

Université de Montréal

Représentations, saisonnalité et prise en charge du paludisme infantile simple :
le cas des femmes Sénoufo de Sikasso (Mali)

Par
Fatoumata Binta Tidiane Diallo

Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine

Thèse présentée à la faculté de études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
en santé publique,
option Organisation des soins de la santé

Juillet 1998

© Fatoumata Binta Tidiane Diallo



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Représentations, saisonnalité et prise en charge du paludisme infantile simple :
le cas des femmes Sénoufo de Sikasso (Mali)

présentée par :

Fatoumata Binta Tidiane Diallo

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Gilles Dusseault	Président-rapporteur
Pierre Fournier	Membre du jury (Directeur de recherche)
André-Pierre Contandriopoulos	Membre du jury (codirecteur de recherche)
Gilles Bibeau	Membre du jury
Louis Bernard	Examineur externe
Hélène Delisle	Représentante du doyen de la FES

Thèse acceptée le : 08.10. 1998

« If you wish to help a community improve its health, you must learn to think like the people of that community. »

Benjamin Paul (1955)

Sommaire

En Afrique sub-saharienne, le paludisme reste un des problèmes essentiels de santé publique. Malgré les progrès scientifiques accomplis et les gros efforts consentis pour la mise en œuvre des programmes nationaux de lutte, le paludisme continue de faire des victimes surtout parmi les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Les stratégies actuelles de lutte contre le paludisme sont essentiellement basées sur la chimioprophylaxie des groupes à risque et sur une thérapie adaptée des accès fébriles palustres. C'est ainsi que la prise en charge systématique des cas de paludisme de façon décentralisée, jusqu'aux postes de santé de village avec fourniture de médicaments essentiels, a été recommandée par l'OMS.

Il se trouve que le paludisme est une affection pour laquelle l'examen clinique seul ne permet pas de poser le diagnostic avec certitude, alors que la biologie qui l'appuie est contraignante, souvent insatisfaisante et peu disponible en zone rurale. Aussi, ses manifestations sont polymorphes, et son évolution, imprévisible, allant des formes simples bénignes aux formes graves et compliquées avec issue fatale. Sa durée dans le temps peut être longue ou très brève, aboutissant d'emblée à la mort. Tout cela a conduit à une multiplicité de modèles explicatifs et interprétatifs à l'intérieur d'une même culture, avec pour conséquence un éclatement du diagnostic aussi bien au sein des structures de soins modernes et traditionnels qu'auprès de la famille.

La superposition des modèles explicatifs et interprétatifs expliquerait en partie les difficultés de communication qui existent entre les sous-groupes sociaux, dont le personnel de santé et la population (communauté traditionnelle), situation qui entraîne une inadéquation des traitements et qui accentue la chimio-résistance et la létalité par paludisme. Devant la complexité de la situation, les problèmes de prise en charge correcte et rapide du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans se posent à la fois au niveau des structures de soins et au niveau des familles. C'est pourquoi le traitement présomptif du paludisme clinique basé sur la fièvre est devenu la principale arme de contrôle du paludisme. Malheureusement, de récentes études indiquent que cette stratégie n'a pas encore aidé à réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme.

L'examen de cette stratégie de lutte a permis de constater que les préoccupations des responsables sanitaires sont si fortement orientées vers l'offre des services médicaux que ceux-ci tendent à ignorer le contexte socioculturel qui influence la demande et l'utilisation effective des services de santé. Dans leur conception, les connaissances et les

comportements de la famille, particulièrement ceux de la mère des enfants en matière de paludisme, semblent ignorés. Pourtant, le comportement humain et l'organisation sociale, troisième côté du triangle épidémiologique (hôte-vecteur-parasite), sont des déterminants vitaux pour le succès des programmes de contrôle.

Par conséquent, il serait pertinent de cerner, d'une part, ces structures de significations et d'explications de la maladie et, d'autre part, l'organisation socioculturelle de la famille en matière de prise en charge, afin de rendre intelligibles les comportements humains. C'est en tant qu'entreprise d'interprétation, d'explication de la maladie et de sa gestion par la structure familiale que le savoir populaire prend toute son importance pour la santé publique.

Cette étude tente de montrer la contribution des représentations du paludisme par les mères et celle du contexte familial dans la prise en charge des enfants paludéens. Elle a pour objectif de préciser et d'expliquer le sens et la valeur des facteurs socioculturels et comportementaux, déterminants dans la prise en charge du paludisme simple des enfants de moins de cinq ans, qui tiennent compte de la transmission saisonnière. Une confrontation entre les visions moderne et traditionnelle, quant aux modèles explicatifs du paludisme simple et aux comportements de soins, a été réalisée.

L'étude s'est déroulée auprès de mères d'enfants de moins de cinq ans dans deux villages Sénoufo, au sud du Mali. Il s'agit d'une recherche qualitative de cas multiples avec niveaux d'analyse imbriqués. La prise en charge des cas de paludisme par les mères implique des niveaux interprétatifs et comportementaux qui nécessitent un devis de recherche englobant ces deux approches :

- Une approche de type anthropologique. L'approche pourrait être qualifiée *in situ* pour comprendre les déterminants des modèles explicatifs et les comportements face à une fièvre palustre infantile en zone de transmission saisonnière du paludisme. Il s'avère important de miser sur une stratégie interprétative qui aura comme avantage d'être centrée sur les pratiques traditionnelles locales, sur la culture locale et sur l'implication des personnes importantes dans le village. Dans l'approche anthropologique, où l'on s'attache à l'étude d'un processus, ce n'est pas tant la représentativité de l'échantillon qui constitue l'aspect principal que la description et la précision des activités d'une catégorie de femmes bien précise et l'explication que l'on accorde à leurs pratiques. Cette explication s'inscrit dans la représentation que les populations étudiées font non seulement de leur corps et des maladies, mais aussi de leur position dans le groupe et plus généralement de leurs

conditions d'existence. Cette approche permet de choisir des indicateurs plus fins, non stéréotypés (cas des protections traditionnelles) et qui correspondent aux pratiques en vigueur dans le milieu étudié. L'action du milieu culturel étant déterminante à tous les moments du processus de soins, l'étude de ce contexte et de l'organisation sociale qui assigne à chaque acteur un rôle bien précis est incontournable.

- Une approche basée sur les principes de la technique de « la recherche par action participative », telle que définie par Reason (1994b), a été adoptée. Ce genre de stratégie encourage les femmes à exprimer leur point de vue sur la problématique qui intéresse cette étude. La technique de recherche par action participative, *participatory action research*, permet de produire des connaissances en laissant aux participants la latitude de participer à la recherche.

Le choix d'un devis de recherche qui englobe ces deux approches s'explique parce qu'il a été constaté que, pour bon nombre de maladies infantiles telles que le paludisme, le diagnostic précoce et le traitement rapide et correct sont très importants pour la réduction de la mortalité infantile. Cependant, il est connu que la façon dont les familles reconnaissent, interprètent et interviennent sur les signes et les symptômes de ces maladies ne concorde pas nécessairement avec la façon biomédicale, encore moins avec celle recommandée par les messages d'éducation pour la santé. Tant la classification traditionnelle locale des maladies que la compréhension locale des étiologies affectent le délai de prise en charge et la compliance au traitement, les familles qui perçoivent certaines catégories de maladies n'étant pas concernées par les services de santé moderne. Par ailleurs, les comportements des familles en réponse à la maladie sont influencés par une foule de facteurs autres que l'accessibilité et la disponibilité des services de soins modernes. Les réseaux sociaux, les facteurs socio-économiques, les perceptions de la sévérité de la maladie, la fréquence de la maladie dans la famille, l'histoire des épisodes de la maladie, la familiarité avec la confiance en différentes thérapies existantes sont autant de déterminants parmi tant d'autres qui influencent la prise en charge de la maladie.

Les données sont colligées à partir de méthodes complémentaires de collecte de données (entrevues, observations, groupes de discussion, consultation des dossiers médicaux). En plus des mères, des guides communautaires et des agents de santé ont été interviewés. Dans la mesure où certaines informations peuvent être omises par les sujets ou altérées, il s'est avéré indispensable de pratiquer la triangulation pour comparer les informations recueillies. L'analyse des données a été supportée par le logiciel NUD.IST

pour faciliter les aspects mécaniques de l'organisation des entrevues. Il n'en reste pas moins qu'une étude telle que celle-ci comporte certaines limites. On peut évoquer, entre autres, la subjectivité du chercheur, dans la mesure où certaines pratiques sont considérées comme importantes, par exemple les protections traditionnelles : il faut une bonne connaissance du terrain pour construire les indicateurs et les catégories.

Les résultats montrent qu'il existe une distance entre les modèles explicatifs traditionnels du paludisme et ce qui prévaut au niveau épidémiologique en matière de saisonnalité de la maladie. Les mères élaborent leurs modèles à partir des explications ethnoétiologiques qui incluent les théories climatiques et thermiques ou incriminent des aliments. Elles considèrent qu'il existe deux formes du paludisme. La pluie est l'origine la plus citée de l'accès initial, alors que le soleil, les aliments et l'alternance froid-chaud sont les causes qui réveillent la forme latente. Les femmes ne croient pas à l'incrimination du moustique dans l'apparition du paludisme. D'un modèle général d'interprétations, les femmes tirent des sous-modèles d'explication selon les circonstances d'apparition des signes du paludisme.

Cependant, l'étude montre que les mères diagnostiquent relativement bien le paludisme, malgré les différences entre les origines qu'elles lui attribuent et celles reconnues par les épidémiologues. Leur comportement dans la recherche de soins aux enfants ne découle pas seulement de leurs modèles explicatifs-interprétatifs, mais il dépend surtout de la structure de prise de décision dans la famille. Ainsi, pour rendre efficace la stratégie de prise en charge, il faudrait cerner le processus de prise de décision familiale quant à la fourniture des soins aux enfants malades de paludisme.

Cette étude permet de comprendre l'importance de sortir de la vision rationnelle purement normative et de prendre en compte, dans la conception des stratégies de lutte contre le paludisme, les éléments du milieu familial qui constituent l'environnement des structures de santé.

LISTE DES SCHÉMAS

Schéma 1	Typologie de la famille Sénoufo et place des femmes à l'étude	28a et 128a
Schéma 2	Modèle de prise de décision au niveau de la famille	84a
Schéma 3	Cadre conceptuel préliminaire	89a
Schémas 4 et 5	Préparation et déroulement de la recherche	107a et 107b
Schéma 6	Modèle explicatif du paludisme global	145a
Schéma 7	Sous-modèle explicatif du paludisme avec la pluie comme origine	147a
Schéma 8	Sous-modèle explicatif du paludisme avec le moustique comme origine	148a
Schéma 9	Sous-modèle explicatif du paludisme avec les eaux sales comme origine	150b
Schéma 10	Sous-modèle explicatif congénital	151a
Schéma 11	Lien entre la pluie, le moustique et le soumaya tel que perçu par les femmes	188a
Schéma 12	L'écart entre les modèles moderne et traditionnel	189a
Schéma 13	Modèle théorique définitif	211a

Représentations, saisonnalité et prise en charge du paludisme simple des enfants en zone rurale : cas des Sénoufo de Sikasso (Mali)

Sommaire	i
Liste des tableaux	v
Liste des schémas	vi
Liste des annexes	vii
Liste des abréviations	viii
Dédicace	ix
Remerciements	x
Introduction	1
CHAPITRE I Contexte de l'étude	8
1.1– Région de Sikasso	10
1.2 – Cercle de Sikasso	11
1.2.1 – Données économiques	12
1.2.2 – Éducation	13
1.2.3 – Situation sanitaire du cercle de Sikasso	13
1.2.4 – Religions et culture	15
1.3 – Village de Bougoula-Hameau	16
1.4 – Village de Pimpéréna	17
1.5 – Les Sénoufo	18
CHAPITRE II Définition du problème	29
2.1 – Formulation du problème et des questions de recherche	29
2.2 – Objectif général de la recherche	32
2.3 – Cible de la recherche	33

2.4 – Importance du sujet de recherche	34
2.5 – Stade de développement de la recherche	35
2.6 – Utilisation des résultats	35
CHAPITRE III État de connaissances	36
3.1 – Épidémiologie	36
3.1.1 – Le trépied : agent-vecteur-hôte	37
3.1.1.1 – L’agent	37
3.1.1.2 – Le vecteur	39
3.1.1.3 – L’hôte	40
3.1.2 – Le triangle épidémiologique	40
3.2 – Manifestations cliniques	41
3.3 – Fièvre, saisons et paludisme	42
3.4 – Différentes stratégies de lutte contre le paludisme	45
3.4.1 – Réduction du contact homme-vecteur	46
3.4.2 – Chimio prophylaxie des groupes cibles	47
3.4.3 – Prise en charge des cas de paludisme-maladie	47
3.4.4 – Place de la personne dans la stratégie de lutte basée sur la prise en charge des cas de paludisme	49
3.5 – Connaissances, explications et interprétations du paludisme selon les saisons en milieu traditionnel	50
3.5.1 – Causes et origines du paludisme	54
3.5.2 – Formes graves du paludisme	57
3.6 – Les niveaux de prise en charge	59
3.6.1 – La prise en charge à domicile (niveau de la famille)	59
3.6.2 – La prise en charge au niveau de la médecine traditionnelle	60
3.6.3 – La prise en charge au niveau des structures de soins modernes	62
3.7 – Facteurs déterminants dans la prise en charge de la fièvre présumée palustre par les mères	63
3.7.1 – Facteurs socioculturels	69
3.7.2 – Facteurs socio-économiques	70
3.7.3 – Facteurs organisationnels	73
3.8 – Conclusion	74

CHAPITRE IV	Cadre conceptuel	78
4.1 – À la recherche d’un cadre conceptuel qui donne accès au terrain		78
4.2 – Concepts et composantes pour la construction du cadre conceptuel préliminaire		81
4.2.1 – Pôle épidémiologique		82
4.2.2 – Pôle socio-anthropologique		83
4.2.3 – Le contexte socio-organisationnel d’utilisation des services de santé		84
4.3 – Cadre conceptuel préliminaire		85
CHAPITRE V	Choix méthodologique	90
5.1 – Choix de la stratégie de la recherche		90
5.2 – Respect des critères de rigueur scientifique		96
5.2.1 – Crédibilité (validité interne)		96
5.2.2 – Transférabilité (validité externe)		98
5.2.3 – Validité de construit (consistance interne)		100
5.2.4 – Imputabilité procédurale (fiabilité externe)		101
5.3 – Choix des deux villages		102
5.4 – Sélection des participantes		103
5.5 – Déroulement de la recherche		106
5.6 – Entrée sur le terrain		108
5.6.1 – Réarrangements méthodologiques		110
5.6.2 – Formation des enquêteurs et des guides communautaires et prétest des outils de collecte de données		112
5.7 – Méthode de collecte des données		114
5.7.1 – Les entrevues semi-structurées		115
5.7.2 – Les observations directes et indirectes		117
5.7.3 – Les données secondaires		117
5.7.4 – Les groupes de discussion		118
5.8 – Analyse des données		120
5.9 – Pertinence de l’étude, éthique et échéancier		122
5.10 – Mérites de la stratégie de recherche		124
5.11 – Contraintes de la stratégie de recherche et difficultés rencontrées		126

CHAPITRE VI	Résultats	127
6.1	– Profil des femmes	127
6.1.1	– Caractéristiques socio-démographiques	127
6.1.2	– Caractéristiques de la famille Sénoufo et statut de la femme	130
6.1.3	– Revenu des femmes et de la famille	133
6.2	– Symptomatologie et diagnostic	136
6.2.1	– La fièvre	137
6.2.2	– Les vomissements	139
6.2.3	– Les maux de ventre, diarrhée, constipation	140
6.2.4	– Coloration des yeux, des urines et des vomissures	141
6.2.5	– Sensation de soif intense	142
6.2.6	– Les autres signes	142
6.3	– Les différentes formes du soumaya	143
6.4	– Modèles explicatifs et interprétatifs du soumaya	144
6.4.1	– Les origines	145
6.4.1.1	– Origines acquises	145
6.4.1.1.1	– La pluie	146
6.4.1.1.2	– Les moustiques	148
6.4.1.1.3	– Les eaux sales	150
6.4.1.2	– Origine congénitale	150
6.4.1.3	– Dieu	151
6.4.2	– Les causes immédiates	152
6.4.2.1	– Les aliments	153
6.4.2.2	– Le soleil (et les autres sources de chaleur)	159
6.4.2.3	– L’harmattan	161
6.4.2.4	– La pluie	161
6.4.2.5	– La constipation	162
6.4.3	– Origines et causes du soumaya par village et selon le statut socio-économique des mères	162
6.5	– Saisonnalité du paludisme simple tel que perçue par les femmes	163
6.5.1	– Saisonnalité du paludisme simple	163
6.5.2	– Saisonnalité de la présence des moustiques	166
6.5.3	– Saisonnalité des origines et causes du Soumaya	167
6.6	– Comportements de soins	168
6.6.1	– Traitement traditionnel	168
6.6.2	– Traitement moderne	170

6.6.2.1 – Fréquentation des structures de santé modernes	170
6.6.2.2 – Les raisons de non-fréquentation des structures de santé par les femmes	170
6.6.2.3 – L'utilisation des médicaments modernes	175
6.6.3 – Comportements de soins selon les villages et le statut de la femme	178
6.7 – Canaux de communication et de sensibilisation	179
CHAPITRE VII Discussions	180
7.1 – Diagnostic du paludisme simple par les mères	180
7.2 – Les différentes formes du paludisme	183
7.3 – Traitement du paludisme	184
7.4 – Définition de la prise en charge	184
7.5 – Écart entre le modèle épidémiologique et les modèles interprétatifs traditionnels du paludisme	185
7.6 – Sens et valeur des facteurs déterminants dans la prise en charge du paludisme simple	189
7.6.1 – Scolarisation de la femme	190
7.6.2 – Les autres formes d'exposition aux connaissances modernes	194
7.6.2.1 – Le séjour des femmes dans les grandes villes	195
7.6.2.2 – Présence de structures et d'intervenants socio-sanitaires	196
7.6.2.3 – L'éloignement du ménage de la grande famille	198
7.6.2.4 – Le niveau de scolarisation et d'exposition aux connaissances modernes du mari ou son exposition culturelle	203
7.6.3 – Place du mari dans la grande famille	204
7.6.4 – Canaux de communication du système moderne de santé	204
7.6.5 – Expériences antérieures en matière de paludisme	205
7.6.6 – Niveau d'occupation et place de la femme dans la famille	206
7.7 – Cadre théorique définitif	208
Conclusion et recommandations	213
Bibliographie	
Annexes	

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux 1 et 2	Profil des femmes de Pimpéréna et de Bougola-Hameau	126a et 126b
Tableaux 3 et 4	Origines et causes immédiates du paludisme passage par passage et selon les saisons	146a et 146b
Tableau 5	Explications et niveau de croyance des femmes sur les moustiques	150a

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1	Carte de la république du Mali	i
Annexe 2	Carte de la région de Sikasso	ii
Annexe 3	Trépied classique : agent-vecteur-hôte	iii
Annexe 4	Processus pour rencontrer les autorités du village	iv
Annexe 5	Étapes et scénario de collecte des données	vi
Annexe 6	La grille de synthèse	vii
Annexe 7	Le guide d'entrevue	x
Annexe 8	Organisation des données et étapes d'analyse	xx
Annexe 9	Échéancier	xxiii

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CMDT	Compagnie malienne pour le développement des textiles
CSA	Centre de santé amélioré
CSCoM	Centre de santé communautaire
DEAP	Département d'Épidémiologie des Affections Parasitaires
IAMANEH	Association internationale pour la santé de la mère et du nouveau-né
IEC	Information, éducation et communication
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations non gouvernementales
<i>PF</i>	<i>Plasmodium Falciparum</i>
SMI	Santé maternelle et infantile
USA	États-Unis d'Amérique
ZAER	Zone cotonnière d'activités économiques rurales

Dédicace

Je dédie cette thèse à :

Ma très chère maman, qui m'a accompagnée du fond du cœur toutes ces années. Je lui dois tout.

Mamadou Billo Diallo, mon mari, mon confident, mon soutien au quotidien. Ce travail est aussi le tien, toi qui as dû supporter mes nuits d'insomnie et participer à la rédaction de cette thèse, sans compter la patience que tu as démontrée pendant toutes ces années. Je t'aime.

Mon papa, qui est décédé il y a des années et qui aurait été si fier de me voir présenter ce travail devant cette éminente assemblée.

Enfin, une pensée bien particulière va à feu Myryam Roger Petit-Jean pour ses sages conseils et pour m'avoir encouragée dans la démarche qui a conduit à l'élaboration de mon protocole de recherche.

Ce travail est l'aboutissement de nos désirs communs.

Remerciements

J'aurais bien voulu remercier nommément toutes les personnes qui ont contribué d'une façon ou d'une autre, de près ou de loin, à ce travail, mais cela risque de prendre beaucoup de place. C'est pour cela que je me permets de le faire sous des rubriques où chacun pourrait se reconnaître.

Je veux remercier tout d'abord mes directeurs de thèse, le D^r Pierre Fournier et le D^r André-Pierre Contandriopoulos, qui ont suivi avec intérêt le développement de ce projet et qui m'ont accompagnée pendant tout mon long parcours de candidate au doctorat en santé publique. Grâce à leurs commentaires, à leurs suggestions et à leurs encouragements, j'ai pu développer mes idées et y mettre de l'ordre, approfondir les arguments centraux de ma thèse et en améliorer l'expression. L'amitié et le soutien qu'ils ont su m'offrir en tout temps ont été un élément majeur dans les inévitables moments de découragement auxquels tout étudiant de doctorat est soumis. Jamais ce travail, dans sa genèse, dans son essence, dans sa consistance, n'aurait pu être mené à bien sans leur patience.

Je tiens à marquer ma sincère reconnaissance au D^r Thomas Nchinda, mon ami, mon père spirituel, qui m'a encouragée à entreprendre des études de doctorat. Je ne saurai jamais oublier la qualité de l'homme, de l'enseignant, de l'engagé que vous êtes. Vous avez su me transmettre cette ferveur extraordinaire qui vous anime. Aussi, je ne saurai jamais suffisamment vous remercier pour tout le soutien que votre famille et vous-même m'avez offert tout le long de ces années.

Je tiens à remercier très sincèrement M. Bibeau, le maître international incontesté de l'anthropologie, notamment en milieu africain. C'est un immense honneur de l'avoir comme examinateur interne de ma thèse. Ce travail n'en aura que plus de valeur. J'ai du mal à me rendre compte que l'un des plus grands ethnologues de notre époque ait accepté de faire partie de mon jury. La référence qu'il est pour nous tous nous touche avant tout par sa profonde humanité.

Le moment est venu pour moi de rappeler au Pr Louis Bernard qu'il a été le premier à me donner un cours de méthodologie de recherche en Guinée dans des conditions bien difficiles en 1986. Comme quoi il peut apprécier les résultats de son œuvre. Je ne saurai jamais suffisamment le remercier pour m'avoir encouragée dans la démarche qui a abouti à la réalisation cette thèse et pour avoir accepté d'en être l'examineur externe.

À M. Gilles Dusseault et M^{me} Monique Dusseault, pour l'amitié et le soutien qu'ils ont su en tout temps m'offrir durant les moments difficiles passés très loin de mon pays et des miens. Vous avez su me faire partager vos valeurs essentielles, et je vous en suis sincèrement reconnaissante.

À M^{me} Hélène Delisle, représentante du doyen de la faculté, dont l'engagement envers la formation des étudiants africains et le dévouement pour leur réussite forcent l'admiration de tous. Je voudrais ici lui exprimer toute ma reconnaissance et mes vifs remerciements.

Je voudrais aussi remercier très sincèrement le D^r Kandjoura Dramé et le D^r Mohamed Sylla pour m'avoir encouragée et soutenue dans la démarche qui a conduit à ce projet. Sans leur soutien, cette thèse n'aurait jamais vu le jour. Je leur suis reconnaissante.

Je ne peux évidemment pas oublier le Pr Ogobara Doumbo, qui m'a aidée à élaborer et à améliorer mon travail et qui en a assuré la supervision durant toute la période de collecte des données. Je voudrais ici lui exprimer toute ma reconnaissance et mes vifs remerciements.

C'est aussi grâce au concours de Mariam Koné et de Moussa Diallo, qui m'ont servi d'enquêteurs, que j'ai pu collecter les données nécessaires à la réalisation de cette thèse. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma sincère gratitude. Mes remerciements vont aussi à mes très chers et dévoués guides communautaires et au personnel du centre de santé de Bougoula-Hameau et de Pimpéréna, qui m'ont aidée dans la collecte des données. Que les familles Koné, Diarra et tous les amis de Sikasso trouvent ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour leur accueil chaleureux.

À mes sœurs, à mes frères, les villageoises et villageois de Pimpéréna et de Bougoula-Hameau : vous êtes la raison même de ce travail. L'accueil fraternel que vous m'avez réservé allait bien au-delà de mes espérances. Que Dieu vous bénisse. Je prie pour que les quelques réflexions ici apportées puissent contribuer à l'amélioration des conditions de vie dans vos villages.

L'impression et le conditionnement de cette thèse ont pu se faire grâce à M^{me} Laurraine Trudeau, à Mike Bénigéri, à Cellou Diallo et à Scott Geoffroy. Qu'ils trouvent ici l'expression de toute ma reconnaissance.

Je tiens à marquer ma sincère reconnaissance à mon grand frère, Mamadou Saliou, qui a été mon ami, mon père, ce père qui à bien des moments a su combler l'absence de notre papa

décédé. Jamais je n'aurais pu atteindre ce niveau d'éducation s'il ne nous avait pas donné le bon exemple.

À mes sœurs, Aïssatou Tidiane, Ousmane Afia, Diouhaïratou, et à mes frères, Abdourahamane, Mohamed et leur famille (Alpha, Junior, Aboul Maaly, Fawzia, Khadidja, Saïkou Ahmadou Tidiane, Rama et Tidiane), pour les multiples sacrifices que vous avez acceptés, afin que ce travail se réalise. Je vous remercie du fond de mon cœur. C'est aussi l'occasion de remercier ma sœur Aïssatou Diop et mon beau-frère Housséinou Diop pour leur générosité.

Ma profonde gratitude va au D^r Bindi Ouaba, à la famille Klein (Ruth, Jean, Binta-Viviane et Raphael), à Boukar Thiam, au D^r Fatoumata « Toufa » Baldé, à M. Arouna et à Hassatou « Nénéen » Diallo, qui ont su me soutenir, me protéger et me défendre. Vous resterez toujours gravés dans mon cœur.

Je remercie particulièrement mon oncle Chérif, son épouse tantie Safiatou, M. Habib Diallo et son épouse d'être venus assister à la soutenance de cette thèse. À travers eux, je voudrais remercier tous mes frères, cousins, oncles, sœurs, parents, amis, collègues et compatriotes pour leur soutien moral.

Je n'oublie pas tous ceux qui, de façons diverses, m'ont apporté leur soutien au cours de mes études. Je pense plus particulièrement au D^r Yéro-Boye Camara, à M. Gassama A.K., à M. Thomas Curtis, à M. Christian Sow, à M. Issa Baldé, à M^{lle} Kadiatou Barry, à M^{me} Hawa Barry, à M^{lle} N'dèye Mata Senghor, à M^{me} Marliétou-B. N'Dèye Diallo, à M. Koné Félix-Y., à M. Claude Lescan, à M^{me} Hermance Julien, à M. Gilles et M^{me} Yvette Caron, à toute la famille Saucier, à D^r Paul Bouvier, à M^{me} Inger Roger, à M. Yvo Nuyens et à tous les membres du conseil d'administration et du secrétariat de COHRED à Genève.

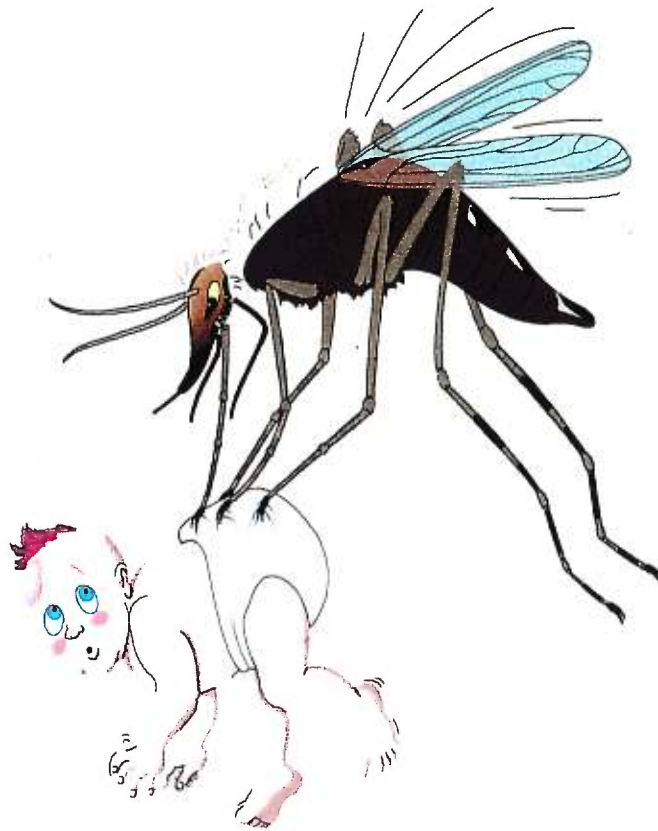
Cette recherche ainsi que ma formation doctorale ont bénéficié des appuis financiers et techniques du TDR/OMS et du programme Mali-Suisse. C'est donc l'occasion de remercier encore une fois le D^r Nchinda Thomas, le D^r Robert Cazal-Gamelsy, le D^r Benoît Karambiri et le D^r Éric Burnier.

Ma reconnaissance va également aux membres de mon comité de suivi, à Louise Potvin, à Lise Goulet et à tous mes professeurs, qui n'ont ménagé aucun effort pour m'encadrer durant mes études. Mes remerciements vont aussi au personnel des départements de médecine sociale et préventive, de l'administration de la santé et de l'unité de santé

internationale, particulièrement à : Linette Cohen, Nicole Sabbagh, France Pinsonnault, Lison Dufresne et Monique Rompré.

Je remercie également tous mes collègues étudiants, dont le soutien amical m'a été très précieux dans le déroulement de mes études et de ma recherche. Vous avez été ma deuxième famille. Que Dieu vous accompagne dans vos projets, et que l'avenir dans vos pays réponde à vos attentes. Je remercie plus particulièrement Pascal Leroux, Marie Asmar, Maria Garcia, Akpa Raphaël Gbary, Avocksouma Djona, Ahmed Koné, Soumaila Laye Diakité, Linda Cazale, Nima Machouf, Robert Cazal-G, Hawa Sissoko et Sylvie, pour ne citer que ceux-là.

Mes remerciements vont également à tous le personnel du ministère de la Santé de Conakry, particulièrement à celui du BEPR, de la Direction régionale de la santé de Sikasso, du programme santé Mali-Suisse et de l'École de médecine de Bamako, et à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de cette thèse.



« Soso be Soumaya la se demma »

INTRODUCTION

Le paludisme reste, de nos jours, encore un problème de santé publique grave en Afrique, au sud du Sahara. Il constitue une des premières causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans et une des principales causes de l'anémie chez les femmes enceintes (OMS, 1996). Des facteurs éco-climatiques, démographiques et météorologiques font que la transmission du paludisme est intense sur de très vastes zones africaines. L'évaluation de la situation à travers le monde montre que c'est l'Afrique qui connaît le niveau d'endémicité le plus élevé, où le paludisme touche environ 400 millions d'habitants (OMS, 1996). La maladie de son caractère est potentiellement grave en raison mortelle dû au *Plasmodium Falciparum* (PF), qui est l'espèce la plus commune dans les zones de forte endémicité. Dans ces zones, environ 30 % des épisodes fébriles parmi les patients ambulatoires sont attribuables au paludisme. Les cas mortels sont concentrés chez les enfants de moins de cinq ans. Des taux de létalité de 10 à 30 % parmi les enfants hospitalisés pour paludisme grave en zone urbaine pourraient être supérieurs en zone rurale, où l'accès à un traitement approprié est limité. Compte tenu des estimations relatives à la morbidité, on pourrait s'attendre à ce que la mortalité liée au paludisme se situe entre 1,4 et 2,6 millions par an, dont un million de décès chez les enfants de moins de cinq ans. Même lorsqu'il n'est pas mortel, le paludisme met gravement en danger la santé des enfants africains, provoquant des séquelles neurologiques, les rendant plus vulnérables aux infections et compromettant leur développement. Aussi, le paludisme accroît notamment les risques d'anémie chez la mère, d'avortement, de mortinaissance, de prématurité et de faible poids du nouveau-né, lorsqu'il survient au cours de la première grossesse. Chez la femme enceinte non immune, le risque d'avortement spontané peut atteindre 60 % et celui de décès maternel 10 %, dans les cas d'infection par paludisme à *Plasmodium Falciparum* (OMS, 1996).

Pour vaincre le paludisme, différentes stratégies ont été adoptées : les unes orientées vers la lutte contre le parasite et les manifestations de la maladie par la chimiothérapie et par la prophylaxie, alors que les autres stratégies tentent d'éliminer l'agent vecteur. Malgré la croissance des ressources affectées au système de soins et en dépit des progrès de la médecine moderne dans toutes les disciplines qui se sont intéressées au paludisme et à son vecteur (épidémiologie, biologie, entomologie, thérapeutique clinique, etc.), la morbidité et la mortalité par paludisme sont encore importantes au sein des populations africaines au sud du Sahara, surtout chez les enfants de moins de cinq ans. De grandes interventions, telles que la campagne d'éradication entreprise en 1958, se sont soldées par un échec dans la majorité des pays d'endémie : le vaccin (attendu depuis si longtemps) se heurte à des difficultés, et la situation reste dominée par l'augmentation de la chimiorésistance du PF en Afrique. Dans

certaines pays, on a même démontré que le développement de la résistance parasitaire à la chloroquine s'accompagne d'un accroissement de l'incidence du paludisme grave et de la prévalence de l'anémie chez les très jeunes enfants (OMS, 1996).

Depuis 1992, à la suite de la conférence interministérielle sur le paludisme, la communauté internationale a recommandé des principes de lutte mondiaux comprenant une recherche et trois stratégies de lutte, qui sont : la prise en charge systématique et rapide des cas de paludisme-maladie, la chimioprophylaxie des groupes cibles et la réduction du contact homme-vecteur par l'utilisation de moustiquaires ou d'autres supports imprégnés d'insecticide (OMS, 1992). Concernant la prise en charge des cas, en 1993, le groupe OMS d'études sur la mise œuvre a souligné qu'un diagnostic rapide et un traitement approprié de la maladie devraient constituer un élément de base de tous les programmes nationaux de lutte antipaludique. Il a donc recommandé ceci :

Devant un malade dont les antécédents cliniques et les symptômes font suspecter un paludisme, principalement la fièvre, il faut procéder au traitement sans délai. Le diagnostic de laboratoire sert essentiellement à guider les soins cliniques et il est souhaitable en cas d'échec thérapeutique ou de forme grave. *Les cas de paludisme doivent donc être essentiellement définis sur la base de la symptomatologie* et la surveillance doit porter en priorité sur les cas graves, compliqués ou mortels. (OMS, 1996)

Cependant, les paludologues avaient démontré que, dans les zones à transmission saisonnière (comme Sikasso), la fièvre, considérée comme le symptôme maître de l'expression clinique du paludisme, a une valeur prédictive positive de la maladie, qui diffère considérablement selon les saisons. Ainsi, si ce symptôme n'est pas mis en relation avec la période de haute transmission, il n'est pas spécifique au paludisme. Cette situation a conduit les paludologues à la prise en compte des *facteurs éco-épidémiologiques* des régions dans le processus de prise en charge du paludisme. La recommandation a été ainsi améliorée, et il a été demandé à chaque pays de l'adopter en fonction du profil éco-épidémiologique et de tenir compte de la composante « saison » s'il se trouve dans une zone à transmission saisonnière du paludisme. Dans l'application de ces principes mondiaux de lutte contre le paludisme, la prise en charge a été définie comme étant une stratégie qui comprend :

- le diagnostic précoce des cas de paludisme;
- le traitement correct, c'est-à-dire :
 - application du schéma standardisé (ou ordinogramme) de la politique nationale;
 - posologie appliquée en fonction du poids ou de l'âge;
 - durée minimale de trois jours (pour la chloroquine);
- l'identification rapide des signes de complication et la prise de décision rapide de référence;
- le suivi et la référence au bon moment et au bon endroit;
- le monitoring des séquelles neurologiques postcrise pernicieuse.

À partir de l'expérience professionnelle vécue au ministère de la Santé guinéen pour la mise en œuvre du programme de lutte contre le paludisme dans le cadre d'un large programme national des soins de santé primaires, il a été possible de constater que, malgré les gros efforts consentis pour lutter contre le paludisme, l'application des stratégies recommandées par l'OMS se heurte à de nombreuses difficultés. Pourtant, ces stratégies visent à réduire la mortalité et la morbidité palustre sur trois fronts essentiels : traitement, prévention de la maladie et contrôle du vecteur avec comme cibles prioritaires les populations les plus vulnérables, à savoir les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Le programme national de lutte contre le paludisme a été *repensé pour rendre opérationnel ces stratégies*. Déjà, depuis l'adoption de la stratégie des soins de santé primaires (SSP) en 1978, d'importantes ressources ont été consacrées au *développement des services de santé préventifs et curatifs jusqu'aux villages, avec fourniture des médicaments essentiels pour lutter contre le paludisme chez les femmes enceintes et les enfants*.

Également, dans tous les pays où sévit le paludisme, les intervenants socio-sanitaires nationaux et internationaux consacrent une part importante de leur budget aux activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) auprès des familles, à travers des programmes de sensibilisation/promotion pour que leur comportement soit modifié. *Le but ultime de toutes ces interventions vise à ce que les communautés intègrent et s'approprient aussi bien les programmes de lutte que les structures et les services de soins mis à leur disposition pour leur meilleure utilisation afin de réduire la mortalité et la morbidité par paludisme*. Or, l'examen de ces stratégies de lutte contre le paludisme permet de constater que :

- en général, les données de base qui ont permis de les bâtir proviennent des connaissances découlant de l'épidémiologie, de la clinique, de l'efficacité des technologies et des médicaments, de la structure des services de santé, de la logique et de la capacité financière;
- ces stratégies ont été pensées dans le but d'améliorer l'accessibilité et la disponibilité des services ainsi que l'équité, qui vont faire augmenter l'utilisation des services, notamment par les individus et par les ménages désavantagés;
- les recherches menées afin d'expliquer les causes d'échec d'implantation de ces programmes privilégient la vision des professionnels de la santé par rapport aux autres acteurs. Les responsables évoquent souvent des contraintes de temps comme prétexte les empêchant d'entreprendre des recherches en profondeur;
- *les communautés n'ont été associées à aucune étape du processus de définition et de mise en œuvre de ces stratégies*.

Il découle de ces remarques que, d'une part, ce type d'intervention repose sur le raisonnement épidémiologique, qui consiste à dire qu'à partir du moment où, empiriquement, un complexe nosologique est identifié, il suffit d'agir sur lui pour corriger ses effets sur la santé. Il s'agit alors d'une extrapolation dans le domaine social (efficacité de population) de l'approche expérimentale (efficacité clinique ou d'essai), cette dernière étant au centre de l'activité scientifique dans le domaine des sciences de la vie. D'autre part, les responsables étant convaincus des bien-fondés de la médecine moderne, leurs préoccupations socio-sanitaires, dans l'exécution des stratégies de lutte contre le paludisme, sont si fortement orientées vers l'offre des services médicaux que ceux-ci tendent à ignorer le contexte socioculturel qui influence la demande et l'utilisation effective des services de santé. *Les responsables sanitaires considèrent qu'avec tous les dispositifs sanitaires mis en place, il est possible de changer les représentations de la maladie qu'ont les populations pour favoriser des attitudes préventives et curatives conformes aux connaissances biomédicales.*

Dans ce cas, il s'agit d'un véritable « coup de force théorique » (Drulhe, 1997) qui veut imposer l'idée que :

- seule l'expérimentation est porteuse de connaissances scientifiques;
- les catégories utilisées pour apprécier les facteurs de risque et pour lutter contre la maladie sont des « faits objectifs » et donc universelles;
- le comportement humain et l'organisation sociale qui en découle sont régis par des lois de causalité relativement simples.

Le fait de partir de cet ensemble *de postulats, relevant du positivisme*, fait que les connaissances, les savoirs et le comportement de la population en matière de paludisme sont négligés par les concepteurs des stratégies et des programmes de lutte contre le paludisme. *Les croyances des communautés sont ainsi méconnues.* Aussi, les mécanismes que ces communautés mettent en œuvre, lorsque leurs croyances sont confrontées à ces informations biomédicales susceptibles de les invalider, ne sont pas cernés. Par ailleurs, réceptrices de ces programmes, ces mêmes communautés ne sont pas impliquées par les intervenants sanitaires dans le processus de leur mise au point. La non-prise en considération de ces aspects fait que la population se trouve souvent confrontée à des interventions ayant pour objectif d'influencer ses pratiques traditionnelles, ce qui pourrait remettre en cause toutes les structurations fondamentales de la communauté en la matière. Ne se retrouvant pas dans l'approche biomédicale proposée, la communauté rejette souvent les stratégies de lutte contre le paludisme. Il serait alors pertinent de se poser les questions suivantes :

- *Le système de santé connaît-il son partenaire : la population?*

- *La population se retrouve-t-elle dans les stratégies de lutte contre le paludisme, telles qu'elles sont appliquées?*
- *Comment créer une dynamique entre le système de santé et le milieu social traditionnel, pour que la communauté intègre réellement les connaissances épidémiologiques sur le paludisme et accepte les recommandations du programme de lutte contre le paludisme pour sa meilleure prise en charge?*

Répondre à ces interrogations, c'est reconnaître l'importance de prendre en compte, dans la conception des stratégies de lutte contre le paludisme, tous les éléments du milieu qui constituent l'environnement des services de santé et des structures de recherche. Par ailleurs, cela permet de comprendre la nécessité de concevoir des recherches qui associent les connaissances « populationnelles » à la réflexion sur les stratégies de lutte contre le paludisme. C'est dans cette perspective qu'on s'est intéressé à la question et que cette étude sur la prise en charge rapide des cas de paludisme a été initiée.

