

DÉTERMINANTS SOCIOCULTURELS ET RECOURS TARDIF AUX SOINS DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS ET DES FEMMES ENCEINTES DANS LE CADRE DE LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DU PALUDISME EN ZONE D'INTERVENTION DU PGIRE¹ DE L'OMVS² AU MALI EN 2019

SOCIOCULTURAL DETERMINANTS AND LATE USE OF CARE FOR CHILDREN UNDER FIVE AND PREGNANT WOMEN IN THE FRAMEWORK OF MALARIA PREVENTION AND CARE IN THE OMVS PGIRE INTERVENTION ZONE IN MALI IN 2019

YACOUBA SIDIBE¹, FANTA NIARE¹, TIEMAN COULIBALY², IBRAHIMA COULIBALY³, MADINA KONATE⁴, DIAHARA TRAORE⁵, SAMBA DIOP⁶, DIALAW BA⁷

1. Médecin épidémiologiste, Département Appui aux Programmes, Ex-Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie, Bamako, Mali ;
2. Sociologue en retraite,
3. Pharmacien en retraite,
4. Médecin de santé publique, point focal PGIRE, PNLP,
5. Médecin de Santé publique, DGA, PNLP,
6. Professeur d'anthropologie, MRTC, DER de Santé Publique,
7. Expert Santé OMVS.

Auteur principal et correspondant : Yacouba Sidibé, ysidibe010163@gmail.com

Résumé

Les données qui ont alimenté cet article ont été collectées à travers une étude qualitative réalisée dans les régions de Kayes et Koulikoro, deux zones d'intervention du PGIRE au Mali. Cet article a pour objectif d'analyser les déterminants socio-culturels du recours tardifs aux soins afin de proposer des mesures correctives les plus adéquates pour un recours précoce aux soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes dans le cadre de la prévention et de la prise en charge du paludisme en zone d'intervention du PGIRE au Mali. En ce qui concerne la méthodologie, la base de sondage était constituée par la liste des districts, des aires de santé et des villages dans les régions sus-citées. Dans chacune de ces régions, deux districts sanitaires ont été tirés au hasard. Dans chacun des districts, deux aires de santé ont également été tirées au hasard, et dans chacune des aires de santé retenues, deux villages ont été sélectionnés au hasard. La collecte des données a été faite sur la base de questionnaires adaptés aux cibles. La technique d'exploitation des données a été l'analyse de contenu assistée par le logiciel Atlas.ti. qui a permis de procéder au codage et au regroupement thématique. Les résultats ont permis d'identifier les principaux éléments socio-culturels qui entravent le recours précoce aux soins de santé des cibles à savoir : i) la pudeur à l'égard de la grossesse ; ii) la prudence et la dissimulation de la grossesse ; iii) le fait d'être enceinte sans le savoir ; iv) la méfiance à l'égard de la médecine conventionnelle ; v) la méfiance à l'égard de la gratuité des médicaments, vi) la faible implication des hommes dans le suivi de la CPN et les soins de santé des enfants de moins de cinq ans ; vii) les scènes de ménage, la mésentente entre les conjoints ; viii) la faible implication des femmes dans la prise de décisions au sein du ménage pour les soins de santé ; ix) la méconnaissance, pour certaines populations, de l'existence de la prise en charge gratuite du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes au Mali, la méconnaissance des conséquences du recours tardif aux soins et enfin ; x) la paresse et ou la négligence de certains parents.

Mots-clés : Paludisme, Prévention et prise en charge, recours tardif aux soins, déterminants socioculturels, PGIRE, Mali

¹ Programme de Gestion Intégrée des Ressources en Eau (PGIRE)

² Organisation pour la Mise en Valeur du fleuve Sénégal (OMVS)

