir entendu parler du TPIi contre 40,7% ; 64,2% de ces mères connaissent son importance.

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 88,7%. Elles ont déclaré à 47,2% ne pas connaître le nombre de fois que l'enfant doit recevoir le TPIi.

96,2% des mères d'enfants de moins de 2 ans trouvent que le TPIi est efficace et 73,3% ont affirmé que leurs enfants ont reçu le TPIi.

VIII 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 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 TPIi 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 TPIi et des moustiquaires.
- Renforcer la lutte anti- vectorielle.
- L'amélioration des conditions socioculturelles des femmes.

2. A l'endroit du personnel de santé :

- Donner le maximum d'informations 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 moustiquaires imprégnées.
- Lutte anti-vectorielle en drainant les eaux stagnantes et le désherbage.
- Fermer les portes et fenêtres des 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 tout autre modification de l'état de santé de l'enfant.

Références bibliographiques

1-OMS rapport mondial sur le paludisme 2005, 123 p.

2-Programme national de lutte contre le paludisme, politique nationale de lutte contre le paludisme, deuxième révision, Bamako Mali 2003, 93 p.

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 months to 10 years in Kambila, Mali. 2005, 110 p.

4-Marc-Adelard Tremblay:

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

5- Rogers E):

Diffusion of innovation, Free Press, New York, 4^{em} 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, thèse médecine 2008 N 49, 88 p.

7- Anonyme

8- UNICEF/ USAID/ PNUD :

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

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 Médecine Bamako 1989. N 27, 84 p.

10- SIS du CS Réf de Koulikoro dernière version 2006, p 155

11- Diaby M :

Acceptabilité et communication du TPIi implémenté au PEV chez les enfants de moins de 2 ans, étude de cas de la commune rurale de Sonkenié. Thèse médecine 2008, 83 p.

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, 108 p.

13- Kinffo IR :

Les mères des enfants de moins de 5 ans et le paludisme dans la vallée de Dangbo au sud du Benin. Revue 2000

14- Bonnet, D. :

Les représentations culturelles du paludisme chez les Mossis du Burkina Faso. Revue, 2004

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 Médecine 2008 05-M-193,110 p.

ANNEXES

Questionnaires guides d'entrevues

1 Questionnaire a l'intention des agents de santé

Quel est votre nom ?

Quel est votre âge ?

Quel est votre niveau d'instruction ?

Quelle est votre profession ?

Quelle est votre situation matrimoniale ?

Thème1 : Informations sur les maladies infantiles

-Quelles sont les différents types de maladies que vous rencontrez chez les enfants ?

-Laquelle de ces maladies est la plus grave ?

-Quels sont les signes déclenchant ?

-Selon vous qu'est-ce qui est à la base de cette maladie chez les enfants ?

-A quelle période de l'année cette maladie est-elle fréquente ?

-Quelle est la tranche d'âge des enfants la plus touchée ?

Thème2 : Perceptions sur le paludisme chez l'enfant en général et sur le TPIi en particulier

-Selon vous le paludisme représente t-il une maladie grave chez les enfants ?

-Qu'est-ce qui provoque le paludisme chez les enfants ?

-Quelles sont les différentes formes de complication du paludisme chez les enfants?

-Quelle est la forme la plus grave et la plus rependue ?

-Quelle est la mortalité palustre infantile au niveau de votre structure ?

-Quelles sont vos sources d'information en matière de paludisme chez les enfants et du TPIi en particulier ?

-Que pensez-vous de la prévention du paludisme et du TPIi en particulier ?

-Quelle est votre perception par rapport à l'administration du TPIi couplée a la vaccination?

-Selon vous est-ce que l'implémentation du TPIi à la vaccination entraîne t-elle des changements au niveau du fonctionnement des services de santé ?

-Comment réagissez-vous à l'introduction de cette innovation et quels peuvent être les enjeux et conflits dans les services de santé?

-Comment vivez-vous le fait de rajouter cette activité à votre tâche ?

Thèmes 3 : les pratiques thérapeutiques

-Quelles sont vos connaissances sur les modalités d'administration et d'utilisation de ces moyens de traitement ?

- -Le TPIi s'insère t-il naturellement et facilement dans l'ensemble de vos tâches ou contribue t-il à alourdir le travail et à rendre moins performant les autres actes ou tâches ?