Cette recherche s'inscrit dans le cadre des études interdisciplinaires qui tendent à combler l'écart entre l'épidémiologie et les aspects socioculturels du paludisme pour sa meilleure prise en charge. La problématique consiste à démontrer la contribution des représentations et des interprétations du paludisme par les femmes et l'influence de leur environnement familial dans la prise en charge de la fièvre présumée palustre des enfants vivant dans une zone où la transmission du paludisme est saisonnière. Une confrontation entre les visions moderne et traditionnelle du paludisme simple, quant aux modèles explicatifs et à la prise en charge des cas de fièvre présumée palustre par les mères, est réalisée. *Le but de la démarche est de comprendre les raisons pour lesquelles la prise en charge des cas de paludisme rencontre autant de difficultés dans son application, afin de dégager des recommandations pour améliorer la participation des communautés dans sa mise en œuvre.*

Cette recherche est focalisée sur la stratégie de prise en charge rapide des cas de paludisme parce que, d'une part, au stade actuel, c'est la stratégie qui est la plus directement liée à la survie des enfants de moins de cinq ans, tranche d'âge la plus vulnérable quant à la mortalité. D'autre part, pour que la lutte contre le paludisme basée sur la réduction du contact homme-vecteur soit adoptée par la communauté, il faut qu'il y ait une prise en compte des moustiques dans leur modèle explicatif du paludisme, première étape de la prise en charge. La problématique comprend deux parties :

- La première partie cherche à comprendre le processus d'identification par les femmes du paludisme simple, de ses causes et de ses origines, à reconstruire leur modèle explicatif et à évaluer le rôle de certains facteurs déterminants dans cette construction étiologique. Au début de l'étude, l'intérêt était porté sur cette seule partie parce qu'*il était estimé que les modèles explicatifs de l'apparition de la fièvre palustre détermineraient, en très grande partie, le comportement des mères dans le traitement de leurs enfants*. La position prise rejoignait celle de Crozier et de Friedberg (1977), qui ont démontré que la solution d'un problème dépend de la façon dont il aura été défini selon la rationalité qui s'appliquera; une fois cette définition adoptée, l'orientation de la décision aura déjà été très fortement structurée. Cependant, dès que la collecte des données sur le terrain a été entamée, nous avons vite constaté que, si les modèles explicatifs de la mère sont à la base du processus de prise en charge (c'est-à-dire les interprétations et les appréciations de la fièvre pour conclure qu'elle mérite une attention et des soins : le début du processus), le comportement subséquent pour l'obtention de traitements pour l'enfant dépend aussi du contexte familial dans lequel évolue la femme. C'est ainsi que la problématique a été élargie pour avoir une vision plus complète du problème de la prise en charge. En effet, le processus qui conduit au recours de soins se fait en trois étapes et dans un ordre séquentiel : les étapes interprétative, décisionnelle et de recherche de soins (Fournier et Haddad, 1992). Un certain nombre de variables ont des effets distincts à chacune des séquences, alors que d'autres variables agissent aux trois niveaux.

- La deuxième partie observe *le processus d'acquisition des soins* pour les enfants, les différents comportements adoptés par les mères pour soigner leurs enfants malades de paludisme simple et les facteurs qui déterminent ces comportements.

Les composantes de la stratégie de prise en charge dans sa vision très technique, telle que définie par l'OMS, présupposent que, pour des résultats escomptés, la famille doit :

- faire une reconnaissance du paludisme-maladie au moins symptomatologiquement, surtout en période de haute transmission;
- avoir une explication des causes et des origines de la maladie telle que définie par les paludologues, c'est-à-dire en impliquant les moustiques et la saison dans l'apparition de la maladie. Ainsi, la famille doit faire le lien entre le vecteur et la saison dans l'apparition et dans l'aggravation de la maladie, dans les zones à transmission saisonnière;
- faire un traitement rapide et correct de la maladie, tel que défini par l'OMS.

Le présent travail cherche à décrire et à comprendre certains de ces aspects au niveau communautaire, pour mieux saisir l'écart entre les mesures prescrites par la stratégie de lutte

contre le paludisme basée sur la prise en charge correcte et rapide des cas et le comportement des femmes au niveau communautaire devant un présumé paludisme simple de leurs enfants.

Cette problématique dépasse le simple cadre guinéen : il s'agit d'un questionnement sur la prise en charge qui préoccupe les intervenants sanitaires de la majorité des pays d'endémie, où le paludisme constitue encore un problème majeur et où cette stratégie de lutte est en vigueur. Cette recherche est menée en milieu rural Sénoufo à Sikasso, au Mali, pour des raisons de faisabilité et de disponibilité de données de base épidémiologiques et anthropologiques fiables sur le paludisme. La prise en compte de ces éléments par les autorités politico-sanitaires pourrait aider à mieux cibler les interventions sanitaires à venir pour une meilleure prise en charge du paludisme simple des enfants de moins de cinq ans et à réduire le taux de mortalité dans cette tranche d'âge, la plus vulnérable.

CHAPITRE I CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Le Mali est un pays de l'Afrique de l'Ouest qui s'étend sur une superficie de 1 240 000 km², pour une population de 9 600 000 habitants (estimation pour l'année 1996 calculée à partir du recensement de 1987). C'est un vaste pays enclavé, ayant des frontières avec l'Algérie, le Niger, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Sénégal et la Mauritanie. Il comprend trois zones géographiques bien distinctes : une soudanienne, une sahélienne et une zone saharienne-désertique (voir la carte à l'annexe 1).

De nombreuses études effectuées par le Département d'Épidémiologie des Affections Parasitaires (DEAP) de l'École de médecine et de pharmacie (Touré, 1979; Koïta, 1988; Dombia, 1989; Doumbo, 1992; Dicko, 1995) montrent que l'épidémiologie du paludisme varie considérablement des zones de savane aux zones sahélo-désertiques, en passant par le milieu urbain et périurbain. Ainsi, de ces trois contextes éco-climatiques, Doumbo (1992) identifie cinq faciès épidémiologiques du paludisme pour le Mali, à savoir :

- une *zone de savane à transmission saisonnière longue* de quatre à six mois, correspondant à la zone soudanienne (faciès soudanien);
- une *zone de transmission saisonnière courte, inférieure* à quatre mois, correspondant à la zone du Sahel encore appelée zone sud-saharienne (faciès sahélien). Elle comprend la zone inondée, la zone exondée et la zone des falaises;
- une *zone de transmission sporadique correspondant au Sahara* (faciès saharien);
- des *zones de transmission bi-plurimodale* comprenant le delta intérieur du fleuve Niger et les zones de barrage : Sélingué, Manatali et Markala;
- des *zones peu propices à l'impaludation* : les milieux urbains (les eaux non limpides n'étant pas propices à la ponte des anophèles).

Etant donné l'importance du paludisme dans le pays, le gouvernement a mis en œuvre un programme national de lutte contre le paludisme et une déclaration politique en la matière. *Ce programme, très biomédical, repose sur deux éléments fondamentaux : un diagnostic efficace et un traitement adéquat.* Le traitement précoce et correct aurait pour effet de réduire la durée de la maladie (guérison rapide), de prévenir l'apparition de complications (neuropaludisme) et d'éviter la grande majorité des décès dus au paludisme.

La lutte contre le paludisme doit être menée dans un contexte de soins de santé primaires, et le lieu privilégié est le district. Au Mali, le district est, au niveau de l'administration régionale, l'unité périphérique la plus dotée de pouvoirs et de responsabilités étendus. Cette

unité est dénommée cercle au Mali (sous-préfecture en Guinée, comité en Chine, district au Kenya, en Malaisie ou Upazilla et au Bangladesh, etc.). La déclaration de la politique nationale de lutte contre le paludisme-maladie au niveau du cercle (district) englobe deux options ayant chacune ses composantes :

- Première option : une politique de prise en charge dans les formations sanitaires. Il s'agit de soins en dehors du domicile. L'activité principale de la lutte est le traitement après diagnostic, afin de raccourcir la durée de la maladie et de prévenir une complication ou un décès. Dans le cas du paludisme simple, les pourvoyeurs de soins (les prescripteurs) comprennent les agents de santé villageois, les agents de santé communautaires, les pharmaciens, les infirmiers et les médecins, selon le site de soins.
- Deuxième option : une politique de soins à domicile. Le domicile familial est le lieu où le plus grand nombre de cas de fièvre s'observe rencontre parmi les enfants de zéro à cinq ans. *Or, seule une infime partie de ces cas de fièvre arrive au niveau des structures sanitaires.* Cette situation nous amène à évoquer le phénomène de la partie visible de l'iceberg. Il serait difficile d'apprécier la mortalité et la morbidité chez ces enfants malades ou morts de paludisme avec le système actuel de soins dans les formations sanitaires classiques. La décision d'inclure cette politique de prise en charge domiciliaire dans le programme est motivée par les avantages qu'offrirait cette politique : un diagnostic précoce du paludisme et un coût moins élevé de la prise en charge. Le gouvernement reconnaît les inconvénients liés à cette politique, tels que la posologie subcurative des antipaludiens et le retard dans la demande de soins en dehors du domicile. Il les a pris en considération dans son programme. Il compte les résoudre par une IEC aux mères et aux personnes influentes au niveau de la famille. Les soins à domicile sont définis comme étant le diagnostic précoce du paludisme, le traitement approprié et les conseils-orientation. Les critères utilisés pour le diagnostic à domicile seront ceux du diagnostic populaire, à savoir :
 - la notion de corps chaud constaté par la mère au cours des dernières 24 à 48 heures;
 - le pourvoyeur de soins à domicile est la mère ou toute autre personne ayant la charge d'élever l'enfant.

La politique recommande la chloroquine comme antipaludéen de première intention pour la prise en charge à domicile. La chloroquine doit être administrée selon la posologie officielle. Les sources d'approvisionnement de la chloroquine peuvent être les pharmacies villageoises, les agents de santé, les dépôts de médicaments autorisés (commerçants) ou les organisations non gouvernementales (ONG) du secteur.

Le programme accorde une importance égale aux deux options prioritaires, qui sont les soins dans les formations sanitaires périphériques et les soins à domicile.

1.1 LA RÉGION DE SIKASSO

La recherche s'est déroulée dans deux villages (Bougoula-Hameau et Pimpéréna) du cercle de Sikasso, capitale de la région. Troisième région administrative du Mali, Sikasso est limité au nord par la région de Ségou, au sud par la république de la Côte d'Ivoire, à l'est par le Burkina Faso, au sud-ouest par la République de la Guinée et au nord-ouest par la région de la Koulikoro (voir carte à l'annexe 2). La région de Sikasso se situe à l'extrême sud du pays et jouit d'une position privilégiée étant donné sa situation aux frontières de ces trois pays, qui la place sur les grandes voies d'accès au reste du Mali.

Sur le plan démographique, le sud du Mali se démarque des autres zones du pays par sa densité relativement plus importante, avec une moyenne de 16 habitants, contre 3,5 à 4 habitants/km² au niveau national. La région est également caractérisée par la diversité de ses ethnies et par le mode de leur distribution par cercle. Malheureusement, très peu de documents parlent de l'histoire du peuplement de la région. Le territoire de Sikasso a été dominé au 19^e siècle par deux empires : l'empire Kéné Dougou et celui de Samory Touré. Ces deux empires ont dû opposer leur résistance à la pénétration coloniale. Le cercle de Sikasso est en majorité Sénoufo, à l'instar des Minyanka, qui sont prédominants dans le cercle de Koutiala. Les Bobo occupent surtout le cercle de Yorosso. Les Gana, les Bambara et les Peul se répartissent dans le cercle de Bougouni. Dans la région, beaucoup d'autres mouvements, non moins importants, ont eu lieu pour des raisons diverses : recherche de terres de culture, relations d'alliance et matrimoniales, trafic de personnes, fuites liées aux travaux forcés, etc.

Du point de vue du climat, la région de Sikasso s'étend en exclusivité sur une zone humide et subhumide, comprise entre les isothermes 750 mm au nord et 1 400 mm au sud. Elle se divise suivant deux ensembles climatiques : les zones soudanienne humide et guinéenne, toutes deux étant des zones à transmission saisonnière du paludisme longue de quatre à six mois.

- *La zone soudanienne humide* couvre le nord de la région, entre les isothermes 750 mm au nord et 1 159 mm au sud. La température moyenne annuelle y est de 27°C. Elle connaît deux saisons :
 - une saison sèche, qui comprend elle-même une période fraîche et venteuse (l'harmattan) de décembre à janvier et une période chaude de février à avril;

- une saison pluvieuse et humide, de la fin avril à novembre, pendant laquelle il tombe en moyenne 300 mm d'eau en 75 jours de pluie.
- La zone guinéenne occupe environ les deux tiers de la région, entre les isothermes 1 160 mm au nord et 1 400 mm au sud. Elle connaît une saison sèche et une saison pluvieuse. Les pluies s'étendent d'avril à octobre. La moyenne mensuelle dépasse 250 mm d'eau entre juillet et septembre. La température moyenne y est aussi de 27°C.

1.2 CERCLE DE SIKASSO

La circonscription administrative du cercle de Sikasso couvre une superficie de 19 340 km², soit 24 % de la superficie de la région de Sikasso, pour une population de 440 105 habitants, soit une densité de 22,76 habitants/km². Le cercle de Sikasso a été érigé en 1898, après la conquête coloniale. Chef-lieu de la région, le cercle de Sikasso occupe le sud-est de la république du Mali, entre les parallèles 11° et 12° nord et les méridiens 5°30 et 6°30 ouest. Il se trouve à 380 km au sud-est de Bamako. Il est limité au nord par le cercle de Koutiala, à l'est par le Burkina-Faso, à l'ouest par les cercles de Bougouni, de Kolondiéba et de Dioïla (région de Koulikoro). Le cercle a un modèle tabulaire caractéristique des pays latéritiques avec un relief peu marqué. Cependant, des collines se retrouvent dans la partie sud et ouest avec des côtes de 518 mètres entre Diessoba et Dérétou-Kouté. Le point culminant est de 768 mètres à Kangasso.

Le climat est de type soudanien humide. Il est caractérisé par une pluviométrie relativement abondante, avec des précipitations annuelles de 1 220 à 1 300 mm d'eau. On y compte deux saisons : une saison sèche allant de novembre à la mi-avril et une saison pluvieuse de la mi-avril à octobre. C'est un cercle peu arrosé malgré sa pluviosité abondante. Les cours d'eau sont tous de petits marigots, qui sont secs pendant une grande partie de l'année. Dans le cercle, il n'existe pas de lacs. Cependant, on y trouve quelques zones inondables, peu étendues et généralement taries de février à juin, mais qui répondent favorablement aux possibilités d'aménagement agricole. Il est classé parmi les zones à transmission saisonnière du paludisme particulièrement virulent (au début et à la fin de la saison des pluies).

En ce qui concerne le développement de la région, le cercle bénéficie de plusieurs appuis dans tous les secteurs, dont le plus important provient de la *Compagnie Malienne pour le Développement des Textiles* (CMDT). Celle-ci intervient dans le développement agro-pastoral par un encadrement des paysans (achat de la production de coton, alphabétisation, vulgarisation des techniques culturales, octroi de crédits agricoles et de matériel). Dans le

domaine socio-sanitaire, les partenaires de développement les plus actifs dans le cercle sont, entre autres :

- *l'Association internationale pour la santé de la mère et du nouveau-né (IAMANEH)*, qui a rénové, construit et équipé un centre de santé maternelle et infantile, les maternités de l'hôpital régional et les centres de santé de Bougoula-Hameau et de Kléla. Elle mène dans le cercle plusieurs activités de recherche;
- *le Projet danois pour les puits (KAMPIHL)*, qui contribue à l'approvisionnement en eau potable de la population (adduction d'eau au niveau de la commune);
- *le Projet d'appui santé Mali-Suisse*, qui couvre l'ensemble des cercles de la région. Il a pour but le développement de la santé par un appui institutionnel, notamment à la politique sanitaire décentralisée du pays;
- *l'Association Raoul-Follereau*, qui collabore à l'amélioration de la prise en charge des lépreux et à leur réinsertion sociale;
- *le Projet d'appui pharmaciens sans frontières*, qui préconise la mise en œuvre de la politique nationale du médicament.

1.2.1 *Données économiques*

Les données économiques comprennent les informations sur les voies et les moyens de communication, sur l'agriculture et l'élevage et sur le commerce dans le cercle de Sikasso.

a) Voies et moyens de communication

Le cercle est sillonné de routes d'intérêt national, régional et local. Le réseau routier est très dense, et le cercle est ainsi relié à plusieurs pays frontaliers. Les principaux axes routiers sont : Bougouni-Sikasso-Zégoua vers la Côte d'Ivoire (environ 300 km), Sikasso-Koutiala (130 km), ceux-ci étant bitumés et en très bon état, et l'axe Sikasso-Hérémakono vers le Burkina-Faso (48 km) qui est dans le cercle en terre battue.

Sikasso, capitale régionale et chef-lieu du cercle, ne pouvait recevoir que de petits avions bimoteurs et monomoteurs. La piste est plutôt délaissée depuis quelques années.

Quant aux télécommunications, Sikasso est relié à tout le réseau automatique national et international. La Direction régionale de la santé dispose d'une antenne radio permettant de communiquer avec les centres de santé des autres cercles et avec le ministère de la Santé.

b) Agriculture et élevage

Sikasso est un cercle à vocation agro-pastorale. Les principales productions touchent le coton, le mil, le sorgho, le maïs, le dah, le riz, l'arachide, le niébé, le sésame, le fonio, la pomme de terre, le piment, les arbres fruitiers (manguiers, goyaviers, bananiers, orangers,

citronniers, papayers, mandariniers, avocats, etc.). L'autosuffisance alimentaire est théoriquement atteinte.

L'élevage occupe une place importante dans les activités du paysan, qui élève des moutons, des chèvres, des boeufs et de la volaille (pintades, poulets, dindons).

c) Commerce

Étant donné la grande quantité de produits locaux, Sikasso constitue un centre d'échange et d'achat très important. Les produits d'importation comprennent les produits manufacturés, les pièces de rechange et les matériaux de construction. L'existence de cinq banques met en évidence le développement du commerce dans le cercle. Les principales usines de transformation sont : l'entreprise malienne de maintenance, deux usines d'égrenage de la CMDT, l'abattoir moderne de Sikasso, quatre boulangeries modernes, etc. Les techniques villageoises permettent la transformation des noix de karité en beurre, des graines de néré en « Soumbala » et des graines d'arachide en pâte. Le beurre de karité est utilisé dans l'alimentation et dans la fabrication du savon.

1.2.2 *Éducation*

Le cercle compte 101 écoles fondamentales, dont huit de second cycle, trois écoles de formation professionnelle (l'Institut pédagogique d'enseignement général, le Collège technique moderne et l'École des infirmiers de premier cycle) et une école secondaire d'enseignement général (le lycée de Sikasso). Le taux de scolarisation des garçons est de 23 % et celui des filles, de 15 % (selon les estimations de 1995 de la Direction régionale de l'éducation).

1.2.3 *Situation sanitaire du cercle de Sikasso*

Les données sur la situation sanitaire sont obtenues à partir des rapports statistiques compilés au niveau de la Direction régionale de la santé de Sikasso.

a) Situation épidémiologique

L'analyse des rapports de morbidité et de mortalité pour l'année 1994 des services de santé du cercle (DRS, 1994) fait ressortir les points suivants :

- Six affections ou symptômes constituent la cause de 73 % des consultations pour les enfants de moins de cinq ans. La fièvre isolée est la cause la plus fréquente des consultations pour ces enfants (30,3 %), suivie des toux et des infections respiratoires aiguës (20 %), de la diarrhée (6,9 %), des affections cutanées (6,7 %), de la malnutrition

(6,5 %) et des maladies infectieuses ou parasitaires (2 %). Après cinq ans, la diarrhée est une cause moins fréquente des consultations.

- Chez les enfants, la fièvre isolée représente 35 à 42 % des causes d'hospitalisation, selon les tranches d'âge.

Mortalité chez les enfants. quatre affections sont responsables de 73 % des cas de décès infantile et juvénile enregistrés par les services de santé :

- le paludisme (fièvre isolée ou avec convulsions 49,2 %);
- le tétanos (12,6 %);
- les diarrhées (9,2 %);
- la rougeole (5,3 %).

Ceci confirme les données de l'enquête Mali-Sud, qui montrent que le paludisme et les convulsions fébriles sont la première cause de mortalité juvénile et la deuxième cause de mortalité postnéonatale. La splénomégalie a été retrouvée chez 41 % (partie sud) et 50 % (partie nord) des enfants de neuf ans en novembre, contre 27 % et 20 % en février. Les accès fébriles sont surtout recensés dans les mois de novembre pour 28 % et 27 % des enfants, et, de février, pour 21 % et 8 % des enfants.

Fréquentation de la consultation curative. Le taux de fréquentation est de 9 % pour l'ensemble du cercle. Ce taux passe à 21,1 % dans les Territoires d'accès facile (TAF = à moins de 5 km d'un établissement de santé).

Activités préventives de santé maternelle et infantile. Le taux de suivi en prénatal est de 2,9 % (91,9 % dans le TAF). Le taux d'accouchements assistés est de 30 % (65,2 % dans le TAF).

b) Services de santé existants dans le cercle

Les établissements de santé du cercle sont les suivants :

- un hôpital de référence pour la région;
- cinq centres de santé de quartier au niveau de la commune;
- un réseau de centres de santé périphériques de premier contact, dont 10 centres de santé d'arrondissement, 33 centres de santé de secteur et cinq centres de santé communautaires.

De façon générale, les bâtiments sont anciens, en mauvais état et non clôturés. Le mobilier est vétuste, et le matériel, inexistant. La répartition du personnel est inégale. Le personnel qualifié est insuffisant en périphérie. La formation du personnel est une priorité du médecin chef du cercle.

Il existe, au niveau de la commune, le dépôt de la pharmacie populaire du Mali et 10 dépôts privés. La périphérie compte au total un dépôt privé et neuf dépôts communautaires. La majorité de ces dépôts ne disposent pas de médicaments en DCI, et seulement les dépôts privés disposent de médicaments en spécialités, coûtant relativement chers. Les raisons évoquées sont liées aux problèmes de réapprovisionnement.

Pour l'année 1994, les dépenses d'investissement concernent essentiellement l'achat d'équipements pour les CSA revitalisés et les CSCom, construction d'établissements de santé ou de dépôts de médicaments, ainsi que la formation du personnel. En 1994, 20 % des dépenses de fonctionnement ont été réalisées grâce au recouvrement des coûts. Les dépenses des salaires financés essentiellement par l'État et la taxe locale de développement constituent une part importante du total des dépenses engagées.

1.2.4 Religions et culture

Située au centre du pays sénoufo-minyianka et au carrefour des influences malinké-bambara, la population du cercle est en majorité Sénoufo. Elle comprend aussi les Gana (métissage de Peul et de Bambara), les Bambara, les Dioula et les Peul.

Au point de vue religieux, les Sénoufo et les Minyanka au Mali sont en majorité animistes. Les Bambara, les Gana et les Peul sont convertis à l'Islam. La conversion des Bambara et même des Gana est de date récente, alors que les Peul, venant du nord, sont des islamisés de longue date. L'influence de l'Islam s'étend de plus en plus dans les centres urbains et périurbains. On note aujourd'hui près de 90 % de musulmans au Mali. L'Islam est en progression, mais certains l'appliquent par conformisme. Le Christianisme, fort peu représenté, est aussi en expansion. Il ne touche que 0,3 % de la population. *Il faut noter que les cultes traditionnels sont toujours maintenus*, et des cérémonies sont organisées à l'occasion des fêtes saisonnières et des funérailles.

Les biens familiaux restent propriétés familiales, sous la responsabilité du plus ancien de la famille traditionnelle. En effet, pour un fétiche commun à la famille, l'aîné est le plus indiqué pour les sacrifices. Il faut qu'il soit un enfant légitime et qu'il ait subi tous les rites qui le font accéder au conseil des anciens. Il existe une forme de solidarité dans les familles traditionnelles: au décès d'un membre de la famille, le frère cadet est l'héritier des biens de la femme, sauvegardant ainsi les biens familiaux.

1.3 VILLAGE DE BOUGOULA-HAMEAU

Quartier rural périurbain, le village de Bougoula-Hameau est un quartier Sénoufo de la commune (ville) de Sikasso. Il est situé à une dizaine de kilomètres du centre de la commune. C'est la première capitale du Kéné Dougou et donc le premier village occupé par le roi Traoré au 19^e siècle.

L'hôpital le plus proche se trouve dans la ville de Sikasso, à 10 km du village, et la population y a facilement accès. Avant l'étude « paludisme et grossesse » commencée en 1992), le seul service de santé disponible dans le village était un dispensaire tenu par un infirmier. Depuis mai 1992, le village dispose d'un centre de santé maternelle et infantile (SMI) comprenant une maternité. Des soins de santé de base sont maintenant disponibles dans ce centre, y compris la vaccination des enfants, la surveillance prénatale et les accouchements.

Le village de Bougoula a déjà été l'objet de trois études sur le paludisme réalisées par l'École nationale de médecine et de pharmacie de Bamako, en collaboration avec l'Institut de médecine sociale et préventive de Genève et la Direction régionale de la santé publique de Sikasso. La première étude sur le paludisme et la grossesse avait pour objectif était de mettre en évidence les variations saisonnières dans la prévalence de l'anémie. La seconde étude avait pour objectif de préciser la relation entre une parasitémie asymptomatique et la survenue d'un accès fébrile chez les enfants de un à 12 ans. Ces études ont montré que 55,2 % des enfants de un à 12 ans étaient porteurs du *Plasmodium* en fin de saison sèche, contre 79,4 %, en fin de saison de haute transmission. Chez les adultes, l'indice plasmodique (mesuré uniquement chez des femmes) s'élevait à 21,9 % en fin de saison sèche et à 33 % en fin de saison des pluies. 95 % des accès palustres sont dus au PF. La troisième étude est en cours et porte sur les fluctuations journalières de la parasitémie chez les jeunes adultes de sexe masculin, avant, pendant et après un accès fébrile. L'objectif de l'étude est de décrire les variations des parasites chez des porteurs asymptomatiques vivant en zone d'endémie et ses relations avec les autres indicateurs biologiques indirects du paludisme (hématocrite, protéine-C-réactive, haptoglobine) durant une période suffisante pour observer un accès de fièvre chez plusieurs d'entre eux. Le nombre de sujets a été choisi en fonction du fait que la période d'observation n'excède pas 10 à 20 jours. Ainsi, la population collabore aux enquêtes. Ces enquêtes ont permis d'avoir des données épidémiologiques et socio-démographiques fiables. Selon le recensement de 1994, le village comprend 4 270 habitants, dont 939 femmes en âge de procréer et 982 enfants de zéro à cinq ans. Plus de 85 % de la population du village appartient à l'ethnie Sénoufo. Les paysans sont en grande majorité.

1.4 VILLAGE DE PIMPÉRÉNA

Pimpéréna est un village Sénoufo rural qui fait partie de l'arrondissement central du cercle de Sikasso. Il est situé à 15 km de la ville de Sikasso, à cheval sur la route nationale n° 11 (Sikasso-Koulikoro), et a pour coordonnées 11 et 12 latitude nord. Le village actuel s'est légèrement déplacé de son site d'il y a 10 ans.

Le fondateur du village, M'Pè, était un chasseur Sénoufo qui serait venu de la ville de Ségou en compagnie de son épouse M'Pèrè. Il s'installa sur un premier site favorable à la chasse qui, paraît-il, est le plus vieux village de Sikasso¹. Le nom du village provient, d'ailleurs, de la fusion des prénoms du couple : M'Pè + M'Pèrè = Pimpéréna, qui signifie « village de M'Pè et M'Pèrè » en Sénoufo. L'emplacement actuel du village serait son quatrième site depuis la mort de son fondateur pour une histoire de « malédictions ».

Le village comprend quatre quartiers séparés les uns des autres par des espaces cultivables en hivernage, à savoir Niarasso, Massala, Zangakasso et N'tinikasso. Les différentes constructions sont groupées en concessions non délimitées par un mur. Contrairement à Bougoula-Hameau, *chaque concession est occupée par une famille dont le nombre peut atteindre 100 personnes*. La concession du chef du village est située à l'entrée du village et constitue le premier quartier de Pimpéréna. Il n'existe pas de rues, à proprement parler, délimitées entre les concessions, mais de nombreux petits sentiers tortueux servant de liaison interne entre les concessions.

Le village ne dispose ni d'école ni de centre de santé. L'école la plus proche est située à 4 km de Pimpéréna, dans un autre village, et le centre de santé le plus rapproché en est à 15 km. On a construit un petit poste de santé de type Zone cotonnière d'activités économiques rurales (ZAER) à la fin de l'année 1995, avec l'aide de Self-Help de l'ambassade des États-Unis d'Amérique (USA), après les enquêtes entomologiques. Ce poste dessert 12 autres petits villages. Or cette structure n'est pas prise en compte par la Direction de la santé du cercle parce qu'elle ne répond pas à la politique sectorielle de santé. En fait, il s'agit plutôt d'un conflit entre la Direction de la santé du cercle et l'équipe de l'École de médecine de Bamako. Il semblerait que l'équipe de Bamako n'ait pas consulté le médecin chef du cercle avant de mener les enquêtes. Ainsi, une matrone et un agent de santé villageois qui exercent à Bambara, sont tous les deux alphabétisés. Le village est très peu médicalisé et presque vierge de tout discours médical, hormis le fait qu'il a été l'objet d'enquêtes socio-économiques et

¹ Selon un historien de la direction nationale de la recherche chargée de la bibliothèque de Sikasso, le premier site de Pimpéréna a été le premier village du cercle à être occupé.

d'études entomologiques sur le paludisme. Le village est peuplé de 426 habitants sédentaires, dont 94 femmes en âge de procréer et 98 enfants de zéro à cinq ans, selon le recensement de 1994.

1.5 LES SÉNOUFO

Cette recherche s'est déroulée auprès des Sénoufo, qui sont les autochtones des deux villages. Les recherches ethnologiques sur les Sénoufo sont nombreuses et variées, les premières datant du début de la colonisation. Elles ont abordé des thèmes divers (histoire du peuplement, étude des systèmes de parenté et linguistiques, etc.), avec la particularité qu'elles se sont concentrées seulement sur les groupes de Sénoufo de la Côte d'Ivoire jusqu'aux années 60. Ce n'est qu'au début des années 80 qu'on a vu se multiplier le nombre de thèses consacrées aux Sénoufo du Mali, surtout aux habitants de l'extrême sud-est, dans le cercle de Kadiolo (Koné Félix, 1989; Fay, 1983; Bérédogo, 1982; Rondeau, 1980, etc.).

La provenance du peuple Sénoufo dans la région où il habite actuellement a retenu l'attention de plusieurs chercheurs. L'origine du peuplement des Sénoufo est énigmatique. Deux thèses s'opposent sur l'autochtonie et sur les critères de l'existence de l'ethnie Sénoufo :

- d'après les anciennes thèses avancées par des explorateurs précoloniaux, des administrateurs militaires et des missionnaires durant la période coloniale, il y aurait des sociétés Sénoufo et non une société Sénoufo. Aussi, il n'existerait pas d'ethnie Sénoufo;
- d'après les nouvelles thèses faites par des autochtones, il n'existerait qu'une seule société Sénoufo.

Les anciennes thèses avancent deux critères de base pour reconnaître l'existence de l'ethnie : l'inscription territoriale et la langue. Du point de vue de l'inscription territoriale, il semblerait que les Sénoufo ne sont pas autochtones dans tous les pays où ils sont actuellement établis. Le peuple Sénoufo d'aujourd'hui résulterait de très anciens mouvements migratoires, qui remonteraient au 7^e siècle. Selon Delafosse (1912, p.300) et Holas (1957), les Sénoufo seraient originaires de la province de Massigui, dans l'actuel cercle de Bougouni. Selon une tradition orale conservée à Sikasso, les Sénoufo (la plupart des chasseurs d'éléphants) auraient été chassés à cause de la surpopulation due à l'invasion Bamana et se seraient déplacés en quête de nouveaux territoires de chasse, certains vers Sikasso, d'autres vers Tingréla et le nord de la Côte d'Ivoire.

Le territoire des Sénoufo s'étend sur une aire géographique très vaste : le nord de la Côte d'Ivoire, le sud-est du Burkina-Faso et le sud du Mali. En 1992, l'ensemble des Sénoufo représentait environ *plus d'un million d'individus* divisés en une trentaine de groupes (Jasmine, 1992). Au Mali, le pays des Sénoufo est limité par le Ganadougou et le Minyanka au nord, par la frontière du Burkina-Faso à l'est, par la frontière de la Côte d'Ivoire au sud et enfin par les populations Bambara du cercle de Bougouni et de Kolondiéba à l'ouest.

Du point de vue de la langue, selon les tenants des anciennes thèses, les critères linguistiques rejettent l'autochtonie Sénoufo. En effet, *les études linguistiques révèlent l'existence de plusieurs sous-groupes* vivant au nord et au sud de Sikasso, (avec un taux d'incompréhension plus ou moins variable (Rondeau, 1980; Jasmine, 1992).

Les thèses récentes, telles que celle de Coulibaly (1978, p.44), revendiquent l'autochtonie Sénoufo : le fait que l'idée de conquête territoriale soit absente chez les Sénoufo implique qu'ils n'ont pas eu à affronter aucun autre peuple à leur arrivée dans la région. C'est justement parce que leur emplacement dans la région remonte à la nuit des temps que l'on a eu à soutenir la thèse de leur « autochtonie ».

Pour Bérédogo (1982, p.157), « l'ensemble des Sénoufo possède et partage une base culturelle commune et il n'y aurait pas d'incompréhension totale entre deux sous-groupes. La croissance de l'intelligibilité des variantes entre deux sous-groupes est fonction de la distance qui les sépare. Il existe un fond linguistique avec leurs accents et leurs particularités ». En ce qui concerne les Sénoufo du sud du Mali, Rondeau (1980 p.62) écrit: « L'ethnie Sénoufo est une réalité à condition que le terme ethnie soit pris dans son sens le plus large. À cette ethnie Sénoufo se rattachent toutes les sociétés qui, par leur langue et certaines de leurs coutumes, constituent le fond Sénoufo ».

Rondeau (1994) partage la vision d' Amselle (1990) sur les « logiques métisses » et trouve que les Sénoufo sont des entités sociales mouvantes. À travers les différentes constatations se pose la question de savoir si les Sénoufo constituent en eux-mêmes une ethnie. Il existe de nombreuses définitions du terme « ethnie » qui citent quelques grandes caractéristiques, telles que: appartenir à une même aire géographique et avoir une langue commune avec plus ou moins de variétés dans le vocabulaire ou dans l'accent, une histoire et une culture communes. Le monde actuel est confronté au problème d'identification des limites historiques et géographiques d'une ethnie. Par exemple, comment pourrait-on expliquer les différences aussi importantes entre des personnes qui parlent la même langue? Ou, au contraire, comment expliquer les pratiques identiques chez des personnes qui sont très différentes ethniquement?

Le concept d'ethnie semble être un concept vague et difficile à cerner. Selon Jasmine (1992), c'est un concept en crise, et les ethnologues responsables de la restitution de l'image de l'ethnie étaient prisonniers des catégories de l'époque coloniale, avec les risques inéluctables de stéréotype ou de généralisation abusive. L'ethnologie ancienne, considérée comme instrument de contrôle et de domination coloniale, est remise en cause. Amselle (1985, p.14) souligne qu'il serait nécessaire d'opérer une « déconstruction de l'objet ethnique ». Celle-ci pourrait se faire grâce aux études de l'histoire du peuplement, des migrations précoloniales, des réseaux d'échange, des cercles d'appartenance et aux études linguistiques. Il semblerait que le phénomène ethnique résulterait de trois grands mouvements : la migration des hommes, la diffusion des traits culturels et l'évolution interne du groupe. Le groupe ethnique serait un construit dans le temps et dans l'espace, résultat d'un processus historique. Dans l'état actuel des connaissances, aucune des hypothèses (celle de l'autochtonie et celle de la migration) ne peut triompher l'une de l'autre. Les recherches futures (surtout archéologiques) pourraient un jour faire un peu plus de lumière sur cette question.

De nombreux points communs existent entre les sous-groupes Sénoufo de la Côte d'Ivoire et leurs voisins du Mali. Ils sont tous organisés en communautés villageoises. Ce sont des agriculteurs sédentarisés qui travaillent avec des outils et des techniques de production identiques. De nombreux écrits représentent le Sénoufo comme « un rude paysan, laborieux, rustique, dur à la tâche » (Vendeix, 1934, p.588, cité par Jasmine, 1992, p.32). « Les Sénoufo sont profondément attachés au sol, travailleurs patients et méthodiques, de goût simple et frustre » (Delafosse, 1912, p.348, cité par Jasmine, 1992, p.32). D'ailleurs, dans la monographie sur les Sénoufo, l'historien ivoirien Ouattara (1977, p.69) avance une étymologie sur le mot Sénoufo. Le mot Sénoufo aurait une double origine : « senao » et « fo ». La particule « fo », qui vient du Manding, signifie dire, parler. Le terme « senao » vient du Sénoufo et serait composé lui aussi de « see », qui signifie champ de culture, et de « nao », qui traduit une idée d'appartenance, de relation, d'identité. Ainsi, « senao » voudrait dire « homme de culture » et « senafo » ou « senufo » signifierait « celui qui se dit cultivateur ». Cette explication confirme un récit mythique recueilli par Diabaté (1986, p.109) auprès d'un paysan Sénoufo de Fonsébougou en Septembre 1983) sur leur origine. Selon ce dernier :

Dieu créa tous les hommes. Au commencement, c'était l'uniformité. Il y avait seulement des hommes et des femmes. Il n'existait ni race, ni métier. Mais Dieu décida un jour de présenter à ses créatures plusieurs objets parmi lesquels la Daba (houe à large lame). Dieu a exposé tous les objets et les a soumis aux hommes. Un homme en a choisi la Daba. Cet homme est l'ancêtre de tous les Sénoufo.

Chez les Sénoufo, la daba a deux significations : elle est à la fois le symbole de leur identité originelle des Sénoufo et l'outil qui concrétise leurs activités matérielles. Les Sénoufo eux-mêmes aiment se distinguer des autres ethnies qu'ils appellent « les étrangers » ou les non-agriculteurs, c'est-à-dire les artisans et les commerçants, bien que ces derniers participent à la vie villageoise et pratiquent la même religion qu'eux.

Il existe quelques différences essentielles d'ordres géographique et culturel entre les sous-groupes Sénoufo. Selon Rondeau (1994), les Sénoufo du sud du Mali se rapprochent davantage des peuples du sud du Burkina Faso et du nord de la Côte d'Ivoire. Ils ont des systèmes de parenté semblables à ceux de la Côte d'Ivoire : matrilineaires et matrilocaux. Plus on s'éloigne de la frontière ivoirienne vers l'intérieur du Mali et plus on constate ces différences entre les Sénoufo. *Les Sénoufo du nord et du centre de la région de Sikasso, dans laquelle a été réalisée cette recherche, sont à dominance patrilinéaire avec résidence patrilocale.* La Direction nationale de l'alphabétisation et de la linguistique appliquée distingue trois grands groupes chez les Sénoufo du Mali et deux groupes de dialecte. Les trois groupes de Sénoufo sont :

- au nord, dans les cercles de Koutiala et de Yorosso, les Mamala, appelés communément les Minyanka-Sénoufo;
- au centre, dans le cercle de Sikasso, les Supyibee;
- au sud, dans le cercle de Kadiolo, les Shannabee.

Les deux groupes de dialecte identifiés sont : le supiyire, qui comprend trois parlers, et le syenara, comptant cinq parlers.

Certaines constantes existent entre les sous-groupes, telles que l'importance accordée aux funérailles et les pratiques initiatiques. N'Do Cissé (1995) et Paireault (1988, p.4) ont découvert que les Sénoufo du cercle de Kadiolo (sud de Sikasso, Mali) et ceux de la région de Korhogo (Côte d'Ivoire) pratiquent la même initiation dite du « poro ». Les différents sous-groupes se distinguent entre eux par les variations de la langue Sénoufo et aussi par les pratiques rituelles. Ainsi, les Pomporo, qui sont dans le cercle de Kadiolo, pratiquent l'initiation du Poro, les Kulele sont des bouffons, et les Luaklo font la danse tremblée. *Les Sénoufo donnent l'image d'une société ayant une diversification interne avec une tendance à une identité collective.*

Au 19^e siècle, le pays Sénoufo se trouvait dans le royaume du Kéné Dougou fondé par les Mandés d'origine Dioula, organisés autour de Sikasso. Le vocable « Dioula » ne désigne pas une ethnie à proprement parler. C'est un terme générique qui désigne les populations du Mandingue pratiquant le commerce (Malinké, Bambara, Soninké) en Afrique de l'Ouest, où

ils sont réputés être des commerçants depuis très longtemps. Certaines familles Sénoufo se sont converties tardivement à cette activité sous l'influence des Dioula venus du Mandingue, profession dans laquelle elles ont excellé très souvent. À la fin du 19^e siècle, Binger (19, p.210, 229 et 256) signale la présence de plusieurs Dioula originaires du Mandé (les Mandé-Dioula) parmi les Sénoufo. Ces derniers faisaient des transactions commerciales de sel et de cola. Ils achetaient aussi les captifs de guerre et traversaient le pays Sénoufo pour aller au nord, où ils les revendaient sur les grands marchés d'esclaves. Ce sont eux qui ont donné l'idée aux Sénoufo d'avoir des esclaves. Les Sénoufo ont acheté leurs premiers esclaves avec ces Mandé-Dioula. Avant l'expansion Dioula, les Sénoufo n'avaient pas de captifs. L'influence Dioula s'est fait ressentir petit à petit à travers les réseaux d'échanges aussi bien commerciaux que matrimoniaux des communautés Sénoufo. Les commerçants profitaient de leur richesse pour s'allier avec les familles puissantes. Nantis de l'alliance des familles riches, les Dioula multipliaient les razzias dans les villages, à la recherche d'esclaves qu'ils échangeaient contre des fusils et des chevaux afin de mieux asseoir leur royaume, le Kéné Dougou.

L'appellation Dioula n'a pas seulement une connotation mercantile. Elle revêt également une connotation religieuse, dans la mesure où *l'Islam a suivi les grandes voies de commerce* dès sa pénétration en Afrique noire (Joseph Cuoq, 1984). La connotation musulmane du terme « Dioula » est si bien perçue dans les milieux Sénoufo *qu'il y a une assimilation aux Dioula de tous les Sénoufo qui se convertissent à l'Islam*. La conversion survient généralement après un long séjour migratoire en Côte d'Ivoire, dans les milieux où l'influence musulmane est grande. Cette situation est due aussi au fait que l'Islam a développé des préjugés à l'égard des fétiches et des rites initiatiques Sénoufo, considérés comme proscrits par l'Islam. *Il s'est créé une sorte de complexe et même une culpabilité à se reconnaître sénoufo-animiste en ville*: « être Sénoufo, c'est être Kafr, non croyant, sans religion, un être inférieur... » Plusieurs Sénoufo se réclament musulmans maintenant, mais rares sont ceux qui connaissent le Coran et qui pratiquent la religion. Aussi, tous ont leurs fétiches à la maison, boivent de la bière de mil, et, dans les villages, les féticheurs reconnus sont consultés à de nombreuses occasions. La foi des Sénoufo convertis à l'Islam n'est pas allée jusqu'au fanatisme. Ils cohabitent avec les Sénoufo non musulmans et participent aux fêtes traditionnelles.