Abstract

The data that fed this article were collected through a qualitative study carried out in the regions of Kayes and Koulikoro, two PGIRE intervention areas in Mali. The aim of this article is to analyse the socio-determinants the use of late care to propose the most appropriate remedial measures for the early use of care for children under five years of age and pregnant women as part of the prevention and management of malaria in the intervention zone. PGIRE in Mali. As far as methodology is concerned, the sampling frame consisted of the list of districts, health areas and villages in the above mentioned regions. In each of these regions, two health districts were randomly drawn. In each of the districts, two health areas were also randomly selected, and in each of the selected health areas, two villages were randomly selected. The data were collected on the basis of questionnaires adapted to the targets. The data exploitation technique was content analysis assisted by the Atlas.ti. which allowed coding and thematic grouping to take place. The results have helped to identify the main socio-cultural factors that hinder the early use of health care by the targets, namely: i) modesty towards pregnancy; ii) prudence and concealment of pregnancy; (iii) being unaware of pregnancy; (iv) mistrust of conventional medicine; (v) mistrust of free medicines; (vi) low involvement of men in monitoring of the NHC and health care of children under five years of age; (vii) household scenes, disagreement between spouses; (viii) low involvement of women in decision-making within the household for health care; (ix) lack of awareness, for some populations, the existence of free management of malaria in children under five and pregnant women in Mali, lack of awareness of the consequences of late use of care and finally; x) laziness and neglect of some parents.

Keywords: Malaria, Prevention and management, late care, socio-cultural determinants, PGIRE, Mali

1. Introduction

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

En vue d'identifier les déterminants du recours tardif aux soins des enfants âgés de moins de 5 ans et des femmes enceintes dans le bassin du fleuve Sénégal au Mali en 2019, l'OMVS et le Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM) ont commandité une étude dont les résultats ont alimenté cet article. Il s'agissait d'une étude qualitative menée dans les deux régions d'intervention du PGIRE au Mali à savoir Kayes et Koulikoro.

L'objectif de cet article est d'analyser les déterminants du recours tardif aux soins afin de proposer des mesures correctives les plus adéquates pour un recours précoce aux soins des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes dans le cadre de la prévention et de la prise en charge du paludisme en zone d'intervention du PGIRE au Mali.

2. Approche méthodologique

2.1 Méthode.

Après le choix raisonné des deux régions (basé sur leur appartenance à la zone d'intervention du PGIRE au Mali) – Kayes et Koulikoro, nous avons sélectionné au hasard deux districts sanitaires par région (Bafoulabé et Nioro du Sahel pour la région de Kayes ; Kolokani et Kangaba pour la

Région de Koulikoro). Dans chaque district sanitaire, deux aires de santé ont été sélectionnées au hasard et dans chaque aire de santé, deux villages ont été tirés au hasard.

2.2 Collecte des données.

Les données ont été collectées à travers des focus group auprès des femmes âgées de 15 à 50 ans stratifiées par tranche d'âge (15-24 ans, 25-34 ans et 35-50 ans) et auprès des hommes âgés de 30 à 50 ans. En plus des focus group, des interview individuelles approfondies auprès des Directeurs techniques des CScom, des relais communautaires et des présidentes d'associations villageoises féminines ont été réalisées.

Au total, nous avons réalisé 64 focus group et 40 entretiens individuels approfondis auprès de 109 hommes et 258 femmes. Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphones. La transcription des entretiens a été faite par 8 chercheurs seniors enrôlés dans l'étude à raison de deux par aires de santé.

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

Le consentement libre et éclairé de chaque participant cible a été obtenu après une explication détaillée du protocole.

L'anonymat a été respecté afin de préserver l'intégrité physique et morale des participants.

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

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

Une compensation du temps de participation à l'étude a été attribuée à chaque membre du Focus Group, chaque DTC, chaque Relais interviewé et chaque Présidente d'Association Féminine interviewée.

2.3 Analyse et interprétation des données

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

La technique d'exploitation des données a été l'analyse de contenu assistée par le logiciel Atlas.ti. Ainsi, suite au codage et au regroupement thématique, l'analyse a été structurée en trois étapes inter-reliées proposées par Mayer et al (Mayer, 2000). Ces trois étapes sont généralement utilisées par la majorité des chercheurs et entre ces étapes, a lieu un mouvement continu et itératif de va-et-vient (Baribeau, 2010). En la matière, les étapes suivies sont les suivantes :

2.3.1 Vérifications et correction des données collectées sur le terrain

Nous avons effectué une analyse progressive de données durant toute la durée de l'étude au cours de sessions journalières de restitution d'équipes. Au cours de ces restitutions, le

superviseur de l'étude qualitative lisait et conduisait l'analyse initiale des transcriptions au fur et à mesure qu'ils devenaient disponibles.