-Existe t-il des pertues de vue au niveau du TPIi ?

- Quelles sont les raisons de ces pertes de vue ?
- Y a-t-il des effets indésirables liés à la prise de ce médicament ?
- Les parents font-ils aussi d'autres pratiques préventives ?
- Si oui lesquelles ? Et quelles conséquences celles-ci peuvent-elles avoir sur le TPI
- Comment se présentent-elles l'efficacité du TPI ?
- Que pensez-vous du comportement des parents particulièrement en ce qui concerne la pratique du TPI ?

Thème 4 : L'acceptabilité du TPI couplé à la vaccination

Que pensez-vous du PEV ?

Que pensez-vous de la combinaison du TPI à la vaccination ?

-Est-ce que le fait d'ajouter le TPI aux activités du PEV accroît les comportements de recours à la vaccination de routine ou est-ce que cela l'affecte négativement ?

-Selon vous l'implémentation du TPI au PEV présente-t-elle des incidences sur la mise en œuvre ou sur l'efficacité du TPI chez l'enfant ?

Quelles sont les mesures à prendre pour faciliter la mise en œuvre du TPI couplée à la vaccination

Questionnaire à l'intention des parents et des personnes qui s'occupent des enfants

Quel est votre nom ?

Quel est votre âge ?

Quel est votre niveau d'instruction ?

Quelle est votre profession ?

Quelle est votre situation matrimoniale ?

Quel lien avez-vous avec l'enfant ?

Thème 1 : Informations sur les maladies infantiles

-Quelles sont les différents types de maladies que vous rencontrez chez les enfants ?

-Laquelle de ces maladies est la plus grave ?

-Quels sont les signes déclenchant ?

-Selon vous qu'est-ce qui est à la base de cette maladie chez les enfants ?

-A quelle période de l'année cette maladie est-elle fréquente ?

-Quelle est la tranche d'âge des enfants la plus touchée ?

Thème 2 : Perceptions sur le paludisme chez l'enfant en général et sur le TPI en particulier

-Quelles sont vos sources d'information en matière de paludisme chez les enfants et du TPI en particulier ?

-Qu'est-ce qui provoque le paludisme chez les enfants ?

-Selon vous le paludisme représente-t-il une maladie grave chez les enfants ?

-Quelles sont les différentes formes de complication du paludisme chez les enfants ?

-Quelle est la forme la plus grave et la plus répandue ?

-Que pensez-vous de la prévention du paludisme et du TPI en particulier ?

-Que pensez-vous de l'administration du TPI couplée à la vaccination ?

-Selon vous y a-t-il une différence entre la vaccination et le TPI ?

-Entre le TPIi et le vaccin, lequel préféreriez-vous ? Pourquoi ?

Thèmes 3 : les pratiques thérapeutiques

-Quels sont vos recours thérapeutiques dans le cadre du traitement et de la prévention du paludisme ?

-Quel est le processus de prise de décision de l'itinéraire thérapeutique des enfants ?

-Quel traitement avez-vous l'habitude d'utiliser ?

-Est-ce que le traitement préventif intermittent, lorsqu'il est appliqué, est suivi tout au long de la prescription ou observe-t-on un abandon thérapeutique ? Pour quelles raisons ?

-Faites-vous recours à d'autres pratiques préventives ? Si oui lesquelles ?

- Comment ces dernières sont associées dans la pratique avec le TPI ?

-Que pensez-vous de l'efficacité du TPIi ?

-Y a-t-il des effets indésirables liés à la prise de ce médicament ? Si oui lesquels ?

Thème 4 : L'acceptabilité du TPIi couplé à la vaccination

-Que pensez-vous du PEV ?

-Que pensez-vous de la combinaison du TPIi à la vaccination ?

-Selon vous quels sont les obstacles qui peuvent freiner l'utilisation du TPIi ?

-Acceptez-vous facilement que votre enfant pratique le TPI en même temps que le vaccin ?

-Que pensez-vous du comportement des professionnels dans les espaces de soins ?

-Est-ce que le fait d'ajouter le TPIi aux activités du PEV accroît les comportements de recours à la vaccination de routine ou est-ce que cela l'affecte négativement ?

-Quelles sont les mesures à prendre pour faciliter la mise en œuvre du TPIi couplée à la vaccination ?