Le contact entre les Mandé-Dioula et les Sénoufo ont créé une génération nouvelle de Sénoufo : *les Sénoufo-Dioula, qui deviennent de plus en plus nombreux*. D'ailleurs, actuellement, ce qu'on peut appeler Sénoufo serait un mélange issu de la rencontre de plusieurs courants migratoires, dont les plus importants sont d'origine Mandingue. Comme l'a remarqué N'Do-Cissé (1995), il y a plus de personnes qui se réclament Sénoufo qu'il y en a de vrais. Il semblerait que les Sénoufo ayant les patronymes Koné, Diarra, Coulybaly,

Traoré, Sanogo, Ouattara (patronymes retrouvés chez les Mandingues) et rencontrés à Sikasso ne seraient pas authentiquement Sénoufo, comme ils le proclament. C'est pourquoi Roger Petit-Jean (1992) trouve qu'à Sikasso, la distinction entre Bamana et Sénoufo n'est pas évidente. *Les femmes de la ville ont de la difficulté à déclarer leur appartenance ethnique.* A priori, elles s'identifient comme étant Bamana, parlent le Bambara et utilisent cette langue en famille. Dans les villages, c'est souvent le chef qui décide qui est Bambara, Sénoufo, Peul, etc. Les Sénoufo-Dioula sont appelés Bamana (qui désigne une ethnie connue dans la littérature historique et ethnographique sous l'appellation de Bambara), et leurs pratiques magiques et religieuses sont connues sous le nom de Bambanaya ou de Shenam. Or, le terme Bamana est quelquefois utilisé péjorativement par les locuteurs Bambara islamisés, dans le sens du terme Kafr (de l'arabe), qui signifie infidèle.

Le village Sénoufo constitue l'organisation sociale et politique de base. Il a été créé par le chef de lignage, qui a découvert pour la première fois l'emplacement où est installée sa famille. *Au temps des anciens, il n'y avait que le chef de lignage qui cumulait deux fonctions : s'occuper du terroir villageois en tant que chef de terre et de la chefferie en tant que chef du village. Avec la colonisation et l'introduction de l'impôt, il a dû céder la chefferie du village à une autre famille.* Mais cet effacement de la scène publique n'est pas dû à un affaiblissement de son pouvoir. La fonction du chef de terre a un caractère sacré : celui-ci ne peut pas voyager, se décoiffer ou s'abaisser devant le colonisateur. Or, le chef du village doit se rendre fréquemment au chef-lieu du cercle, ayant un rôle administratif. *C'est pourquoi les affaires du village sont actuellement administrées par deux principaux représentants : le chef de terre et le chef du village.*

Le chef de terre est le descendant de la famille fondatrice du village. Bien qu'on l'appelle chef de terre, il n'est que le gestionnaire du territoire. Dans l'idéologie Sénoufo, les véritables possesseurs de la terre sont les génies. Le chef de terre n'est qu'un porte-parole des villageois auprès des génies, qu'un intermédiaire entre les vivants et le monde des invisibles. Ses fonctions héritées des ancêtres ont un caractère sacré. Il doit procéder annuellement aux rituels de purification et aux sacrifices indispensables au maintien de la fécondité des terres. Il a le devoir de perpétuer les lois ancestrales, notamment la gestion du territoire. Aucune construction et aucune action touchant les terres ne peuvent se faire sans son autorisation et avant qu'il ait procédé aux sacrifices appropriés des génies. *En plus d'être chef coutumier, le chef de terre est investi du pouvoir judiciaire et du pouvoir religieux.* La fonction de chef de terre est exclue aux musulmans, car ils ne sont pas autorisés à faire des sacrifices. Aussi, elle ne peut pas être dévolue aux artisans et aux guerriers, parce que les uns souillent la terre par l'utilisation de leurs instruments de travail et que le métier des autres les met en contact avec le sang. *Le chef de terre est avant tout un cultivateur animiste.* Il doit

observer des règles de vie strictes, eu égard à cette fonction considérée comme un sacerdoce. Il peut assister aux fêtes villageoises, mais ne peut ni danser ni chanter. En raison des pouvoirs qu'il cumule, le chef de terre est une personne respectée et écoutée. Son rôle est important dans la communauté. Il assure la coordination des activités villageoises. Toute la vie sociale et culturelle du village est basée sur son savoir-faire et sur sa sagesse.

Le chef du village est chargé de veiller au respect et à l'application correcte du droit coutumier. Son pouvoir n'est pas aussi étendu que celui du chef de terre, dont il est d'ailleurs le bras droit. Pour toute décision concernant le village, il convoque le conseil du village, composé des chefs de lignage. Il est tenu d'informer régulièrement le chef de terre des visites des étrangers dans le village, ainsi que des réunions qui y ont lieu. *Le chef du village est le représentant du chef de terre auprès des autorités administratives. Cependant, il ne prend aucune décision sans en avertir le chef de terre.*

Le territoire Sénoufo comprend le village même et ses annexes, dont : le bois sacré, le cimetière et les champs de culture. Le village Sénoufo présente un habitat dense. Les sites des villages sont choisis par les fondateurs en fonction de la proximité d'un point d'eau ou de terres arables. Encaissés dans une vallée, les villages sont abrités par les grandes touffes sombres du bois sacré. Il est possible de connaître l'emplacement ou l'histoire d'un village par l'évocation de son nom. Les cases sont construites très proches les unes des autres et séparées par un mur mitoyen. La structure particulière de l'habitat concentré explique un besoin permanent des villageois de se grouper pour se protéger contre les agresseurs (Coulibaly, 1978, p.80). En effet, la plupart de ces villages ont connu des attaques et des destructions sous le règne des rois du Kéné Dougou. Généralement, un mur d'enceinte de banco (terre mélangée avec de la paille) à hauteur d'homme entoure l'ensemble des quartiers qui constituent le village. Dans les villages où cohabitent d'autres ethnies, leurs quartiers sont construits à l'écart du noyau villageois. Ceux-ci peuvent abriter les différentes corporations professionnelles, telles que celle des cordonniers ou des forgerons.

L'entrée du village, tout comme celle de la concession, se fait par le vestibule, lieu occupant une place capitale dans la conception de l'habitat traditionnel Sénoufo. Le vestibule est un espace intermédiaire entre l'extérieur et l'intérieur. C'est un lieu de contrôle et de sélection, qui permet au chef de savoir qui ou quoi est entré dans son territoire. C'est par cet endroit que les agresseurs (assaillants humains ou forces maléfiques) attaquent le village. Lieu de médiation, le vestibule est l'endroit où les villageois se réunissent pour traiter les affaires du village, pour négocier ou pour accompagner les individus dans les étapes importantes de leur vie, telles que l'imposition du nom, les démarches de fiançailles, les mariages ou les décès. Pour ces raisons, le vestibule est pourvu de dispositifs matériels et symboliques particuliers.

Que ce soit à l'entrée du village ou de la concession, le visiteur ne peut pas s'empêcher de voir, accrochés aux murs du vestibule, les nombreuses amulettes et les crânes d'animaux ou d'oiseaux. Dans le vestibule du chef de terre se trouvent d'autres objets rituels, tels que les tambours et les clochettes, pour annoncer les événements importants (décès, réunion des chefs de familles, etc.). Le chef du village (ou de la concession) est responsable de la construction du vestibule et doit le doter de tous les articles ayant un pouvoir destiné à combattre les forces maléfiques qui pourraient nuire aux habitants.

Les quartiers sont constitués de concessions qui sont des unités d'habitation. De forme rectangulaire ou circulaire et entourées d'un mur de banco, les concessions sont composées de nombreuses cases et de greniers de céréales. Chaque concession abrite une famille élargie; on trouve rarement un foyer strictement conjugal. Les cases rondes et au toit de chaume sont construites côte à côte. *La forme circulaire reflète l'idéal Sénoufo : le souci de cohésion et d'unité sociale.* Mais on rencontre de plus en plus des cases rectangulaires qui dénotent l'influence du Mandingue sur la société Sénoufo. Par ailleurs, ces types de construction indiquent le statut des occupants : ce sont les résidences des personnes ayant un certain pouvoir dans la structure sociale villageoise, à savoir un chef ou un notable.

Les concessions sont pourvues de greniers surélevés par des blocs de pierre. Ces greniers sont de forme cylindrique et divisés en compartiments pour séparer les récoltes. Une petite fenêtre est aménagée dans la partie supérieure pour permettre aux occupants de prélever les grains. Le nombre de greniers indique la composition et le niveau économique du ménage, et leur taille reflète le statut des propriétaires.

Les cases ont sensiblement la même structure intérieure. La case du chef de famille est généralement orientée vers le vestibule, de façon à ce qu'il puisse surveiller les mouvements d'entrée et de sortie aussi bien des membres de la famille que des visiteurs. La case traditionnelle ne comprend pas de fenêtre. L'intérieur de la case est partagé en deux parties par une murette allant de la porte d'entrée au milieu de la case. La partie qui se trouve dans le noir sert de chambre à coucher, et l'espace sur lequel s'ouvre la porte d'entrée sert de cuisine aux femmes. Celles-ci y installent un foyer fait de trois grosses pierres et des canaris d'eau. Les ustensiles et les condiments y sont également entreposés. Parfois, on y trouve un grand foyer de séchage de karité.

Les cases des hommes célibataires et des adolescents sont petites, situées un peu à l'écart des autres et ne comportent que des chambres à coucher simples. Par contre, les jeunes filles n'ont pas de case. Elles dorment chez leur mère ou chez la doyenne. Par ailleurs, elles ont la permission de passer la nuit librement chez leurs amis. Les cases des hommes mariés sont

proches les unes des autres, mais les hommes âgés possèdent généralement une case à l'écart de celle de leur épouse.

Aux abords des concessions se trouvent les ateliers de forge, devant lesquels traînent divers outils dont l'enclume, instrument très vénéré dans de nombreux villages. Un culte est rendu à l'enclume en y immolant des poulets. L'enclume est un autel qui intervient dans les règlements de litige. C'est là que les belligérants viennent prêter serment.

Non loin des habitations se dressent les cases des féticheurs, reconnaissables par leur décoration. Chaque village Sénoufo possède un bois sacré, lieu d'initiation et de célébration des fêtes animistes. La végétation de ce bois est très préservée : *il est interdit de couper les arbres de cet espace*. Mais avec l'islamisation des villages, les pratiques initiatiques se perdent progressivement.

Les champs de culture sont disposés en auréoles concentriques autour du village. Ils sont distribués aux villageois par le chef de terre. À partir du village, on trouve successivement :

- *Les champs proches* : appelés encore champs de case, car ils sont situés dans un rayon de 200 mètres autour des habitations. Ces champs sont très fertiles parce qu'ils bénéficient des ordures ménagères et du fumier. Ils sont généralement occupés par le lignage du chef du village, par les familles notables ou alors par les vieilles personnes qui ne peuvent plus se déplacer loin pour aller cultiver. Dans certains grands villages, ce type de champs n'existe plus à cause de l'exploitation intensive qui appauvrit la terre, mais aussi des dégâts provoqués par l'élevage à proximité de petits ruminants.
- *Les champs intermédiaires* : qui sont situés entre les champs de case et les champs de brousse. Leur superficie est plus petite que celle des champs de brousse. Ils étaient exploités par les segments du lignage, mais, actuellement, on assiste à une individualisation du mode d'exploitation. Ce sont les ménages qui travaillent sur ces terres, ce qui remet en cause le système d'exploitation reposant sur une appropriation collective des terres. De là surgissent de nombreux conflits entre les intérêts du lignage et ceux des ménages.
- *Les champs éloignés ou champs de brousse*, qui servent de frontière avec les terroirs voisins. Ils sont éloignés de 5 à 8 km et occupent de grandes surfaces. Mais, ne bénéficiant pas de fumure, ces terres connaissent de longues jachères. Elles sont exploitées par des segments de lignage, mais sont surtout cultivées par les sociétés d'État et les sociétés privées d'agriculture.

La structure familiale est très complexe, et la hiérarchie, très respectée. À l'opposé des Sénoufo du sud, les Sénoufo du nord sont patrilinéaires et patrilocaux. La présence des hommes dans les réunions communautaires est la règle dominante, ainsi qu'une nette prédominance des hommes sur les femmes. Les femmes sont habituellement exclues de la prise de décisions importantes concernant la vie à l'intérieur du groupe domestique. Elles ne siègent pas au vestibule, d'où tout part et d'où tout revient en ce qui concerne l'intérêt du groupe et de la collectivité. Elles ne possèdent pas de fétiches, les objets de culte étant la propriété des hommes. La femme ne doit pas regarder certains types de fétiche et ne doit pas toucher à d'autres, suspendus dans sa case. La manipulation des fétiches ne doit pas se faire sans « avoir le langage » et sans être relié aux ancêtres. La femme n'a pas de lignage. Elle a quitté le sien au cours de la nuit du transfert (mariage). Elle est étrangère au sein du lignage qu'elle a intégré (la femme ne change pas de nom après le mariage). C'est là que se manifeste le trait dominant du système patrilinéaire : l'appropriation des biens et des rites par les hommes. Dans ce système, la femme est surchargée de devoirs :

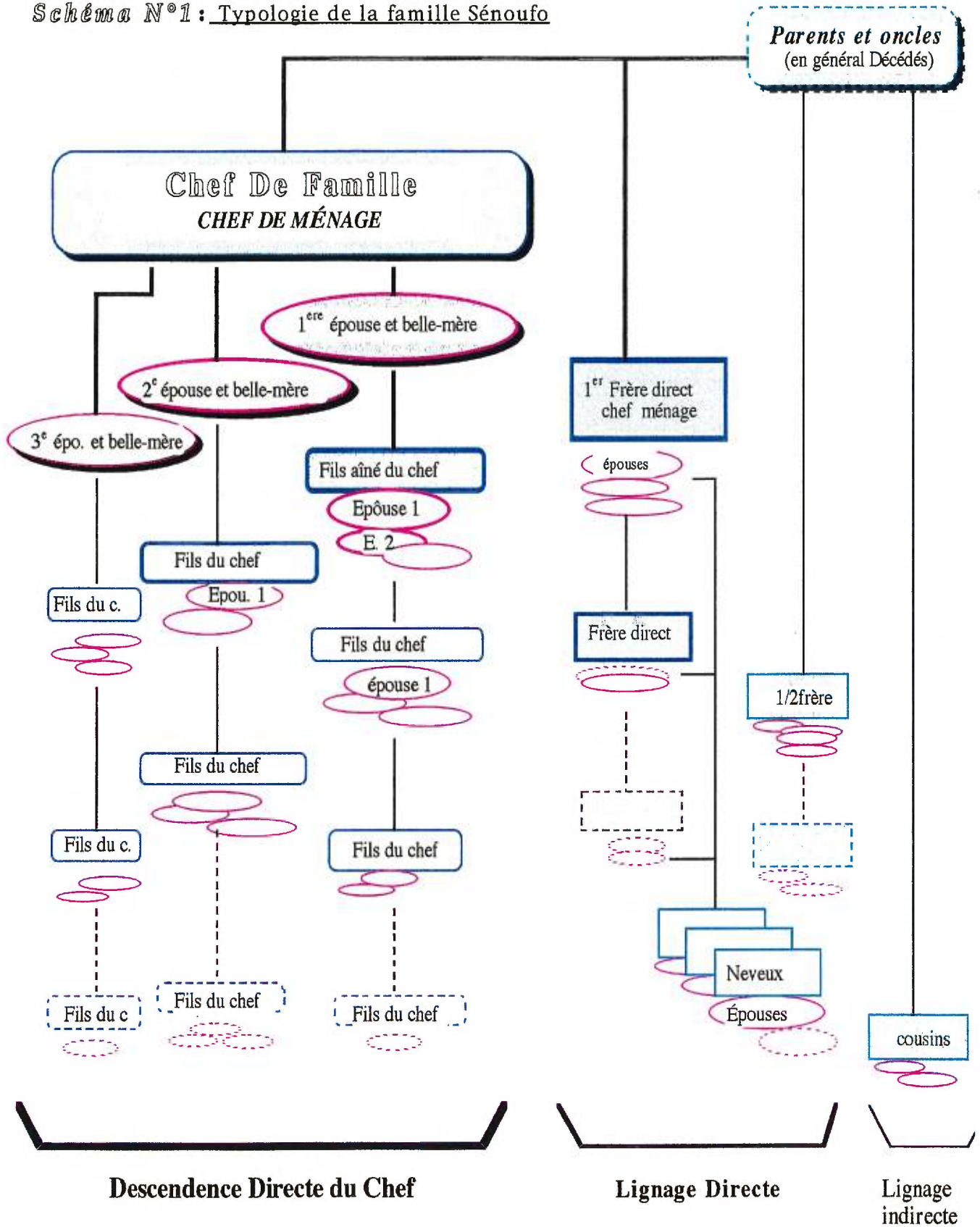
- la soumission au chef de lignage (famille), qui dirige, qui contrôle et qui veille sur tout;
- la soumission aux autres femmes selon les privilèges de l'âge et de l'ordre d'arrivée au sein du lignage, et selon son rythme à procréer et à mettre au monde des garçons;
- enfin, la soumission à son mari, qui exerce sur elle une autorité incontestable. Les relations entre mari et épouse Sénoufo sont discrètes. Les attitudes et les comportements individuels sont codifiés. Tout doit respecter la cohésion du groupe et son renforcement dans le village par, notamment, des règles de solidarité et d'assistance. *À l'intérieur du groupe, la femme est considérée comme un élément vital. Cela s'explique sans doute par ses fonctions de reproduction et de production. Dans la représentation collective, la femme ne se définit et n'existe que par ces deux fonctions : l'engendrement, c'est-à-dire la procréation (reproduction), et la production de conditions matérielles.*

Les activités agricoles et non agricoles alternent ou s'entrecroisent, selon le rythme des saisons. Les femmes respectent un calendrier de travail presque régulier. Elles sont les premières à être debout et les dernières à se coucher. Déjà, aux premiers moments de son mariage, la femme demeure séparée de son mari, obligée de vivre dans la case de sa belle-mère. Là, elle est immédiatement initiée aux travaux domestiques et champêtres, outre les tâches qu'elle doit assurer le jour du mariage (pilage quotidien du mil, corvée d'eau, balayage de la case de sa belle-mère, qui sera désormais sa mère de substitution). Une fois qu'elle se retrouve dans sa propre case avec son époux commence pour elle le long et dur apprentissage de l'existence en commun, ponctué d'interminables travaux. Plus la femme est loin dans la hiérarchie, à savoir, plus la distance entre elle et le chef de la famille est grande, plus elle a de

charges domestiques et plus elle est occupée. Ainsi, elle a moins de contact avec le chef. Et puisque c'est le chef de famille qui gère tout et qui décide de tout, elle a très peu de chance de bénéficier de services rapides quant à ses problèmes et à ceux de ses enfants. Nous avons tenté, dans le diagramme suivant, de schématiser la typologie de la famille Sénoufo avec la place que peuvent occuper les femmes dans une concession (voir schéma 1).

Tous les aspects organisationnels, sociaux, culturels, environnementaux et historiques jouent un rôle important dans les interprétations et le comportement des femmes devant la maladie.

Schéma N°1 : Typologie de la famille Sénoufo



CHAPITRE II DÉFINITION DU PROBLÈME

Dans ce chapitre seront présentés les objectifs de la recherche après la formulation du problème et des questions. Ensuite, la cible, l'importance du sujet à l'étude ainsi que le stade de développement de la recherche dans la région seront explicités. Enfin, on montrera l'utilité de l'étude pour la communauté.

2.1 FORMULATION DU PROBLÈME ET DES QUESTIONS DE RECHERCHE

Le problème qui nous préoccupe découle des faits observés au cours de l'exécution du programme de lutte contre le paludisme simple des enfants. Ce programme est basé sur la prise en charge des cas de paludisme par les centres de santé. Les données qui ont conduit à l'élaboration de ce programme proviennent de disciplines scientifiques normatives (telles que l'épidémiologie et la clinique), versant moderne de la compréhension et de la résolution du problème. À l'opposé, il y a l'approche traditionnelle de la connaissance du paludisme, qui semble être négligée par les autorités sanitaires. Au niveau communautaire, la prise en charge du résultat des interprétations par les femmes des fièvres présumées palustres et de l'influence de leur environnement socioculturel (côté traditionnel), dans une zone où la transmission du paludisme est saisonnière. Cette composante semble devoir être intégrée dans la conception du programme de lutte.

Du point de vue moderne, il a été constaté que le paludisme est une maladie difficile à définir et à prendre en charge de façon univoque ou satisfaisante, malgré les nombreuses recherches portant sur cette parasitose. Il manque un tableau épidémiologique clair du paludisme-maladie qui le distingue du paludisme-infection. Les manifestations cliniques du paludisme sont polymorphes, et son évolution, imprévisible, allant des formes simples presque bénignes aux formes graves et compliquées avec issue fatale. Sa durée peut être longue ou très brève, aboutissant d'emblée à la mort.

Aussi, le paludisme est une affection pour laquelle l'examen clinique seul ne permet pas de poser le diagnostic avec certitude, alors que le diagnostic biologique qui l'appuie est contraignant, souvent insatisfaisant et peu disponible surtout en zone rurale. Ceci mène à un éclatement du diagnostic aussi bien au sein de la biomédecine qu'auprès des femmes, des familles et des thérapeutes traditionnels (Bonnet, 1990), ainsi qu'à une inadéquation des

traitements, qui accentue la chimio-résistance de la maladie et sa létalité. C'est pourquoi la prise en charge systématique des cas de paludisme (diagnostic précoce et traitement rapide), de façon décentralisée jusqu'aux postes de santé de village, a été recommandée par l'OMS et le traitement présomptif du paludisme clinique basé sur la fièvre est devenu la principale arme de contrôle du paludisme en Afrique.

Cependant, les paludologues ont observé que la fièvre, considérée comme le symptôme maître de l'expression clinique du paludisme, *a une valeur prédictive positive du paludisme-maladie, qui diffère considérablement selon les saisons* dans les zones à transmission saisonnière du paludisme, telles que Sikasso (forte en saison de haute transmission, très faible en saison de basse transmission). De cette façon, dans un contexte de transmission saisonnière de la maladie, *si la fièvre n'est pas mise en relation avec la période de haute transmission, elle n'est pas spécifique du paludisme* (Salako et coll., 1991; Rougemont et coll., 1991; Moret, 1989; Trape et coll., 1985). Le modèle éco-épidémiologique du paludisme se résume schématiquement comme suit :

Saison des pluies ==> moustique (anophèle) + parasite ==> paludisme (fièvre)

Or, malgré toutes les connaissances épidémiologiques et tous les efforts fournis pour l'intégration de programmes de lutte contre le paludisme dans les activités des centres de santé périphériques, la prise en charge des cas de paludisme se heurte à des difficultés. Bien des études ont démontré que la chimiothérapie basée sur la communauté en Afrique n'a pas aidé à réduire la morbidité et la mortalité des maladies infectieuses, comme le paludisme (Menon, 1991; Greenwood et coll., 1988; Walt, 1988; Slutsker et coll., 1988; Spencer et coll., 1987a; Hauffman et coll., 1984). Cette situation pourrait s'expliquer, d'une part, par la non-intégration des savoirs populaires aux connaissances épidémiologiques et, d'autre part, par la non-prise en compte des réalités socioculturelles locales dans l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge des cas de paludisme.

Du point de vue traditionnel, selon les socio-anthropologues (Halima et coll., 1995; Roger-Petitjean, 1992; Lipowsky, 1992; Traoré, 1992, etc.), les femmes ont une représentation bioculturelle du paludisme infantile qui ne comprend pas les formes graves et les complications du paludisme. Elles fournissent des explications pour chacune des manifestations du paludisme grave. Selon Kleinman (1980) et Young (1987), les modèles explicatifs sont générés par des individus ayant le même arrière-plan culturel. Ces modèles contiennent des connaissances sur les sortes d'épisodes de maladie et sur le traitement

approprié. Ils aident à comprendre pourquoi les gens réagissent de certaines façons à une maladie donnée.

Généralement, les modèles explicatifs traditionnels du paludisme simple se font à partir d'explications ethno-étiologiques qui incluent les théories climatiques et thermiques ou incriminent des aliments. Aussi, les femmes expriment des vues relativement homogènes quant à la perception des signes et des symptômes, aux conséquences potentielles de la maladie et aux traitements à mettre en œuvre. Il existe une distance entre les modèles explicatifs traditionnels du paludisme et ce qui prévaut au niveau du système de soins moderne en matière de saisonnalité de la maladie. C'est aussi le cas dans le traitement et dans tout le processus d'acquisition de soins pour les enfants.

Saison des pluies ==> théories climato-thermiques et alimentaires ==> paludisme (fièvre)

Les observations montrent que les mères ne réagissent pas devant le paludisme infantile selon les critères épidémiologiques et biologiques utilisés par les cliniques biomédicales, mais selon une explication bioculturelle. Le comportement adopté par les femmes pour soigner les enfants diffère donc de la prescription de prise en charge des cas préconisée par les services de santé modernes, ce qui a comme conséquence, l'absence de leur participation et de leur contribution dans la mise en œuvre des stratégies de lutte contre le paludisme. Une des explications à cette situation serait que, dans la conception de la stratégie, on n'a pas accordé à l'homme, dans ses aspects socioculturels et comportementaux, une valeur égale à celle des autres facteurs impliqués dans le triangle épidémiologique du paludisme : hôte-vecteur-parasite.

L'homme n'est que considéré comme un individu déjà reconnu malade et prêt à recevoir des soins. Pourtant, si la prise en charge correcte et rapide des cas constitue un moyen sûr pour réduire la létalité par paludisme, le comportement de la famille et leurs déterminants devraient être primordiaux, car le processus débute au niveau de la mère. L'identification de la maladie chez l'enfant et l'administration des soins sont généralement effectuées par la mère ou par le chef de famille (Kaseje, 1987). La stratégie, qui est élaborée à partir de données épidémiologiques, aurait dû aussi prendre en considération les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes devant la fièvre palustre des enfants.

Bien qu'il existe de nombreuses études sur l'épidémiologie, l'entomologie, le diagnostic et le traitement des syndromes fébriles palustres des enfants, la documentation n'explique pas de façon claire le lien entre les variations saisonnières de la transmission du paludisme,

l'identification et la prise en charge, dans le décours, d'une fièvre de l'enfant, par sa mère et dans son contexte familial.

Les connaissances des mères devant les variations saisonnières de l'expression clinique du paludisme sont insuffisantes. De notre point de vue, la documentation ne décrit pas non plus le lien explicatif qui existerait entre les perceptions, les interprétations de la maladie et le comportement de l'environnement familial en fonction des variations saisonnières de l'expression clinique du paludisme, telle que définie par la biomédecine. Le présent travail s'intéresse à ces aspects dans deux villages de Sikasso et tente de répondre aux questions suivantes :

- Est-ce que les mères reconnaissent l'accès palustre simple de leurs enfants et quel en est leur modèle explicatif?
- Perçoivent-elles la saison des pluies comme un facteur de risque majeur dans la morbidité et dans la mortalité résultant du paludisme?
- Si les femmes discernent le paludisme simple de leurs enfants, quelles sont les barrières qui les empêchent de faire une prise en charge correcte et rapide de l'accès palustre?

2.2 OBJECTIF GÉNÉRAL DE LA RECHERCHE

Du point de vue pratique, le fait que le paludisme continue de faire des victimes parmi les enfants, malgré la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge telle que définie par l'OMS, pourrait s'expliquer par les raisons suivantes :

- les mères ne reconnaissent pas le paludisme-maladie et ne perçoivent pas la saison des pluies comme facteur de risque majeur dans la morbidité et mortalité par paludisme;
- même si les mères le reconnaissent, il y a des barrières qui les empêchent d'effectuer une prise en charge rapide et correcte.

Dans cette perspective, cette recherche a pour objectif de comprendre le processus du diagnostic et de la prise en charge du paludisme des enfants de moins de cinq ans par les mères selon les saisons. Pour ce faire, elle décrit, d'une part, les modèles explicatifs du paludisme simple faits par les mères devant une fièvre présumée palustre chez leurs enfants de moins de cinq ans. D'autre part, elle doit comprendre le processus de diagnostic du paludisme simple et les comportements de prise en charge des mères des enfants de moins de cinq ans devant une fièvre présumée palustre. Une fois les causes, les origines et les comportements précisés, cette recherche doit tenter d'expliquer le sens et la valeur de certains

facteurs socioculturels et comportementaux qui déterminent l'interprétation de la fièvre présumée palustre chez des enfants de six mois à cinq ans ainsi que sa prise en charge et qui tiennent compte de la transmission saisonnière du paludisme en milieu rural Sénoufo de Sikasso.

Plus précisément, lorsqu'une mère a identifié une fièvre palustre chez son enfant de moins de cinq ans et selon les saisons, il s'agira d'appréhender la perception de celle-ci en ce qui concerne :

- la description du processus de diagnostic du paludisme;
- l'identification des causes et des origines;
- la description du modèle explicatif;
- la description du comportement de prise en charge;
- la détermination des facteurs qui font que la mère intègre ou non le modèle épidémiologique;
- la détermination des facteurs qui expliquent son comportement de prise en charge.

L'étude a été réalisée auprès des mères Sénoufo, dans deux villages du cercle de Sikasso, où la transmission du paludisme est considérée comme saisonnière longue.

Autrement dit, cette étude cherche à comprendre dans quelle mesure les modèles explicatifs et le comportement de prise en charge des fièvres palustres adoptés par les mères sont sensibles et propres aux variations saisonnières du paludisme, telles que définies épidémiologiquement, et quels en sont les facteurs explicatifs.

2.3 CIBLE DE LA RECHERCHE

Cette étude s'inscrit dans le cadre des recherches sur les interventions en santé (Contandriopoulos et coll., 1990). Elle a pour objectif d'expliquer le sens et la valeur de certains facteurs comportementaux qui peuvent affecter la prise en charge des cas de paludisme infantile à caractère saisonnier. Le paludisme étant une affection polymorphe, nous ciblons ici le paludisme simple. Nous nous intéressons au paludisme simple, car les accès palustres simples peuvent évoluer très rapidement vers des formes graves ou compliquées, étant donné la prédominance du *Plasmodium Falciparum* à Sikasso. Quant à la prise en charge, nous nous sommes concentrés sur la séquence interprétative des causes et des origines de la maladie et sur le processus d'acquisition de soins pour l'enfant au sein de la famille. Dans notre cas, la prise en charge des cas est une intervention dont le processus comprend des étapes séquentielles à la fois simples et complexes, passant par plusieurs

acteurs à l'intérieur et à l'extérieur de la famille. Les deux séquences qui nous intéressent détermineraient en partie le comportement des mères dans le traitement de leurs enfants.

2.4 IMPORTANCE DU SUJET DE RECHERCHE

Après plusieurs siècles de thérapeutiques empiriques puis scientifiques, plus d'une centaine d'années de recherche sur l'hématozoaire de laveran et plus d'une quarantaine d'années de lutte avec plus ou moins de succès, le paludisme demeure un problème de santé publique majeur. Affection parasitaire sanguine du genre *Plasmodium* transmise par un moustique, il constitue encore de nos jours l'une des premières causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans en Afrique, au sud du Sahara. Il tue en moyenne un enfant sur vingt avant l'âge de cinq ans (OMS, 1992). Souvent, les enfants meurent à la maison dans les 48 heures qui suivent l'apparition des premiers symptômes, en saison de haute transmission (Greenwood et coll., 1987). Même lorsqu'il n'est pas fatal, le paludisme a un impact considérable sur la santé des enfants, car il accroît leur vulnérabilité aux autres infections et entrave leur développement. À Sikasso, la fièvre palustre représente 35 à 42 % des causes d'hospitalisation des enfants et la première cause de mortalité infantile dans les services de santé avec un indice de 49,2 % (ministère du plan Malien, 1993). Le paludisme frappe plus durement les pauvres et les défavorisés, minant leur productivité et provoquant un mauvais état de santé chronique. Ce problème est très grave lorsqu'il se produit au cours de la grossesse, contribuant nettement à la mortalité maternelle et néonatale et à un déficit pondéral à la naissance.

La lutte contre le paludisme est une des priorités sanitaires à l'échelle mondiale (OMS, 1992), et les stratégies actuelles visent à réduire la mortalité et la morbidité palustres. Depuis l'adoption de la stratégie des soins de santé primaires en 1978 et suite à l'échec de la campagne d'éradication, d'importants efforts ont été consacrés au développement des services préventifs et curatifs décentralisés pour lutter contre le paludisme chez les femmes enceintes et les enfants. Or, ces stratégies de chimiothérapie n'ont pas aidé à réduire la morbidité et la mortalité par paludisme (Walt, 1988; Slutsker et coll., 1988; Spencer et coll., 1987; Greenwood et coll., 1988; Menon, 1991).

Au cours des dernières décennies, la situation épidémiologique du paludisme a changé dans de nombreuses régions d'Afrique (Jacqueline et coll., 1992). On sait depuis longtemps que certaines souches de *Plasmodium Falciparum* (PF) sont résistantes à la chloroquine, qu'elles rejettent activement de leur cytoplasme (Krogstad et coll., 1987). Ainsi, le PF chloroquino-résistant s'est quasiment répandu partout. Depuis peu, il ressort qu'à travers le

monde, certaines souches de *Plasmodium Vivax* deviennent également résistantes à la chloroquine (Collington, 1991; Garavelli et Corti, 1992; Schurkamp et coll., 1992). Cela complique le traitement et la chimioprophylaxie et impose l'utilisation de médicaments nouveaux, souvent plus coûteux ou plus toxiques.

Ce constat d'inefficacité et les protestations de ceux qui craignaient de voir le sida occulter le paludisme ont amené l'OMS à convier les pays concernés à une conférence des ministres de la santé en 1992. Au cours de celle-ci, elle a recommandé trois stratégies de lutte contre le paludisme, dont la prise en charge systématique et décentralisée des cas. L'accent a été mis sur le développement des recherches portant sur les déterminants écologiques, sociaux et économiques de la maladie pour une meilleure prise en charge. C'est dans ce cadre qu'il faudrait placer notre étude.

2.5 STADE DE DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE

Cette recherche fait suite à une série d'études menées à Sikasso. Elle vise à établir un lien entre, d'une part, les études entomo-parasitologiques et épidémiologiques et, d'autre part, les études socio-anthropologiques sur les représentations des mères quant aux maladies infantiles et aux services de santé modernes. Elle permettra à tous d'avoir *une vision plus globale* du paludisme à Sikasso et devrait favoriser une meilleure prise en charge.

2.6 UTILISATION DES RÉSULTATS

La compréhension du comportement des mères pour vaincre le paludisme, à travers leurs modèles explicatifs et leur attitude dans la prise en charge, servirait à éclairer certains objectifs à atteindre pour une gestion appropriée du paludisme infantile. Cette étude cherche à soutenir les programmes de lutte en améliorant l'utilisation des services de santé. La position prise dans cette étude est que : l'axiome général au sujet du paludisme, dans la culture, souligne l'importance de l'information de la définition du paludisme infantile par les mères et des étapes à franchir pour faire soigner leurs enfants. La réaction des mères aux diverses présentations de la maladie est à la base de la dynamique de prise de décision. Cette dernière est très importante pour le choix des soins, d'autant plus qu'elle se fait dans le contexte familial de la femme. C'est cette dynamique de prise de décision qui détermine la rapidité d'obtention des soins pour les enfants. Ceci est important à savoir pour formuler des recommandations utiles aux programmes de contrôle du paludisme.

CHAPITRE III ÉTAT DE CONNAISSANCES

Le paludisme est une affection parasitaire sanguine du genre *Plasmodium* transmise par un moustique, l'anophèle femelle. Il existe plus de 100 espèces de plasmodies, dont quatre causent le paludisme humain et trois sont particulières à l'homme : *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale* et *Plasmodium Falciparum (PF)*. Le PF est le plus redoutable, car il entraîne les complications les plus sévères et est responsable de la plupart des décès dus au paludisme (Miller et Warrell, 1990).

La piqûre de moustique constitue le mode majeur de transmission. L'homme est le principal réservoir pour le paludisme humain, mais *les malades ne constituent pas le seul réservoir humain*. Il arrive souvent que des sujets prémunis contre la maladie présentent, lorsque réinfectés, une parasitémie avec peu de ou sans symptômes cliniques. Ces sujets constituent néanmoins des réservoirs pour les parasites (Powell, 1989). *Ces porteurs asymptomatiques peuvent à tout moment avoir des épisodes fébriles*. C'est pourquoi, très souvent, une fièvre isolée ou associée à la présence du *Plasmodium* à l'examen sanguin est étiquetée «accès palustre» (Gaye et coll., 1989). Cette revue de littérature s'articule autour des parties suivantes :

- les connaissances du paludisme d'un point de vue épidémiologique, clinique et biologique;
- les différentes stratégies de lutte préconisées par l'OMS;
- les connaissances sur le paludisme recueillies auprès des sociétés traditionnelles par les socio-anthropologues;
- les différents niveaux de prise en charge du paludisme par les mères et les familles;
- les facteurs susceptibles d'influencer les connaissances des femmes et leur comportement devant la fièvre présumée palustre de leurs enfants.

3.1 ÉPIDÉMIOLOGIE

Dans cette partie, nous exposons le *trépied classique* : *agent-vecteur-hôte* du paludisme, qui a été à la base des connaissances sur le paludisme. Ensuite est présenté le *triangle épidémiologique*, qui est devenu pratiquement le cadre de référence des épidémiologues.

En effet, l'épidémiologie du paludisme peut être analysée selon le trépied classique : agent-vecteur-hôte. Mais avec l'évolution complexe de la maladie, il a été constaté que

l'environnement joue un rôle important dans l'épidémiologie du paludisme. Au lieu de regarder strictement les composantes du trépied, les épidémiologues ont tenu compte de l'environnement pour une meilleure compréhension de la maladie. Ils se réfèrent alors au triangle épidémiologique, selon lequel trois groupes de facteur agissent dans les processus morbides : *l'hôte (le malade), l'agent pathogène et l'environnement*. Ce cadre a suscité beaucoup d'intérêt aussi bien chez les épidémiologues que chez les spécialistes d'autres disciplines, tels que les démographes et les géographes. Ils ont développé des modèles plus complexes pour mieux cerner la problématique de la santé en général et des maladies infectieuses et parasitaires en particulier. Certains de ces modèles relèvent des facteurs pertinents pour la présente étude, qui ont été présentés dans la section concernant les facteurs susceptibles d'influencer les connaissances des femmes et leur comportement devant la fièvre présumée palustre de leurs enfants.

3.1.1 *Le trépied : agent-vecteur-hôte*

L'épidémiologie du paludisme selon le trépied : agent-vecteur-hôte (voir schéma à l'annexe 3) explique l'apparition de la maladie dans sa plus simple expression. La contribution de ces trois éléments dans la pathologie palustre est décrite dans les sections suivantes.

3.1.1.1 *L'agent*

Il existe plusieurs espèces de plasmodies qui parasitent les reptiles, les oiseaux et les mammifères, mais quatre espèces seulement causent le paludisme humain (Garnham, 1988). Chacune de ces espèces possède des propriétés biologiques et des caractéristiques cliniques qui les différencient (Miller et Warrell, 1990).

- *Plasmodium Falciparum* : le plus dangereux et le plus répandu en régions chaudes, sa longévité est de deux mois en moyenne et peut atteindre exceptionnellement un an. Il est le plus redoutable parce qu'il cause les complications les plus sévères et qu'il est responsable de la plupart des décès dus au paludisme.
- *Plasmodium vivax* : répandu en zones tempérées chaudes, sa durée de vie atteint trois à quatre ans. Il entraîne rarement la mort, mais provoque une morbidité et des répercussions économiques importantes.
- *Plasmodium malariae* : localisé dans les foyers, dans les zones tropicales, il a une longévité de 20 ans. Il est moins fréquent et est incriminé dans les troubles rénaux.
- *Plasmodium ovale* : rare, il remplace le *Plasmodium vivax* en Afrique noire. Le *Plasmodium ovale* est considéré comme peu pathogène.

Mode de transmission et cycles du parasite

La piqûre de l'anophèle femelle (moustique) constitue le mode majeur de transmission de l'hématozoaire du sujet infesté au sujet réceptif. Les anophèles anthropophiles piquent entre 20 heures et deux heures du matin. Il existe cependant d'autres possibilités de transmission de la maladie. La transmission placentaire mère-fœtus est très rare, bien que les plasmodies puissent traverser le placenta (Gentilini, 1993). Cette forme de transmission est réservée aux mères non immunes. Il semble que le transfert passif d'anticorps maternels à travers le placenta et par le lait maternel contribuerait à protéger le nourrisson pendant les premiers mois de sa vie (Strickland, 1991a).

Puisque les plasmodies peuvent survivre à une faible température (avoisinant 4°C) pendant plusieurs jours, le paludisme peut être transmis par la transfusion de sang entier ou de produits sanguins, ou par la transplantation d'organes (Wernsdorfer, 1988; Lefavour et coll., 1980; Garfield et coll., 1978). Le paludisme peut aussi se transmettre parmi les toxicomanes par l'échange de seringues non stérilisées (Wernsdorfer, 1988).

Dans la chaîne épidémiologique, les plasmodies ont un cycle biologique complexe en deux phases. Ce cycle de développement du parasite est caractérisé par une multiplication asexuée (ou schizogonique) chez l'homme et par une reproduction sexuée (ou sporogonique) chez l'anophèle femelle (Garnham, 1988; Trigg, 1988). L'anophèle infestée porte dans ses glandes salivaires des plasmodies sous forme de sporozoïtes fusiformes. Ces sporozoïtes sont recouverts d'une mince paroi parsemée de nombreuses molécules d'un antigène protéique, la *protéine circumsporozoïte* (Trigg, 1988). Au cours d'une piqûre, l'insecte inocule à l'homme quelques centaines de sporozoïtes, qui, après avoir séjourné pendant 30 à 60 minutes dans la circulation sanguine, envahissent le foie. Un petit nombre de ces parasites sont phagocytés par les cellules de Kupffer, mais la majorité des sporozoïtes s'attachent aux hépatocytes par l'intermédiaire de la protéine circumsporozoïte et y pénètrent activement (Trigg, 1988).

Cycle asexué (ou schizogonique) chez l'homme

Le cycle asexué (ou schizogonique) se produit dans l'organisme humain. Il comprend deux étapes : une étape hépatique (*exoérythrocytaire*) et une étape sanguine (*érythrocytaire*).

- L'étape hépatique (*cycle exoérythrocytaire*). Le foie est le siège de la phase exo-érythrocytaire, encore appelée schizogonie tissulaire ou schizogonie exo-érythrocytaire.

Cette phase peut se dérouler selon deux modalités, à savoir une forme primaire et une secondaire. La piqûre du moustique inocule des centaines de parasites sous formes de *sporozoïtes*, qui gagnent le foie en moins de 30 minutes. Ils s'y multiplient pendant une semaine sous forme de *schizontes*. L'éclatement des hépatocytes libère dans la circulation sanguine des *mérozoïtes*. Ce cycle ne se produit qu'une seule fois pour le *PF* (cycle primaire), alors qu'il peut se reproduire plusieurs fois pour les autres espèces (cycles secondaires) (Wylter, 1992; Trigg, 1988). Quels que soient les mécanismes exacts (mal connus) de cette étape (hypnozoïtes, cryptoïtes), ils tendent à rendre compte de la longévité des manifestations cliniques selon les espèces (Strickland, 1991a). Ce phénomène est à la base des rechutes que l'on peut observer longtemps après la primo-infection et même après que le patient ait quitté la zone endémique (Garnham, 1988).