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

2.3.2 Préparation du matériel

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

2.3.3 Transcriptions des entretiens

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

2.3.4 Ecoute répétitive et prise de notes

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

3. Resultats

Les resultats de cette étude ont permis de mettre en exergue les déterminants clés suivants :

- les déterminants liés à l'économie,
- les déterminants socioculturels,
- les déterminants liés aux barrières géographiques,
- les déterminants liés aux insuffisances dans le fonctionnement du centre de santé,
- les déterminants liés à l'inconfort et/ou aux effets secondaires des médicaments recommandés aux cibles dans le cadre de la prévention du paludisme,
- les déterminants individuels liés à la nature de la personne.
-

Le présent article traite spécifiquement des déterminants socio-culturels liés au recours tardif aux soins des cibles de l'étude.

Les principaux éléments socio-culturels qui entravent le recours précoce aux soins de santé des cibles, bien que récurrents, ne sont pas une constance pour toutes les aires de santé encore moins pour tous les villages investigués. Certains aspects socioculturels sont plus spécifiques à certaines localités qu'à d'autres.

Les résultats de l'article sont structurés autour des principaux éléments socio-culturels qui entravent le recours précoce aux soins de santé des cibles. Il s'agit de : i) la pudeur à l'égard de la grossesse ; ii) la prudence et la dissimulation de la grossesse ; iii) le fait d'être enceinte sans le savoir ; iv) la méfiance à l'égard de la médecine conventionnelle ; v) la méfiance à l'égard de la gratuité des médicaments, vi) la faible implication des hommes dans le suivi de la CPN et les soins de santé des enfants de moins de cinq ans ; vii) les scènes de ménage, la mésentente entre les conjoints ; viii) la faible implication des femmes dans la prise de décisions au sein du ménage pour les soins de santé; ix) la méconnaissance, pour certaines populations, de l'existence de la prise en charge gratuite du paludisme chez les enfants de moins de cinq et les femmes enceintes au Mali, la méconnaissance des conséquences du recours tardif aux soins.

3.1 Pudeur à l'égard de la grossesse

La honte qu'éprouvent certaines femmes d'être enceintes est l'un des déterminants majeurs du recours tardif aux soins des femmes que l'on rencontre dans les aires de santé suivantes: Bamafélé, Karan, Guihoyo et Nonzombougou.

Aire de santé de Bamafélé, district sanitaire de Bafoulabé, Région de Kayes

La honte d'être en état de grossesse a été indexée comme l'un des déterminants au recours tardif des femmes par non seulement le focus group des femmes de 15-24 ans mais également par celui des hommes de 30-50 ans en ces termes :

« Certaines femmes ont honte de faire la CPN à leur première grossesse. Elles ne veulent pas que les gens sachent qu'elles sont enceintes » (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Bamafélé).

« Certaines femmes ont honte d'aller se faire consulter. Alors, elles nient leur grossesse. » (Focus group des hommes de 30-50 ans, village de Bamafélé).

Aire de santé de Karan, district sanitaire de Kangaba, Région de Koulikoro

Dans le village de Landé, des femmes ont également mis en exergue la honte qu'elles éprouvent par le fait d'être enceintes comme il apparaît dans ce verbatim : *« Par pudeur, beaucoup de femmes cachent leur grossesse. Ce qui explique leur recours tardif aux soins dans les centres de santé. »* (Focus group des femmes de 35-50 ans, village de Landé)

Aire de santé de Guihoyo, district sanitaire de Kolokani, Région de Koulikoro

A Guihoyo, la même pudeur est évoquée comme facteur de recours tardif aux soins des femmes enceintes dans les centres de santé. En la matière, les femmes de 35-50 ans et les hommes de 30-50 ans se sont ainsi exprimés : *« Beaucoup de femmes ont honte d'être enceintes. Ce qui explique leur recours tardif aux soins dans les centres de santé. »* (Focus group des femmes de 35-50 ans et des hommes de 30-50 ans, village de Fassa)

Aire de santé de Nonzombougou, district sanitaire de Kolokani, région de Koulikoro

Spécifiquement dans les villages de N’Golobougou et Ourala, les participants à l’étude ont noté la honte d’être enceinte pour expliquer le recours tardif aux soins de certaines femmes. Leur affirmation apparaît dans les propos qui suivent : « *Elles ne veulent pas que les gens sachent qu’elles sont enceintes. Cela explique le retard observé dans le suivi de la CPN.* » (Focus group des femmes de 25-34 ans, village de N’Golobougou)