- L'étape sanguine (cycle érythrocytaire). Les mérozoïtes pénètrent chacun dans une hématie et se transforment en *trophozoïtes* puis en *schizontes*. Ils s'y multiplient, se libèrent par éclatement du globule rouge et vont recoloniser d'autres hématies. Le cycle de maturation varie, selon l'espèce, entre 48 heures et 72 heures, rendant compte de la périodicité variable de la fièvre. Après plusieurs cycles apparaissent dans les hématies des *gamétocytes mâles et femelles*. Ce sont ces gamétocytes qui sont absorbés par le moustique.

Cycle sexué (ou sporogonique) chez l'anophèle

Au cours d'une piqûre chez un paludéen, le moustique absorbe les éléments sanguins. Seuls les gamétocytes, après fécondation, vont générer des sporozoïtes qui atteindront les glandes salivaires et seront inoculés à un sujet réceptif. Cette étape nécessite une température variant entre 16 et 20°C, selon les espèces plasmodiales, et dure environ 10 à 40 jours.

3.1.1.2 Le vecteur

Les moustiques du genre anophèle déterminent l'apparition et la propagation de la maladie. Il existe plus de 400 espèces d'anophèles, dont 80 sont des vecteurs du paludisme humain. Parmi ces 80 espèces, 27 sont considérées comme des vecteurs importants parce qu'elles sont assez nombreuses dans les agglomérations humaines, préfèrent le sang humain (anthropophiles) au sang animal (zoophiles) et sont capables d'assurer le développement du parasite.

Les anophèles vivent assez longtemps pour assurer le déroulement complet du cycle sporogonique et pour ensuite transmettre les sporozoïtes à l'homme (Strickland, 1991a;

Gillies, 1988). Le sang est nécessaire à la reproduction de l'anophèle. L'activité de ponte se déroule toute l'année dans les régions équatoriales, parce que le climat y est toujours chaud et humide. Par contre, pendant la saison sèche des régions tropicales, l'absence de pluies diminue la prolifération des anophèles en réduisant le nombre de gîtes de ponte.

Les étangs, les mares, les marais, les lacs, les contenants domestiques abandonnés et remplis d'eau de pluie, les eaux de ruissellement, les eaux douces, les eaux saumâtres et les eaux polluées décantées et au repos (le dessus étant clair) peuvent servir de gîtes de ponte (Muir, 1988). Les conditions optimales de transmission sont assurées quand l'humidité relative est inférieure à 60%. La proximité des eaux stagnantes aux habitations (barrages, travaux de construction) favorise le développement du vecteur et l'interaction agent-hôte-vecteur.

3.1.1.3 *Hôte*

L'homme est le principal réservoir pour le paludisme humain, mais les malades ne constituent pas le seul réservoir humain. Il arrive souvent que des sujets immuns présentent une parasitémie avec peu de ou sans symptômes cliniques, lorsqu'ils sont réinfectés. Ces sujets, bien qu'asymptomatiques, constituent néanmoins des réservoirs pour les parasites (Powell, 1989). La gravité et la fréquence du paludisme varient beaucoup d'un individu à un autre, selon l'âge et le terrain. Des facteurs génétiques, environnementaux ou autres peuvent rendre compte de cette variation. Ces observations ont conduit à la prise en compte des facteurs environnementaux dans l'épidémiologie. C'est à partir de tout cela que les spécialistes ont développé le triangle épidémiologique.

3.1.2 *Le triangle épidémiologique*

Le triangle épidémiologique est un cadre de référence conçu par les épidémiologistes pour rechercher les déterminants des phénomènes de santé. Selon ce modèle, trois groupes de facteur agissent dans les processus morbides : *l'hôte (le malade)*, *l'agent pathogène* et *l'environnement*. En plus de ces principales composantes du trépied épidémiologique, ce cadre prend en considération les facteurs environnementaux dans leur dimension sociale, économique, culturelle, climatique et écologique.

Le cadre ne décrit pas seulement l'hôte comme un malade mais aussi comme un individu à risque, soit pour des raisons constitutionnelles (génétiques, nutritionnelles ou liées aux répercussions ou aux séquelles des maladies), soit par ses interactions avec l'environnement et les agents pathogènes. Le modèle montre que l'hôte est aussi un agent, pouvant modifier

l'environnement et les agents pathogènes. Ce modèle s'est montré adapté à une approche des maladies transmissibles causées par des agents identifiables.

Or, le concept d'environnement reste très vague et totalement indéfini. Il ne précise pas quels sont les déterminants de l'environnement et leurs interactions entre eux, par quelles voies de causalité ces facteurs agissent sur l'hôte et quelles sont les interactions entre les facteurs de risque de l'hôte, les déterminants de son environnement et les agents pathogènes. Malgré son imprécision quant à la nature des déterminants, de leurs interactions et de leurs effets, ce cadre conceptuel s'avère utile comme point de départ pour aider à la compréhension de l'épidémiologie du paludisme. *Sa qualité essentielle est d'élargir le champ de vision clinique qui ne se concentre que sur l'hôte et ses agents pathogènes.*

3.2 MANIFESTATIONS CLINIQUES

Les manifestations cliniques du paludisme sont diverses dans leur expression et dans leur gravité. Elles dépendent à la fois de l'espèce plasmodiale, de la densité parasitaire, de la réceptivité génétique et de l'état immunitaire du sujet. Elles varient de l'accès fébrile aigu, avec ou sans défaillance grave, au parasitisme sanguin prolongé et asymptomatique, en passant par le paludisme subaigu et chronique avec anémie et cachexie. (Gentilini, 1993; Bourée, 1987). Dans tous les cas, la fièvre est reconnue comme étant le symptôme-maître de l'expression clinique du paludisme. Quatre formes cliniques sont généralement observées, dont trois communes à toutes les espèces plasmodiales humaines (*accès simples palustres*) et une spécifique du *Plasmodium Falciparum* (*accès pernicleux palustres*).

Les trois formes communes aux espèces plasmodiales associent les tableaux cliniques communs à toutes les espèces. Il s'agit souvent d'*accès simples* comprenant :

- la primo-invasion;
- l'accès de réviviscence schizogonique à fièvre périodique;
- le paludisme viscéral évolutif.

Ces trois formes ont différentes manifestations cliniques. Les plus fréquentes sont les suivantes :

- une fièvre rémittente, avec d'importants niveaux fébriles entrecoupés de brèves rémissions;
- un syndrome infectieux sévère, avec une hépatomégalie et une «rémittente bilieuse» (ictère ou subictère conjonctival);
- des formes invasives;

- des fièvres frustres et paucisymptomatiques (rares avec *Plasmodium Falciparum*).

La quatrième forme particulièrement grave est spécifique du *Plasmodium Falciparum*. C'est la seule espèce plasmodiale qui cause la mort directe par des accès pernicioeux. *Les accès pernicioeux constituent le grand drame du paludisme* et sont responsables d'un taux élevé de décès malgré le traitement. Il s'agit d'un neuropaludisme produisant une encéphalopathie aiguë fébrile. Les accès graves surviennent, de préférence, chez des sujets non immuns, enfants ou adultes soumis depuis peu de temps à l'infection paludique. Ces accès représentent 6 à 10 % de l'ensemble des accès à *Plasmodium Falciparum* (Gentilini, 1993). La longévité du parasite ne dépasse pas deux mois (Gentilini, 1993), d'où l'absence de véritables rechutes. Par contre, on observe une recrudescence en cas de traitement insuffisant.

Étant donné la diversité des manifestations cliniques du paludisme, la fièvre est considérée comme un symptôme important dans le diagnostic et dans le pronostic du paludisme. Dans la section suivante, la problématique liée au diagnostic du paludisme à partir de ce symptôme est présentée.

3.3 FIÈVRE, SAISONS ET PALUDISME

La fièvre est une des principales manifestations des maladies infectieuses et parasitaires. C'est un symptôme très fréquemment observé dans les affections des enfants de moins de cinq ans vivant dans les pays tropicaux (Stern, 1977). Elle est responsable de 15 à 20 % des consultations dans les urgences hospitalières en Afrique, au sud du Sahara (Godard, 1984). À Cotonou (Bénin), par exemple, les hyperthermies représentent 22,5 % des motifs de consultations pédiatriques (Massougbody et coll., 1989).

Symptôme inaugural et d'appel et motif fréquent de consultation, la fièvre est souvent alarmante, inquiétante, épuisante et mal supportée par l'enfant, en raison de son retentissement sur l'état général, sur la prise alimentaire et le sommeil. Parfois, à elle seule, la fièvre résume l'essentiel d'un tableau clinique (Chamran et coll., 1989).

La fièvre et les syndromes fébriles sont d'origine et de gravité très variables. Leurs formes aiguës, sans signes évocateurs d'autres infections, sont souvent rattachées au paludisme en zone d'endémie palustre (Massougbody et coll., 1989).

Atanda et coll. (1992) montrent que près de 41 % des syndromes fébriles chez l'enfant sont dus au paludisme, suivis des infections otorhinolaryngologiques et pulmonaires (13,5 %) et des gastro-entérites aiguës fébriles (10,7 %). Au Bénin, la fièvre est en moyenne palustre au moins une fois sur deux (Massougbojji et coll., 1989) et ses formes graves et compliquées sont responsables d'une mortalité importante et s'observent surtout chez les femmes enceintes et les enfants de six mois à cinq ans, les plus jeunes jouissant d'une protection maternelle. Eckmans (1991) estime que 6 à 8 % des nourrissons meurent de paludisme dans les régions infectées.

Comme le montre les études, la fièvre est considérée comme le symptôme-maître de l'expression clinique du paludisme, avec une courbe de température très variable (Hendrickse et coll., 1971). Les symptômes qui l'accompagnent sont aussi inconstants et souvent trompeurs, et l'évolution de la maladie est particulièrement imprévisible. Bien des études faites sur le paludisme démontrent que :

- L'accès palustre ne peut pas être défini par un signe pathognomonique mais par un ensemble de symptômes évocateurs (Rey et Coll., 1968).
- Le paludisme est une affection dont l'examen clinique seul ne permet pas non plus de poser le diagnostic avec certitude, et le diagnostic biologique réalisé pour appuyer la clinique est contraignant, pas souvent satisfaisant et peu disponible, surtout en zone rurale. Ces tests biologiques ne permettent pas toujours d'établir un lien entre la charge parasitaire et l'accès fébrile, afin de savoir avec certitude à quel moment nous sommes en droit de parler du passage du stade porteur au stade maladie, encore moins d'apprécier la gravité de la fièvre et de prédire son évolution (Chamran et coll., 1989; Moret, 1989; Loban et Polozok, 1987; Trape et coll., 1985; Mochkovski, 1950; Bobkoya, 1951; Kassirki, 1946; Boyd, 1938). En zone d'endémie, bien que la relation entre parasitémie, fièvre et indicateurs indirects du paludisme-infection (hématocrite, haptoglobine) ait été étudiée, au moment de la crise (Moret, 1989), il y a très peu de connaissances sur la relation entre ces différents indicateurs avant et au début d'un accès fébrile. Le parasite garde secrète une grande partie de sa biologie et impénétrables certains de ses mécanismes (Gentillini, 1993).
- Les sujets vivant en zones d'endémie développent des défenses plus solides et précoces dans la mesure où ils sont régulièrement soumis aux piqûres infectantes des anophèles. Cette prémunition, «paix armée entre le parasite et son hôte», se traduit par la présence d'un nombre très important de porteurs sans signes cliniques, dans les régions de fortes transmissions (Gentilini et coll., 1993). Cette immunité s'acquiert malheureusement au

prix d'une mortalité infanto-juvénile élevée qui évolue inversement avec l'âge (Gentilini et coll., 1993). Une base génétique de la prémunition a été avancée par Cox (1984), mais les mécanismes de défense de l'organisme sont mal cernés (Camus, 1991). C'est ainsi que des sujets placés dans des conditions identiques d'infection ne présentent pas les mêmes manifestations cliniques. Le caractère génétique de cette inégalité devant la maladie a été mise en évidence au Cameroun (Abel et coll., 1992). La prémunition semble cependant plus élevée dans les zones de transmission permanente que dans celles où la transmission est saisonnière (Guillo du Bodan, 1982).

- La transmission du paludisme est saisonnière dans les zones d'endémie sahéliennes, et plusieurs études ont expliqué la saisonnalité de l'expression clinique du paludisme. La fièvre a une incidence très élevée pendant les périodes de haute transmission du paludisme en saison des pluies (Mashana et coll., 1991; Massougbodji et coll., 1989; Richard et coll., 1988; Baudon, 1988; Carnevale et coll., 1984; Vercruysse, 1981; Coz, 1973).

Il a été constaté que *la saison est un indicateur indirect de la force de transmission, qui reflète mieux l'importance de l'exposition au paludisme*. C'est certainement l'indicateur le plus directement lié à la prévalence et à la densité parasitaire au niveau « populationnel ». Les études de McGregor et de Greenwood (Greenwood et coll., 1987), ainsi que les travaux de Bouvier et coll. (1993), soulignent l'importance déterminante du facteur « saison » sur l'ensemble des risques et des manifestations du paludisme. Même la prémunition contre un parasite semble plus élevée dans les zones de transmission permanente que dans celles où la transmission est saisonnière (Guillo du Bodan, 1982). La saison apparaît donc comme un élément important de l'épidémiologie de paludisme qu'il faut prendre en compte dans la conception des stratégies de lutte contre le paludisme.

Parmi toutes les différentes formes que peut revêtir la fièvre palustre, il apparaît que la prise en compte de la diversité épidémiologique est incontournable dans le processus de prise en charge (Mouchet et coll., 1991). Toutefois, poussée à l'extrême, elle peut donner l'image d'une situation tellement complexe qu'aucune action ne soit envisageable hors d'un contexte purement local (du cas par cas). Ce serait une grave erreur d'en rester là. C'est pourquoi la notion de *faciès éco-épidémiologique* a été conçue. Elle a permis de cerner de vastes zones, globalement comparables et suffisamment homogènes, pour que la validité et que l'efficience d'un ensemble de moyens de lutte et de prise en charge puissent être établies.

Le faciès épidémiologique de l'Afrique de l'Ouest décrit par Carnevale et coll. (1984) montre que cette région comporte des zones qui se différencient très nettement. Du nord au sud se succèdent forêts et savanes postforestières et à climat tétraorique équatorial, savanes humides

et Sahel, avec une seule saison pluvieuse estivale. Enfin le passage graduel au désert est marqué par l'amenuisement des précipitations. L'impact du paludisme, en terme de morbidité et de mortalité, varie considérablement d'une zone à l'autre et d'une région à l'autre. Selon l'OMS (1993), cette variabilité repose sur trois paramètres :

- les modalités de la transmission liées à la présence de biotopes, favorables aux anophèles, et à la capacité vectrice des espèces présentes;
- les espèces plasmodiales impliquées;
- les réactions de défense de l'hôte face à l'agression.

Par la diversité épidémiologique et clinique que peut revêtir le paludisme, les auteurs s'accordent de plus en plus à reconnaître que sa symptomatologie ou *l'intensité de sa fièvre et son évolution dépendent en grande partie de l'interaction entre l'âge, l'espèce plasmodiale et la saison dans les zones à transmission saisonnière de la maladie* (Mouchet et coll., 1991). Ainsi, pour vaincre le paludisme, l'OMS préconise de l'aborder sur plusieurs points, selon les stratégies qui sont définies dans la section suivante.

3.4 DIFFÉRENTES STRATÉGIES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Devant les problèmes que continuent de poser le paludisme et l'échec des stratégies de lutte dans les régions endémiques, la communauté internationale se questionne régulièrement sur les stratégies de lutte, quant à leur faisabilité et leur efficacité dans les pays d'endémie, et réajuste les stratégies en fonction des nouvelles réalités. Ainsi, à la dernière conférence ministérielle mondiale sur le paludisme en 1992, l'OMS a recommandé une stratégie mondiale de lutte contre le paludisme, ayant quatre composantes techniques, pour la réduction de la mortalité et de la morbidité en zone d'endémie palustre (IHPO, 1993) :

- le diagnostic précoce et le traitement rapide des cas de paludisme-maladie;
- la planification et la mise en œuvre de mesures de prévention sélectives et durables, y compris la lutte antivectorielle;
- la détection précoce, l'endigement ou la prévention des épidémies;
- le renforcement des capacités locales en matière de recherche fondamentale et appliquée pour permettre et favoriser une évaluation régulière de la situation du paludisme dans les pays, évaluation qui porte notamment sur les déterminants écologiques, sociaux et économiques de la maladie.

De ces recommandations se sont dégagées trois stratégies opérationnelles de lutte antipalustre :

- la prise en charge systématique et rapide des cas de fièvre de façon décentralisée jusqu'au niveau familial;
- la chimio-prophylaxie des groupes cibles que sont les femmes enceintes et les sujets neufs (personnes qui vivent en milieu urbain hypoendémique, citoyens après un séjour au delà de deux ans dans les pays occidentaux);
- la réduction du contact homme-vecteur par l'utilisation de moustiquaires et d'autres supports (rideaux) imprégnés d'insecticide (pyréthrinoides de synthèse).

3.4.1 Réduction du contact homme-vecteur

Malgré les succès limités des méthodes utilisées auparavant (arrosage des gîtes de moustiques avec du dichloro-diphényl-trichloroéthane (DDT) et son application sur les murs intérieurs des maisons, inspection des maisons, utilisation des serpentocides, etc.), la lutte contre l'anophèle continue d'être explorée et se déroule sur trois fronts : insecticides, méthode biologique et aménagement de l'environnement (Rafatjah, 1988; Rishikes et coll., 1988).

Les insecticides sont toujours utilisés, mais ils sont chers et toxiques pour l'homme et suscitent l'émergence de souches de moustiques résistantes. Des méthodes biologiques sont à l'essai. Elles incluent des poissons larvivores, des bactéries entomopathogènes et des approches génétiques. Le troisième volet de la lutte contre l'anophèle consiste en l'aménagement de l'environnement pour supprimer ou pour réduire le nombre de gîtes larvaires, surtout ceux créés par l'homme même, comme les surfaces irriguées ou les contenants abandonnés (ou négligés) et remplis d'eau par la pluie (propre).

En plus de la lutte antivectorielle et en attendant qu'un vaccin efficace, bon marché et sans effets secondaires sérieux soit disponible, l'OMS a recommandé la planification et la mise en œuvre de mesures de prévention sélectives et durables sur les plans nationaux et régionaux. Elles reposent sur la réduction du contact entre l'homme et l'anophèle femelle par l'utilisation de supports imprégnés d'insecticide. La protection physique contre les moustiques peut être assurée par le port de vêtements longs, par des moustiquaires autour des lits et par de fins grillages aux portes et aux fenêtres. Parmi ces mesures connues, la protection personnelle par des rideaux ou par des moustiquaires imprégnés d'insecticide est à présent le seul moyen disponible qui ait montré une certaine efficacité dans le cadre de la lutte contre le paludisme. Au cours d'une étude en Gambie, une réduction impressionnante de la mortalité infantile,

toutes causes confondues (plus de 50 %), et de la mortalité due au paludisme (plus de 70 %) a été obtenue grâce à l'emploi de moustiquaires imprégnés à la perméthrine.

D'autres auteurs ont aussi montré que l'utilisation de moustiquaires imprégnés d'un insecticide rémanent réduit, chez les enfants, la mortalité due au paludisme et, chez les femmes enceintes, la fréquence et la sévérité des accès palustres, ainsi que l'anémie causée par la maladie (Snow et coll., 1988; Alonso et coll., 1991; Dolan et coll., 1993). Actuellement, plusieurs pays explorent cette piste, et beaucoup de recherches sont en cours.

3.4.2 *Chimioprophylaxie des groupes cibles*

La chimioprophylaxie reste une aide précieuse pour les femmes enceintes, pour les personnes qui vivent en milieu urbain hypo-endémique et pour les ressortissants des zones d'endémie qui séjournent pendant plus de deux ans hors de ces zones. Mais elle a ses limites. La chimioprophylaxie n'empêche ni l'infestation ni les manifestations cliniques, même si elle a été bien observée.

La chimioprophylaxie est particulièrement recommandée au cours de la grossesse mais uniquement par la chloroquine ou le proguanil. La méfloquine et l'halofantrine ne sont pas reconnues comme étant tératogènes ou abortives en clinique, mais leur contre-indication est prudente, puisque ce sont des molécules relativement nouvelles. Cependant, l'utilisation de la méfloquine au cours de la grossesse apparaît dans quelques protocoles.

3.4.3 *Prise en charge des cas de paludisme-maladie*

Les paludologues ont constaté que, très tôt diagnostiqués et correctement traités, les accès fébriles palustres guérissent. Dans cette perspective, l'administration de médicament antipalutres à tous les enfants atteints de fièvre, pendant la période de haute transmission et dans les régions très endémiques, est recommandée (OMS, 1986). Étant donné que la fièvre a une très forte probabilité d'être palustre grave, avec issue fatale chez les enfants de moins de cinq ans pendant cette période, la prise en charge décentralisée des cas peut, certainement, constituer un moyen sûr pour réduire sa létalité. Ceci s'explique par le fait que la prise en charge se situe à l'intersection des trois niveaux de réponse à la demande de soins (famille, système de soins traditionnel et système de soins moderne). Ainsi, *le rapprochement des services de soins vers les malades, jusqu'au niveau villageois, serait un facteur déterminant dans la réduction de la mortalité chez cette couche vulnérable, rendant la prise en charge plus rapide et systématique.*

L'OMS définit la prise en charge correcte du paludisme comme suit :

- le diagnostic précoce des cas de paludisme;
- le traitement correct, c'est-à-dire :
 - application du schéma standardisé ou ordinogramme (de la politique nationale);
 - la posologie appliquée en fonction du poids ou de l'âge;
 - une durée minimum de trois jours (pour la chloroquine);
- l'identification rapide des signes de complication et la prise de décision rapide de référence;
- le suivi et la référence au bon moment et au bon endroit;
- le monitoring des séquelles neurologiques postcrise pernicieuse (10 à 15 %) et postinjection intra-musculaire (IM) des sels de Quinine (OMS, 1992).

Ainsi définie, la prise en charge est peu précise, ce qui se répercute sur son application au niveau des services de soins. Elle laisse à chaque intervenant la liberté d'interpréter les recommandations de l'OMS selon son environnement. Par ailleurs, il apparaît dans cette définition que la prise en charge est technique et fait appel à des personnes formées, qualifiées et évoluant dans les structures de soins équipées pour pouvoir diagnostiquer et prodiguer les soins appropriés. Pour qu'un accès palustre guérisse, son traitement devrait être prescrit par un agent de santé à partir d'explication rationnelles basées sur les connaissances biomédicales citées plus haut, situation qui fait que, même au niveau des services de soins modernes, la prise en charge telle que préconisée par l'OMS est rarement appliquée. Aussi, par cette définition, on peut comprendre que le processus de prise en charge commence seulement quand l'enfant est en contact avec le système de soins. Dans ce cas, la famille ne fait pas partie du processus de prise en charge : elle devient une simple exécutrice des prescriptions, et ce, bien sûr, si elle se présente au centre de santé et si on lui a bien expliqué les prescriptions afin qu'elle les comprenne.

Il apparaît ainsi que les services de soins modernes et les personnes de santé occupent une place primordiale dans la prise en charge, alors que la mère de l'enfant devrait être l'unité fonctionnelle de tout programme de lutte contre le paludisme s'il se veut efficace. Ceci s'expliquerait par le fait que la prise en charge est basée sur la présomption du paludisme devant une fièvre chez l'enfant, phase qui se fait par la mère (ou par toute autre personne responsable de l'enfant dans la famille). Le fait que la stratégie basée sur la prise en charge se heurte à de nombreuses difficultés et n'a pas encore aidé à réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme pourrait aussi s'expliquer par la non-considération en compte de la mère et de sa famille comme partie intégrante du processus de prise en charge. La place et le rôle de l'être humain, dans ses dimensions non seulement biologiques mais aussi psychosociales (dans le cas de cette recherche, il s'agit de la mère et de la famille en général), restent encore marginaux dans la stratégie de prise en charge des cas de paludisme chez les enfants

telle que définie actuellement. Le processus de prise en charge devrait comprendre la définition de la maladie, sa reconnaissance et enfin les réponses qui lui sont données.

3.4.4 *Place de la personne dans la stratégie de lutte basée sur la prise en charge des cas de paludisme*

La personne, ses connaissances et ses comportements (troisième côté) n'ont pas eu une valeur égale à celle des autres facteurs de l'équation du paludisme (triangle épidémiologique). La prise en charge des cas préconisée actuellement définit « l'être humain » comme un hôte qui abrite le parasite et comme un malade qui doit être soigné et éduqué. Elle est élaborée sur la base des connaissances épidémiologiques, parasitologiques, cliniques, entomologiques et biologiques. Ces attitudes quelque peu normatives ne prennent pas en considération les individus, leurs connaissances, leurs croyances et leurs comportements. Des arguments, comme ceux de Ruebush et coll. (1986) et d'Okelo (1990), illustrent bien la pensée courante :

Le contrôle du paludisme, à travers les soins de santé primaires, dépend de la compréhension de l'épidémiologie prévalente, de l'efficacité technologique et médicamenteuse, de la structure des services de santé, de la logistique et la capacité financière de chaque pays.

Toutefois, Oaks et coll. (1991) ont montré que les comportements humains et l'organisation sociale, un des côtés du triangle épidémiologique, sont des déterminants vitaux pour le succès des programmes de contrôle. Ceux-ci découleraient des modèles explicatifs du paludisme qui diffèrent de celui de la biomédecine. Pour les femmes vivant en zone d'endémie, l'étiologie du paludisme est basée sur des interprétations fondées sur leur vécu culturel. Dans ce cas, elle répond à une étiologie de type binaire, où le couple nature-culture ou naturo-surnaturaliste est le plus évoqué. Leur modèle explicatif peut être basé sur les manifestations éco-climatiques (humidité, fraîcheur, chaleur), sur l'absorption d'aliments (sucrés, frais, souillés), sur le devenir digestif (vomissements intacts ou non) ou alors sur une interprétation surnaturaliste (sorcellerie, action maléfique de certains animaux). Il existe une distance entre les connaissances, les perceptions et les interprétations de la fièvre palustre par femmes et ce qui prévaut au niveau du système de soins moderne, situation qui se répercute sur la prise en charge du paludisme.

Agyepong (1992) montre dans son modèle les inter-relations entre les environnements culturel, social, économique et physique et l'épidémiologie classique (moustique, parasite, environnement physique) du paludisme. Selon lui, *les facteurs sociaux, culturels et socio-économiques peuvent influencer l'épidémiologie et le contrôle du paludisme*. Mosley (1992)

souligne que les dynamiques socioculturelles devant la maladie conditionnent et orientent les itinéraires thérapeutiques choisis pour vaincre le mal : *l'efficacité des techniques de lutte serait déterminée par des facteurs sociaux et culturels en amont*. Tout ceci démontre qu'aucune méthode ne peut, à elle seule, contrôler le paludisme, qu'il faut une combinaison de talents et de méthodes et donc qu'il faut intégrer toutes les connaissances issues des autres disciplines dans l'élaboration des stratégies de lutte.

Ce n'est que quand la vision de l'anthropologie et de l'éducation seront intégrées dans le contrôle du paludisme, plutôt que d'être simplement ajoutées comme une pensée survenue après coup, que de véritables progrès pourront être accomplis. (Bradley, 1991)

Malgré toutes ces constatations, les différents facteurs n'ont pas encore retenu une attention particulière dans le processus de transmission et dans l'élaboration des stratégies de contrôle du paludisme. Pourtant, il est montré que, pour que les mères adoptent des comportements de prise en charge de la fièvre palustre tels que définis par la médecine moderne, à savoir qui tiennent compte de la saisonnalité de transmission du paludisme, *il faudrait d'abord que le système de santé comprenne comment elles expliquent l'apparition du paludisme selon les saisons et comment elles réagissent*. En ce moment, il faudrait savoir ce qu'il faut pour que les femmes adoptent le modèle épidémiologique et des comportements en conséquence. Autrement dit, il faudrait avant tout une meilleure compréhension des modèles explicatifs traditionnels du paludisme et du comportement des femmes par les responsables sanitaires, afin de mieux cibler les stratégies de lutte et d'éducation pour la santé.

Après un survol de ce qui prévaut aux niveaux épidémiologique, clinique et des stratégies de lutte, dans les sections suivantes, il sera question des connaissances sur le paludisme des enfants chez les familles et des comportements de prise en charge aussi bien au niveau familial qu'au niveau des structures de santé.

3.5 CONNAISSANCES, EXPLICATIONS ET INTERPRÉTATIONS DU PALUDISME SELON LES SAISONS EN MILIEU TRADITIONNEL

Les connaissances sur la fièvre palustre et son interprétation par les mères sont déterminantes dans l'élaboration des modèles explicatifs du paludisme. Ces modèles sont à la base de la définition bioculturelle du paludisme, à partir de laquelle les mères recourent aux « traitements appropriés » pour la fièvre palustre (Halima et coll., 1995). De façon générale, Eisenberg (Eisenberg, 1977: 18) définit les modèles comme étant des façons de construire la réalité, d'imposer un sens au chaos du monde phénoménologique.

Plus précis, *Kleinman (1980a) définit le modèle explicatif de la maladie comme un ensemble de croyances ou de conceptions qui visent à expliquer, pour un épisode donné de maladie, ses causes (étiologie), le moment et les modalités de la manifestation des symptômes, la pathophysiologie, l'évolution de la maladie (gravité et rôle du malade) et son traitement.* Selon l'auteur, les modèles sont élaborés en fonction d'un problème de santé : ils ne sont valides et compréhensibles que dans un contexte particulier. Ils sont construits et utilisés pour expliquer un épisode particulier de maladie chez un individu donné et non pour exprimer une représentation sociale de la santé et de la maladie dans sa globalité. *Le concept de modèle explicatif de la maladie, tel que défini par (Kleinman, 1980a), est essentiellement clinique et évoque le rôle du savoir populaire dans l'interface entre le patient et le soignant (clinicien moderne ou traditionnel).* Il est centré sur l'analyse faite par le malade (ou par sa famille) sur le traitement de la maladie, à travers les étapes de l'explication étiologique, du diagnostic et du pronostic. Les modèles explicatifs mettent l'emphase sur la justification du rôle du malade et sur la justification des démarches de l'aide (qui consulter, quand, où et pourquoi). Dans ce cas, la notion de modèle explicatif est entièrement reliée à un épisode de maladie et de soins : il s'agit d'une notion employée par ceux qui sont engagés dans le processus clinique (Kleinman, 1980a:105).

Cependant, les modèles explicatifs de la maladie ne sont pas des entités indépendantes élaborées en marge de la culture collective. Considérée comme un symbole aux multiples significations, *la maladie est intégrée dans un système de significations qui, lui-même, fait partie d'un système culturel plus large* (Kleinman, 1981). Good et DelVecchio-Good (1980), ont montré que la maladie est une expérience humaine créatrice de sens. Selon eux, dans toute culture, l'objectif des individus est la compréhension de cette signification et la capacité de composer avec elle. Le sens de la maladie est conditionné par la nature de la maladie elle-même, mais aussi par un univers de croyances, de normes, de valeurs, de rapports sociaux, de situations ou d'événements qui marquent la vie quotidienne de la collectivité. *Au-delà des symptômes diagnostiqués et classifiés des désordres physiques, la maladie est une réalité humaine signifiante, et, selon ces auteurs, les significations données ne sont pas indépendantes les unes des autres.* Elles constituent plutôt un ensemble organisé en modèles d'associations, encore appelés *réseaux de significations*, qui traduisent les symboliques que l'individu établit entre ses différentes expériences personnelles de vie². *Dès lors, ce n'est plus à la maladie dans son acceptation empirique qu'il faut s'intéresser mais à la réalité que représente la maladie pour l'individu et son entourage.*

² Good et Delvecchio-Good (1980) s'inspirent de la théorie interprétative de la culture de Geertz (1973). Pour ce dernier, la culture consiste en des structures socialement établies de significations, selon lesquelles les individus perçoivent et interprètent leur propre comportement et celui des autres. La culture est ainsi définie comme un contexte à l'intérieur duquel les événements et les actions prennent du sens (Massé, 1995:278).

Conceptuellement, le réseau de significations défini par Good et par DelVecchio-Good (1980) paraît plus englobant que le modèle d'explication de la maladie tel que défini par Kleinman (1980a), à cause de l'attention accordée aux expériences vécues et à la vie sociale, familiale ou économique de l'individu. Cependant, Kleinman s'y réfère et considère que la maladie est inséparable des réseaux de significations à l'intérieur desquels elle est subie et traitée (Kleinman, 1981: 373). Rejoignant la position de Good et de DelVecchio-Good (1980), il fait du concept de réseau sémantique le cadre général dans lequel l'individu puise le matériel nécessaire pour élaborer ses modèles cliniques populaires. Quoi qu'il en soit, *dans une approche interprétative de la maladie, où se situe la présente étude, les réseaux de significations et les modèles explicatifs de la maladie sont inséparables. L'approche interprétative de la maladie utilise à la fois les modèles explicatifs et les réseaux de significations qui permettent de saisir les explications et les interprétations données par individus (et par leur environnement) quant aux problèmes de santé dans le contexte de leur vécu. C'est ainsi que, comme l'a fait Massé (1995), les deux concepts peuvent être placés sous l'appellation « modèles explicatifs et interprétatifs de la maladie ». Ils sont utilisés pour analyser les causes et les effets de la maladie, pour contrôler et pour prédire les conséquences d'un comportement à risque ou, tout simplement, pour tenter de justifier le choix d'un thérapeute. Les conceptions que se fait une communauté donnée sur la vulnérabilité de la personne devant une telle maladie, sur la gravité des conséquences d'un comportement à risque, sur les bénéfices à retirer d'un comportement jugé sain ou sur les normes comportementales véhiculées par l'entourage sont profondément conditionnées par les modèles explicatifs et interprétatifs de la maladie. La compréhension des modèles d'interprétation et d'explication de la maladie permettrait de contextualiser pleinement les comportements liés à la santé et à la maladie (Massé, 1995: 277).*

Dans toutes les cultures, l'individu ne se contente pas seulement de savoir ce qu'est la maladie qui l'affecte, il tente de l'expliquer en élaborant ses propres modèles étiologiques. Même dans les sociétés occidentales, où une bonne partie de l'explication de la maladie est laissée aux dépositaires du savoir médical, qui lui trouvent des causes biologiques ou physiologiques, l'expérience a montré que l'être humain n'est pas seulement préoccupé par une explication de la maladie en tant que réalité biophysique. Il cherche à donner du sens à ses désordres, à comprendre pourquoi et comment tel désordre l'affecte à tel moment de sa vie, dans tel contexte ou telles circonstances. Au niveau des sociétés traditionnelles africaines, il existe des classifications des maladies qui permettent de sélectionner les ressources de santé qui leur sont les plus adaptées (Hielscher et Sommerfeld, 1985). Ces classifications sont très élaborées, avec un fond culturel bien marqué, et l'étiologie attribuée sert à caractériser la maladie. Elles reposent sur différents critères, et Fosu (1989) a identifié huit sortes de classification des maladies selon :

- un critère de causalité;
- le degré de spécificité des maladies;
- la conformité de la maladie avec l'ordre naturel des choses;
- un critère sémiologique relatif aux signes cliniques et aux symptômes (manifestations);
- le caractère chaud ou froid de la maladie;
- la sévérité du problème de santé;
- le caractère traitable ou non de la maladie;
- une différenciation de la maladie en aiguë incapacitante ou « chronique non incapacitante ».

Massé (1995: 275) fait remarquer que les modèles, qu'ils soient médicaux ou populaires (traditionnels), n'expriment pas la réalité elle-même mais une certaine vision de celle-ci. À l'intérieur du savoir médical, il est reconnu qu'il existe une pluralité de modèles, diverses façons de construire la réalité. Il existe donc un modèle explicatif de la maladie pour le thérapeute, un pour le patient et un autre pour la famille du patient (mère, père, frère, etc.), chacun fournissant une explication différente de l'épisode de maladie. Chacun des acteurs construit un modèle clinique en analysant un même épisode de maladie, modèle qui véhicule ses propres analyses et ses propres attentes, *d'où l'apparition de problèmes de communication entre le patient et ses thérapeutes, entre le patient et les membres de son entourage* (Kleinman, 1981). Eisenberg (1997) a distingué au moins quatre modèles médicaux d'analyse des psychoses³, qui influencent largement le processus de diagnostic et le choix des thérapies.

Concernant les fièvres, Tudor Silva (1991) a noté qu'au Sri Lanka, elles peuvent référer à neuf catégories de diagnostic différentes. À Sikasso, les origines et les causes des fièvres palustres sont perçues comme multiples (Roger-Petitjean, 1992). Certains éléments sont considérés comme déclenchants. Dans ce cas prévaut l'idée que chaque maladie a son temps, c'est-à-dire que, si le moment est venu d'avoir la fièvre des accès palustres, un événement non pathogène en lui-même peut déclencher la maladie. Cette opinion quelque peu fataliste de l'accès palustre est celle des femmes, qui affirment, par ailleurs, que le paludisme est « la maladie de Sikasso », c'est-à-dire qu'on ne peut y échapper.

³ Les quatre modèles retracés par Eisenberg sont : le modèle organique fondé sur l'analyse des aberrations biologiques génétiquement conditionnées, un modèle psycho-dynamique axé sur les origines développementales et expérimentales de la maladie, un modèle behavioriste axé sur le rôle des contingences environnementales et un modèle social qui met l'accent sur les désordres dans l'accomplissement des rôles sociaux.

Roger-Petitjean (1992) et Halima et coll. (1995) ont constaté que les mères avaient des connaissances limitées sur le paludisme tel qu'il est défini biomédicalement. Or, elles ont une définition bioculturelle claire et précise du paludisme infantile simple. Cette définition ne reconnaît pas les complications du paludisme et est radicalement différente des interprétations qui relèvent des manifestations du paludisme compliqué.

À Kilifi (Kenya), la plupart des mères définissent le paludisme comme une maladie douce qui diminue celui ou celle qui en est atteint et qui causera probablement sa mort (Halima et coll. 1995). Roger-Petitjean (1992) a trouvé qu'à Sikasso (Mali), les femmes urbaines expriment des vues relativement homogènes quant à la perception de la symptomatologie, aux conséquences potentielles de la maladie et aux traitements à mettre en œuvre. Les auteurs ont constaté que les origines et les causes des fièvres palustres sont perçues comme multiples dans les milieux traditionnels.

3.5.1 Causes et origines du paludisme

L'accès palustre simple se présente en général comme une maladie naturelle et exogène, ses causes étant toujours recherchées à l'extérieur de l'organisme (Roger-Petitjean, 1992; Halima, 1995). Les agents nocifs sont naturels et interviennent selon un mode additif.

Les aliments

En matière d'étiologie, les aliments arrivaient en tête des imputations causales des mères de Sikasso selon Roger-Petitjean (1992). Le non-respect de certains usages alimentaires constitue les explications les plus évoquées par ces femmes. Par contre, le modèle explicatif des mères de Kilifi ne s'étend pas à des déséquilibres, comme les aliments froids-chauds et d'autres traits humoraux (Halima, 1995).

Les moustiques

Le moustique est parfois cité indirectement dans l'apparition de la fièvre palustre par les citadines de Sikasso, mais le sens de leurs interprétations serait que la piqûre du moustique est responsable d'un déséquilibre pathogène. Selon elles, il s'agirait de l'inoculation du sang de quelqu'un d'autre par la piqûre du moustique qui expliquerait l'apparition de la maladie (dans la majorité des cas contagieux, ce sang contient alors des microbes spécifiques de la maladie). Il y a des femmes qui croient que c'est le mélange du sang de deux personnes différentes qui provoque la maladie. Si aucune n'exprime explicitement l'idée qu'une personne malade, par la consommation de certaines nourritures (déséquilibre), suivie d'une

piqûre de moustique, pourrait alors transmettre la maladie, l'articulation de leurs discours laisse supposer que c'est bien à cela qu'elles pensent. Ainsi, toutes les explications de la maladie sont quasiment analysables en termes de déséquilibre ou de contagion-contamination médiatisées (Roger-Petitjean, 1992).

Roger-Petitjean (1992) et Halima et coll. (1995) trouvaient que la transmission du paludisme n'était pas comprise. Bien que, dans les zones urbaines, la piqûre du moustique soit parfois citée comme cause de la maladie, les femmes ne font pas de lien entre les moustiques et l'apparition et la sévérité du paludisme. Quelques maisonnées utilisent des moustiquaires à cause du bruit (les femmes disent que le « *chant* » *des moustiques dans les oreilles les empêche de dormir*), mais les gens sont généralement indifférents vis-à-vis des piqûres des moustiques. Néanmoins, tous les répondants considèrent que les moustiques sont une nuisance dans la région. Or, *pour eux, le contrôle du paludisme n'est pas relié au contrôle des moustiques mais à la disponibilité de services de santé adéquats*. Il n'y a pas d'efforts conscients pour éviter les moustiques, dans le sens de se préserver du paludisme, puisqu'ils ne sont pas associés au paludisme.

Les autres études connues qui ont systématiquement enquêté sur les définitions des mères du paludisme infantile sont de Jackson (1985), pour le Liberia, et de Glik et coll. (1987, 1988). À la différence des faits constatés par Halima et coll. (1995), Jackson (1985) rapporte que les mères libériennes définissaient le paludisme comme une maladie grave qu'elles appréhendaient et donnaient donc régulièrement à leurs enfants des thés prophylactiques. Jackson (1985), Ejzie et coll., (1991), Rooth et Bjorkman (1992) rapportent que les mères avaient une bonne connaissance des symptômes caractéristiques du paludisme simple. Ces connaissances peuvent avoir été acquises grâce aux contacts avec les travailleurs en santé, aux messages publicitaires dans les médias, qui décrivent les symptômes que les drogues portant des noms de commerce peuvent traiter, ou à l'apprentissage à l'école ou avec des amis.

Théories climatiques et thermiques

Quand à la perception des variations climatiques et saisonnières des fièvres palustres, il y a une distinction à faire entre la fraîcheur humide et le froid sec. La majorité des femmes considèrent que l'accès palustre simple est une maladie de l'hivernage et certaines en attribuent la responsabilité à des éléments assimilables à la fraîcheur (Roger-Petitjean, 1992).

Cependant, si plusieurs femmes considèrent que *l'hivernage*, et donc *l'humidité*, est particulièrement propice à la maladie (ce qui est prouvé par les scientifiques), on observe

néanmoins que leurs explications (ingestion d'aliments souillés notamment) ne peuvent pas être mises en relation avec l'explication biomédicale de cette période de l'année. Bien que cette maladie soit considérée comme nettement plus fréquente pendant l'hivernage, la plupart des femmes mentionnent d'autres étiologies. C'est pourquoi la pluie, le vent (qui précède les averses pendant la saison des pluies), la fraîcheur qui suit les averses, l'eau dans laquelle les enfants pataugent et l'eau des rizières pour les adultes et pour les grands enfants sont, le plus souvent, considérés comme des facteurs déclenchants d'une maladie qui « sommeille ». Les femmes, impliquant des agents assimilables à la *fraîcheur humide*, sont souvent catégoriques quant à la plus grande fréquence de la maladie pendant l'hivernage. Leurs observations les conduisent probablement à attribuer une partie de la responsabilité de la maladie à des événements climatiques caractéristiques de cette saison.