« *Certaines femmes cachent leur grossesse jusqu’à l’approche de l’accouchement. D’autres attendent le 5^{ème} mois pour aller au centre de santé.* » (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Ourala)

3.2 Prudence et dissimulation de la grossesse

Cette attitude est aussi un problème culturel ancré de longues dates au moment où la mortalité néonatale était très élevée et au moment où les communautés pensaient que toute grossesse avortée était l’œuvre de personnes mal intentionnées. De nos jours, ce réflexe qui semble désuet est pourtant toujours vivace. Le comportement qui consiste à sauver sa grossesse en la dissimulant a été avancé comme étant un déterminant du recours tardif aux soins des femmes enceintes dans les aires de santé suivantes : Gadiaba Kadiel, Karan, Guihoyo.

Aire de santé de Gadiaba kadiel

Dans le village de Dédji, la prudence que certaines femmes observent pour sauver leur grossesse des actions maléfiques de personnes mal intentionnées est un autre aspect socioculturel qui explique le recours tardif aux soins des femmes enceintes. Il ressort de la déclaration suivante des hommes de 30-50 ans du village de Dédji :

« *Par prudence, des femmes dissimulent leur grossesse jusqu’au moment où elles ne peuvent plus la cacher. A cause de ce comportement, elles tardent à faire la CPN.* » (Focus group des hommes de 30-50 ans, village de Dédji)

Aire de santé de Karan, district sanitaire de Kangaba, région de Koulikoro

Chercher à sauver sa grossesse en la dissimulant est également pratiqué dans la communauté comme le prouve cette déclaration des femmes du village de Karan :

« *Des femmes se gardent de faire voir leur grossesse. Elles la cachent. C’est pourquoi elles vont tardivement pour la CPN ou ne partent pas du tout.* » (Focus group des femmes de 15-24 ans et 35-50 ans, village de Karan)

Aire de santé de Guihoyo, district sanitaire de Kangaba, Région de Koulikoro

La même prudence est de mise dans le village de Fassa, elle ressort ainsi du verbatim des femmes de 35-50ans dudit village:

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

3.3 Le fait d'être enceinte sans le savoir

Etre enceinte sans le savoir est un autre aspect socioculturel du recours tardif aux soins qui n'a été évoqué que dans l'aire de santé de Bamafélé et spécifiquement dans le village de Bamafélé. Cette méconnaissance à haut risque semble liée à l'insuffisance sinon à l'inesistence de l'éducation sexuelle dans nos communautés. Les femmes de Bamafélé l'évoquent de la manière suivante:

« Certaines femmes peuvent passer plusieurs mois sans faire la CPN parce qu'elles peuvent être enceintes sans le savoir. » (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Bamafélé).

3.4 Méfiance à l'égard de la médecine conventionnelle

La méfiance des communautés à l'égard de la médecine traditionnelle est également citée comme l'un des déterminants du recours tardif aux soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes. Ce comportement qui pourrait s'expliquer par l'ancrage durable des mécanismes traditionnels de soins n'a été évoqué que dans les aires de santé de Bamafélé et Nonzombougou.

Aire de santé de Bamafélé, district sanitaire de Bafoulabé, Région de Kayes

Spécifiquement dans les villages de Bamafélé et Dialakoto, des participants à l'étude ont indexé la préférence de certaines personnes pour les médicaments traditionnels pour expliquer le recours tardif aux soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enseintes dans leur localité.

Cette attitude est mise en exergue dans le verbatim qui suit :

« Parfois certains refusent de faire du centre de santé leur premier recours car la maladie soignée au centre de santé récidive toujours. » (Focus group des femmes de 15-24 ans, village de Bamafélé).

Il en va de même pour cette autre déclaration des hommes de 30-50 ans de Bamafélé et du Relais du village de Dialakoto:

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

« Nombreux sont ces hommes qui ne font pas confiance à la médecine moderne. Certains vont même jusqu'à dire que les médicaments qu'on donne au centre de santé ont pour objectif de rendre les femmes infertiles au lieu d'espacer les naissances. » (EIA, relais, village de Dialakoto).

Aire de santé de Nonzombougou, district sanitaire de Kolokani, région de Koulikoro

Dans les villages de N'Golobougou et Ourala, la méfiance à l'égard de la médecine conventionnelle ressort ainsi des interventions du DTC de N'Golobougou, du Relais et de la Présidente des femmes de Ourala :

« La préférence de la tradithérapie justifie pour la plupart des cas de recours tardif aux soins dans la localité. » (EIA, DTC, de N'Golobougou) ;

« Il y a des familles qui ne font pas confiance au traitement de la médecine conventionnelle. » (EIA, Relais de Ourala) ;

« La méfiance à l'égard de la médecine conventionnelle à cause de leur préférence pour les médicaments traditionnels explique pour beaucoup le recours tardif aux soins. » (EIA, Présidente des femmes de Ourala).

3.5 Méfiance à l'égard de la gratuité des produits.

La mauvaise perception sur la gratuité des médicaments offerts dans les centres de santé, dans le cadre de la prévention du paludisme chez les enfants de moins ans et les femmes enceintes n'a été évoquée que dans l'aire sanitaire de Diawely Counda et précisément dans le quartier de Sylla Counda, district sanitaire de Nioro du sahel, région de Kayes. Selon les adeptes de cette perception, tout médicament offert gratuitement est inefficace. Notons que les attitudes du genre sont de nature à ralentir la promotion des médicaments subventionnés par l'Etat en faveur de l'amélioration significative de la santé publique au Mali. Malheureusement cette politique salvatrice a, contre elle, des préjugés néfastes comme celui-ci:

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

3.6 Faible implication des hommes dans le suivi de la CPN et les soins de santé des enfants de moins de cinq ans

La faible implication des hommes (maris/époux) dans le suivi de la CPN pour les femmes enceintes et dans les soins de santé des enfants de moins de cinq ans a été avancée comme faisant partie des déterminants du recours tardif aux soins des cibles. Les participants à l'étude l'ont évoqué dans quatre districts sanitaires qui sont : Bafoulabé, Diawely Counda, Karan et Kourémalé.

Aire de santé de Bamafélé, district sanitaire de Bafoulabé, région de Kayes

Dans le village de Dialakoto, la faible implication, sinon la non implication des hommes dans la prise en charge des soins de santé des enfants a été avancée par les femmes de 25-34 ans dans le ce verbatim :

« Ce sont les femmes qui se chargent des frais de santé des enfants. Ce qui explique leur recours tardif aux soins. » (Focus group des femmes de 25-34 ans, village de Dialakoto)

Aire de santé de Diawely Counda, district sanitaire de Niore du Sahel, Région de Kayes

Dans le quartier de Sylla Counda, les hommes reconnaissent leur faible implication dans la prise en charge des soins de santé des enfants de moins de cinq ans dans les propos qui suivent :

« Effectivement, ici, il y a le recours tardifs aux soins de santé des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes. Généralement dans la famille, les hommes ne s'intéressent pas à tout cela. Ce sont les femmes qui s'en occupent. Il y a certaines femmes qui sont aussi très négligentes et elles sont lentes dans tout ce qu'elles font. Pour moi, cela est dû à un problème de compréhension. Les hommes sortent tôt et rentrent tard, donc l'enfant peut passer trois jours de maladie à son insu. Les agents de santé ont raison de faire cette remarque. » (Focus group des hommes de 30-50 ans, village de Sylla Counda).

Aire de santé de Karan, district sanitaire de Kangaba, région de Koulikoro

Dans le village de Landé, toutes les participantes à l'étude trouvent que l'implication des hommes dans les soins de santé des enfants et des femmes réduirait énormément le recours tardif des cibles aux soins dans les centres de santé. Leur suggestion ressort de cette déclaration :

« Ici, le recours tardif aux soins s'explique largement par la non implication des hommes dans le suivi de la CPN. » (Focus group des femmes de 15-24 ans, de 25-34 ans et de 35-50 ans, village de Landé)

Aire de santé de Kourémalé, district sanitaire de Kangaba, région de Koulikoro

Dans le village de Kourémalé, de l'avis des participants, la pratique de l'orpaillage traditionnel est une culture qui sacrifie tout, même la santé des enfants de moins de cinq ans et celle des femmes enceintes. Cette activité éloignent les maris de la famille et expliquerait leur faible implication dans les soins de santé des enfants de moins de cinq et des femmes enceintes si nous nous référons aux déclarations suivantes :

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

Le Relais du village a abondé dans le même sens en ces termes :

« Ici, le recours tardif aux soins des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans s'explique par la pratique de l'orpaillage. Les hommes peuvent passer des jours et des jours sans venir dans la famille à cause des travaux de l'orpaillage. Souvent, là où les hommes se trouvent, il n'y a même pas de réseau téléphonique pour les joindre. Tout est lié aux déplacements des hommes qui peuvent passer des semaines sinon des mois sans revenir dans la famille et en leur absence, c'est la femme qui s'occupe de toutes les dépenses de la famille avec

le peu qu'elle gagne qui est souvent insuffisant pour les prix de condiment à plus forte raison acheter l'ordonnance» (EIA, Relais de Kourémalé).