Dans leur étude, Halima et coll.(1995) ont constaté que certaines maladies sont attribuées au vent (froid ou mauvais), et toutes les maladies fébriles, y compris le paludisme, sont classées dans cette catégorie. Leurs explications ethnoétiologiques penchent plus vers les théories thermiques et climatiques, selon lesquelles les *soudaines variations de température du corps de chaud à froid, ou inversement, ou les soudains changements climatiques compromettent l'habileté du corps à résister aux maladies fébriles telles que le paludisme.*

Ramakrishna et Brieger (1987) mentionnent que, au Nigeria, les mères pensaient aussi que le paludisme était une maladie temporaire causée par *la chaleur excessive*. La définition thermique, telle qu'utilisée par Mayall (1986), signale des résultats semblables auprès de mères vivant en Angleterre. Jackson (1985), pour le Liberia, et Bledsoe et Goubauld (1987), pour la Sierra-Leone, signalent des observations semblables. Les seules mesures de précaution contre le paludisme sont, dans ces cas, des pratiques de sens commun qui sont un corollaire des ethnoétiologies : éviter les températures extrêmes, l'humidité extrême et les changements climatiques.

Bien que, dans les zones urbaines, la piqûre du moustique soit citée comme cause de la maladie, les femmes ne font pas de lien entre les moustiques et l'apparition et la sévérité du paludisme durant la saison des pluies.

Dieu

Pour la plupart des femmes, rien de naturel ou de surnaturel ne peut se produire sans la volonté de Dieu (Halima et coll., 1995; Roger-Petitjean, 1992; Bonnet, 1986; Sinzingre, 1986). Il est responsable de toute chose et donc la cause ultime de toute maladie. Ainsi, les

facteurs ethnoétiologiques associés au paludisme sont des actes de Dieu que les individus perçoivent comme étant hors de leur contrôle.

La difficulté des mères à reconnaître le paludisme infantile est, en grande partie, due au modèle explicatif et interprétatif des maladies fébriles tel que perçu dans leur culture et selon lequel il y aurait un terme générique qui couvre un large éventail d'états fébriles dénommés « paludisme » ou une différenciation du paludisme et des autres maladies fébriles dans leur taxinomie (Spencer et coll., 1987). Les observations de Halima et coll.(1995) montrent clairement que les mères ne réagiraient pas au paludisme infantile diagnostiqué par une clinique biomédicale, mais à partir d'une explication bioculturelle. Selon Kleinman (1980) et Young (1987), les modèles explicatifs sont générés par des individus ayant le même arrière-plan culturel. Les modèles contiennent des connaissances sur les sortes d'épisodes de la maladie et sur le traitement approprié. Les modèles explicatifs éclairent la raison pour laquelle les gens réagissent de certaines façons à une maladie donnée.

3.5.2 *Formes graves du paludisme*

Si les accès simples de paludisme sont très souvent considérés comme une maladie naturelle, ce n'est pas le cas pour les formes graves ou compliquées. Le modèle explicatif ne prévoit pas l'éventualité de l'évolution de la maladie vers un état plus grave, causant d'autres maladies. Ainsi, les symptômes des formes graves ou compliquées, accompagnés ou non de la fièvre (convulsions, anémie, splénomégalie, raideur de tout ou d'une partie du corps avec plafonnement du regard, etc.) ne sont pas perçus comme des indices du paludisme et lui sont rarement rattachés par les femmes (Halima et coll., 1995; Roger-Petitjean, 1992). Ils ne sont pas des complications du paludisme, mais appartiennent à des maladies spécifiques avec des étiologies différentes. Les trois états ne tombent pas dans le même modèle explicatif (Halima et col., 1995). Leur traitement relève de la médecine traditionnelle, et, dans le cas des convulsions, il s'agit d'une maladie qui réclame des procédures de gestion sophistiquées. *La médecine moderne reste un dernier recours.*

Généralement, les convulsions, le délire ou le coma sont perçus comme un état grave de l'enfant, non communicable et mortel. La fièvre très élevée est souvent considérée comme un signe de gravité, et le syndrome convulsif est considéré comme potentiellement mortel surtout lorsque l'enfant est encore jeune (Roger-Petitjean, 1992). Au Kenya, les femmes considèrent être souvent confrontées à des tableaux cliniques avec convulsions et coma, dans la région. Elles leur attribuent une étiologie surnaturelle impliquant les esprits et les font traiter comme des cas urgents, se précipitant chez le guérisseur traditionnel (Mwenesi,

1993 : 157). Des résultats semblables ont été rapportés par Boerma (1989) et par Coreil (1983).

À la différence des études précédentes, Jackson (1985) rapporte que les mères, au Liberia, font un lien entre les convulsions et le paludisme. Mais il s'est aperçu que la considération des convulsions en tant que symptôme signalé du paludisme constituait souvent un diagnostic erroné, notamment en ce qui concerne le tétanos néonatal, dont la prévalence peut avoir été sous-estimée.

Les définitions bioculturelles de l'anémie ne sont pas aussi enracinées ou élaborées que celles des convulsions. L'anémie pouvait être causée par des processus naturels, comme manger de la terre ou des aliments avariés, se traduisant par l'helminthiase ou par la sorcellerie. L'hérédité, suivant lequel une mère passe le syndrome *in utero* à son enfant, est également impliquée. Certaines personnes expliquaient l'anémie par le manque de sang. L'anémie n'était pas considérée comme une maladie menaçant la vie et pouvait être évitée en contournant les facteurs étiologiques impliqués et en se protégeant contre la sorcellerie.

Le modèle explicatif de la splénomégalie, comme l'anémie, n'était pas élaboré. Elle pouvait s'expliquer par des étiologies inconnues qui se manifestent comme du « mauvais sang » dans la partie « enflée et douloureuse ». On ne la considérait pas comme une maladie qui menace la vie.

Il importe de rappeler le lien entre *un bon pronostic du paludisme et la présence de la bile dans les vomissures*. Les mères pensaient que le paludisme était exacerbé par les excréments de bile dans le corps. Si la bile était vomie, le patient était considéré comme étant sur la voie du rétablissement (Roger-Petitjean, 1992). Cela n'a été mentionné nulle part ailleurs dans les écrits de sciences sociales sur le paludisme, et, même dans les documents de pathophysiologie du paludisme, il est très peu question du facteur bile.

Quant à la durée du paludisme, les femmes croient que la maladie est chronique, perception acquise par l'observation empirique et par l'expérience (Halima et coll., 1995; Roger-Petitjean, 1992). C'est ce qui explique aussi que les femmes considèrent le paludisme comme une maladie de la région, inévitable, présente tout le temps, réapparaissant régulièrement en présence des facteurs déclenchants comme le froid, l'ingestion de certains aliments et le non-respect de certains interdits.

La non-reconnaissance de l'existence de paludisme grave pourrait expliquer certains comportements de prise en charge qui sont souvent dommageables pour les enfants. Ceci est

confirmé par l'observation de Greenwood et coll. (1991), pour qui l'anémie est responsable d'autant, sinon de plus de décès reliés au paludisme chez les enfants qu'au paludisme cérébral. Les mères ne mentionnent pas le paludisme cérébral, qui se présente sous la forme d'un délire ou d'un coma (Halima, 1995; Roger-Petitjean, 1992). Jackson (1985) rapporte des observations semblables au Liberia. On a rapporté que le paludisme cérébral et l'anémie grave sont responsables du plus grand pourcentage de décès par paludisme en Afrique tropicale (Greenwood et coll., 1991). Mais Rooth et Bjorkman (1992), dans leur étude, concluent que peut-être le paludisme cérébral chez les enfants est peu commun dans les régions de paludisme endémique. *Les auteurs s'accordent à reconnaître que la perception qu'ont les patients de la sévérité est un critère majeur de décision dans leur choix d'itinéraire thérapeutique.*

3.6. NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE

La prise en charge est un processus qui comprend des étapes à la fois simples et complexes, mais aussi qui fait normalement intervenir plusieurs actants pour qu'elle soit efficace. Ainsi, à la complexité du syndrome fébrile viennent s'ajouter les impératifs liés au processus de prise en charge, ce qui pourrait la rendre difficile à réaliser. Une autre difficulté est la multiplicité des recours thérapeutiques, due à l'éclatement de diagnostic plus haut expliqué, situation qui fait que la prise en charge se réalise à trois niveaux et de façon isolée, séquentielle ou simultanée.

Du fait que les paludologues ont constaté, d'une part, que, très tôt diagnostiqués et correctement traités, les accès fébriles palustres guérissent et, que d'autre part la fièvre a une forte probabilité d'être palustre et grave chez les enfants pendant cette période, le rapprochement des soins vers les mères jusqu'au village serait un facteur déterminant dans la réduction de la mortalité chez cette couche vulnérable. Ceci pourrait réduire la multiplicité des recours thérapeutiques qui, en Afrique, se réalisent à trois niveaux (domicile, médecines moderne et traditionnelle) et de façon séparée, séquentielle ou simultanée.

3.6.1 *La prise en charge à domicile (niveau de la famille)*

Dans la plupart des pays africains, la prise en charge du paludisme s'effectue en dehors des systèmes officiels de soins de santé, l'autothérapie avec la médecine traditionnelle et des drogues antipalustres modernes étant la norme (Deming et coll., 1989). La majorité des cas de paludisme sont traités à domicile (Foster, 1993). Ce n'est qu'une partie des cas graves qui

aboutit à hôpital, particulièrement dans les services de pédiatrie (Delacollette et coll., 1993; Gazin et coll., 1992).

Les médicaments modernes sont généralement administrés en même temps que les infusions et les bains traditionnels. La disponibilité d'une grande quantité d'antipalustres, surtout la chloroquine, auprès des vendeurs de la rue favorise l'automédication avec un dosage rarement respecté durant le traitement à domicile (Snow et coll., 1992; Kasilo et coll., 1991; Dabis et coll., 1989; Van de Geest et Whyte, 1989; Menon et coll., 1988; Logan, 1988; Raynal, 1985; Maitai et coll., 1981; Olatunde, 1981; Foster, 1991a, 1991b; Fungladda, 1986). Les taux d'autotraitement à la chloroquine s'étalent de 19 % en Guinée à 94 % au Ghana (Catharina et Dawn, 1993; Brinkmann et Brinkmann, 1991).

Malgré que le traitement à domicile soit non reconnu officiellement pour dispenser des soins dans plusieurs pays, il retient l'attention de la communauté internationale, en tant que stratégie additionnelle intégrée aux politiques nationales pour la prise en charge du paludisme. Au Mali, le traitement à domicile est une composante de la politique de lutte contre le paludisme. Cette stratégie assurerait un prompt traitement, en réduisant le temps qui s'écoule entre la perception des symptômes et l'administration d'un traitement (Menon et coll., 1988, Greenwood et coll., 1987). Il est possible qu'elle ait des bénéfices, mais, mal appliquée, ses conséquences sont graves et nombreuses, allant jusqu'à la mort par paludisme et par d'autres maladies fébriles, comme la méningite, la pneumonie et la typhoïde (Greenwood et coll., 1987; Taylor et Molyneaux, 1988; Dabis et coll., 1989; Deming et coll., 1989; Brewster et coll., 1990; Makubalo, 1992; Halima et coll., 1995).

Les études sur le traitement à domicile sont variées. Mais elles ne documentent pas, de façon explicite, sur les comportements de prise en charge des fièvres palustres à domicile par les mères en fonction de la transmission saisonnière de paludisme. Elles ne montrent pas les liens entre les modèles explicatifs traditionnel et moderne du paludisme dans ces comportements.

3.6.2 *La prise en charge au niveau de la médecine traditionnelle*

Le fait que les enfants soient la cible privilégiée des programmes de soins de santé primaires donne à penser qu'ils pourraient, en priorité, être conduits dans les formations sanitaires modernes (Phillips, 1990). Plusieurs études supportent ce point de vue (Keith et coll., 1990; Phillips, 1990; Caldwell et coll., 1989; Good, 1987; Nnadi et coll., 1984; Frankel, 1984; Gesler, 1979; Nchinda, 1977). Cependant, la médecine traditionnelle reste très utilisée dans le traitement du paludisme en Afrique subsaharienne.

La cohabitation des deux systèmes de soins a certainement un effet sur le traitement du paludisme. Mais cette dualité est plus apparente que réelle, dans la mesure où les services offerts se rejoignent, se complètent et parfois même se chevauchent (Phillips, 1990). La réaction typique devant la fièvre palustre infantile est presque la même dans toutes les communautés : d'abord, utiliser les comprimés disponibles à la maison en même temps que les décoctés en infusion et les bains. Si la fièvre persiste et selon les signes qui l'accompagnent, la mère se réfère à son entourage immédiat, dont le chef de famille, pour engager le processus de soins vers le guérisseur ou vers le personnel de santé (Halima et coll., 1995).

La thérapie traditionnelle, pour le paludisme simple, est à base d'infusions buvables et de bains préparés à partir d'herbes fébrifuges (Halima et coll., 1995). Par contre, les traitements de première ligne envisagés pour les formes graves sont dictés par un guérisseur traditionnel (Halima et coll., 1995; Mwenesi, 1993). La visite à la clinique pour des symptômes de paludisme grave chez un enfant est un dernier recours, où, croit-on, les risques de mourir à cause de traitements inappropriés sont élevés. L'injection est particulièrement redoutée, parce qu'on pense qu'elle peut tuer l'enfant instantanément (Mwenesi, 1993).

Il existe une nette différenciation des comportements de santé, selon que la maladie soit considérée d'origine naturelle ou surnaturelle (Kroeger, 1988; Fosu, 1981; Ben Youssef et Wessen, 1974). Le paludisme simple est considéré comme faisant partie de l'infortune d'être humain, comme toutes les calamités, quand il y a du désordre dans les éléments comprenant le vent, la chaleur et la nourriture. Par contre, les formes graves peuvent résulter quant à elles, de la sorcellerie et du mauvais oeil, ou quelqu'un peut apporter la maladie sur lui-même ou sur sa progéniture s'il néglige les tabous et les autres obligations ancestrales ou religieuses. Au Mali, le traitement des maladies attribuées à la sorcellerie se fait exclusivement par la médecine traditionnelle (Heilscher et Sommerfeld, 1985), et les maladies dites naturelles, quant à elles, sont prises en charge soit par la médecine moderne, soit par les tradipraticiens, soit par les deux à la fois. Ceci corrobore les constatations faites sur le paludisme, qui est généralement considéré comme une maladie naturelle dans sa forme simple et surnaturelle dans sa forme grave.

À notre connaissance, les études qui se sont penchées sur la prise en charge du paludisme par la médecine traditionnelle ne se sont pas intéressées directement aux comportements de prise en charge en fonction des variations saisonnières de la transmission et de l'expression clinique du paludisme. Aussi, on s'interroge à savoir si l'utilisation des médicaments modernes est liée à un changement dans le modèle explicatif traditionnel.

3.6.3 *La prise en charge au niveau des structures de soins modernes*

Il a été constaté que l'accès palustre ne peut pas être défini par un signe pathognomonique mais par un ensemble de symptômes évocateurs. En zone d'endémie, il est possible de suspecter cliniquement le paludisme, mais la certitude du diagnostic doit être apportée par l'identification de l'hématozoaire sur le frottis sanguin ou la goutte épaisse (Gazin et coll., 1992; Baudon et coll., 1988; Benasseni et coll., 1987; Trape et coll., 1986; Rey et coll., 1968). Cependant, cette façon de poser le diagnostic est contraignante et pas souvent disponible, même en zone urbaine. Dans la grande majorité des cas, le diagnostic de l'accès palustre simple est porté sur la seule présence de signes cliniques, et, à quelques exceptions près, la fièvre a toujours été nommée en première position par les prescripteurs de tous les niveaux (Feller-Dansokho et coll., 1994; Bourgeade et coll., 1975).

Il a été aussi constaté que, devant tout accès fébrile, le traitement antipalustre est préconisé de façon systématique durant toute l'année, alors que la transmission du paludisme n'excède pas six mois dans les régions à transmission saisonnière (Carnevale et coll., 1984; Feller-Dansokho et coll., 1994). Selon les épidémiologues, la prise en charge des cas de fièvre doit, d'une part, tenir compte des saisons, et, d'autre part, se faire en fonction des schémas thérapeutiques élaborés selon les formes cliniques du paludisme, l'âge des sujets et leur chimiosensibilité.

Le traitement des accès palustres simples relève des antipalustres de synthèse, par voie orale, dont la *chloroquine* pour les régions chimiosensibles. La *méfloquine*, l'*halofantrine* et le *Fansidar* sont utilisés sur les souches résistantes à la chloroquine. Le traitement des formes graves ou avec intolérance digestive relève des sels de *quinine* injectable, qui est le seul antipalustre naturel actuellement disponible.

Cependant, rares sont les prescripteurs qui suivent ces indications (Bourgeade et coll., 1975). Au Niger, au Zaïre et au Sénégal, les études ont démontré que plus de 50 % des dosages d'antipalustres recommandés par les agents villageois étaient incorrects (PRICOR, 1988). Dans les officines urbaines de Dakar, Timera (1991) a montré une anarchie dans la prescription et dans l'administration des médicaments. En milieu hospitalier dakarois, Séné (1990) trouve que le mauvais traitement de première intention est un des facteurs déterminants de la survenue des accès pernicieux.

La documentation sur la prise en charge du paludisme par les services de santé modernes est très importante, mais elle ne documente pas, à notre connaissance, sur les liens explicites qui

existent entre le comportement du personnel de santé et celui des mères des enfants devant les variations saisonnières de la transmission et de l'expression clinique du paludisme.

3.7 FACTEURS DÉTERMINANTS DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA FIÈVRE PRESUMÉE PALUSTRE PAR LES MÈRES

Le processus de prise en charge d'un enfant malade comprend des étapes à la fois simples et complexes (définition, reconnaissance et réponses à la maladie, etc.) qui mettent en jeu plusieurs systèmes, dont *le système biologique, le système socioculturel, le système phénoménologique*⁴ et *le système de la mémoire*. Plus précisément, concernant le paludisme, la place de la saison dans son diagnostic et sa perception dans les manifestations cliniques, très importantes dans l'issue de la maladie chez les enfants, amènent à prendre en considération le système éco-épidémiologique dans le processus de prise en charge. Aussi, un autre élément, non moins important, est que la prise en charge elle-même se réalise à trois niveaux (famille, médecine moderne, médecine traditionnelle) et de façon séparée ou simultanée. Il y a là plusieurs systèmes à prendre en compte, dont certains sont souvent méconnus ou non pris en considération dans la définition des stratégies de prise en charge du paludisme.

Il ressort des études que l'issue d'un problème de santé, la rémission ou le décès, ne dépend pas exclusivement des systèmes de soins modernes, du fait qu'elle passe par plusieurs séquences dans le processus de prise en charge. Elle est largement déterminée par d'autres facteurs non médicaux et complexes, qui interagissent dans différents sens, à plusieurs niveaux et avec des mécanismes de rétroaction. Pour identifier les facteurs pouvant intervenir dans le processus de prise en charge de la fièvre présumée palustre par les mères, on a porté un regard sur des études antérieures qui se sont intéressées aux problèmes de santé en général et au paludisme en particulier.

Dans ces études, on a développé plusieurs théories et cadres d'analyse qui mettent en relation une foule de facteurs déterminants dans la prise en charge de la maladie. Cependant, aucun de ces modèles n'intègre de façon explicite le rôle des modèles explicatifs et les facteurs socioculturels dans les déterminants du comportement de prise en charge des maladies transmissibles et de leurs caractéristiques. Or, les chercheurs ont développé des cadres théoriques très élaborés en y intégrant des variables qui, par extrapolation, peuvent servir de fil conducteur à notre étude parce que les arguments, au niveau théorique, sont semblables.

⁴ Le système phénoménologique réfère à la conscience et aux perceptions des individus.

Les cadres théoriques élaborés en épidémiologie, en écologie, en clinique, en socio-anthropologie, en démographie et dans l'utilisation des services de santé nous ont particulièrement inspirée dans cette démarche. Ils ont constitué la toile de fond à partir de laquelle ont été tirés des agrégats de variables et de facteurs susceptibles de contribuer à la compréhension théorique de notre problématique. Dans les paragraphes suivant seront présentées les théories qui ont le plus retenu notre attention et qui nous ont permis de cerner la nature et les facteurs qui pourraient être déterminants dans le processus de prise en charge. Nous montrerons aussi certaines limites de ces cadres, non suffisamment exhaustifs pour contenir tous les éléments pertinents à cette étude. Mais il est important de rappeler que les divers cadres conceptuels qui ont servi d'inspiration constituent avant tout des guides dans la collecte des données. Par conséquent, ils ne jouent que le rôle de repère afin d'éviter que des éléments importants soient négligés : ils ne sont pas destinés à être testés.

Dans les études antérieures, il a été démontré qu'aussi bien les modèles explicatifs de la maladie des enfants par les mères que leur comportement dépendent, d'une part, de leurs *caractéristiques personnelles et de leurs expériences antérieures et, d'autre part, de l'influence des expériences de leur famille et de leurs amis* (Massé, 1995; Hardon, 1987; Mburu, 1987). Les explications de l'apparition des maladies, les décisions et les actions de santé sont en étroite relation avec le milieu culturel (Stock, 1993). *Il existe des différences entre l'ethnoépidémiologie et l'épidémiologie classique, en ce qui concerne les symptômes et les diagnostics des maladies : chaque culture a ses propres concepts quant à la nature des maladies, à leur origine et aux stratégies thérapeutiques qui leur sont adaptées* (Massé, 1995).

Concernant la fièvre palustre, c'est à partir de la reconnaissance de sa cause, de son origine et de son interprétation selon les saisons que les mères, d'abord (et la famille ensuite), construisent leurs modèles explicatifs et interprétatifs du paludisme, point de départ de tout comportement de soins. La fièvre est alors définie comme *un construit socioculturel* avec une recherche du sens dans le vécu de la mère, tout en respectant les critères populaires de la gravité et de la tolérance à la déviance (Massé, 1995). En outre, les chercheurs pensent qu'il serait important de modéliser la suite d'événements associés à la maladie, à travers un modèle de processus. Les caractéristiques liées au malade et à la maladie sont importantes aussi bien dans l'élaboration des modèles explicatifs que dans les comportements de prise en charge (Contandriopoulos, 1993). Ces caractéristiques sont déterminées par *l'âge, le sexe de l'enfants, ses facteurs biologiques et immuns, la sévérité et la durée de la maladie, la nature de son agent pathogène*.

Fabrega (1973) met l'accent sur le fait que la maladie est *une perception individuelle subjective*. Les individus ont une perception variable de leur état de santé, et l'information qu'ils retirent de leur corps durant un épisode de maladie dépend de leur interprétation personnelle. Cette interprétation est influencée par les traditions socioculturelles et le contexte environnant. C'est la culture du groupe social qui, pour une part, organise, structure et définit la maladie. Il s'ensuit que la reconnaissance et les réponses associées à la maladie sont déterminées par « des variables complexes et interreliées » qui mettent en jeu plusieurs systèmes : les systèmes biologique, social, phénoménologique et de la mémoire. Fabrega considère donc que la maladie, en elle-même, n'a pas de « substance à priori ». Il la définit comme étant un ensemble d'attributs indésirables ressentis par l'individu. Dans cette perspective, les normes sociales et personnelles servent de références pour juger l'état de santé. *C'est l'existence d'une situation d'écart par rapport à ces normes qui fait que les individus se sentent malades.*

La mémoire traduit l'expérience personnelle des sujets, notamment leurs expériences antérieures à maladies et les attitudes, les croyances et les options médicales qui leur sont associées. C'est à ce niveau qu'interviennent la parité et l'âge de la mère. L'information est organisée en « codes » et en « catégories », et au cours de la survenue d'un événement, la situation est examinée au travers de repères et de normes personnelles générés à partir de ces codes. Ainsi, au cours d'une maladie, les événements (symptômes ressentis, perceptions individuelles) sont « codés », « classés » et « ordonnés » en faisant appel aux différents systèmes. En particulier, *les symptômes sont analysés à la lumière de la taxonomie personnelle des maladies*⁵.

Dans son modèle, Lalonde identifie, quant à lui, quatre groupes de facteurs ou de déterminants de la santé : les facteurs *biologiques*, liés à *l'environnement*, aux *systèmes de soins* et aux *habitudes de vie*. Le modèle montre que ces déterminants n'agissent pas simultanément. D'une part, il tient compte de la séquence temporelle en montrant que l'état de santé au temps présent est le résultat de l'action de déterminants aux temps antérieurs et que le système de soins intervient ultérieurement. D'autre part, il fait intervenir une dimension temporelle dans l'analyse du rôle des systèmes de soins. Ce modèle montre essentiellement (et c'est là l'intérêt qu'il a suscité) que la santé ne dépend pas exclusivement des systèmes de soins, mais qu'elle est largement déterminée par d'autres facteurs. Il montre également que les déterminants non médicaux sont complexes et agissent dans plusieurs sens différents, avec des mécanismes de rétroaction. Mais, dans cette approche, le cadre de

⁵ les catégories de maladies sont répertoriées dans la mémoire des gens, dans la mesure où elles représentent des déviations par rapport à la norme (Fabrega, 1973)

Lalonde ignore les interactions entre les différents facteurs, et l'action des systèmes de soins n'est envisagée qu'en aval des phénomènes de santé. Enfin, le modèle reste imprécis sur les niveaux et sur les voies de causalité. Il ne précise pas quels sont les facteurs, qui se situent à l'intérieur de chacun des groupes de déterminants. Il ne donne pas d'indication sur les relations entre ces différents facteurs. Il ne permet pas de distinguer les facteurs impliqués dans une chaîne de cause des facteurs de confusion potentiels.

Un intérêt particulier a été porté sur le modèle de Meegama (cité par Akoto, 1985). C'est un des rares cadres à mettre *les facteurs géographiques* (climat, relief, etc.) dans une catégorie de variables bien distincte. Dans son modèle, il montre que les expositions aux conditions climatiques, à savoir l'absence de vêtements adéquats et l'absence de logement adéquat, peuvent donner des maladies respiratoires, qui sont des causes de mortalité postnéonatale et juvénile.

Mosley (1985), d'après les travaux de Mosley et de Chen (1984), a proposé un cadre très intéressant en se basant sur un constat très pertinent, à savoir que : « *la recherche biomédicale souffre de sa scission avec la recherche sur les déterminants socio-économiques de l'état de santé des populations; elle ignore ainsi des facteurs de confusion importants dans l'interprétation des données* ». Pour y remédier, il préconise le développement d'une nouvelle approche pour la recherche en santé de l'enfant, qui incorporerait à la fois les approches biomédicale et sociale. Il propose, pour se faire, un cadre conceptuel qui explorerait les variables sous-jacentes, les variables intermédiaires et les variables de résultats (outcome).

S'inspirant de modèles développés par le démographe Bogaarts (1978) pour l'analyse des déterminants de la fertilité, le modèle de Mosley (1985) est composé de trois compartiments principaux⁶ pour expliquer la mortalité infantile (variable dépendante): les déterminants socio-économiques, les variables intermédiaires et les indicateurs biologiques. Les postulats sur lesquels ils se basent sont aussi très intéressants et peuvent être résumés comme suit :

Dans un encadrement optimal, les chances de survie d'un nouveau-né pendant ses 5 premières années sont proche de 97%. Une diminution de cette probabilité de survie est nécessairement due à des forces sociales, économiques, biologiques et celles environnementales. Les déterminants

⁶ Les trois compartiments principaux pour expliquer la mortalité infantile (variable dépendante) sont :

- déterminants socio-économiques : *facteurs individuels et facteurs collectifs*;
- variables intermédiaires : facteurs liés à la fécondité maternelle, à la contamination de l'environnement, à la disponibilité alimentaire, aux lésions corporelles et facteurs de lutte contre les maladies individuelles;
- indicateurs biologiques : morbidité temporelle ou cumulative.

sociaux économiques (sous-jacents) doivent opérer par l'intermédiaire de déterminants proximaux plus fondamentaux qui, à leur tour, influencent le risque de maladie et l'issue des processus morbides. Dans ces conditions, les maladies spécifiques et les carences en nutriments observées dans une population de survivants peuvent être considérées comme des indicateurs biologiques des actions, donc des déterminants proximaux. Ensuite, le retard de croissance et, finalement la mortalité (variable dépendante), sont les conséquences cumulées de processus morbides multiples (y compris leurs interactions biosociales). Il est rare que la mort d'un enfant soit le résultat d'un épisode isolé de maladies. Mosley (1985)

Le cadre conceptuel de Mosley (1985) propose donc une analyse systémique des facteurs agissant comme déterminants de la mortalité ou de la survie de l'enfant, en distinguant trois compartiments : *les variables dépendantes, les déterminants proximaux et les déterminants socio-économiques*⁷.

Une caractéristique importante de ce modèle est la considération des interactions entre plusieurs déterminants biologiques. Ce cadre conceptuel prend également en compte les « synergies sociales », c'est-à-dire les interactions, souvent ignorées, entre différents déterminants socio-économiques. Selon ce concept, un déterminant socio-économique peut agir par l'entremise de plusieurs variables intermédiaires sur la mortalité des enfants. Cela explique pourquoi certaines interventions visant à modifier les déterminants biologiques ou les facteurs de risque ont un impact sur la santé beaucoup plus limité que cela n'était prévisible (Gadomski, Black et Mosley, 1990) et pourquoi *des variables telles que l'instruction des mères sont associées de manière aussi forte et si systématique à la mortalité des enfants.*

Le modèle de Mosley (1985) permet de satisfaire des objectifs multiple : identifier les causes biologiques des maladies et des décès, fournir les moyens de les contrôler en manipulant les facteurs de risque que sont les déterminants proches dans la population, mesurer les

⁷ – Les variables dépendantes : pour les sciences sociales, en particulier pour la démographie, c'est généralement la mortalité qui constitue la variable finale de l'analyse. les sciences médicales s'intéressent plutôt aux maladies et au statut nutritionnel des survivants.

– Les déterminants proximaux : ceux-ci sont groupés en cinq catégories: facteurs maternels (âge, parité, intervalle entre les naissances); contamination de l'environnement (air, aliments, eau, peau, objets, insectes-vecteurs); carences en nutriments (calories, protéines, micronutriments); lésions (accidents ou lésions intentionnelles); contrôle personnel de la maladie (mesures préventives, traitement médical).

– Les déterminants socio-économiques sont de trois ordres : déterminants situés au niveau individuel (productivité, tradition, normes, attitudes); déterminants au niveau du foyer (revenu, possession); déterminants au niveau de la communauté (cadre écologique, économie politique, système de santé)

associations entre facteurs socio-économiques et comportements en matière de santé (déterminants proches) et leurs conséquences démographiques, proposer des solutions qui influenceraient les facteurs socio-économiques. Par conséquent, ce cadre devrait permettre d'identifier les principaux facteurs qui entravent la demande et l'utilisation effective des services de santé, dans la mesure où ces facteurs peuvent aussi bien être ceux qui prédisposent les enfants à de haut risque de mortalité. Par exemple, les parents qui accordent une grande valeur au bien-être et à la santé de leurs enfants sont ceux qui sont le plus enclins à adopter des comportements favorables à la santé.

Comme le montre le cadre conceptuel de Mosley, l'effet cumulé des déterminants socio-économiques et culturels n'est pas simplement additif : il existe des interactions. Ce cadre conceptuel est certainement plus riche et plus fécond que celui de Lalonde, dans l'analyse des problèmes de santé, et plus complet et généralisable que celui de Meegama. Ses points forts sont non seulement de distinguer les déterminants biologiques des déterminants sociaux, mais également de séparer ces déterminants sociaux des déterminants proximaux et de tenir compte des interactions biologiques et sociales. Mais ce modèle reste très théorique, comme le montre Akoto (1985). Il ne prévoit pas les interactions entre les maladies, ces dernières étant considérées comme des facteurs de risque de mortalité mais pas comme des facteurs de risque d'autres maladies.

Le modèle de Van Morren et coll.(1989) s'est développé à partir des concepts du modèle de Mosley. Parmi les déterminants proximaux de la santé de l'enfant, ces auteurs font la distinction entre les facteurs qui sont de nature comportementale, ceux de nature biologique et les facteurs qui sont de nature à la fois comportementale et biologique. Ils appellent ces derniers « variables intermédiaires ». Ces variables font le lien entre les systèmes social et biologique : elles ont un effet biologique direct sur la santé de l'enfant et, de par leur nature comportementale, elles peuvent être influencées par des interventions ou par une politique de santé (Van Morren et coll., 1989).

Les études sur l'utilisation des services de santé ont permis, quant à elles, de préciser les facteurs organisationnels déterminants dans les comportements de prise en charge et leurs interactions avec les autres facteurs plus haut cités dans les autres études. Les facteurs organisationnels prennent en compte la disponibilité des ressources de santé modernes, leur accessibilité ainsi que la qualité, la commodité et l'efficacité des services perçues par les mères et par leur famille. (Contandriopoulos et coll., 1993). Les relations de confiance et l'habilité du personnel à communiquer des messages sont aussi déterminants dans l'intégration des connaissances éco-épidémiologiques de la transmission du paludisme. Certains auteurs croient que la nature des services sollicités, leur accessibilité, leur coût, leur

convenance et leur qualité peuvent être d'égale importance pour expliquer ces comportements (Bailey et Phillips, 1990).

Kroeger (1988) estime que les résultats attendus des services de santé sont probablement les déterminants les plus importants des choix thérapeutiques des individus. Leurs effets sur l'utilisation seraient médiés par la satisfaction des consommateurs, elle-même dépendante de l'utilisation antérieure. Aussi, Kroeger (1983) fait remarquer que les comportements de soins dans les pays en développement répondent à un processus particulièrement complexe, en raison de l'intervention de facteurs additionnels liés à la transition culturelle et à l'existence d'un spectre de services et de fournisseurs de soins qualitativement et quantitativement plus large. Contandriopoulos et ses collaborateurs (1993) réunissent ces variables dans ce qu'ils appellent le « système professionnel ».

Ce système serait constitué à la fois des systèmes moderne et traditionnel de soins. Il comprend la disponibilité des ressources, la technologie, les lois et les règlements, les connaissances sur le fonctionnement biologique (sciences fondamentales), l'établissement d'un diagnostic, la prescription médicale, le traitement, la vision positive du monde, le prestige et les projets professionnels ou, tout simplement, les intentions de corriger les dérèglements biologiques. Il pourrait ainsi exister une interdépendance entre les différentes catégories de variables explicatives de l'apparition de la fièvre palustre et de l'évaluation des risques par la famille, dont l'aboutissement est le recours (ou le non-recours) à une des alternatives thérapeutiques suivantes : un praticien traditionnel, un dispensateur ou une ressource de soins de santé modernes, l'acquisition de médicaments (modernes ou traditionnels) auprès d'un vendeur ou l'autotraitement. Mais toute cette démarche débute par l'appréciation de l'origine de la fièvre et du modèle à partir duquel les mères expliquent son apparition et apprécient le risque.

Après ce bref survol des différentes théories, voyons comment les facteurs suivants paraissent déterminants dans le processus de prise en charge de la fièvre palustre des enfants par les mères, selon les saisons en zone rurale de Pimpéréna et de Bougoula-Hameau :

3.7.1 *Facteurs socioculturels*

Les sociétés traditionnelles ont une structure sociale bien définie où chacun connaît sa place. Des rôles sociaux clairs établissent quelle personne prend quelles décisions. On présume que les mères ont la prérogative de prendre les décisions relatives aux soins à donner à leurs enfants (Catharina et Dawn, 1993; Kaseje, 1987). Cette présomption présuppose une situation de choix, où les mères et les chefs de famille ont une voix égale dans la maisonnée

(Rogler, 1989). Cependant, les processus décisionnels pour les soins de santé dépendent des structures sociales et plus particulièrement de la personne à qui « appartient » l'enfant, considération importante dans les sociétés patrilinéaires et matrilinéaires (Halima et coll., 1995). Dans certaines sociétés, les femmes n'ont pas le mandat de prendre des décisions relatives aux enfants. Les décisions pour les soins de santé reviennent exclusivement au chef de la famille, en générale le mari (Halima et coll., 1995; Janzen, 1978). Dans leur étude, McCauley et coll. (1992) rapportent que les mères demandaient la permission à leur mari avant de recourir à une clinique ou à un guérisseur, bien qu'elles soient responsables des soins des enfants malades. Par contre, Glik et coll. (1987) trouvent que les mères prennent généralement les décisions concernant la santé des enfants au Liberia.

Cependant, les études sont unanimes pour dire que presque toutes les mères, sans égard à leur état civil, leur âge ou leur niveau de scolarité, ont affirmé avoir demandé conseil avant de conduire l'enfant à la clinique. Les raisons avancées étaient que la maladie de l'enfant, quelle que soit sa nature, est une question de vie ou de mort et qu'un second avis sur sa cause probable était nécessaire. Les considérations financières ne furent pas invoquées comme une raison de consulter un tiers.

3.7.2 *Facteurs socio-économiques*

– Âge et parité des femmes : Ils sont des prédicateurs significatifs des modèles explicatifs du comportement de prise en charge du paludisme. Le schéma d'influence de ses deux facteurs est cependant très controversé. La plupart des études ont observé une relation inverse et linéaire entre l'âge ou la parité et l'utilisation des services de santé maternelle et infantile (Wong et coll., 1987; Monteich et coll., 1987). Ces résultats seraient liés aux différences dans les attitudes et les connaissances des femmes qui ont une grande famille, aux contraintes économiques ou de temps et à d'autres caractéristiques des grands ménages, difficiles à déterminer.

La parité élevée, particulièrement des enfants d'âge préscolaire, réduit la probabilité de choisir un type quelconque de soins (Wong et coll., 1987; McDonald et Coburn, 1988; Harris, 1982; Feng, 1988). M'Baké (1990) et LeGrand et M'Baké (1993) ont trouvé une relation en forme de « u » inversé à Bamako (Mali). Les jeunes femmes (moins de 20 ans) et celles plus âgées (plus de 35 ans) ont tendance à prodiguer des soins inadéquats. Les adolescentes manifestent les comportements les plus négatifs parce qu'elles sont souvent issues de classes pauvres et ont reçu moins d'éducation (Adekunle et coll., 1990; McDonald et Coburn, 1988; Geronimus, 1987). Les plus âgées croient la maladie et adoptent des

comportements afférents. Cela rejoint la constatation de Sindzingre (1986) que *la représentation est une production intellectuelle et pragmatique*.

Halima et coll.(1995) ont trouvé que les mères plus jeunes avaient une meilleure connaissance du paludisme ainsi que des mesures préventives et thérapeutiques modernes. Mais leur comportement ne suivait pas toujours leurs connaissances. Ils ont trouvé aussi que les multipares faisaient une prise en charge tardive, du fait qu'elles estimaient avoir d'autres tâches importantes à accomplir et qu'elles n'avaient personne pour les remplacer auprès des frères et sœurs de l'enfant malade. Les quelques études sur le paludisme qui se sont intéressées à l'âge et à la parité ne documentent pas sur le lien entre ces caractéristiques et le modèle explicatif du paludisme en fonction de sa transmission et les comportements qui en découlent.

– Éducation : L'impact direct de l'éducation maternelle sur la mortalité des enfants a été établi par Caldwell (1979). Aussi, un consensus se dégage dans les études pour associer l'éducation des femmes à une meilleure fréquentation des services de santé curatifs et préventifs, parce qu'elles sont moins fatalistes et plus enclines à adopter de nouveaux comportements qui améliorent la santé (Elo, 1992; Bicego et Boerma, 1990; Streatfield et coll., 1990, 1988; McDonald et Coburn, 1988; Mbaké et Van De Walle, 1987; Wong et coll., 1987; Tekce et Shorter, 1984; Benyoussef et Wessen, 1974).

Des études attestent que ce sont les gens peu ou pas scolarisés qui ne perçoivent pas le lien entre les moustiques et le paludisme (Halima et coll., 1995; Agyepong, 1992; Lipowski et coll., 1992; Silva, 1991; Ongore et coll., 1989; Abdullah, 1985; Jackson, 1985; Hongivivatana et coll., 1986). Bien que des études se soient intéressées à l'impact de l'éducation des mères sur la prise en charge, elles ne documentent pas de façon explicite sur les modèles explicatifs du paludisme par des femmes instruites par rapport à ceux des femmes non ou moins instruites, et par rapport au modèle éco-épidémiologique. Elles ne documentent pas non plus sur la cohérence des comportements qui en découlent.

– Occupations : Le type d'activités exercées par les mères peut avoir un effet positif sur la prise en charge, tout comme il peut représenter un obstacle, dans la mesure où il peut marquer les différences dans le temps disponible. Certains aspects des soins peuvent être négligés, surtout ceux nécessitant des contacts fréquents avec les services de santé pour les enfants (Eng et coll., 1991; Adekule et coll., 1990; Leslie et Gupta, 1989). Le temps apparaît dans plusieurs études comme un des plus importants facteurs inhibiteurs de l'utilisation des services infantiles (Wong et coll., 1987; McDonald et Coburn, 1988; Eng et coll., 1991).

Pour la majorité des femmes des pays en développement, *le temps est un élément très important* dans l'entreprise des activités quotidiennes, aussi bien en dehors qu'à l'intérieur des ménages (Benefo et Parnell, 1991; Popkin et Doan, 1989). C'est une contrainte importante qui affecte la prise en charge des fièvres, parce que *la période de haute transmission palustre correspond au moment des grosses activités agricoles*. Ce comportement confirme l'hypothèse de McKinlay (1975), suggérant que le schéma de l'utilisation des services de santé par les populations pauvres ou sans instruction est grandement influencé par la hiérarchie qu'elles établissent dans leurs besoins. *Elles donnent une plus grande priorité aux activités de survie quotidiennes qu'aux soins des enfants atteints de la fièvre palustre*.

La situation peut être perçue différemment par les femmes qui travaillent dans le secteur formel. Elles ont un statut socio-économique plus élevé qui leur permette de réduire les charges domestiques, et leurs employeurs respectent les normes sociales de travail. Leur temps d'attente au service de santé est moins long si elles ont des relations avec le personnel médical.

Bien que les études abondent sur les liens entre la nature de l'occupation des femmes et les comportements de soins pour leurs enfants en général, elles ne documentent pas, à notre connaissance, sur les liens qui existent entre les activités des femmes et leurs modèles explicatifs du paludisme qui incluent les variations saisonnières du paludisme.