3.7 Scènes de ménage, mésentente entre les conjoints

La mésentente entre les conjoints a été évoquée comme étant un déterminant du recours tardif aux soins des enfants de moins de cinq. Le Relais du village de Ourala en a fait allusion dans ce verbatim :

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

3.8 Faible implication des femmes dans la prise de décisions au sein du ménage

La faible implication des femmes dans la prise de décisions au sein du ménage a été indexée comme étant également un déterminant du recours tardif aux soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes à Dialakoto, dans l'aire de santé de Bamafélé et à Fassa dans l'aire de santé de Guihoyo.

Aire de santé de Bamafélé, district sanitaire de Bafoulabé, région de Kayes

Dans le village de Dialakoto, le Relais a dénoncé la faible implication des femmes dans la prise de décisions comme l'un des facteurs du recours tardif aux soins des femmes enceintes dans ce passage :

« Pour qu'un homme autorise sa femme d'aller faire la CPN, il s'assure d'abord de l'effectivité de la grossesse à travers le volume du ventre de sa femme. » (EIA, Relais de Dialakoto)

Aire de santé de Guihoyo, district sanitaire de Kolokani, région de Koulikoro

Dans le village de Fassa, le relais du village abonde dans le même sens que celui de Dialakoto en ces termes :

« Dans notre société, les femmes sont confrontées à la prise de décision. Cela explique en grande partie le recours tardif aux soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes. » (EIA, Relais de Fassa).

3.8 Méconnaissance de l'existence de la prise en charge gratuite du paludisme et méconnaissance des conséquences du recours tardif aux soins

De l'avis des participants à l'étude, la méconnaissance et spécifiquement, l'ignorance de l'existence de la politique de gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de cinq et les femmes enceintes est un déterminant majeur du recours tardif aux soins de

ces cibles vulnérables. C'est le seul déterminant qui a été cité dans toutes les aires de santé couvertes par l'étude. Soulignons que la constance de la méconnaissance comme facteur explicatif du recours tardif aux soins ne doit pas surprendre si l'on sait qu'au Mali :

« Globalement, 51 % des hommes de 6 ans ou plus et une proportion plus élevée de femmes du même groupe d'âges (61 %) n'ont aucun niveau d'instruction. On note également que les proportions de femmes et d'hommes ayant terminé un cycle sont très faibles. Seulement 4 % des femmes et 4 % des hommes ont achevé le niveau primaire. Par ailleurs, 1 % des femmes et 3 % des hommes ont déclaré avoir atteint le niveau supérieur. » (page 15, Enquête Démographique et de Santé (EDSM-VI, 2018)

Aire de santé de Bamafélé, district sanitaire de Bafoulabé, région de Kayes

Dans le village de Dialakoto, le Relais a mis l'accent sur la méconnaissance des parents sur la maladie et ses complications à travers la déclaration suivante :

« La méconnaissance des parents sur la maladie et ses complications justifie chez nous le recours tardif aux soins des enfants et des femmes ciblées par l'étude. » (EIA, Relais de Dialakoto)

Aire de santé de santé de Mali Sadio, district sanitaire de Bafoulabé, région de Kayes

La méconnaissance est également indexée en ces termes par les femmes de 25-34 ans du village de Soriya :

« C'est l'ignorance. Certaines femmes ne partent pas tôt au centre de santé. Elles y vont entre le 5^{ème} et le 6^{ème} mois de la grossesse et elles ne prennent pas correctement les médicaments. » (Focus group ded femmes de 25-34 ans, village de Soriya)

Aire de santé de Diawely Counda, district sanitaire de Nioro du Sahel, Région de Kayes

Dans le quartier de Sylla Counda, les hommes de 30-50 ans ont reconnu leur méconnaissance sur la gratuité de la prise en charge du paludisme chez les cibles de l'étude à travers le verbatim suivant :

« On ne savait pas que la prise en charge du paludisme est gratuit au Mali chez les enfants de moins de cinq et les femmes enceintes. C'est pour cette raison que beaucoup de gens n'amènent pas tôt les enfants malades au centre de santé. Si nous amenons les enfants malades au centre de santé, on nous prescrit des ordonnances. Alors, les gens n'amènent pas les enfants au centre de santé. » (Focus group des hommes de 30-50 ans, village de Sylla Counda)

Aire de santé de Gadiaba kadiel, district sanitaire de Nioro du Sahel, Région de Kayes

Dans le village de Gadiaba kadiel, le Relais a ainsi insisté sur l'ignorance des femmes pour justifier le recours tardif aux soins des enfants de moins de cinq ans :

« Ici, à Gadiaba Kadiel, il n'y a ni problème de route, ni problème d'autorisation de la part des maris. Les femmes sont ignorantes. C'est tout. Certaines ignorent la maladie. Ici, le retard n'est pas dû à la pauvreté car celui qui n'a pas d'argent, s'il arrive au centre avec son enfant malade, l'enfant est pris en charge à crédit. » (EIA, Relais de Gadiaba kadiel)

Aire de santé de Karan, district sanitaire de Kangaba, région de Koulikoro

Dans le village de Landé, la méconnaissance est aussi avancée comme facteur du recours tardif aux soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes par le Relais dans ces propos :

« Ce retard s'explique par la méconnaissance des femmes sur la maladie et ses complications » (EIA, Relais de Landé)

Aire de santé de Kourémalé, district sanitaire de Kangaba, région de Koulikoro

Dans le village de Kourémalé, le Relais a ainsi particulièrement insisté sur la part de la méconnaissance des communautés dans le recours tardif aux soins des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes :

« L'ignorance sur la maladie et sur les conséquences du recours tardif aux soins expliquent surtout le recours tardif aux soins des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans. Certaines femmes pensent qu'il faut attendre que la grossesse arrive presque à terme pour commencer la CPN. D'autres ne s'en soucient même pas. Elles quittent très tôt la maison pour l'orpaillage et reviennent très tard la nuit. Ainsi, elles négligent leur santé et la santé des enfants au profit de l'orpaillage. Certaines femmes prennent aussi des médicaments avec les agents de santé et ensuite les jettent. Elles ne prennent pas les médicaments qu'on leur donne au centre de santé. C'est la méconnaissance de la prévention du paludisme à travers la SP car beaucoup de femmes enceintes ne savent pas que la SP les protège et protège aussi le bébé qu'elles portent. Il faut noter aussi que la méconnaissance de la gratuité du traitement du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ne concerne pas seulement les femmes, même moi, en tant que Relais, je ne savais pas que ce traitement était gratuit. » (EIA, Relais de Kourémalé)

Aire de santé de Guihoyo, district sanitaire de Kolokani, région de Koulikoro

Dans le village de Guihoyo, les femmes de 25-34 ans se sont aussi prononcées sur la méconnaissance au sein de la communauté pour justifier le recours tardif aux soins à travers ce verbatim laconique :

« La méconnaissance des conséquences du recours tardif aux soins en est la cause principale. » (Focus group des femmes de 25-34 ans, village de Guihoyo)

Aire de santé de Nonzombougou, district sanitaire de Kolokani, région de Koulikoro

Dans le village de Ourala, l'ignorance des communautés sur la maladie, sur les conséquences du recours tardif aux soins et sur les médicaments est mise en relief par les femmes de 25-34 ans et 35-50 ans du village de Ourala comme il suit :

« Le recours tardif chez les femmes est dû aux maris. La plupart des maris refusent que leur femme fasse la CPN en ignorant que la femme peut rencontrer plusieurs problèmes au cours de sa grossesse sans la CPN » (Focus group des femmes de 25-34 ans, village de Ourala).

« Le recours tardif chez les femmes s'explique par leur ignorance. Elles jettent même les médicaments qu'on leur donne. » (Focus group des femmes de 35-50 ans, village de Ourala).