– Statut économique du ménage : Des études ont montré qu'aussi bien dans les pays développés que dans ceux en développement, le statut socio-économique du ménage est associé à des différences significatives dans les comportements de prise en charge. Le revenu est une barrière importante au traitement moderne et reste une cause de l'abstention thérapeutique (Obermeyer et Potter, 1991; Kloos, 1990; Stanton et Clémens, 1989; Gish, 1988; Feng, 1988; Chernichovsky et Meesok, 1986; Belcher et coll., 1976; Benyoussef et Wessen, 1974). Il est démontré que des recours moins fréquents à la médecine traditionnelle sont associés à des revenus ou à des statuts sociaux plus élevés (Fabricant et Kamara, 1991; Kloos, 1990; Wong et coll., 1987; Chernichoschy et Meesok, 1986). *Le faible revenu est une cause d'automédication* en cas de paludisme (Halima et coll., 1995).

Les études montrent une variation saisonnière dans l'utilisation des services de santé (Fabricant et Kamara, 1991). Le fait que les familles soient sans argent, surtout pendant la saison des pluies ou juste avant les moissons (période de haute transmission), réduit leur

possibilité de payer les soins antipalustres (OMS, 1990). Même les services de santé les plus proches peuvent s'avérer inaccessibles à cause des coûts du traitement (Foster, 1993).

Mais la documentation disponible ne fait pas mention des modèles explicatifs du paludisme, incluant la saison, selon le niveau économique des ménages. Nous n'avons pas non plus eu connaissance d'études sur les liens entre le niveau socio-économique des familles et leurs perceptions des variations saisonnières de transmission du paludisme.

– *Niveau socio-économique du mari* : Étant donné que le mari est, dans la majorité des cas, le pourvoyeur financier principal du ménage et surtout le décideur du choix de l'itinéraire thérapeutique, sa situation économique et professionnelle et son niveau d'instruction sont des déterminants importants dans la prise en charge correcte et rapide des enfants fébriles.

3.7.3 *Les facteurs organisationnels*

Tant *l'accessibilité et la disponibilité* des services de santé que *leur qualité* apparaissent comme déterminants dans la prise en charge des enfants paludéens. Cependant, l'efficacité attendue est un facteur non négligeable dans la prise de décision du choix des itinéraires thérapeutiques. Gesler (1984) considère que les choix vont être principalement motivés par l'estimation des « chances de succès des traitements envisageables ». Selon Annis (1981), à long terme, les patients s'adressent aux dispensateurs dont les résultats leur semblent le plus tangibles. Dans ce cas, la qualité des soins semble avoir un poids important dans la décision des mères. Waddington et Enyimayew (1990) considèrent la qualité sous trois aspects : la perception de la qualité des soins, le comportement du personnel et la disponibilité des médicaments. Elle se fonde sur l'efficacité des médicaments, la présence du personnel qualifié et des services de diagnostic, l'accueil et le temps d'attente des mères. Il existe une nette différenciation de l'efficacité perçue des soins, selon que le modèle explicatif du paludisme les considère comme étant d'origine naturelle ou surnaturelle. Au Mali, le traitement des maladies surnaturelles, comme le paludisme grave, est exclusivement du ressort de la médecine traditionnelle (Heilscher et Sommerfeld, 1985).

L'accent avait été mis sur les agents de santé villageois, parce qu'ils avaient été perçus comme plus accessibles et acceptables aux membres de leurs communautés. On s'attendait à ce qu'ils améliorent la perception de l'efficacité des services disponibles et l'augmentation de leur utilisation (Berman, 1984). Ils auraient aidé à une intégration des connaissances biomédicales par la communauté. Mais, pour une forte proportion de la population, les services de santé modernes restent inaccessibles (Menon, 1991; Walt, 1988; Slutsker et

coll., 1988; Greenwood et coll., 1988; Spencer, 1987). Aussi, ils ne fournissent pas de services culturellement plus acceptables (Ruebush, 1992).

On rapporte que *le personnel de santé ne communique pas les messages-clés aux mères*. Pourtant, si le taux de morbidité de l'enfant ne s'améliore pas, les parents devront être impliqués dans la reconnaissance de la maladie et dans sa thérapie (Breman, 1988). Par ailleurs, n'osant pas demander des éclaircissements parce que le personnel peut être rude, les mères utilisaient les antipalustres de façon inappropriée (Halima et coll., 1995; Ejezie et coll., 1991). Mieux, elles préféraient franchir à pied des dizaines de kilomètres pour se rendre à l'hôpital avec leurs enfants paludéens au dos au lieu d'utiliser le dispensaire installé dans le secteur, bien qu'il fournisse gratuitement les services et qu'il ne soit pas en pénurie de médicaments (Halima et coll., 1995; Gilson, 1992).

Halima et coll. (1995) ont constaté que le personnel de santé utilise la mauvaise prémisse en éducation pour le paludisme. Selon lui, les mères reconnaissent le paludisme comme maladie chronique, alors que le paludisme qui leur est présenté par les services de santé est différent: « C'est une maladie aiguë, grave et toujours fatale, si elle n'est pas traitée promptement à la clinique ». *Cette maladie leur est étrangère, elles ne la retrouvent pas dans leur expérience*.

Quant au lien entre le moustique et le paludisme, les messages transmis sur la façon de prévenir le paludisme auraient contribué à créer « l'aveuglement culturel ». Millman (1967) et Abdullah (1985) ont constaté que les paysans refusaient d'éclaircir la végétation parce qu'ils jugeaient la mesure inefficace et qu'ils avaient besoin de foin pour leurs animaux. *Les messages sur les liens entre la saison, les moustiques et le paludisme sont rares*. Nous sommes intéressées à comprendre le niveau et la nature de l'information fournie aux mères de Sikasso, dans le but de compléter ou de modifier leur modèle explicatif du paludisme en fonction des variations saisonnières de sa transmission et de son expression clinique.

3.8 CONCLUSION

De la revue de littérature, il ressort que :

- La fièvre a une valeur prédictive positive du paludisme-maladie différente selon les saisons (forte en saison de haute transmission, très faible en saison de basse transmission) dans les zones à transmission saisonnière du paludisme.

- Il existe des porteurs chroniques de parasites. En cas de fièvre, il est difficile de savoir s'il s'agit d'une nouvelle infestation ou d'un épisode dû à la parasitose ancienne qui se manifeste, le paludisme étant une maladie opportune.
- L'association saison-moustique-paludisme telle qu'établie épidémiologiquement par la biomédecine ne se retrouve pas dans le modèle explicatif traditionnel des mères vivant dans les zones écologiques où la transmission du paludisme varie selon les saisons.
- Le comportement humain et l'organisation sociale, un côté du triangle hôte-vecteur-parasite, n'ont pas eu une valeur égale à celle des autres facteurs de l'équation du paludisme, alors qu'ils sont parmi les principaux déterminants du succès des programmes de contrôle.
- Il n'existe pas de paludisme grave et compliqué parmi les pathologies traditionnelles. Le paludisme grave constitue une entité nosologique différente du paludisme des classifications traditionnelles et a fait l'objet de plusieurs études au niveau de la perception et de l'interprétation.
- Le paludisme simple, considéré comme une maladie naturelle et courante, est attribué à des causes toujours recherchées à l'extérieur de l'organisme (événements climatiques, alimentation).
- Dans le contexte de l'étude, « Soumaya » est le terme qui exprime l'accès palustre simple, c'est-à-dire un paludisme sans souffrance neurologique (Ogobara et coll., 1993), et qui est reconnu officiellement par le système moderne.
- Une anarchie prévaut dans la prescription et l'administration des médicaments. La mauvaise qualité du traitement de première intention est un des facteurs déterminants de l'apparition de l'accès pernicieux.
- Pour une forte proportion de la population, les services de santé modernes sont inaccessibles et culturellement peu acceptables.
- Dans la plupart des régions africaines, la prise en charge du paludisme s'effectue principalement en dehors des systèmes officiels de soins de santé.
- Les différents médicaments antipalustres sont disponibles chez les vendeurs de rue ou du marché.

- L'existence de deux systèmes de soins (traditionnel et moderne) a certainement un effet sur le traitement du paludisme. Les services offerts se rejoignent, se complètent et parfois se chevauchent.

À partir de ces faits, nous pouvons conclure que les mères font le premier diagnostic du paludisme de leurs enfants en interprétant les changements corporels ou comportementaux. Les mécanismes par lesquels elles concluent que ces changements sont signes de paludisme en fonction de la saisonnalité de sa transmission et de son expression clinique ne sont pas explicitement établis. Ces mécanismes découlent de plusieurs facteurs, dont les connaissances acquises par l'expérience (déterminées par sa familiarité avec la maladie) et basées sur sa définition (dérivées de la nosologie, du modèle explicatif et du contact avec l'information biomédicale), et de la structure socio-économique et organisationnelle qui détermine la dynamique de prise de décision. Tous ces facteurs pris ensemble constituent la définition bioculturelle et fonctionnelle du paludisme, à laquelle réfère Sevilla Casas (1992) en termes de perception subjective et d'évaluation de risque. Cette définition bioculturelle et fonctionnelle du paludisme fait référence à toute l'histoire de la société Sénoufo et à son contexte socio-organisationnel, présentés dans le deuxième chapitre, dans lesquels évoluent les femmes à l'étude. Ces facteurs, non investigués en profondeur, sont pourtant importants dans le comportement de recherche de la santé (Gilson, 1988). Notre recherche s'intéresse à cet aspect.

À partir de tout ce bagage théorique, il convient maintenant de construire un cadre conceptuel qui pourrait permettre d'entamer les activités sur le terrain. Ce cadre devra être suffisamment flexible pour permettre l'accès au terrain et pour bien aborder la problématique d'intérêt de cette recherche.

CHAPITRE IV CADRE CONCEPTUEL

Dans les sections de ce chapitre sera expliquée la démarche qui a permis l'établissement d'un cadre conceptuel préliminaire. Il est important de préciser que ce cadre d'analyse préliminaire a été élaboré comme *moyen* d'entrer sur le terrain opérationnel, afin d'amorcer les discussions avec les mères et le personnel de santé et de documenter la prise en charge des cas de fièvre palustre au niveau communautaire. L'élaboration d'un tel cadre présuppose que celui-ci devra nécessairement être affiné dans un second temps, en regard de l'analyse des données recueillies sur le terrain. Le cadre préliminaire proposé dans ce chapitre sera donc repris et affiné dans la première section du chapitre sur les discussions.

Par ailleurs, il est important de rappeler que les divers cadres conceptuels qui ont servi d'inspiration à la construction du cadre préliminaire constituent avant tout des guides pour la collecte des données. Par conséquent, ils ne servent que de repères afin d'éviter que des éléments importants soient négligés : ils ne sont pas destinés à être testés.

Bien que des cadres théoriques aient été considérés a priori, une démarche plus inductive a été adoptée. Les auteurs qui ont utilisé la méthode inductive (Burgelman, 1983; Bartunek, 1984; Eisendhardt, 1989) ont montré que celle-ci peut être adaptée à et mise à profit dans un contexte de pays en développement.

4.1 À LA RECHERCHE D'UN CADRE CONCEPTUEL QUI DONNE ACCÈS AU TERRAIN

Avant d'entreprendre le travail sur le terrain se pose constamment aux chercheurs la problématique du niveau d'élaboration théorique requis. Les chercheurs se retrouvent devant certaines questions dans le choix de l'approche la plus appropriée à leur problème d'étude. D'une part, il faut un cadre conceptuel préexistant et un ensemble de questions de recherche avec des outils de collecte préexistants. Dans ce cas, le chercheur procède à des délimitations préliminaires qui risquent d'empêcher la découverte de certains aspects importants ou de provoquer une lecture erronée des résultats. D'autre part, peut-on se retrouver sur le terrain sans un minimum de structuration? L'absence de délimitation de la collecte des informations et de focalisation n'entraînera-t-elle pas la confusion et la surcharge? Ainsi, les chercheurs se trouvent entre deux approches, et l'ensemble de la recherche qualitative actuelle se situe entre ces deux extrêmes :

- une approche qualitative rigoureuse et préstructurée;
- une approche souple et évolutive sans structuration préalable.

Les anthropologues et les phénoménologues sociaux, étant ceux qui ont le plus effectué de recherches qualitatives, sont sceptiques devant toute utilisation d'un instrument standardisé ou devant l'élaboration d'un cadre conceptuel pour guider l'opération de collecte de données. Pour ces experts, la réalité sociale s'avère habituellement trop complexe ou trop relative pour être abordée suivant des modèles théoriques classiques ou des instruments standards. Ils sont partisans de structures très souples et d'une approche progressive, fondée sur *l'induction*, dans la collecte des données. Le cadre conceptuel devrait émerger empiriquement au fur et à mesure de l'étude, ainsi que la précision des questions de recherche les plus importantes. Les lieux et les acteurs les plus significatifs ne peuvent être précisés avant d'aller sur le terrain, et les instruments, le cas échéant, devraient se construire à partir des propriétés du terrain et de la façon dont les acteurs les appréhendent. Ce type de recherche, plutôt inductive et peu structurée à l'avance, est justifié quand les chercheurs disposent de beaucoup de temps et qu'ils explorent des cultures exotiques, des phénomènes pas ou mal connus ou des réalités sociales très complexes. Mais lorsqu'on s'intéresse à des phénomènes sociaux déjà explorés, dans le cadre d'une culture ou d'une sous-culture familière, une approche souple et fortement inductive n'est pas la plus appropriée. Dans un tel contexte, des mois de recherche sur le terrain et des études de cas volumineuses ne produiront, au bout du compte, que des résultats vagues et constitueront une perte de temps (Hubert et coll., 1991).

Les tenants du contre-courant de la vision socio-anthropologique « pure et dure » partent du principe selon lequel tout chercheur, aussi ouvert et inductif qu'il soit, arrive sur le terrain avec un certain nombre d'idées directrices, de centres d'intérêts et d'outils. Souvent, avant d'entreprendre la collecte des données, le chercheur a généralement quelques idées soit au niveau conceptuel du phénomène soit sur les aspects qui ne sont pas bien compris du phénomène, à savoir le lieu où il faut aller chercher les informations, la façon de les recueillir, etc. Ainsi, au début de la recherche et grâce à la revue de la littérature et de son expérience personnelle, le chercheur dispose en général d'un cadre conceptuel rudimentaire, d'un ensemble de questions générales, de quelques notions de l'échantillonnage à établir et de quelques outils de collecte de données. Hubert et coll. (1991) ajoutent des arguments plus pragmatiques, à savoir :

- *Le temps et la pléthore des données* : moins le plan est structuré, moins la collecte de données est sélective. Tout semble important au début pour celui qui attend que des éléments conceptuels émergent du site. Cette attente peut être très longue, et le chercheur, submergé de données, mettra des mois à les trier avant même de commencer l'analyse,

sans compter les risques de s'écarter des objectifs de son étude ou de les négliger complètement. Par ailleurs, souvent, les études sont menées « sous contrat »: les chercheurs doivent produire des résultats dans des délais contraignants et avec des budgets limités, et une approche très peu structurée serait alors une imprudence.

- *La portée de la recherche* : actuellement, un grand nombre de recherches sur le terrain impliquent plusieurs cas : étude de cas multiples (inter-site plutôt qu'intra-site). Si le chercheur (ou les différents chercheurs) opère de façon inductive, sans cadre ou instrumentation commune, il finira probablement par se retrouver devant le double problème de surcharge de données et de difficulté, voire devant l'impossibilité de comparer les différents cas.

Dans les études utilisant les méthodes de la recherche qualitative, la convention voudrait que l'on réduise au minimum les modèles préstructurés et trop rigides. Le degré de préstructuration du plan de recherche devrait dépendre, d'une part, du niveau de connaissances préalables du phénomène à l'étude, des outils déjà élaborés et de l'analyse qui va suivre, et, d'autre part, du temps et des ressources disponibles pour la réalisation de la recherche. Le défi des chercheurs actuels serait alors de trouver un juste milieu par rapport à la problématique visée pour ne pas se retrouver dans les deux extrêmes. Le chercheur doit choisir son plan de recherche en prenant en considération les constatations suivantes :

- Moins son cadre initial est structuré, plus il peut être réceptif aux idiosyncrasies locales, mais, en contrepartie, il lui sera difficile d'obtenir une comparabilité inter-site. De plus, le coût et la masse des informations risquent d'être tellement importants qu'il ne puisse jamais atteindre le but de sa recherche initiale.
- Le dilemme inverse est de se retrouver avec un plan de recherche rigoureusement préstructuré et coordonné. Dans ce cas, le chercheur aboutit à des résultats plus rapides, plus économiques, plus comparables et potentiellement plus généralisables. Or, le plan est moins sensible au contexte local et risque d'amener le chercheur à avoir des résultats biaisés, voire erronés, qui ne reflètent pas la réalité.

Concernant le paludisme, plusieurs disciplines se sont intéressées au problème, et les progrès obtenus par les unes et les autres sont indéniables. Parmi les affections parasitaires, le paludisme est une des rares à constituer une discipline à part entière : la « paludologie », avec des spécialistes dans plusieurs des domaines. La documentation, très variée et avec des préoccupations différentes, abonde sur les agents pathogènes et le mode de transmission du paludisme, sur sa perception et son interprétation par certaines sociétés autochtones et sur les

modalités de traitement moderne ou traditionnel. Cependant, malgré les résultats intéressants obtenus par les socio-anthropologues sur les interprétations et sur le traitement traditionnel du paludisme, les succès spectaculaires de la recherche biomédicale ont laissé longtemps croire que le système de soins moderne, à lui seul, pouvait vaincre la maladie grâce aux puissants outils thérapeutiques. Les efforts ont été axés sur la mise en œuvre de politiques et de programmes de santé autour de l'utilisation de ces outils, en occultant les savoirs et les comportements populaires devant le paludisme. Implicitement, cela signifiait que le rôle des facteurs non médicaux était négligeable en regard des progrès de la technologie médicale. Cette situation a produit une scission dans le monde de la recherche sanitaire en paludologie :

- D'un côté se trouve la recherche biomédicale, y compris épidémiologique, qui a continué à explorer principalement les agents, les vecteurs, les thérapeutiques, les réactions organo-immunitaires et les programmes de lutte qui ont continué à se baser sur ses résultats. Ce genre de recherche se concentre sur les facteurs biologiques et épidémiologiques pour lesquels une action thérapeutique pourrait être envisagée, mais néglige souvent les facteurs qui agissent en amont et en aval de ces mécanismes.
- De l'autre côté se trouve la recherche sur les savoirs populaires et sur les déterminants sociaux des maladies dont l'essentiel reste fermé dans le champ d'investigation des sciences sociales (sociologie, anthropologie, démographie). Ces sciences étudient les représentations et les interprétations du paludisme, les recettes traditionnelles, les facteurs culturels et les déterminants socio-économiques de la mortalité. Mais elles tendent à ignorer les causes et les mécanismes biologiques, qui restent pour eux cachés dans une « boîte noire ».

Les déterminants socio-économiques et les facteurs culturels, biologiques et médicaux des maladies n'étant pas mutuellement exclusifs, au lieu de chercher « la » cause d'un phénomène de santé, il importe d'explorer « des réseaux de causes » (Nàjera cité par Buck et coll., PAHO, 1988, p. 149). Ce concept de *multicausalité* a été reconnu depuis des années dans presque toutes les disciplines. L'analyse des déterminants de santé et de mortalité de l'enfant est le domaine dans lequel la multicausalité a été depuis longtemps reconnue. Or, cela est souvent resté à un niveau théorique, et l'on revient souvent à des explications plus simples ou unicasales dès qu'on est devant des situations concrètes. Ce sont particulièrement les démographes, tels que Akoto (1985), qui ont cherché à développer des techniques d'analyse de données de mortalité leur permettant de prendre en compte un éventail de facteurs agissant à différents niveaux.

L'opposition des facteurs social et médical se manifeste par un cloisonnement, aux effets néfastes, entre les différentes disciplines, qui se traduit par l'inadéquation des programmes de soins. Pourtant, la démonstration historique d'auteurs tels que Mosley (1992, 1985), Bradley (1991), Oaks et coll. (1991), Aaby (1989), Sagan (1987), Armstrong (1983) et McKeown (1979) sur l'importance de l'intégration effective des facteurs non médicaux dans la détermination de l'état de santé et dans les comportements de prise en charge est très éloquente. Il devient important de chercher à intégrer l'ensemble des perspectives et à situer les problèmes de santé dans une perspective globale pour mieux les comprendre, afin de concevoir des stratégies d'intervention à la fois pertinentes et efficaces.

4.2 CONCEPTS ET COMPOSANTES POUR LA CONSTRUCTION D'UN CADRE CONCEPTUEL PRÉLIMINAIRE

La prise en charge d'une fièvre présumée palustre d'un enfant par la mère est un processus qui se réalise à travers plusieurs séquences et qui dépend de l'interaction entre deux pôles et le contexte socio-organisationnel, chacun d'eux pris avec toutes leurs caractéristiques. Chacun de ces éléments reflète une façon d'expliquer la maladie et les comportements qui pourraient en découler. Ce sont : le pôle d'explication interprétative de la mère avec son petit malade et de son entourage, dont la famille (connaissances traditionnelles), le pôle d'explication épidémiologique du paludisme-maladie (connaissances modernes) et les connaissances du contexte socio-organisationnel conditionnant les recours thérapeutiques. Leur compréhension amène à porter un regard sur des concepts élaborés par plusieurs disciplines et domaines d'études sur les problèmes de santé en général et sur le paludisme en particulier. Au cours des études sur le paludisme, plusieurs outils, théories et cadres d'analyse ont été élaborés en vue de comprendre ou de lutter contre le paludisme. Or, du fait, d'une part, de leurs préoccupations différentes et, d'autre part, de la scission entre les disciplines biomédicales et les autres sciences, les modèles théoriques regardent souvent un seul de ces pôles. Ils ne répondent que partiellement à la problématique soulevée dans cette étude, mais aussi aux questions qui se poseraient dans une perspective plus globale si un programme de lutte contre le paludisme efficace et fondé sur la prise en charge rapide, correcte et acceptable des cas par la communauté devait être envisagé.

Pris isolément, aucun des cadres théoriques ne comporte toutes les variables impliquées pour répondre au questionnement soulevé par cette recherche, parce que les pôles et le contexte sont nourris par des courants méthodologiques assez différents. L'importance et la nature des variables et des facteurs intervenant dans l'élaboration des modèles explicatifs de la fièvre palustre des mères, qui tiennent compte des variations saisonnières de transmission du

paludisme, et susceptibles d'influencer leur comportement n'ont pas fait l'objet d'investigations poussées par aucun des cadres. Cependant, pour chaque pôle, certaines des disciplines ont élaboré des cadres théoriques très complexes intégrant des variables qui, par extrapolation, ont servi de fil conducteur pour guider la construction du cadre préliminaire, parce que les arguments au niveau théorique sont semblables.

Trois courants méthodologiques ont particulièrement étayé la problématique de prise en charge de la fièvre palustre, impliquant les *niveaux interprétatif et comportemental*. Pour étayer le pôle des connaissances modernes de la maladie, un regard a été porté essentiellement sur les approches éco-épidémiologiques, alors que, pour comprendre le pôle des interprétations de la mère, l'intérêt a été porté sur les études socio-anthropologiques. Les modèles sur les déterminants de l'utilisation des services de santé ont permis l'identification des concepts et des composantes relatifs au contexte socio-organisationnel. Il s'agit là de porter un regard simultané sur les différents courants méthodologiques, afin d'avoir une vision plus complète du processus de prise en charge de la fièvre palustre au niveau communautaire. Les cadres d'analyse développés dans ces domaines ont constitué la toile de fond à partir de laquelle ont été tirés des agrégats de variables et de facteurs susceptibles de contribuer à la compréhension théorique de notre problématique.

4.2.1 *Pôle épidémiologique*

En épidémiologie, la recherche étiologique apparaît comme une tâche fondamentale. En effet, c'est par l'étude des facteurs associés à des différences de distribution des maladies dans la population qu'on peut préciser les causes principales des processus morbides dans celle-ci. Cette description de tâches de l'épidémiologie montre combien la planification et l'évaluation des services de santé sont intimement liées à la recherche étiologique. Les épidémiologues se réfèrent classiquement au cadre conceptuel du « triangle épidémiologique » pour rechercher les déterminants des phénomènes de santé. Sa qualité essentielle est d'élargir le champ de vision de la recherche clinique qui se concentre sur l'hôte (le malade), sur les agents pathogènes et sur le vecteur.

Le cadre d'analyse reposant sur le « triangle épidémiologique » insiste sur les facteurs environnementaux (sociaux, économiques, culturels, climatiques et écologiques) et décrit l'hôte en tant que malade mais aussi en tant qu'individu « à risque » potentiel soit pour des raisons constitutionnelles (génétiques, nutritionnelles ou séquelles des maladies), soit par ses interactions avec l'environnement et les agents pathogènes. Ce modèle s'est montré particulièrement adapté à une approche des maladies transmissibles causées par des agents uniques et identifiables. Cependant, il s'avère moins utile dans l'étude des maladies

chroniques, d'origine souvent multifactorielle, et dans l'étude des phénomènes de santé considérés non seulement comme des processus morbides mais aussi comme des processus liés à la santé positive et au bien-être des individus et des groupes. Également, le concept d'environnement reste vague et totalement indéfini. Pire encore, il n'est pas pris en compte dans la conception des mesures contre le phénomène morbide fondées sur la destruction de l'agent pathogène et de son vecteur. Par ailleurs, malgré leur insistance sur l'environnement, les épidémiologues se sont concentrés davantage sur deux autres composantes dans leurs études : l'hôte-malade (symptômes) et le complexe agent-vecteur. Les cadres plus élaborés de Mosley et Chen (1984), de Lalonde (1981), d'Akoto (1985) ainsi que de Van Morren et coll. (1989) ont permis de mieux préciser la nature des déterminants environnementaux du triangle épidémiologique, leurs interactions et leurs effets.

L'examen de ces cadres conceptuels s'est avéré utile au point de départ de notre approche théorique. Pour la présente étude, ces cadres nous ont aidés dans la compréhension du phénomène de maladie qu'est le paludisme et des divers facteurs éco-épidémiologiques et démographiques influençant son apparition.

4.2.2 *Pôle socio-anthropologique*

Les socio-anthropologues ont précisé les représentations, les interprétations de la maladie et les attitudes thérapeutiques dans plusieurs contextes socioculturels. Certaines des études (Massé, 1995; Halima et coll., 1995; Roger-Petitjean, 1992; Fainzang, 1985; Zenpléni, 1985; Bonnet, 1985; Kleinman, 1978) nous ont aidés à comprendre les théories ethno-étiologiques traditionnelles du paludisme. Ces études ont le mérite de montrer les visions traditionnelles des maladies tropicales et leur classification en général. Elles démontrent qu'aussi bien les modèles explicatifs de la maladie des enfants par les mères que leur comportement dépendent, d'une part, de leurs expériences antérieures et, d'autre part, de l'influence et des expériences de leur famille et de leurs amis (Massé, 1995; Hardon, 1987; Mburu, 1987). Les explications sur l'apparition des maladies, sur les décisions et sur les actions de santé sont en étroite relation avec le milieu culturel (Stock, 1993). Il existe des différences entre l'ethno-épidémiologie et l'épidémiologie classique en ce qui concerne les symptômes et les diagnostics des maladies : chaque culture a ses propres concepts quant à la nature des maladies, à leur origine et aux stratégies thérapeutiques qui leur sont adaptées (Massé, 1995). L'accent est mis sur le fait que la maladie est une perception individuelle et subjective (Fabrega, 1973).

Le paludisme a fait l'objet de plusieurs recherches sur les interprétations traditionnelles selon ses manifestations physiques et neurologiques et sur les itinéraires thérapeutiques

traditionnels. Ces cadres n'intègrent pas de façon explicite le rôle des modèles explicatifs au niveau communautaire et les facteurs socioculturels parmi les déterminants de comportements de prise en charge des maladies transmissibles avec leurs caractéristiques.

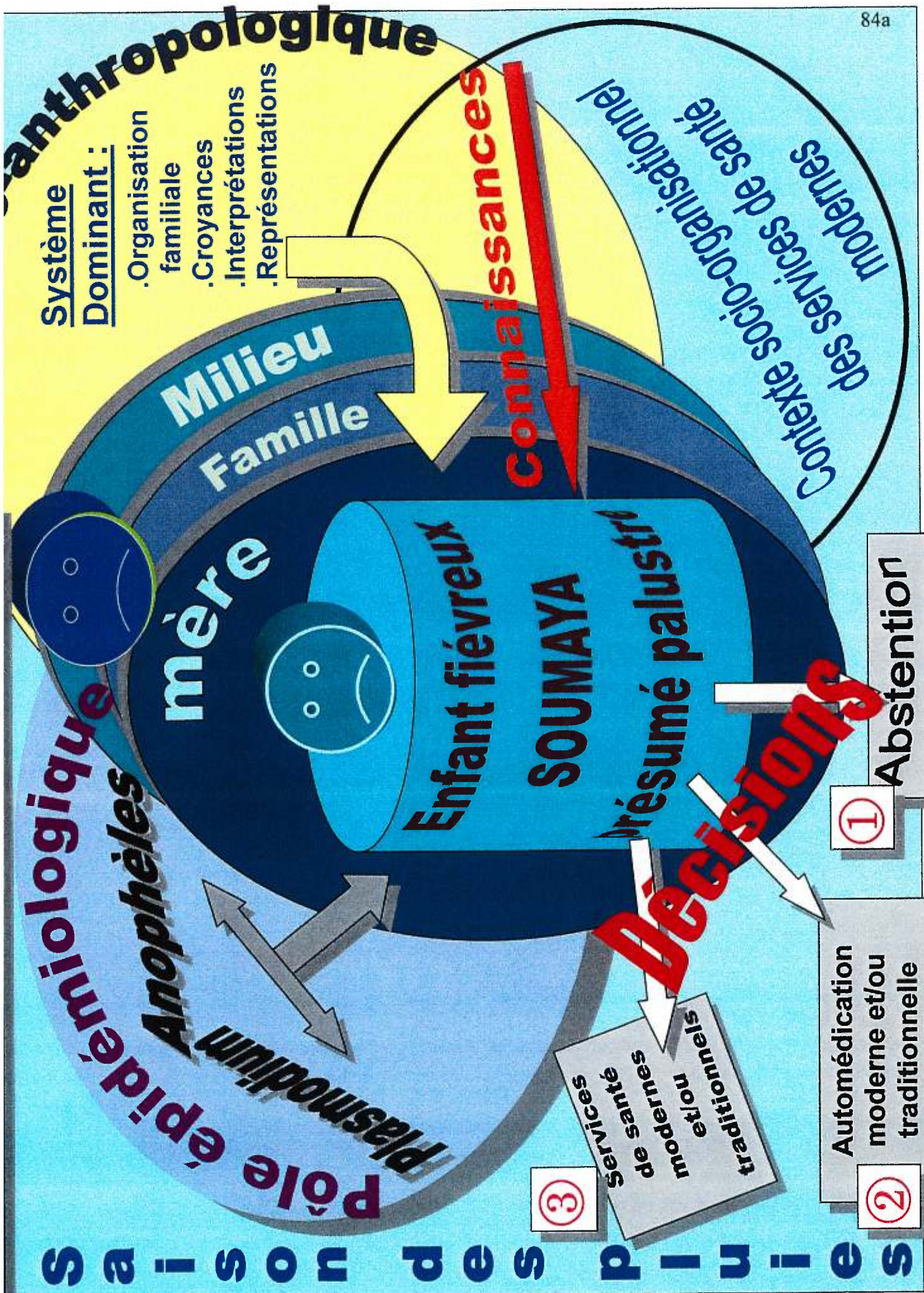
4.2.3 *Le contexte socio-organisationnel d'utilisation des services de santé*

La prise en charge étant la matérialisation de l'utilisation des services, d'une manière générale, les arguments théoriques dans ce domaine pourraient servir de fil conducteur à la conceptualisation du problème d'intérêt. Du point de vue de l'utilisation des services de santé, les cadres de Contandriopoulos et coll. (1993) et de Fournier et Haddad (1992) ont servi de base parce qu'ils sont plus proches de la préoccupation de cette étude. Ils ont considéré les facteurs susceptibles de déterminer les variations de comportements de la prise en charge des cas de paludisme en fonction des interprétations et des saisons. Les informations ont été complétées par des éléments sortis d'autres cadres d'analyse d'utilisation conçus pour les pays en développement.

Dans leur cadre conceptuel, Contandriopoulos et coll. (1993) considèrent que l'utilisation des services de santé résulte de la combinaison de plusieurs facteurs relevant tant du système « profane », du malade, de la maladie, de l'environnement, que du système « professionnel ». Fournier et Haddad (1992) constatent que l'utilisation des services obéit à un processus qui se fait généralement en trois étapes et de façon séquentielle : l'étape interprétative, celle de la perception du risque et de la prise de décision et, enfin, celle de la recherche de soins et de leur utilisation. Il serait important de modéliser la suite d'événements associés à la maladie et à son traitement par un modèle de processus. La suite d'événements dans le processus d'utilisation des services de santé représente la dimension temporelle, et différents facteurs interviennent dans les choix des individus aux différents stades de leur maladie (Kroeger, 1988; Lalonde, 1981). Les déterminants n'agiraient pas simultanément, et l'état de santé, au moment où le malade arrive au système de soins, est le résultat de l'action des déterminants aux temps antérieurs (Lalonde, 1981).

Les études montrent que la prise en charge des cas de fièvres présumées palustres par les mères ne dépend pas uniquement de la performance des systèmes de soins modernes, mais qu'elle est largement déterminée par tous les autres facteurs. Elles montrent également que ces facteurs (déterminants) non médicaux sont complexes et agissent à plusieurs niveaux avec des mécanismes de rétroaction. C'est l'interaction de tous ces déterminants des différents pôles qui aboutit à la décision au niveau de la famille. Ce modèle de prise de décision se trouve présenté dans le schéma 2 qui suit.

Saison des pluies



Système Dominant :

Dominant :

- . Organisation familiale
- . Croyances
- . Interprétations
- . Représentations

Milieu Famille

Contexte socio-organisationnel des services de santé modernes

Connaissances

mère

Enfant fiévreux

SOU MAYA

Préssumé palustre

Décisions

1

Abstention

2 Automédication moderne et/ou traditionnelle

2

3

Services de santé modernes et/ou traditionnels

Pôle épidémiologique Anophèles Plasmodium

Le modèle théorique très rudimentaire de départ a été élaboré sur la base de toutes ces études théoriques et empiriques antérieures et du bon sens. Cette première modélisation rudimentaire a permis d'avoir un cadre directeur et général propre à l'étude qui a guidé nos investigations sur le terrain. Cette première vision théorique simple, préliminaire et momentanée du problème était nécessaire dans le cas présent.

4.3 CADRE CONCEPTUEL PRÉLIMINAIRE

L'attention est portée sur trois pôles pour cerner les principales dimensions de la problématique et pour identifier des pistes qui pourraient aider à comprendre les modèles explicatifs et les comportements de prise en charge de la fièvre des enfants présumée palustre par la mère dans une zone à transmission saisonnière. Il a été estimé que l'élaboration du modèle explicatif de la fièvre palustre et les comportements de soins vis-à-vis cette fièvre présumée palustre d'un enfant de moins de cinq ans pourraient reposer sur l'interaction entre :

- les caractéristiques de la mère, déterminées par ses caractéristiques individuelles et par son statut socio-économique et culturel;
- les caractéristiques de la fièvre et des signes qui l'accompagnent;
- le contexte géo-climatique et organisationnel dans lequel la mère évolue.

Les caractéristiques de la mère

Les caractéristiques de la mère, telles que l'âge, la parité, l'éducation et l'occupation, sont des facteurs qui détermineraient son comportement de prise en charge de la fièvre palustre de l'enfant. À ces variables classiques s'ajoutent ses connaissances, ses perceptions et ses interprétations de la fièvre présumée palustre quant à son origine, ses causes, sa sévérité et sa durée.

Également, les expériences que la mère aurait par rapport au paludisme sont importantes dans la prise en charge. Ainsi intervient sa mémoire, qui traduit son expérience personnelle, notamment ses expériences antérieures à la maladie ainsi que les attitudes, les croyances et les options thérapeutiques qui lui sont associées. C'est pourquoi la parité et l'âge de la mère constituent des variables importantes.

Aussi, les caractéristiques de la mère engloberaient d'autres valeurs, telles que la perception de l'accessibilité, de la disponibilité, de la qualité des ressources sanitaires, de l'efficacité des interventions et de leur commodité, ainsi que le revenu, le temps disponible, l'observance au

traitement et les habitudes de vie. La notion du temps doit être prise en considération dans la société Sénoufo patrilinéaire, où le processus de prise en charge respecte une hiérarchie intérieure avec des niveaux de prise de décision qui pourraient influencer l'issue de la maladie de l'enfant. Quant aux habitudes de vie (nature et façon de se nourrir, de travailler, etc.), elles peuvent être à l'origine de l'apparition du paludisme pour plusieurs femmes.

La famille constitue une composante importante dans le processus de prise en charge chez les Sénoufo. Toute la société est bâtie autour du concept de famille et de concession. Principalement, le chef de famille et son entourage direct, dans les familles patrilinéaires, fournissent considération, support, conseils et remèdes. À l'extrême, la famille peut prendre littéralement le contrôle du processus thérapeutique devant un épisode du paludisme de l'enfant. Ces arguments de l'environnement socioculturel sont apparents, en milieu Sénoufo, dans les comportements de prise en charge du paludisme par la mère. Ainsi, les représentations de la santé et de la maladie, en général dans la famille, y compris les intentions d'éviter la souffrance et de vivre sont des éléments qui paraissent importants dans la prise en charge du paludisme.

À ces caractéristiques s'ajoutent les changements culturels intervenant dans le groupe social, notamment à la suite de l'exposition à la culture « moderne ». Ils seraient étroitement reliés aux perceptions des individus ou du groupe social quant à la cause de la maladie. Dans le cas du paludisme, ces changements culturels pourraient être acquis par l'intermédiaire de messages d'information et de sensibilisation sur le succès des traitements médicamenteux. Ces faits pourraient expliquer l'intégration de certaines connaissances épidémiologiques par les femmes dans leurs modèles explicatifs du paludisme et l'utilisation de médicaments modernes, tels que la chloroquine et le paracétamol, par les familles.

Tous ces éléments identifiés par les unes et les autres de ces études au niveau individuel et familial sont apparus importants à considérer dans notre recherche.

Les caractéristiques de la fièvre palustre

C'est à partir de la reconnaissance du paludisme, de l'identification de son origine et de son interprétation selon les saisons que d'abord les mères et ensuite la famille construisent leurs modèles explicatifs et interprétatifs, point de départ de tout comportement de soins. La fièvre est alors définie comme un construit socioculturel avec une recherche du sens dans le vécu de la mère, tout en respectant les critères populaires de gravité et de tolérance à la déviance. Il s'ensuit que la définition, la reconnaissance et les réponses associées à la maladie sont « variables, complexes et interreliées ».

Aux caractéristiques de la maladie s'ajoutent les caractéristiques du malade. Ces déterminants sont considérés importants aussi bien dans l'élaboration des modèles explicatifs que dans les comportements de soins. Ces caractéristiques peuvent être déterminées par l'âge, le sexe, les facteurs biologiques et immuns de l'enfant, la nature, la sévérité, la durée de la fièvre, ses manifestations et enfin la nature de son agent causal.

Le contexte environnemental et organisationnel dans lequel la mère évolue

Le contexte environnemental comprend les facteurs socio-économiques et culturels, plus haut cités, mais aussi le contexte géo-climatique dans la prise en charge des mères devant la fièvre palustre de leurs enfants. Le modèle doit prendre en compte les facteurs géographiques comme déterminants de la santé (climat, relief, saison, etc.) dans une catégorie de variables bien distinctes. Ceux-ci font partie des variables environnementales, sociétales et économiques qui conjuguent leurs effets pour agir sur des facteurs plus directement liés à l'état de santé et déterminant des maladies pouvant mener au décès de l'enfant.

Le contexte saisonnier est particulièrement important dans l'épidémiologie du paludisme et il doit nécessairement être considéré dans le processus de prise en charge. Au niveau communautaire, la saison est intimement liée à certaines définitions de la maladie par les mères et à certains de leurs comportements de prévention ou de soins, même s'ils ne sont pas conformes avec les préceptes de la médecine moderne. L'exposition aux rigueurs climatiques et saisonnières, comme facteur déterminant dans l'apparition du paludisme, conditionne une bonne partie de l'explication étiologique de la fièvre et des précautions prises pour éviter la maladie. Des théories climatiques et thermiques sont souvent développées pour expliquer les causes du paludisme.

Le contexte organisationnel prend en compte toutes les variables regroupées dans le « système professionnel » (Contandriopoulos et coll., 1993). Ce système serait constitué de caractéristiques liées aux systèmes moderne et traditionnel de soins, dont l'accessibilité, la disponibilité des ressources, etc. La nature des services sollicités, leurs coûts, leur convenance et leur qualité sont également importants pour expliquer les comportements de prise en charge de la fièvre palustre. Il faut prendre aussi en considération les résultats attendus des services de santé.

Les relations de confiance et l'habileté du personnel à communiquer les messages sont aussi déterminants tant dans l'intégration des connaissances éco-épidémiologiques de la transmission du paludisme que dans l'observance du traitement telle que recommandée par la

stratégie de prise en charge des cas de paludisme. Elles conditionnent aussi les choix des itinéraires thérapeutiques.

Aussi, les comportements de prise en charge de la fièvre présumée palustre répondent à un processus particulièrement complexe, en raison de l'intervention des facteurs additionnels liés, d'une part, à la transition culturelle et, d'autre part, à l'existence d'un spectre de services et de fournisseurs de soins, qualitativement et quantitativement plus large. Il pourrait exister une interdépendance entre différentes catégories de variables explicatives de l'apparition de la fièvre palustre et de l'évaluation des risques par la famille, dont l'aboutissement est le recours ou non à une des options thérapeutiques suivantes : un praticien traditionnel, un dispensateur ou une ressource de soins de santé modernes, l'acquisition de médicaments (modernes ou traditionnels) auprès d'un vendeur ou l'auto-traitement. Mais toute cette démarche débute par l'appréciation de l'origine de la fièvre et par le modèle à partir duquel les mères expliquent son apparition et en apprécient le risque.

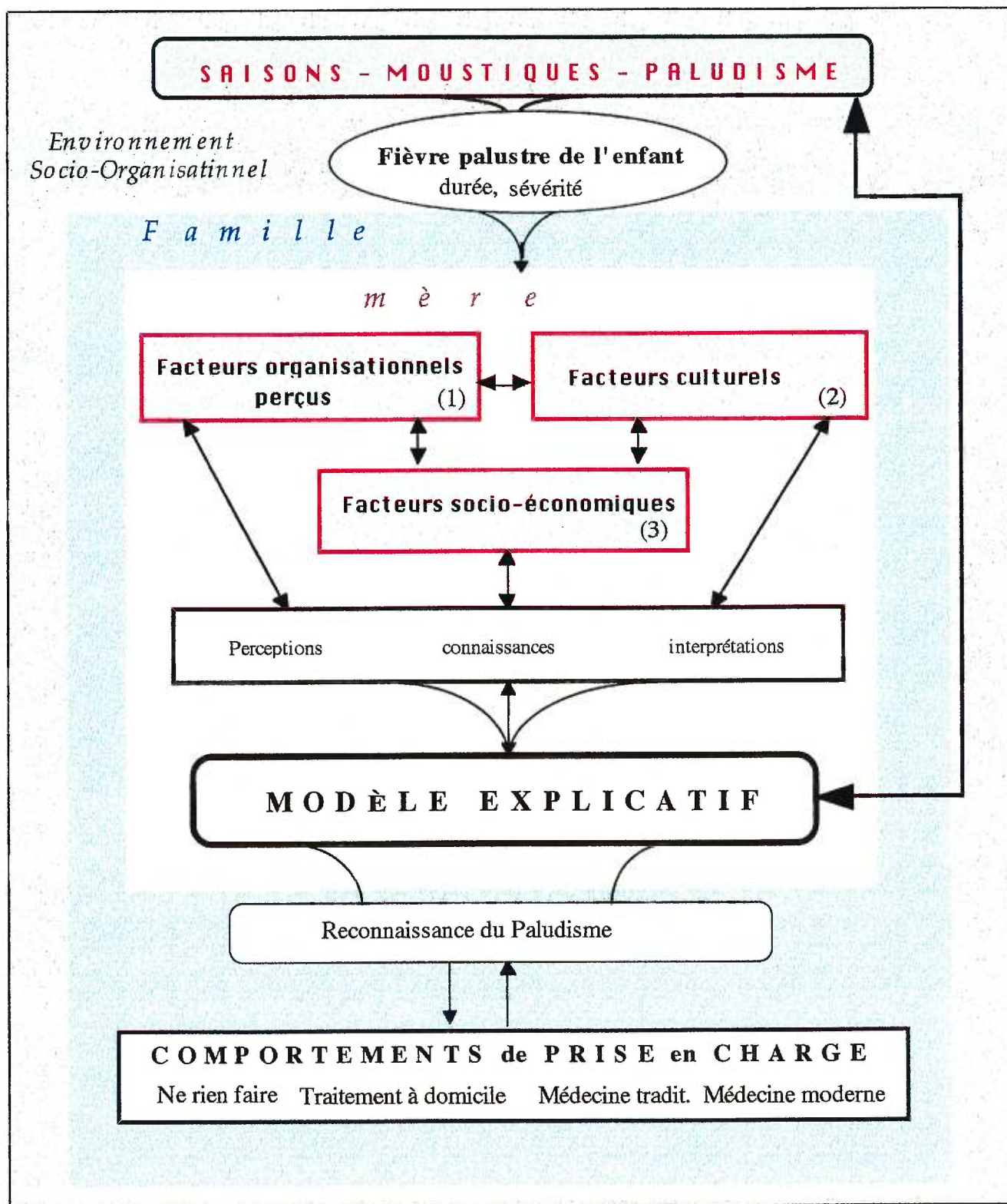
Les différents regards portés sur les différentes approches ont permis d'identifier un certain nombre de facteurs et de variables intéressants, des deux pôles et du contexte socio-organisationnel. Leur intégration dans un cadre permet de tenir compte des causes épidémiologiques du paludisme simple, mais aussi des savoirs traditionnels sur les origines du paludisme et de la composante « saison » dans l'apparition de la maladie. Le cadre permet d'appréhender les associations entre facteurs socio-économiques et culturels dans l'explication étiologique et dans les comportements devant une fièvre palustre et de montrer l'écart entre le modèle explicatif épidémiologique et celui des femmes avec ses conséquences sur la vie de l'enfant. Par conséquent, ce cadre devrait nous permettre d'identifier les principaux facteurs qui entravent la prise en charge effective du paludisme simple, dans la mesure où ces facteurs peuvent aussi bien être ceux qui prédisposent les enfants à de hauts risques de mortalité par paludisme. C'est à partir de cette première prémisse que le premier cadre théorique a été construit.

En résumé, le modèle préliminaire comprend le contexte saisonnier de transmission du paludisme : saison-moustiques-paludisme, qui entraîne l'apparition de la fièvre palustre chez l'enfant de moins de cinq ans. L'interprétation de cette fièvre et son attribution au paludisme par la mère seront déterminées par ses connaissances et ses perceptions, elles-mêmes déterminées par l'interaction des facteurs socio-économiques, organisationnels et culturels. De cette interprétation découle un modèle explicatif de la fièvre de son enfant, qu'elle attribue au paludisme, qui conduira aux différents comportements de prise en charge. Habituellement, trois choix thérapeutiques sont possibles en matière de comportements de prise en charge : attendre un éventuel rétablissement, utiliser des remèdes modernes ou

traditionnels sans recourir à un professionnel de santé, s'adresser à un professionnel de santé moderne ou traditionnel. Ceci se trouve résumé dans le cadre qui suit (schéma 3).

Ce modèle, construit à partir de plusieurs observations et qui travaille sur l'intégration de trois pôles, permettra de bâtir, de façon empirique, les instruments de collecte d'informations et d'organiser le terrain.

Schéma N°3: Déterminants des modèles explicatifs de la fièvre palustre des enfants par les mères selon les saisons



- (1) - efficacité attendue - confiance
- messages perçus - accessibilité
- disponibilité - qualité perçue

- (2) - rôle et place du mari
- rôle de la famille
- statut de la mère

- (3) - âge - activités
- parité - temps disponible
- éducation - statut écon. ménage
- profession - revenu personnel

CHAPITRE V CHOIX MÉTHODOLOGIQUES

5.1 CHOIX DE LA STRATÉGIE DE RECHERCHE

À partir du cadre conceptuel proposé et compte tenu de l'objectif poursuivi, certaines considérations ont influencé le choix de la stratégie de recherche. Les difficultés que rencontre le programme de lutte contre le paludisme font constater que toute intervention sur les comportements des communautés, dans le but de réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies infectieuses, comme le paludisme, conduit à reconnaître le besoin de comprendre ces communautés dans leurs croyances et leurs pratiques concernant la transmission, le diagnostic et la gestion des cas (Manderson, 1994). Également, avant de mettre en œuvre une intervention, quelle qu'elle soit, dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme de lutte contre le paludisme auprès d'une communauté donnée, il aurait fallu connaître celle-ci et réfléchir avec elle pour susciter son adhésion au programme. Elle doit être impliquée et donc participer d'une façon ou d'une autre au processus de la conception du programme de lutte contre le paludisme (Agyepong et Manderson, 1994). Force est de constater que ces éléments n'étaient pas pris en compte dans l'élaboration et dans la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge des cas du paludisme, actuellement en vigueur dans les services de santé.

La prise en charge des cas de paludisme par les mères implique des niveaux interprétatifs et comportementaux qui nécessitent une approche de type anthropologique. L'approche pourrait être qualifiée *in situ* pour comprendre les déterminants des modèles explicatifs et les comportements face à une fièvre palustre infantile en zone de transmission saisonnière du paludisme. Il s'avère important de miser sur une stratégie interprétative qui aura comme avantage d'être centrée sur les pratiques traditionnelles locales, sur la culture locale et sur l'implication des personnes importantes dans le village.

Cependant, de par la nature de la recherche, pour obtenir des informations pertinentes et fiables, un maximum de collaboration des femmes et des personnes-clés dans les villages est une condition importante. Dans cette perspective il est essentiel de retenir une stratégie de recherche interprétative avec une technique de recherche flexible qui puisse maximiser la participation et la collaboration des femmes, pour apprendre et comprendre comment elles prennent en charge les cas de paludisme. Une approche fondée sur les principes de la technique de « la recherche par action participative », telle que définie par Reason (1994b), a été adoptée. Ce genre de stratégie encourage les femmes à exprimer leur point de vue sur la

problématique qui intéresse cette étude. La technique de recherche par action participative, *participatory action research*, permet de *produire des connaissances en laissant aux participants la latitude de participer à la collecte des données et à leur analyse, de contrôler les agendas et de contrôler l'utilisation des résultats*. Elle est axée sur une pensée systémique et holistique qui met également l'accent sur les aspects politiques du savoir (Reason 1994b). Elle est différente de la « recherche-action », qui consiste à développer des interventions issues d'une recherche réalisée avec la communauté sur la base de sa participation effective dans tout le processus de leur mise en œuvre. Elle est intimement impliquée dans l'identification du problème de recherche.

La technique de recherche par action participative met l'accent sur des principes qui supportent l'originalité préconisée pour étudier les déterminants de la prise en charge des cas de fièvre palustre des enfants, qui impliquent des femmes directement concernées. Ces principes sont, entre autres, *l'exploration des différentes facettes du savoir que détiennent les femmes sur le paludisme et sa prise en charge*. La technique permet de distribuer les savoirs entre les différents membres de la communauté, y compris les agents villageois de santé, pour les amener à penser et à réagir ensemble. Elle peut inciter les individus à discuter, à s'organiser et à passer à l'action sur la base d'opinions plus élargies. La recherche interprétative avec une attitude participative comporte plusieurs avantages, à savoir *qu'elle tient compte du contexte et des considérations locales* et encouragent la collaboration des acteurs sur le terrain.

Nous avons choisi le *devis de cas multiples avec niveaux imbriqués* (Stake, 1994; Yin, 1989; Contandriopoulos et coll., 1989) pour essayer de comprendre les comportements de prise en charge par les mères et les déterminants des modèles explicatifs des fièvres palustres des enfants en fonction des variations saisonnières de transmission, dans un contexte traditionnel malien. Il s'agit de la stratégie de recherche synthétique, qui vise à expliquer et à prévoir des comportements ou des phénomènes complexes, en mettant à l'épreuve des relations explicitées par un modèle théorique (Contandriopoulos et coll., 1990). La recherche synthétique s'avère appropriée dans ce contexte, où prévalent les relations d'interaction et d'interdépendance entre les facteurs (Contandriopoulos et coll., 1989). La complexité de cette stratégie, reposant sur les interprétations du paludisme simple et des phénomènes qui l'entourent, appelle la multiplication de sources de données. Il est considéré que tout ce que les chercheurs ne peuvent pas voir par eux-mêmes peut être obtenu à partir des documents ou des entrevues (Stake, 1994).

La raison du choix de la stratégie d'étude de cas multiples est que celle-ci s'intéresse à un phénomène sur lequel il est impossible d'appliquer des essais expérimentaux. Pour tester le

modèle théorique, il n'est pas possible de faire varier intentionnellement la dynamique qui régit les comportements des individus dans les villages, et le chercheur n'a pas non plus de contrôle sur l'apparition de la fièvre palustre dans la saison. Du fait de son approche de type anthropologique, elle permet une meilleure compréhension des cas parce qu'elle permet de tenir compte du contexte réel dans lequel se produit le phénomène à l'étude. Elle est appropriée pour obtenir des données sur la nature des cas, sur leur passé historique et sur leur position dans le contexte socioculturel, économique et même politique. Également, compte tenu du petit nombre d'unités d'observation, seules *les études de cas* semblent indiquées pour examiner les relations existantes entre les différentes variables nécessaires à la compréhension de celles-ci. Aussi, la stratégie favorise la *triangulation de diverses méthodes de collectes de données*, afin d'être en mesure de détailler toutes les dimensions théoriques proposées dans le cadre conceptuel (Reason, 1994a; Greenwood, Whyte et Harkavy, 1993; Cohen, Greenwood et Harkavy, 1992; Cohen, 1985). La meilleure façon de communiquer les pratiques de recherche par action participative, c'est encore par *la description de cas vécus et actuels*, c'est-à-dire par des cas d'illustration précis (Reason 1994a, 1994b).

Du fait que les caractéristiques individuelles et similaires des cas ne soient pas connues à l'avance, les comprendre, par cette approche, pourrait contribuer à accroître le potentiel de théorisation et de généralisation (Contandriopoulos et coll., 1989; Yin, 1989). Ces auteurs montrent que la puissance explicative de cette stratégie repose sur la cohérence de la structure des relations entre les composantes du cas, ainsi que sur la cohérence des variations de ces relations dans le temps. La stratégie découle d'abord et surtout de la profondeur de l'analyse du cas et non du nombre d'unités d'analyse étudiées. L'observation se fait à l'intérieur et entre les cas.

Dans les études synthétiques se pose la *définition du cas* parce que, par définition, tout cas est spécifique, c'est-à-dire un système limité et intégré dans un contexte donné : « bounded system ». Il est alors difficile de délimiter le cas par rapport à son environnement, à savoir où commence le cas et où finit l'environnement. Néanmoins, c'est à la fois cette limite et les schémas de comportement de chaque composante qui constituent les principaux facteurs pour comprendre le cas (Stake, 1988). Stake (1994) renforce l'idée que la conduite d'une étude de cas revient à étudier ce qu'il y a de *commun et de particulier dans un cas* et la finalité d'un cas devrait représenter quelque chose d'unique. Selon lui, certains éléments sont à décrire pour étudier un cas (phénomène unique) : la nature du cas, son histoire et ses caractéristiques, le contexte (physique, économique, politique, aspects légaux, etc.) et les autres cas pouvant être représentés au travers du cas à l'étude et des informateurs-clés qui ont permis la reconstitution du cas. L'étude de cas est alors à la fois un processus d'apprentissage et le produit de ce même apprentissage.

Dans cette étude, la définition du cas s'est inspirée de la description de Stake (1994). *Le cas est alors considéré comme étant un système complexe de relations entre la mère, son enfant et sa famille devant la fièvre présumée palustre selon la saison et dans un village.* Il s'agit de la rencontre de la mère et de sa famille quand l'enfant présente une fièvre jugée palustre dans une saison. Concernant la nature du cas, il s'agit d'histoires de cas qualitatives, dites instrumentales et collectives. D'une part, on cherche à obtenir une certaine introspection au niveau de la finalité et du raffinement d'une théorie et à faire avancer la compréhension du chercheur en fonction de ses intérêts. Cette nature instrumentale permet de tester la théorie sous-jacente dans la prise en charge telle que recommandée actuellement. D'autre part, par la nature d'étude de cas collective, la recherche vise l'accumulation de plusieurs cas comme base empirique pour permettre de générer une meilleure théorie sur le processus de prise en charge des cas de paludisme qui tiennent compte de la réalité au niveau communautaire.

Pour atteindre les objectifs de l'étude, la description de l'historique et des antécédents de chaque cas était nécessaire et elle a été réalisée dès le début de la recherche. La problématique liée au paludisme implique nécessairement le contexte climatique et saisonnier et celui socioculturel et économique, et ces éléments ont été pris en compte dans chaque cas afin de mieux cerner les facteurs qui interviennent dans le processus de prise en charge du paludisme infantile. *La femme ne pouvant pas être dissociée de la famille et de toute la structure socio-culturelle dans le contexte de l'étude durant le processus de prise en charge,* nous avons donc pris en compte les autres cas qui peuvent aussi être représentés au travers du cas étudié (père, chef de famille, belle-mère, beau-père, co-épouses, etc.). Les guides communautaires et les enquêteurs ont constitué une source importante pour le suivi des cas et l'obtention des informations pour la reconstitution des différents éléments qui ont servi à l'analyse des cas.

Plusieurs niveaux d'analyse ont été réalisés pour chaque cas, et une analyse transversale a été faite entre les cas d'un même village et entre les deux villages. Pour ce faire, il a été réalisé une analyse en profondeur des comportements de la mère dans sa famille devant l'épisode de fièvre, afin de reconstituer son modèle explicatif du paludisme dans chaque saison. Ensuite, une autre analyse a été faite pour identifier les facteurs qui interviennent dans son élaboration et ceux qui déterminent les comportements de prise en charge réelle de la fièvre palustre.

Ensuite, des analyses ont été réalisées pour comprendre ces différents éléments dans deux environnements distincts. Toutes ces analyses ont été faites en tenant compte de la saison dans l'apparition de la fièvre présumée palustre.

Toutefois, concernant la *rigueur scientifique* d'une telle démarche, si le chercheur ne prend pas de grandes précautions, il s'expose à la fois aux biais et aux critiques qui existent sur les limites des études qualitatives. Du fait que la stratégie adoptée favorise beaucoup de discussions et fasse ressortir de nombreux points de vue, les faiblesses qui lui sont reprochées proviennent de l'envers de ses principales forces : la richesse des données, la prise en compte de la culture locale.

L'importance et la diversité des données collectées pourraient présenter des difficultés au moment de leur analyse et de leur interprétation (Eisendardt, 1989). Il est suggéré, pour mieux comprendre un phénomène complexe, d'opérer *un choix judicieux des cas* (Patton, 1990; Yin, 1989). Les comportements de prise en charge étant donnés à et non construits par l'observateur externe, la marge de manœuvre du chercheur peut être limitée. Il lui appartient alors de choisir les aspects du phénomène qu'il considère intéressants à étudier (Stake, 1994). Mais, dans ce choix, le chercheur doit demeurer attentif à la possibilité d'avoir un biais, celui de « l'auto-annulation ». Ce dernier peut survenir dans les résultats lorsque le chercheur inclut seulement les paramètres qui font l'unanimité et omet volontairement les paramètres controversés, dans le but d'éviter le conflit. En évitant la discussion sur des points litigieux, les résultats risquent de perdre leur sens.

Le dévoilement des savoirs ou des connaissances que possèdent les individus peut entraîner un biais « d'abus ou de perte de pouvoir » (Guba et Lincoln, 1989). La divulgation de ces connaissances peut se traduire par une *perte de pouvoir pour les femmes qui ont fourni les informations* et par des gains pour ceux qui les reçoivent. À cet effet, il est suggéré au chercheur d'être prudent pendant la sélection de ses échantillons afin de ne pas retenir des individus qui pourraient se livrer à de la manipulation et manquer de précision dans ses entrevues (Guba et Lincoln, 1989).

Le fait d'impliquer des catégories de femmes appartenant à des statuts socio-économiques et hiérarchiques différents peut entraîner un autre biais : la possibilité d'avoir un « problème de culture » (Guba et Lincoln, 1989). Pour l'éviter, les chercheurs doivent être attentifs aux problèmes de culture (les subtilités de langage par exemple), pendant les discussions, de l'interprétation et de la transmission des informations.

Il faut également faire attention au biais de désirabilité qui peut survenir dans un contexte où il y a une attente permanente de la population envers toute personne qui peut être associée au système de soins. Pour ce faire, il faut dissocier les activités de recherche du système de santé et évoluer en dehors du centre de santé. La recherche ne doit avoir aucun volet relié

directement à la fourniture de services susceptible d'entraîner un attrait de la population, de sorte qu'elle se conforme davantage à ce que l'on souhaite comme réponse.

Il est important de souligner que, durant les entrevues qui rappellent les rencontres sous l'arbre à palabre, il y a un respect des règles de jeux, et le respect de la hiérarchie sociale des interlocuteurs en fait partie. Par exemple, *on ne dit jamais directement « non » au plus âgé, au maître et à l'étranger.*

Dans la société Sénoufo, *l'étranger est considéré souvent comme un envoyé des esprits ou de Dieu* pour participer à la vie de la communauté. Personne n'est allé le chercher et il faut respecter la volonté du plus « puissant » (Dieu). C'est pour cela que, même si l'étranger est gênant, les membres de la communauté trouvent des formules très subtiles pour le lui faire comprendre. Les participantes peuvent aussi donner des réponses aberrantes juste pour ménager l'étranger. Il faut donc faire attention à ces aspects lors des entrevues, pour éviter de colliger des informations erronées.

Le fait d'être Africaine parlant les langues du pays nous a permis de réduire la connotation d'étrangère de la chercheuse, que nous sommes, à l'opposé de l'effet que produisent les chercheurs blancs. Aussi, notre apparence de jeune adulte (pas vieille, pas trop jeune) a permis de casser la barrière de l'âge que les participantes pouvaient avoir. Également, le fait de travailler en étroite collaboration avec des enquêteurs originaires de la région a permis de comprendre les subtilités du contexte socioculturel. Un autre élément très important est la présence des enquêteurs avec lesquels une relation de confiance existe avec les femmes : ceci a permis d'obtenir une meilleure véracité des réponses pour une plus grande validité des données. Issus du milieu (originaires de la région et connaissant les mentalités des villageois), ils ont une meilleure capacité de compréhension des réponses en fonction de la façon dont les femmes parlaient. Si les réponses semblaient aberrantes, ils s'en rendaient compte, revenaient sur les questions sous une autre forme et rediscutaient avec les femmes.

En plus de toutes ces considérations et des précautions prises, les interprétations à donner aux informations colligées ont été aussi fonction des intuitions, de la formation antérieure et du degré d'immersion au sein des cas étudiés. Ce sont autant de paramètres dont l'absence, chez le chercheur, pourrait limiter les potentiels de théorisation et de généralisation des résultats.

5.2 RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR SCIENTIFIQUE

Il n'est pas aisé de discuter et de transposer les critères de validité et de fiabilité d'une étude quantitative à une étude qualitative, comme le font les auteurs conventionnels (Cook et Campbell, 1979). Il y a eu des efforts pour faire une sorte de comparaison entre eux (Guba et Lincoln, 1989; Pourtois et Desmet, 1988). Leininger (1992) militait plutôt pour l'élaboration de critères de rigueur spécifiques à une étude qualitative.

De par la nature qualitative et participative de cette recherche dans une perspective de triangulation, on a adopté les terminologies de Pourtois et Desmet (1992), de Guba et Lincoln (1989) et de Yin (1989). Il est proposé quatre critères de vraisemblance pour respecter la rigueur scientifique, qui sont propres à la recherche qualitative (Pourtois et Desmet, 1992, 1989; Krefting, 1991; Sandelowski, 1989; Guba, 1981). Ce sont les critères de *crédibilité*, de *transférabilité*, de *potentiel confirmatif* (consistance interne) des résultats et de *l'imputabilité procédurale* (fiabilité). Les deux premiers critères se rapportent aux notions traditionnelles de validité interne et externe, et les deux derniers renvoient aux concepts de fiabilité interne et externe. Ainsi, les critères de crédibilité, de transférabilité, de fiabilité et de conformabilité deviennent « les chiens de garde » de l'honnêteté des interprétations des résultats des études qualitatives. Ces valeurs qualitatives font le contrepoint des critères de validité interne, de validité externe, de fidélité et d'objectivité de la méthode quantitative.

5.2.1 *Crédibilité (validité interne)*

La crédibilité des résultats est la représentation adéquate du phénomène à l'étude (Sandelowski, 1986; Guba, 1981). Dans les études de cas, la crédibilité (validité interne) d'une recherche dépend de deux facteurs : d'une part, de la qualité et de la complexité de l'articulation théorique sous-jacente à l'étude et, d'autre part, de l'adéquation entre le mode d'analyse choisi et le modèle théorique (Yin, 1989; Contandriopoulos et coll., 1990).

La validité interne est étroitement liée à la réalisation d'inférences théoriques dans le cadre de cette stratégie de recherche. Elle dépend du recours à un modèle théorique développé à priori, c'est-à-dire avant d'entreprendre la collecte des données (Campbell, 1975; Yin, 1981b, 1981c, 1984; McCorcle, 1984). Celle-ci accorde une importance à la présence d'un modèle déductif. L'adoption d'un modèle théorique complexe dans les études de cas permet de définir un ensemble de propositions théoriques qui jouent un rôle analogue aux degrés de liberté dans les analyses comparatives (Campbell, 1975). Les propositions qui en découlent permettent de minimiser le risque d'être influencé par les acteurs sur le terrain.

L'arrivée à la crédibilité des résultats est conditionnée par un engagement prolongé sur le terrain en vue d'une parfaite immersion et par une observation persistante (Guba et Lincoln, 1989). Tout dépendant de la nature du sujet à l'étude, certains auteurs recommandent d'entre couper le séjour sur le terrain (Huberman et Miles, 1991; Aktouf, 1985) en argumentant que le fait que le séjour de terrain soit long ne constitue pas nécessairement un facteur d'apprentissage supplémentaire dans le cas, par exemple, des études sur les organisations administratives dans les bureaucraties professionnelles avec la monotonie de travail.

Afin d'assurer une crédibilité aux résultats de cette recherche, des moyens et des précautions ont été pris. Il y a eu un engagement très prolongé dans le milieu sous différentes formes. D'abord, la chercheuse étant née et ayant grandi dans une zone d'endémie palustre, le paludisme a été une maladie contractée par elle et par les membres de sa famille. Également, en tant que médecin traitant et en tant que fonctionnaire au ministère de la santé, la chercheuse a eu à traiter la maladie au sein de la population et elle a été directement impliquée dans la définition, l'implantation et l'application des programmes de lutte contre le paludisme. Ainsi, elle a été confrontée au problème de la résolution du paludisme aussi bien au niveau des structures sanitaires qu'au niveau de la famille.

Ensuite, la chercheuse a séjourné pendant 10 mois et de façon continue dans les villages d'étude, a participé à des activités villageoises et a rencontré des femmes à des moments différents de l'épisode de fièvre dans chacune des saisons. Ceci a permis une *bonne immersion dans le milieu*, a créé une relation de confiance avec les femmes et a permis une meilleure observation des cas pour obtenir une meilleure véracité des informations. Le fait d'analyser les femmes de statuts socio-économiques et de villages Sénoufo différents lui a permis de s'imprégner de la spécificité de la culture Sénoufo concernant le processus de prise en charge des enfants malades de paludisme. Cette précaution permet de mieux considérer un seul univers théorique à la fois et d'optimiser les chances de concordance entre les résultats et la réalité du milieu.

De plus, les contacts et les points de vue des personnes-clés (directeurs de thèse, personnel des services de soins, autorités socio-sanitaires, politiques, religieux, traditionnels, chercheurs de l'Institut national de santé publique, professeurs de l'École de médecine, etc.) ont permis de maximiser la diversité des opinions sur le sujet de la prise en charge du paludisme.

La recherche portant sur l'étude des comportements, le plus difficile est de savoir observer les femmes et de trouver les bonnes informations sans interférer avec le cheminement du

processus de prise en charge préconisé au niveau de la famille. C'est pour cela qu'il faut effectuer un choix judicieux des cas et utiliser diverses méthodes qualitatives de collecte des données que la stratégie d'étude permet d'intégrer.

5.2.2 *Transférabilité (Validité externe)*

En recherche qualitative, la transférabilité repose sur le consensus autour du modèle théorique qui permet de donner un sens aux observations empiriques (Sandelowski, 1986; Guba, 1981). La validité externe dépend aussi de la réalisation de plusieurs études de cas (étude de cas multiples) à l'intérieur d'une même étude (Yin, 1984). L'étude de cas vise plutôt une généralisation analytique qui opère selon une logique de réplique (Denis, 1988). La validité externe des études de cas est aussi basée sur trois principes (Contadriopoulos et coll., 1991) : le principe de similitude, celui de robustesse et le principe d'explication. Le principe d'explication permet d'obtenir des gains de validité externe résultant d'une compréhension des facteurs de production et d'inhibition des effets (Cronbach, 1982). L'augmentation de la capacité de généralisation par ce principe s'accomplit au moyen de la réalisation de recherches sur les processus qui permettent d'expliquer les effets d'une intervention (Mark, 1986, 1987).

Les comportements de prise en charge étant observés et non construits par le chercheur, la marge de manœuvre peut être limitée pour pouvoir généraliser les résultats. Toutefois, pour maximiser la transférabilité des résultats de cette étude, quelques moyens ont été mis de l'avant. Il a été opéré une diversité dans le choix des participantes et des villages, de sorte que la reproduction d'un même modèle interprétatif du paludisme simple par les participantes du même village, la constance de leurs explications après trois passages (dans le temps) et sa réplique dans deux villages renforcent la validité externe de la recherche quant à la similitude des cas et à la robustesse du devis. Le principe de similitude se fonde sur la généralisation des résultats dans un même univers empirique. La robustesse repose, quant à elle, sur le potentiel de généralisation d'une étude s'il y a réplique dans des contextes différents. La réalisation d'études de cas multiples permet, en opérant selon une logique de réplique, de généraliser avec plus de confiance les conclusions.

Pour maximiser les chances d'un consensus sur le modèle qui sera proposé à l'ensemble des acteurs sur le terrain, afin qu'il puisse être pris en considération lors des réflexions futures pour l'élaboration d'une stratégie de lutte, on s'est assuré que le modèle contienne des concepts théoriques clairement définis et reflétant les discours des participantes à cette recherche. Pour ce faire, une première présentation des résultats observés a été faite à tous les acteurs sur le terrain directement confrontés au problème de prise en charge du paludisme

et impliqués dans l'élaboration du programme de lutte. Il est prévu une restitution des résultats après la présentation de la thèse aux différents acteurs aussi bien nationaux que régionaux et locaux. Il s'agit notamment des cadres de l'École de médecine, de l'Institut des sciences humaines, du ministère de la Santé et de ceux chargés du programme de lutte contre le paludisme, du personnel de santé, des autres chercheurs dans la région, des enquêteurs, des guides communautaires, des chefs de village et de famille et des femmes des villages. Cette démarche permettait à chacun de faire des comparaisons entre ce qui a été retranscrit et ce que chacun d'eux vit quotidiennement par rapport à la prise en charge. Le modèle proposé sera suffisamment explicatif et représentatif de la réalité, afin que les acteurs du système de santé s'y retrouvent, en considérant qu'ils sont issus du même contexte socioculturel que les participantes de la recherche. S'ils parviennent à se retrouver dans le modèle proposé, il y a des chances qu'ils l'adoptent, se l'approprient et l'utilisent.

La description la plus précise du contexte de l'étude et du statut des participantes ainsi que l'analyse en profondeur des cas ont permis de mieux comprendre quels ont été les rôles des différents facteurs dans le processus et de montrer comment et par quels mécanismes les résultats ont été obtenus. Ce processus d'explication permet d'obtenir des gains de transférabilité résultant d'une compréhension des facteurs de production et d'inhibition des effets.

La définition des concepts a été établie à travers des variables opérationnelles présentées dans le cadre conceptuel. Ceci pourrait permettre à tous les professionnels, chercheurs et décideurs politico-sanitaires impliqués dans la définition ou dans l'application de la stratégie de prise en charge du paludisme de comparer leur propre raisonnement et ce qui prévaut dans la communauté. Cette démarche peut être généralisée dans tous les pays qui connaissent les problèmes de prise en charge du paludisme. Il serait aussi probablement possible de généraliser les résultats dans la sous-région où résident les Séfouno.

En somme, on a misé sur plusieurs moyens pour permettre l'exportation de la compréhension du modèle explicatif et du cadre conceptuel en dehors de l'étude : la description détaillée du cadre conceptuel proposé, la triangulation interne basée sur la description précise et détaillée de la structure sociale des sujets et des sites, ainsi que la triangulation spatiale. Ce sont autant de moyens pour une bonne validité externe. Toutefois, compte tenu du nombre restreint des cas, une prudence s'impose quant à la généralisation des résultats dans cette région d'Afrique aux contextes culturels très divers et fragmentés.

5.2.3 *Validité de construit (consistance interne)*

La validité de construit d'une recherche synthétique repose sur le degré d'assurance avec lequel on peut tirer les conclusions sur les construits théoriques en cause à partir des mesures et des opérations utilisées (Cook, Cook et Mark, 1982). Elle se rapporte sur la capacité des indicateurs choisis à bien mesurer les concepts ou les construits qui nous intéressent (Bagozzi et Philips, 1982).

La consistance interne ou fiabilité interne (potentiel confirmatif) est souvent perçue comme un point faible des études de cas (Yin, 1984, 1989). La stratégie de mesure est facilement laissée au jugement subjectif de l'investigateur dans ce type de recherche. Ce dernier saisit souvent les possibilités offertes au cours de la collecte des données sans nécessairement se conformer à une stratégie bien définie de mesure des différents concepts (Denis, 1988). Pour minimiser les biais touchant à la plausibilité de contribution de la chercheuse, il faut s'assurer que les données traitées, leurs interprétations et les conclusions ne découlent pas seulement de la réflexion de cette dernière, mais qu'elles puissent être confirmées par d'autres experts sur le terrain (Sandelowski, 1986). Yin (1989) ainsi que Pourtois et Desmet (1989) indiquent que la triangulation des observateurs pourrait viser la fidélité d'inter-juges. L'analyse des points de divergence entre les observateurs permet de connaître les sources de biais. Yin (1989) suggère d'établir une adéquation entre les modes d'analyse et le modèle théorique, lorsque le chercheur travaille sur le processus de « pattern-matching ».

Pour l'obtention du potentiel confirmatif, quelques mesures ont été prises. D'abord, les entrevues ont bénéficié d'un double enregistrement et d'une double transcription par deux enquêteurs, suivis de discussions et de contrôles afin d'éviter toute interprétation subjective et de garantir la fiabilité des données. En plus de l'analyse des entrevues, nous avons utilisé d'autres méthodes de collecte d'informations (observations, données secondaires, etc.). Le recours à la méthode de triangulation des données et des méthodes ainsi que l'établissement de chaînes d'évidences ont facilité l'interprétation des données. Ensuite ont été utilisées les variables du cadre d'analyse choisis à priori pour les comparer à celles tirées des transcriptions et représentant la réalité du terrain. Ainsi, le contenu des variables empiriques a pu être critiqué et validé par les experts nationaux sur le terrain (imminentes personnalités dans différentes disciplines qui ont travaillé sur le paludisme dans la région), afin de faire ressortir les dimensions les plus importantes à considérer dans l'élaboration des modèles explicatifs et les comportements de prise en charge des cas de paludisme par les mères. Aussi, le jugement des observateurs externes (chercheurs internationaux, directeurs de thèse et autres acteurs stratégiques) a permis d'évaluer la pertinence du raisonnement et la capacité

de généralisation de la théorie. Les résultats ont été présentés devant les cadres et les chercheurs de l'École de médecine, de l'Institut des sciences humaines, de l'OMS et de la Direction régionale de la santé de Sikasso. Ces rencontres ont permis de confirmer les résultats obtenus. Grâce à toute ces démarches, il a été possible de cerner au mieux le construit qu'est le processus de prise en charge par les femmes en milieu Sénoufo.

5.2.4 *Imputabilité procédurale (fiabilité externe)*

La fiabilité externe est définie de plusieurs manières par les auteurs. Selon Pourtois et Desmet (1992), il s'agit de l'indépendance des analyses par rapport à l'idéologie du chercheur, alors que Guba et Lincoln (1992) considèrent que la fiabilité est basée plus sur les données que sur la méthode utilisée. Altheide et Johnson (1994) estiment que la fiabilité, ou la validité interprétative, est obtenue à partir de la description de l'ensemble des procédures utilisées, dont les processus qui ont permis de réaliser les activités, à savoir comment a été établi l'ordre dans l'exécution des activités. Deslauriers et Fortin (1987) recommandent l'utilisation d'un journal de bord pour consigner toutes les activités et les procédures dans les moindres détails.

Afin de justifier toutes les procédures et les activités durant cette recherche, on s'est servi d'un journal de bord. Celui-ci a été utilisé pour documenter systématiquement toute la démarche de recherche. La lecture du journal de bord permet de suivre toutes les étapes depuis les premiers contacts avec le terrain, le déroulement de la recherche, les étapes de codification, les rencontres avec les directeurs de thèse et les autres experts, les réflexions en cours d'analyse de données et celles de l'analyse et de la rédaction de la thèse. La stratégie d'utilisation d'un tel document de travail a permis d'avoir une transparence méthodologique (qui a consisté à décrire, étape par étape, le processus suivi dans l'étude), de sorte que toute autre personne puisse suivre la logique sous-jacente, comprendre et entériner la recevabilité des interprétations selon son pouvoir explicatif ou descriptif.

L'utilisation du double enregistrement suivi de la double transcription des entrevues par deux différents enquêteurs et de la confrontation puis la correction est aussi une stratégie d'imputabilité procédurale. Cependant, s'il arrivait que les inférences de l'étude soient contestées, il serait toujours possible de fournir les transcriptions et leur validation. Si, malgré tout, des doutes persistent quant au contenu des verbatims et des variables qui ont servi à l'analyse et à établir des inférences, il serait encore toujours possible de retracer chaque élément qui a conduit aux conclusions. À l'aide du logiciel NUD.IST et d'autres moyens d'analyse, il est facile de retracer la construction des scénarios et des conclusions de la recherche.

Toutes ces précautions, les intuitions du chercheur, sa formation antérieure, son expérience et le degré d'immersion au sein des cas étudiés seront mis de l'avant dans l'interprétation des données pour accroître les potentiels de la théorisation et de la généralisation des résultats.

5.3 CHOIX DES DEUX VILLAGES

Deux villages Sénoufo dans le cercle de Sikasso ont abrité cette recherche : le village de Bougoula-Hameau, sur la route du Burkina Faso, et Pimpéréna, sur la route de Koutiala. Le choix des deux villages se justifie par les raisons suivantes :

- Les deux villages ont un dénominateur commun sur le plan de la transmission du paludisme. Ils se situent dans la même zone de faciès épidémiologique de transmission du paludisme. Le climat est de type sahélo-soudanien, caractérisé par l'alternance de saison humide (saison de forte transmission du paludisme), qui s'étend de fin mai à novembre, et de saison sèche (faible transmission), de décembre à mai. Les précipitations moyennes annuelles sont supérieures à 1300 mm de pluie et sont concentrées sur environ 90 jours par année.
- Le paludisme y est hyper-endémique, et la transmission se fait sur un mode saisonnier avec une augmentation en saison pluvieuse et une diminution dès novembre. La transmission se maintient ensuite à un faible niveau, voire même nul, avec juste des porteurs chroniques du plasmodium, jusqu'à la prochaine saison des pluies.
- Il s'agit de villages typiquement Sénoufo, occupés par des populations à prédominance Sénoufo qui ont les mêmes croyances.
- Ils ont des niveaux d'accessibilité aux services de santé moderne différents. La distance qui les sépare de la ville de Sikasso est différente, et les moyens d'y accéder sont aussi différents. Bougoula-Hameau est très ouvert, ses habitants sont en contact avec l'extérieur du village où certains vont travailler, alors que Pimpéréna est resté très traditionnel, les habitants refusant toute influence extérieure (*aucune personne ne va travailler en dehors du village, les chefs ont refusé la construction d'une école, le poste de santé leur a été presque imposé*). Le seul vrai contact entre les villageois et les citadins se fait le jour du marché hebdomadaire, lorsqu'ils vont vendre leurs récoltes et acheter quelques denrées alimentaires et autres nécessités.

Ces différences permettent de comparer les résultats et d'apprécier la part réelle des facteurs déterminants des comportements de prise en charge. Ceci contribue à consolider la validité externe de notre recherche en augmentant la robustesse des résultats. Le développement de cette recherche se fait dans un environnement où il y a une bonne intégration des équipes de recherche nationales et internationales. Aussi, les études réalisées auparavant ayant couvert

des aspects entomologiques, parasitologiques et anthropologiques, cette recherche a pu être réalisée sur la base de données fiables. Cette recherche permettrait d'avancer dans la connaissance globale des mécanismes de prise en charge et de lutte contre le paludisme dans la région.

5.4 SÉLECTION DES PARTICIPANTES

Les mères des enfants de six mois à cinq ans de Bougoula-Hameau et de Pimpéréna ont constitué notre population d'étude. En effet, pour entreprendre le processus de prise en charge, les mères élaborent un sens à leur comportement, qui est construit autour d'un certain nombre de croyances. Ce système de croyances est élaboré grâce à leur logique socioculturelle et à partir de l'accumulation des expériences sur la fièvre palustre des enfants. Il en résulte un modèle explicatif de la fièvre palustre duquel découlerait une logique d'actions spécifiques pour lutter contre la maladie. Les données principales de l'étude proviennent d'un nombre restreint de mères, mais dont la représentativité, la cohérence et la capacité d'articuler des idées constituent des sources d'informations probantes. La méthode qui a permis d'identifier les femmes est plus flexible et plus délicate qu'une simple représentativité statistique.

Le choix des mères qui ont participé à la recherche s'est effectué en fonction du savoir potentiel qu'elles pourraient posséder sur les dimensions théoriques à couvrir et sur la problématique inhérente à la prise en charge de leurs enfants malades de paludisme, de façon à pouvoir constituer un bon échantillonnage théorique (Glaser et Strauss, 1967; Goetz et LeCompte, 1981). À cet effet, dans les études de cas, le choix des participants repose sur la capacité qu'ils ont à pouvoir éclairer le sujet étudié et sur les diverses facettes du phénomène (Stake, 1994). Ce choix devrait tendre vers une variété d'experts représentant chacun plusieurs cas similaires; cela permettrait, par la suite, d'effectuer des comparaisons sociales entre plusieurs cas (Stake, 1994). Cependant, il faut s'assurer que les femmes retenues soient facilement accessibles et désirent pleinement participer à l'étude.

Dans le cadre de cette recherche, le choix des femmes a été basé sur les principes de diversité et de profondeur, de saturation et de contradiction. Les critères de choix des participantes ont été atteints grâce à la diversité des femmes du point de vue des caractéristiques socio-économiques, de leur place dans la hiérarchie familiale et de leur capacité d'observation de la fièvre des enfants. Ceci a permis de recueillir un ensemble d'informations qui fournissent l'essentiel des points de vue sur les modèles explicatifs du paludisme et des facteurs qui entraînent les comportements de prise en charge de la fièvre palustre. Cependant, la sélection

des participantes s'est effectuée en respectant les règles socioculturelles en vigueur dans les villages.

Bougoula-Hameau étant un village qui a déjà bénéficié de plusieurs recherches, on disposait déjà de beaucoup d'informations écrites sur les femmes, et un recensement exhaustif sur le statut socio-économique des familles avait été fait par les équipes de recherche précédentes. Également, les enquêteurs et les guides connaissaient individuellement chaque membre des familles du village. Par ailleurs, du fait que les enquêteurs soient bien intégrés dans le village, suite aux recherches antérieures dans lesquelles ils ont été impliqués, le chef du village a donné son accord pour que l'équipe fasse elle-même le choix des participantes pour l'étude. Ainsi, en fonction des critères retenus, l'équipe, constituée d'enquêteurs, de guides communautaires et de la chercheuse, a d'abord consulté les données disponibles sur chaque famille et a retenu un certain nombre de familles. Dans chaque famille, une à deux femmes ont été identifiées. Ensuite, l'équipe s'est rendue dans les concessions pour rencontrer les chefs de famille afin de recueillir leur consentement pour la participation de leur famille à la recherche par le biais d'une femme de la concession. Après leur accord, une première rencontre sommaire avec les femmes a été réalisée pour d'abord s'assurer qu'elles rencontraient les critères de sélection et pour ensuite se rendre compte de leur disponibilité à participer à l'étude. C'est après cette démarche que, finalement, l'équipe a retenu les participantes.

À Pimpéréna, la sélection des femmes a été faite sur la base d'une présélection effectuée par le conseil du village. Au cours de la première rencontre avec le chef du village et ses conseillers, le but de la recherche et la démarche à suivre leur ont été expliqués. Ainsi, selon les critères de choix des femmes, le chef du village a désigné, séance tenante, deux guides communautaires. Ensuite, il a demandé à l'équipe de recherche de se retirer pour quelques minutes, afin qu'il puisse se concerter avec les membres du conseil et désigner les femmes qui pourraient participer à la recherche. Après quelques minutes de discussions entre eux, l'équipe a vu quatre hommes partir en courant et disparaître dans les quartiers. Quelque temps après, les envoyés sont revenus et, suite à quelques discussions encore, l'équipe a été rappelée. C'est alors que le chef du village a donné le nom des femmes qu'il proposait de rencontrer, leur quartier et le nom du chef de famille. Il a donné l'autorisation de contacter directement les femmes sans passer par le chef de famille et aussi de pouvoir immédiatement discuter avec elles pour voir si elles rencontraient les critères de sélection pour la recherche. Ayant donc la permission de pénétrer les concessions, l'équipe a eu la possibilité de discuter avec les femmes et de porter son choix sur celles qui pourraient participer à la recherche.