4. Discussion

Les déterminants socio-culturels semblent les plus complexes. Dans les localités enquêtées, plusieurs déterminants socioculturels sont évoqués. Ce sont par exemple, la honte ou la pudeur à l'égard de la grossesse, la prudence qui amène des femmes enceintes de préserver leur grossesse en la dissimulant, le fait d'être enceinte sans le savoir, la méfiance à l'égard de la médecine conventionnelle, la méfiance à l'égard de la gratuité des produits, la faible implication des hommes dans le suivi de la CPN et dans les soins de santé des enfants de moins de cinq ans, les scènes de ménage, mésententes entre conjoints, la faible implication des femmes dans la prise des décisions au sein du ménage, la méconnaissance de l'existence de la politique de la gratuité du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et méconnaissance des conséquences du recours tardif aux soins ainsi que la paresse et ou la négligence. Ces déterminants socioculturels imposent plusieurs actions de la part de l'Etat et des communautés. Dans les communautés, la sexualité reste toujours un tabou. Or la grossesse renvoie à la sexualité. Pour donc renverser la tendance actuelle, de vastes campagnes d'éducation et de sensibilisation sont nécessaires, mieux, il convient de chercher à atteindre l'éducation universelle tout en améliorant la qualité de l'éducation.

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

Par ailleurs au Sénégal, Carine B et col. (Carine, 2004) dans leur étude sur les recours aux soins en cas de fièvre chez l'enfant en pays Sereer, entre contrainte économique et perception des maladies, en 2004, interrogent l'influence de l'économie familiale sur le recours aux soins en cas de fièvre présumée palustre chez l'enfant de moins de 10 ans. Ils trouvent que la situation économique propre à chaque famille ne détermine pas principalement son recours aux soins. Dans un premier temps, les familles ont tendance, quel que soit leur niveau de « richesse », à

dépenser le minimum d'argent et à gérer de façon « domestique » la santé de leurs enfants. En revanche, lorsque les parents constatent une aggravation, ils n'hésitent pas à avoir un recours « spécialisé » (guérisseur et dispensaire) dont le choix dépend de leurs perceptions de la maladie. Les représentations populaires banalisent les fièvres qui surviennent pendant l'hivernage et expliquent que le premier temps de la maladie relève de l'automédication domestique alors même que cela augmente le risque d'évolution de la maladie vers un accès palustre grave (Carine, 2004)

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

5. Conclusion

Les déterminants socio-culturelles prennent une place importante dans le recours tardif aux soins des enfants et des femmes enceintes dans le cadre de la prévention et la prise en charge du paludisme. Ces déterminants sont largement répandus dans nos sociétés notamment en milieu rural, dans les deux régions d'intervention du PGIRE au Mali. Pour promouvoir le recours précoce aux soins conventionnels des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes dans le cadre de la prévention et la prise en charge du paludisme, il est important de trouver des solutions adaptées aux barrières socioculturelles auxquelles les communautés sont confrontées.

Références

- Baribeau. (2010). Recherches qualitatives. Entretiens de groupe : concepts, usages et ancrages I. *Arq_br*.
- Carine, B. (2004). les recours aux soins en cas de fièvre chez l'enfant en pays Sereer. *Sciences Sociales et Santé*, Sénégal.
- Houeto. D (2007). Analyse qualitative des facteurs associés au recours aux soins . Bénin.
- Mayer et al. (2000). Modèles d'intelligence émotionnelle. *RJ Sternberg (Ed.), Handbook of intelligence*, p. 396–420.
- MSAS. (2010). *Enquête LQAS*. Bamako: PNLP.
- MSAS. (2012). *Enquête MISS*. Bamako: PNLP.

PGIRE. (2015, août 24). *pgire_presentation_realisations_contraintes_perspectives.pdf*[internet] [cité 24 août 2015]. Récupéré sur http://www.portail-omvs.org/sites/default/files/fichierspdf/pgire_presentation_realisations_contraintes_perspectives.pdf: http, lu le 12/08/2019

Remerciements

Nous remercions l'Organisation pour la Mise en Valeur du Fleuve Sénégal (OMVS) et la Banque Mondiale qui ont mis à la disposition du CNAM, les moyens financiers nécessaires à la réalisation des différentes activités, nous remercions également les populations et autorités locales qui nous ont accueillis dans leurs zones respectives et facilités l'accomplissement de notre travail, ainsi que toutes autres bonnes volontés qui n'ont menagé aucun effort pour la réalisation de ce travail.