Il a été retenu un nombre de dix participantes par village. Toutes ont été informées du déroulement de l'étude, de leur façon de contribuer à la recherche et des instruments qui seraient utilisés pour la collecte de l'information. Elles ont manifesté leur désir de participer à la recherche. À l'exception d'une seule femme de Bougoula-Hameau qui fût changée après le premier passage (parce qu'elle a dû quitter le village), toutes les autres ont participé à la recherche jusqu'à la fin. Au cours du déroulement de la recherche, l'équipe aurait pu s'arrêter à un nombre plus restreint, mais les dix femmes par village ont été interviewées comme prévu pour parvenir à une redondance des informations collectées. Il s'agit là de la saturation théorique selon Stake (1994). Par ailleurs, après avoir commencé avec les dix femmes dans le village (ceci étant considéré comme un privilège), il aurait été difficile d'arrêter les entrevues et d'éviter les susceptibilités que cela aurait pu entraîner. La femme aurait pu se sentir humiliée si elle avait été exclue de l'étude sans une raison très compréhensible socialement. Les femmes qui ont participé à la recherche n'ont pas été rémunérées financièrement, mais elles ont reçu de petites récompenses en nature pour compenser le temps (très précieux) consacré à la recherche.

Les entrevues se sont déroulées avec des femmes qui appartiennent à des familles de niveaux socio-économiques différents et qui sont dans des positions différentes au sein de la famille. Elles sont âgées entre 20 et 45 ans et ont donné naissance, au moins, à trois enfants dont au moins un enfant vivant, dans la tranche d'âge de six mois à cinq ans au moment de la recherche. Ce choix se justifie par le fait que toute femme remplissant ces critères dans une zone d'endémie palustre a été certainement confrontée directement à la question qui intéresse cette recherche, à savoir la fièvre palustre. De ce fait, les éventuelles différences entre ces femmes apportent un meilleur éclairage sur les divers facteurs qui entrent en compte dans le processus de prise en charge.

Le choix des enfants de six mois à cinq ans se justifie par le fait que les paludologues ont constaté qu'à partir de six mois, l'enfant ne bénéficie plus de la protection immunitaire maternelle et qu'à cinq ans, il développe une immunité lui permettant une meilleure défense contre le paludisme.

Après avoir discuté des choix de stratégie et des sites de la recherche et ayant sélectionné les participantes, il faut passer à la collecte des informations. Cependant, cette activité requiert, pour sa réalisation, certains prérequis, à savoir :

- Comment entrer sur le terrain?
- Quels sont les outils et les méthodes à utiliser pour obtenir les informations?
- Qui va les collecter les informations?
- Comment ces informations seront-elles analysées?

5.5 DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE

Le déroulement de la recherche sur le terrain a été marqué par des phases importantes, dont celle de la collecte des données auprès des participantes, celle de la collecte des données secondaires et celle de la discussion et la validation des méthodes utilisées et des informations recueillies.

La collecte des informations auprès des mères d'enfants de six mois à cinq ans s'est déroulée sur *les deux saisons* (sèche et pluvieuse entre février et août 1996) et s'est réalisée selon les étapes suivantes :

- des entrevues individuelles auprès des femmes dans chaque village, au cours d'un premier passage, ont été réalisées en dehors de tout épisode de fièvre des enfants en saison sèche;
- des entrevues individuelles auprès des mêmes femmes au cours d'un deuxième passage après un épisode de fièvre présumée palustre en saison sèche, dans chacun des villages;
- des entrevues individuelles auprès des mêmes femmes au cours d'un troisième passage après un épisode de fièvre présumée palustre en saison des pluies, dans chacun des villages;
- des entrevues avec les guides communautaires et le personnel du centre et poste de santé après les groupes de discussion;
- des discussions de groupe avec toutes les femmes interviewées dans chaque village, à la fin des trois séries d'entrevues individuelles.

En plus des entrevues et des discussions de groupes avec les participantes, plusieurs autres informations pertinentes ont été obtenues à partir d'observations directes et indirectes et à partir de la revue de documents.

Une phase non moins importante fut les rencontres suivies de discussions avec le directeur de thèse, qui s'est rendu sur le terrain (entre les deuxième et troisième passages), et avec les acteurs sur le terrain, les spécialistes en matière de paludologie et les socio-anthropologues.

La visite du directeur de thèse sur le terrain fut une autre occasion de réajustement des méthodes et des outils de collecte de données. Ensemble avec le co-superviseur malien, les séances de travail à trois ont permis de clarifier certains concepts et certaines parties méthodologiques. Aussi, les différentes rencontres qu'il a eues avec les chefs de village et les autorités sanitaires régionales et du cercle de Sikasso ont eu un impact important sur la poursuite des activités sur le terrain aussi bien au niveau de la qualité des données recueillies

qu'en matière d'éthique. Les chefs de village ont perçu cette visite comme un signe d'importance que l'université accorde à la recherche et un signe de respect à leur endroit, ce qui a donné plus d'ouverture de la part des villageois. Ceci a permis de bien démarrer le troisième passage et d'avoir plus accès à certaines informations pertinentes, et ceci plus aisément.

Il y a eu plusieurs rencontres avec les spécialistes de l'École de médecine et de l'Institut des sciences humaines de Bamako; les différentes discussions se sont déroulées d'abord avant d'entamer les entrevues avec les participantes. Les discussions avaient porté sur le contenu du protocole, les méthodes et les outils de collecte des informations. À mi-parcours de la période de collecte des données, les commentaires ont porté sur l'allure et sur le contenu des entrevues des deux premiers passages. Enfin, après la collecte de l'essentiel des informations et suite à toutes les discussions avec les différentes personnes, un document de travail portant sur les premières analyses a été présenté à un auditoire d'une trentaine de personnes à l'École de médecine. Pendant deux heures et demie de discussions et de débats, la chercheuse a bénéficié des commentaires, suggestions et amendements sur le contenu, l'éthique, les solutions aux problèmes rencontrés et les pistes pour une meilleure approche des communautés rurales en général et des femmes en particulier, etc. La critique du document par les experts a permis de collecter de nouvelles opinions, de valider les différents éléments qui sont identifiés pour la construction du cadre conceptuel et de raffiner la présentation des résultats. Ces échanges très fructueux ont permis de valider les informations obtenues et de poursuivre avec assurance l'analyse des données et la rédaction de la thèse.

Dans les schémas 4 et 5 suivants, on a repris les différentes étapes de la recherche depuis les premiers contacts avec le terrain, les entrevues avec les femmes, celles avec les autres interlocuteurs et les autres sources de données sous forme de « cercles dialectiques herméneutiques » (Guba et Lincoln, 1989). Ces auteurs proposent, entre autres, de poursuivre plusieurs entrevues individuelles sous forme de rapport (document de travail) et enfin de valider son contenu auprès des autres acteurs (intra-groupe et inter-groupe). En utilisant le terme « herméneutique », on fait référence au caractère « interprétatif » du discours des femmes, et le cercle illustre le processus constant du *va-et-vient de l'information*. Le mot « dialectique » s'apparente au caractère comparatif et contrastant des positions divergentes dans le but de parvenir à un haut niveau de synthèse de toutes les visions. Cette façon de procéder permet d'inclure les principaux détenteurs d'enjeux ainsi que le chercheur lui-même dans le processus de consensus. Il s'agit là d'un processus reconnu comme étant puissant et qui permet d'exposer et de clarifier les différents points de vue et leurs discordances.

Schéma n° 4 : Préparation de la recherche

SEJOUR

①

Mai 1995

voyage d'un mois au Mali et au Burkina Faso pour identifier le terrain et déterminer la problématique

Contact avec quelques personnes ressources (programmes locaux, anthropologues)

- Evaluation de la faisabilité de l'étude et accord avec les autorités sanitaires
- Visite et choix des villages retenus comme sites de recherche

Juin à décembre 95 rédaction du protocole à Montréal

SEJOUR

②

Janvier 1996

Bamako:

- rencontre avec le superviseur malien,
- présentation du protocole au comité scientifique de l'École de médecine
- Révision de la grille d'entretien

Sikasso:

- rencontre avec les personnes ressources...
- présentation & discussion du protocole à la Direction Régionale de la Santé
- Contacts et négociations avec les chefs des deux villages retenus
- Choix des 10 mères par village
- Choix de deux enquêteurs et de quatre villageois «guides communautaires».
- Lecture du protocole et du guide d'entretien par les enquêteurs
- Formation des enquêteurs et des guides communautaires
- Validation du guide d'entrevue
- Choix du calendrier de la phase « terrain de l'enquête », en fonction des saisons
- Prétest des outils de collecte
- Derniers réajustements du guide d'entretien
- Répartition des rôles : alternance des enquêteurs => une entrevue sur deux

Déroulement de la recherche



Schéma n° 5 : Déroulement de la recherche

ENTREVUES

individuelles avec les 10 mères d'enfants de six mois à cinq ans dans les deux villages

Entrevues dans chacun des deux villages avec les guides et le personnel de santé

Discussions de groupe par village avec toutes les femmes précédemment interviewées

ANALYSES & rédaction

Débats devant 30 experts à l'École de médecine => réajustement et validation

Entrevues

#3 Après un épisode de fièvre présumée palustre

Mois : Août, Juillet, Juin

Année : 1996

Séances de travail à trois : Le directeur de thèse, le superviseur malien et la chercheure

Rencontres et discussions avec le directeur de thèse

Entrevues

#2 Après un épisode de fièvre présumée palustre

#1 Avant fièvre présumée palustre

Mois : Mai, Avril, Mars, Février

Année : 1996

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Il est également indiqué, dans le schéma, que la chercheuse conduit une entrevue individuelle auprès de chaque femme à chacun des passages et des groupes de discussion (cercles dialectiques). Le schéma montre aussi que la chercheuse reconstruit le discours à chaque passage : analyse de discours. Ces étapes sont séparées par celles de rencontres entre les enquêteurs et la chercheuse. Ensuite, des indications montrent que les parties des discours discordants sont retournées à la femme au cours du passage suivant pour fins de validation. Le schéma montre également les interactions entre le chercheur, les guides communautaires, les enquêteurs et le personnel de santé sur les discours des femmes. Enfin, il est montré la place des discussions avec les maîtres de thèse et le superviseur malien dans le processus d'analyse des résultats. Les résultats des premières analyses sont présentés à des groupes de scientifiques et professionnels (École de médecine, bureau de l'OMS, Direction régionale de la santé, Institut des sciences humaines, consultants et chercheurs internationaux) pour obtenir leurs critiques, leurs validations et leurs amendements.

5.6 ENTRÉE SUR LE TERRAIN

La réalisation de la recherche a nécessité une étape préalable d'identification du terrain au mois de mai 1995. On a effectué un voyage d'un mois au Mali (Bamako et Sikasso) et au Burkina Faso (Bobo-Dioulasso) pour établir des contacts avec les personnes ressources et pour apprécier les conditions de faisabilité de l'étude. Au Mali, ce séjour a été mis à profit pour obtenir l'accord et l'appui des responsables politico-sanitaires pour la réalisation de notre recherche. Les discussions avec l'équipe de recherche de IAMANEH de Genève, travaillant, entre autres, sur le paludisme, et les rencontres avec le consultant résident du programme santé Mali-Suisse ont permis de mieux cibler la présente recherche. À Bobo-Dioulasso, la rencontre avec une anthropologue (paix à son âme) qui a travaillé de 1991 à 1992 à Sikasso a permis de cerner la problématique et la méthodologie. Enfin, la visite des villages a permis de choisir les sites de recherche. C'est sur la base des informations obtenues lors de cette première visite que le protocole a été rédigé.

Le deuxième séjour malien pour la collecte des données a commencé en janvier 1996 par un séjour à Bamako. Durant une semaine, il y a eu des rencontres avec le directeur de la DEAP de l'École de médecine qui avait été désigné par l'OMS pour cosuperviser les activités sur le terrain et la présentation du protocole en réunions scientifiques hebdomadaires de l'École. Les discussions ont permis de consolider la méthodologie et les stratégies de collecte d'information sur le terrain. Le guide d'entrevue a été revu en profondeur, et sa traduction a été réalisée avec l'aide de chercheurs de l'école.

Après Bamako, nous sommes allés à Sikasso pour entamer la recherche. Pour ce faire, nous avons réalisé une série de rencontres pour présenter à nouveau le protocole de recherche et pour régler les formalités politico-administratives. Le Directeur régional de la santé et son équipe ont fait leurs commentaires sur le protocole et ont mis à disposition deux enquêteurs pour travailler avec le chercheur. Il a été aussi discuté des modalités pratiques de l'exécution de la recherche (logistique, équipement, logement, rémunération des enquêteurs, compensation des participantes, etc.). Les rencontres avec les autorités administratives, politiques et sanitaires de la région et du cercle de Sikasso ont permis d'avoir toutes les autorisations pour travailler sur leur territoire.

Les formalités ultimes et essentielles ont été faites auprès des chefs de village. C'est durant ces premières semaines qu'ont été faits les contacts avec les autorités villageoises et remplies les obligations qui s'imposent. Il y a tout un processus à suivre pour entrer en contact avec les villageois (voir en annexe 4 la procédure pour communiquer avec les autorités villageoises et le compte rendu de la rencontre officielle dans un des villages):

Il est important de rappeler que, dans la société traditionnelle Sénoufo, une bonne partie du processus de prise en charge des maladies est gérée par les hommes. Les femmes ne sont que des exécutrices des recommandations des chefs de famille. Ce sont les hommes qui sont censés connaître les maladies et les recettes et ce sont eux qui fournissent les médicaments qui seront administrés par les mères. Donc, dès le départ, la démarche préconisée pour cette recherche, à savoir discuter avec les femmes sur des sujets qui sont de la prérogative masculine, a suscité des réactions vives de la part des hommes lors des rencontres. Étant les seuls détenteurs des savoirs et des secrets, ils ne pouvaient pas comprendre que les femmes, qui n'ont pas accès aux fétiches et au bois sacré (donc non initiées), soient capables de fournir les explications utiles pour la recherche. Pour eux, il faut travailler avec les hommes si l'équipe veut avoir des informations sur les médicaments et les recettes utilisés dans le traitement du paludisme. Après quelques explications, les esprits se sont calmés : les hommes ont compris que l'équipe ne voulait pas empiéter sur leur domaine sacré, encore moins les démystifier. Il leur a été exposé les éléments qui motivent la démarche, à savoir, entre autres :

- pour que les hommes puissent savoir que l'enfant est malade, il faut que la mère le leur dise, parce que c'est elle qui dort avec lui et qui passe le plus de temps avec lui;
- ensuite, quelles que soient les compétences d'un guérisseur, pour réussir le traitement, il a besoin d'explications très précises sur les signes que présente l'enfant. Aussi, il a besoin de savoir toutes les circonstances d'apparition de la maladie, sinon il ne saura pas comment commencer sa médication. Ces arguments furent acceptés et même appuyés par

des commentaires très intéressants. Même le plus grand féticheur a approuvé la démarche en donnant des exemples sur sa pratique et les éléments qu'il exige de ces clients.

Les rencontres avec les chefs des villages et leurs collaborateurs ont facilité le choix des femmes et des guides communautaires. Ils ont assuré l'équipe de recherche de leur entière disponibilité et de leur franche collaboration. Ils ont demandé aux participantes et aux guides d'être à la disposition de l'équipe tout le temps et de collaborer sans réserve. C'est après toutes ces procédures que les activités liées à la collecte des données a pu commencer.

5.6.1 *Réarrangements méthodologiques*

Dans le protocole initial, il était prévu que les entrevues seraient menées avec l'aide de deux enquêtrices de langue maternelle Sénoufo. La grille d'entrevue serait complétée pendant l'entretien à la faveur des réponses de la mère (voir grille d'entrevue, grille de synthèse et scénario d'entrevue avec les mères en annexes). Sur propositions des équipes de l'École de médecine, de la Direction régionale de la santé de Sikasso et des enquêteurs, quelques réaménagements ont été apportés à la stratégie de collecte des données pour tenir compte des réalités socioculturelles de la zone d'étude.

C'est ainsi qu'à la place de deux enquêtrices, il nous a été proposé une enquêtrice et un enquêteur, dans le but de remplir les conditions culturelles. Il faut la présence d'un homme pour discuter avec les vieux et même être le chef de la délégation à chaque fois qu'on doit parler avec une personne dans les villages. C'est lui l'interlocuteur privilégié.

Un autre changement d'approche a été opéré, concernant l'utilisation des informatrices-clés pour la collecte des données. En effet, il est connu que la collecte des données sur les comportements de prise en charge est très complexe, surtout dans un contexte où il y a une attente permanente de la population envers toute personne qui se présente pour s'informer de leur état de santé. C'est ainsi que, pour permettre d'avoir des informations valides sans intervenir, un scénario fondé sur l'utilisation de femmes comme *informatrices-clés* avait été élaboré dans le protocole initial. Une fois les femmes rejointes, il serait créé une atmosphère de confiance entre elles et l'équipe. Il avait été prévu d'utiliser les informatrices-clés pour informer de l'apparition des épisodes de fièvre chez les enfants des femmes de notre étude. Une fois qu'elles auraient constaté la maladie, les mères auraient contacté les informatrices-clés qui, à leur tour, auraient prévenu l'équipe de recherche. Elles les auraient aussi prévenu de la fin de l'épisode, afin que l'équipe puisse procéder aux entrevues. Ceci permettrait d'obtenir les informations sur l'épisode sans intervenir sur le cours naturel de la maladie et sur le processus de prise en charge par la famille. Aussi, cela permet de réduire le biais de

mémoire. Cette façon de recueillir des données est inspirée de la méthode utilisée par Seeley et coll. (1995) dans leur étude communautaire sur les comportements liés au sida. Elle s'est avérée efficace dans les études de comportements. Mais cette stratégie a été modifiée sur conseil des enquêteurs.

En se référant à leurs expériences, les enquêteurs ont proposé de travailler avec des *guides communautaires* au lieu des informatrices-clés. Ils ont accompagné leur proposition d'arguments et d'exemples pertinents. Ils ont donné l'exemple des guides de Bougoula-Hameau, qui sont connus de et sillonnent toutes les familles sans provoquer de soupçon, parce qu'ils ont participé à toutes les enquêtes antérieures. Ce sont des hommes alphabétisés en français ou en Bambara et qui disposent même de la liste de toute la population.

Par ailleurs, il est constaté qu'en milieu rural, les femmes ne se rendent pas souvent visite pour de simples « commérages » comme à la ville. Elles ont peu de contacts en dehors des événements sociaux dans le village. Les autres rencontres entre femmes se font toujours au travail, où chacune est plutôt pressée de finir afin de s'attaquer à d'autres occupations (puits, marigot pour aller chercher l'eau, faire la lessive, travaux champêtres, etc.). De toutes façons, il est généralement reconnu que les Sénoufo sont une société très renfermée, très travailleuse, et leurs femmes sont encore plus discrètes, sans compter que le gros fardeau de travail leur revient.

Les enquêteurs ont démontré que les femmes sont toujours très occupées, quelle que soit la saison. C'est la nature des occupations qui change d'une saison à une autre, pas leur niveau d'occupation. Elles n'ont pas assez de temps libre pour répondre aux exigences de la stratégie. Ces femmes travaillent toute la journée, et, comme notre stratégie exigeait des rencontres fréquentes avec ces personnes ressources, les hommes étaient plus indiqués. En plus de se fréquenter, ils ont plus de temps et se déplacent plus facilement à l'aide de leur vélo ou de leur motocyclette. Ils nous ont été désignés par les chefs des villages. Ce sont des adultes jeunes qui sont connus de et qui sillonnent toutes les familles en toute confiance. Ils sont membres des organisations du village chargées de ventiler les nouvelles et certains ont même déjà participé à des enquêtes antérieures. Ils disposent de toutes les informations socio-démographiques. Ils connaissent personnellement tout le monde.

Ces changements ont été très utiles et ont aidé au bon déroulement de l'enquête. Les femmes ont bien coopéré. Elles n'ont pas été gênées par la présence d'un enquêteur homme et encore moins par l'intervention des guides. Elles ont régulièrement informé les guides, qui ont collaboré avec l'équipe de recherche comme prévu. L'intervention des guides n'a pas

influencé les réflexions des femmes concernant les causes et les origines du paludisme et les comportements devant la fièvre.

5.6.2 *Formation des enquêteurs et des guides communautaires et prétest des outils de collecte de données*

Une enquêtrice et un enquêteur ont été désignés par le Directeur régional de la santé pour travailler avec la chercheuse. Il se trouve que la chercheuse les avait déjà rencontrés, avait discuté avec eux lors du premier séjour et qu'ils avaient manifesté leur désir de travailler sur le projet. Des correspondances avaient même été échangées avec le chef de leur équipe pour les tenir au courant de l'avancement du projet. Leur désignation par le Directeur régional de la santé n'était alors qu'une formalité administrative pour leur permettre d'être mis à disposition officiellement durant la période de la collecte des données.

Dès l'arrivée du chercheur à Sikasso, les deux enquêteurs ont donc reçu le protocole et le guide d'entrevue pour qu'ils prennent connaissance de leur contenu. Ils ont eu deux semaines pour étudier les documents, ce qui a facilité les échanges et accéléré la mise en route des activités. La première activité avec les enquêteurs fut d'élaborer un calendrier de travail qui tienne compte des réalités du contexte climatique et socio-culturel des activités dans les villages et surtout de la période du ramadan.

Pour mieux administrer les guides, les enquêteurs ont bénéficié d'une formation portant sur le contexte et la pratique des entrevues. Les séances de formation étaient très intenses avec les deux enquêteurs et expliquaient la méthodologie et les stratégies de recherche. La formation a commencé par la validation de la traduction du guide d'entrevue. En effet, cette étape fut très enrichissante, étant donné la complexité de la langue. Ceci a permis aux enquêteurs de mieux comprendre la nature des informations à recueillir. Parlant le maninka, langue apparentée au bambara, cela a permis à la chercheuse de parfaire ses connaissances de la langue bambara.

La formation était très pertinente, dans la mesure où les enquêteurs n'étaient habitués à administrer que des questionnaires d'enquêtes avec des questions fermées aux réponses dichotomiques (oui-non). Leur formation à l'utilisation d'un guide d'entrevue pour aller chercher des informations dans des récits était quelque chose de nouveau et de passionnant. Pour s'entraîner sur le guide, nous avons effectué des jeux de rôle entre les deux enquêteurs et la chercheuse.

La formation a été parachevée au cours du prétest des outils de collecte des données. Des corrections ont été apportées à partir des informations obtenues. Si, au cours du prétest, ils avaient quelques difficultés à aller chercher l'information, déjà, après les premières entrevues, ils ont tellement bien maîtrisé la technique et compris la nature des données qu'ils devaient récolter qu'ils allaient très en profondeur dans les entrevues. Ils ne se servaient du guide que pour vérifier s'il n'y avait pas d'éléments oubliés. Les enquêteurs ayant mis à profit leur capacité africaine de communiquer verbalement, il a été créé une ambiance de travail telle avec les femmes que l'équipe a vite acquis leur confiance et, au fil du temps, elles ont fourni le maximum d'informations.

Les séances de formation ont permis de créer une bonne ambiance entre les enquêteurs et le chercheur. Une équipe très unie et dont les membres se complétaient bien au cours des entrevues s'est ainsi créée. Cette bonne collaboration a permis d'affronter le terrain avec assurance.

Le prétest a consisté à identifier et à interviewer trois mères qui avaient un enfant dans la tranche d'âge de six mois à cinq ans non malade et trois autres dont l'enfant, de la même tranche d'âge, était en phase postépisode immédiat de fièvre. Cette méthode a permis de tester non seulement l'habileté des enquêteurs, mais aussi de réajuster le guide et d'apprécier le temps que prend une entrevue.

Quant à la formation des guides communautaires, elle a surtout porté sur leur capacité à interagir avec les femmes sans donner de directives sur leur comportement. Leur niveau de complicité avec l'équipe dans la démarche a été testé par des jeux de rôle.

Après ces quelques jours de travail loin des participantes, l'équipe formée par les guides communautaires, les enquêteurs et la chercheuse s'est retrouvée pour finaliser la stratégie de collecte des données qui serait suivie durant les mois à venir. C'est sur cette base qu'un scénario, pour suivre les épisodes de fièvre et l'administration des entrevues, a été adopté (voir à l'annexe 5 toutes les étapes et scénarios adoptés sur la collecte des informations).

Chaque enquêteur doit diriger une entrevue sur deux. Ainsi, chacun a dirigé des entrevues auprès de dix femmes, dont cinq par village. Au moment où un enquêteur discute avec la participante, la chercheuse et l'autre enquêteur suivent la discussion et prennent des notes pour identifier les points sur lesquels il faudrait revenir, les précisions à apporter ou les points omis. Chaque fois que l'interviewer principal est en difficulté, la chercheuse ou le second enquêteur relance les discussions. Quand il couvre tous les points, il donne la parole à ses acolytes, qui, à leur tour, reviennent sur les éléments qu'ils ont notés.

Immédiatement après l'entrevue, l'équipe se retrouve et passe en revue la grille de synthèse (voir annexe 6) qui est une fiche de contrôle, pour voir si toutes les informations pertinentes sont collectées.

Au cours des mois qui se sont succédé, la chercheuse a donc travaillé avec les enquêteurs, les guides et les femmes dans une parfaite harmonie. Nous avons été complètement intégrés à la vie dans les villages et acceptés par les communautés. Ainsi, elle a été associée à tous les événements importants dans les villages. Les femmes se confiaient à elle personnellement et lui communiquaient beaucoup de secrets. Elle était réellement la confidente des femmes.

5.7 MÉTHODE DE COLLECTE DES DONNÉES

Le terrain (qu'il soit nouveau ou ancien) est immanquablement une épreuve de réalité, un passage initiatique grâce auquel le chercheur vit l'expérience de ses limites. L'étude des sociétés secrètes, telles que les Sénoufo, et des domaines sacrés et réservés aux hommes représente un terrain délicat, surtout pour les chercheurs de sexe féminin. La chercheuse est mise sans cesse à l'épreuve. On lui fait comprendre les limites de son expérience et de son statut de femme. Si elle veut garder le capital de confiance, elle se doit de respecter les réticences d'autant plus scrupuleusement si on lui fait davantage confiance. C'est au fur et à mesure du séjour que les barrières de méfiance tombent. Une familiarité se crée, et les langues se délient. Cependant, la confiance que le chercheur (quels que soient son sexe ou son âge) gagne auprès des villageois n'est pas suffisante pour prétendre que ceux-ci n'ont plus de secret pour lui. Le chercheur doit donc toujours nuancer ses propos et ses conclusions concernant les domaines qui touchent les savoirs et les comportements traditionnels.

Les données ont été colligées à partir de trois méthodes complémentaires de collecte : les entrevues semi-structurées, les observations directes et indirectes et la revue des carnets de soins et des registres de consultation. En plus des mères des enfants, des guides communautaires, des femmes de fonctionnaires qui vivent dans les villages et le personnel de santé ont été consultés. Pour ce faire, un guide d'entrevue auprès des mères et un guide d'observations ont été utilisés.

5.7.1 *Les entrevues semi-structurées*

La principale méthode de collecte de données utilisée pour accéder aux discours des femmes a été l'entrevue semi-structurée. Cette méthode est basée sur l'établissement d'une relation entre le chercheur, les enquêteurs et les participantes à l'intérieur de laquelle ces dernières fournissent les données et les informations importantes, partagent leurs jugements, leurs perceptions et leurs expériences à travers leurs mots et leurs termes propres, en réponse à des questions ouvertes (Patton, 1990; Deslauriers et Fortin, 1987).

Les raisons de l'utilisation des entrevues comme méthode pour collecter les informations sont multiples. Comme il est connu que l'une des forces des sociétés traditionnelles africaines est la tradition orale, cette méthode de collecte de données permet donc d'augmenter les chances de générer suffisamment d'idées pour détailler et valider les raisonnements qui sont contenus dans le cadre conceptuel. Pour avoir accès à une connaissance détaillée des facteurs personnels, contextuels et socioculturels qui interviennent dans l'élaboration des modèles explicatifs du paludisme et qui influencent le comportement des mères dans la prise en charge, il s'avérait essentiel de recueillir les informations avec une méthode qui permette de mettre à profit la grande capacité de communication des participantes. Une telle connaissance est d'autant plus complète qu'elle est obtenue des femmes directement impliquées dans le problème du paludisme des enfants et qui relatent leurs propres expériences dans leur propre langue. Pour la compréhension du processus de prise en charge, il fallait également identifier des éléments subjectifs issus des entretiens avec les femmes qui permettent de mieux comprendre les éléments concernés dans la prise en charge. Ces éléments ne peuvent pas être obtenus par une méthode quantitative telle qu'un questionnaire fermé.

Toutes les participantes de Pimpéréna ont été interviewées trois fois, alors qu'à Bougoula-Hameau, seulement trois femmes l'ont été : les autres n'ayant pas eu de cas de fièvre en saison sèche, il a été réalisé deux entrevues individuelles.

La durée des entrevues a varié entre 40 minutes et deux heures. Ce sont les premières entrevues qui ont été les plus longues. Ceci s'explique, d'une part, par le fait qu'elles ont été réalisées en dehors de tout épisode de paludisme chez les enfants. Il fallait donc faire appel aux souvenirs et à la mémoire des femmes. Aussi, c'était leur première expérience en matière d'entrevue et le premier contact avec la chercheuse. Les femmes manifestaient de la méfiance et de la timidité. Il y avait une sorte de réserve qui faisait qu'il fallait souvent revenir sur certains aspects. D'autre part, les enquêteurs, eux aussi, n'étaient encore complètement rodés

à la méthode d'entrevue. Il leur fallait regarder très souvent le guide. Ensuite, le tandem entre les membres de l'équipe (chercheure et enquêteurs) pour relancer les débats n'était pas bien au point. Par ailleurs, le premier passage a coïncidé avec le mois du ramadan, pendant lequel tant les participantes que les membres de l'équipe de recherche étaient à jeun. Or, déjà vers la fin du premier passage, la durée des entrevues devenait plus acceptable.

Toutes les entrevues ont été enregistrées avec le consentement des femmes. Les transcriptions ont été faites par l'équipe d'enquêteurs immédiatement après les rencontres. Pour accroître la conformité des données transcrites par rapport à celles fournies par les mères, chaque entrevue a été enregistrée sur deux cassettes, et chacune des cassettes a été retranscrite, par un enquêteur, de façon séparée. Ces données ont immédiatement été saisies, et les copies ont été rendues aux enquêteurs pour fins de correction. Les transcriptions ont ainsi été relues et corrigées, et les deux versions ont été comparées pour vérifier leur conformité et pour déceler les éventuelles discordances entre elles. Si cela est nécessaire, la participante est recontactée pour préciser une idée. Une fois qu'il y a eu consensus sur les transcriptions, les données ont été recopiées et codifiées au fur et à mesure qu'elles étaient validées.

Le guide d'entrevue (a l'annexe 7) élaboré a été traduit dès notre arrivée sur le terrain. Il a été construit selon les techniques suggérées par Lofland (1984), c'est-à-dire d'aller des questions générales aux questions plus précises. Nous nous sommes aussi inspirée des guides réalisées par d'autres chercheurs pour éviter des questions aberrantes, comme le montre l'étude de Halima et coll. (1995). La traduction a été affinée par les enquêteurs qui travaillent avec l'équipe de recherche de l'Université de Genève depuis 1988 et validée lors du prétest.

Le guide d'entrevue a servi de fil conducteur à l'entrevue individuelle. Cependant, les interviewers ont été vigilants pour ne pas obtenir de réponses stéréotypées. Il a été conçu dans le but d'obtenir des informations aussi bien sur les caractéristiques des mères que sur leur comportement devant la fièvre palustre des enfants, les critères de diagnostic, le niveau de prise de décision et leurs modèles explicatifs du paludisme durant les périodes de haute et basse transmission. Le guide porte aussi un volet concernant les perceptions et les appréciations des messages fournis par le personnel de santé.

Ces entrevues ont pour but d'identifier les perceptions des mères, leurs modèles explicatifs du paludisme simple, leur comportement de prise en charge et les facteurs qui les déterminent, l'expérience tirée des contacts avec les services de santé modernes au niveau de

la connaissance de la transmission saisonnière du paludisme et l'intégration de ces connaissances dans l'explication du paludisme.

5.7.2 *Les observations directes et indirectes*

Les observations ont permis d'apprécier les caractéristiques sociales, économiques, culturelles et comportementales non exprimées (conditions d'habitation, niveau d'occupation, statut économique, disponibilités des médicaments, état physique des enfants, niveau de soumission aux règles culturelles et familiales). Les guides communautaires qui cohabitent avec les mères ont été délégués pour prévenir l'équipe de l'apparition d'un épisode de fièvre chez les enfants concernés et pour fournir des informations additionnelles sur le comportement de la mère. Mais l'observation n'est pas une fin en soi, car le terrain laisse peu de place à l'intuition comme instrument scientifique. Ainsi, il faut savoir faire une bonne observation pour qu'elle soit valide. Il n'est peut-être pas difficile d'observer, mais il est difficile de bien observer.

L'équipe de recherche a également pris des notes au cours des observations directes des diverses personnes interviewées. Les registres des services de santé ont été consultés ainsi que les carnets de santé des enfants, au besoin. À cette occasion, l'équipe a discuté avec l'agent qui a reçu l'enfant pour obtenir des informations additionnelles sur ses prescriptions et sur la mère. Les constatations visuelles sont consignées dans la grille. Les observations des guides communautaires y ont aussi été rapportées.

5.7.3 *Les données secondaires*

Les données secondaires ont été collectées à partir des registres de consultation et des carnets de soins des enfants, pour reconstituer l'histoire de la maladie et les comportements de soins. Nous avons visité les bibliothèques et les centres de documentation de différentes institutions à Sikasso (églises, projets de développement, école de santé secondaire, station de radiodiffusion, centre de tourisme et de la jeunesse, etc.) pour y collecter des informations sur le thème. Il s'agit, entre autres, de thèses de doctorat et de maîtrise sur les Sénoufo, sur le paludisme ou sur les contextes socio-économiques, de rapports statistiques, de revues et d'articles ainsi que de volumes d'histoire, de géographie et d'anthropologie. La fin du séjour malien s'est faite à Bamako (la capitale du Mali), où se trouvent l'École de médecine et les autres institutions de recherche et de formation qui disposent d'une documentation pertinente et des personnes ressources, telles que l'Institut national de recherche en santé publique, l'Institut des sciences humaines, l'École normale supérieure, le Musée national, l'ORSTOM, l'OMS, etc. Toutes ces institutions ont été visitées, et autant de personnes qu'on nous avait

recommandées ont été rencontrées pour collecter de l'information mais surtout pour discuter avec les spécialistes dans les domaines intéressés par la recherche.

En plus des activités liées directement aux villages, nous avons participé aux activités de la Direction régionale de la santé et de l'hôpital régional plus spécifiquement dans la formation, les soins médicaux, le développement des protocoles de recherche et de l'évaluation des activités des organisations non gouvernementales appuyant la Direction régionale de la santé. Ces activités ont permis d'avoir accès aussi bien à des données formelles consignées dans les registres, les rapports et les autres documents que des informations verbales très utiles sur les aspects sociaux et culturels de la communauté.

5.7.4 *Des groupes de discussion*

Les groupes de discussion ont été organisés suite à la demande des femmes. Ce sont elles qui ont amené l'idée de se rencontrer pour répondre à leurs questions et surtout pour comprendre pourquoi nous leur posions certaines questions. L'opportunité a donc été saisie pour enrichir notre matériel.

Dès les premières entrevues, elles ont manifesté un désir de comprendre et soulevaient souvent certaines questions pour avoir l'opinion de l'équipe. Elles voulaient absolument partager les connaissances des membres de l'équipe. Ces propos revenaient souvent chez les participantes :

❶ *Pour qu'une discussion soit intéressante, il faut que tous les participants donnent leurs points de vue. C'est du donnant-donnant. Mais, vous-là, vous ne me dites rien et vous voulez seulement m'entendre et vous, vous ne dites rien. Pourtant, moi aussi je ne connais rien. C'est vous qui avez fait l'école qui connaissez tout et qui devez normalement nous enseigner. Il y a un adage qui dit que le principe de jeux des chiots est que chacun terrasse l'autre, mais si c'est un seul qui gagne successivement, ils finiront par se battre réellement.*

❷ *Ce sont mes remarques. Moi, je dis ce que j'ai remarqué. Vous, à votre tour, vous devez me dire ce que vous aussi vous pensez du paludisme: c'est ceci ou cela qui provoque le paludisme. Un débat a pour but d'échanger les idées, ou bien. Je sais que mon opinion vous aide, mais moi je ne sais pas ce que vous savez.*

Et l'équipe répondait souvent ce qui suit :

NOUS VOULONS SAVOIR VOTRE PENSÉE D'ABORD. ÇA NE SERA PAS MELANGE. NOUS DEVONS DONNER CHACUN NOTRE PENSÉE. NOUS RECUEILLONS D'ABORD LA VÔTRE QUE NOUS AJOUTONS À LA NÔTRE; APRES, TOUT CELA VA NOUS SERVIR A NOUS TOUS POUR MIEUX COMPRENDRE L'ORIGINE ET LES CAUSES DU PALUDISME DE NOS ENFANTS

ET POUR MIEUX LES SOIGNER. ET TU VOIS QUE TOUT VA S'ARRANGER APRÈS. NOUS VOUS ASSURONS DE VOUS EXPLIQUER LA NÔTRE APRES AVOIR REÇU LA VÔTRE, COMPRIS. NOUS N'ALLONS PAS VOUS LAISSER SANS VOUS DONNER LES RENSEIGNEMENTS.

Toujours surprises de savoir qu'il y avait une possibilité pour elles d'avoir cette opportunité de poser des questions et de discuter dans le sens inverse, elles retorquaient par la phrase suivante :

Donc cela pourra se faire?

Et comme l'équipe répondait toujours :

OUI. À LA FIN DES TROIS RENCONTRES, NOUS ALLONS NOUS RETROUVER TOUTES ENSEMBLES ET VOUS ALLEZ NOUS POSER TOUTES VOS QUESTIONS ET NOUS POURRONS DISCUTER TANT QUE VOUS LE VOUDREZ

on pouvait lire sur leur visage la sensation de bonheur. Toutes contentes, elles disaient :

Donc, de mon côté, préparez-vous, parce que je vais parler ce jour-là et je vais vous coincer moi aussi, surtout la « foulamousso, ma coépouse ».

Les entrevues ont éveillé leur curiosité et suscité des questionnements très pertinents. C'est ainsi qu'il a été décidé d'organiser un groupe de discussion après les entrevues individuelles. À la fin de chacun des trois passages auprès de chacune des femmes, il a été ainsi organisé un groupe de discussion avec les dix femmes de chacun des villages. Les participantes ont été réunies au service de santé dans chaque village. Comme promis, elles ont été écoutées et elles ont été rassurées de pouvoir poser toutes sorte de questions. Ce fût une occasion où elles se sont réellement exprimées sans gêne. La chercheuse était agréablement surprise de la façon très libre et décontractée avec laquelle les femmes ont discuté. L'atmosphère était extraordinairement détendue. Dans les deux villages, les questions tournaient autour du thème central, à savoir l'origine du paludisme :

C'est quoi l'origine du paludisme? Comment on attrape alors le paludisme et pourquoi l'équipe parle du moustique à la fin des entrevues? Qu'est-ce que le moustique vient faire dans l'origine du paludisme? Comment on attrape alors le paludisme? Pourquoi alors les aliments provoqueraient-ils le paludisme parce qu'il y a des cas très précis avec les mangues, le karité, le lait caillé, etc.

Ces deux groupes de discussion ont permis de répondre à leurs questions et de clarifier certains points de vue. L'analyse des informations obtenues de ces deux groupes de discussion a permis de comparer les données colligées individuellement.

À la fin des discussions, des cadeaux ont été donnés en guise de remerciement. Le chef de village, accompagné des guides et de certains membres du conseil des sages, a été rencontré pour faire le compte rendu du déroulement des activités. Après les remerciements et la remise des colas et du tabac par l'équipe, ils ont béni l'équipe et l'ont remerciée à leur tour. Cette étape de séparation était remplie d'émotions de part et d'autre. Les espoirs de voir le travail aboutir à des actions concrètes ont été exprimés.

5.8 ANALYSE DES DONNÉES

Une bonne partie de l'analyse en recherche qualitative se fait sur le terrain. Cette partie se place pratiquement dans la phase d'enquête, qui ne pourrait se dérouler de façon satisfaisante sans qu'une analyse régulière, même sommaire, ait lieu à intervalles réguliers. L'analyse des données s'est donc déroulée en plusieurs étapes successives. L'analyse des données tient en trois processus interreliés : la réduction des données, la gestion des données et les conclusions proposées suivies de leur vérification (Miles et Huberman, 1994). L'essentiel des données est constitué du contenu verbatim des entrevues. Après la réduction et la codification des données, leur interprétation a été faite par l'élaboration d'explications et par l'analyse transversale entre les cas (Yin, 1984).

Deux perspectives ont été utilisées comme charpente théorique pour l'analyse des données (Stanton et coll., 1992). La première est une perspective théorique éco-culturelle, qui considère l'interaction entre les gens dans leur micro-environnement (écologique, économique, et culturel) en tant que déterminant de problèmes de santé en rapport avec les définitions et les espérances culturelles locales. La deuxième perspective est une approche de construction sociale qui met l'accent sur les processus cognitifs et d'interaction impliqués dans la gestion de la maladie. Les deux perspectives tiennent compte des différences entre les connaissances et les pratiques bioculturelles par opposition aux approches qui expliquent le comportement en termes de rationalité biomédicale.

Pour la réduction et l'encodage des données, on s'est inspiré de la stratégie de codification par étapes décrite par Strauss et Corbin (1990) (voir l'annexe 8). Il y a été intégré la méthode proposée par Yin (1989) et par l'Écuyer (1987), c'est-à-dire l'utilisation concomitante du modèle théorique comme trame d'interprétation, modèle théorique lui-même ayant évolué avec l'analyse. Cette approche permet d'avoir une manière spécifique et systématique d'analyser les données pour construire des modèles descriptifs et interprétatifs, à partir des données du terrain. Elle procure un principe d'interprétation des données en vue de construire des théories (Wilson et coll., 1991). Selon un processus inductif et par une

sensibilité théorique, cette analyse de contenu permet d'organiser les données selon une suite récursive de codifications.

Les étapes de codification permettent de questionner, d'identifier et de structurer l'ensemble du contenu textuel des entrevues. Elles donnent la possibilité d'intégrer les autres données issues des notes d'observation et de consultation des dossiers par la triangulation des méthodes et des données. Il faut souligner que les différentes étapes ne sont pas fragmentées. Si chacune d'elles vise à questionner les données sous un certain angle, il demeure que la logique d'analyse essentielle est d'extraire des données des concepts qui les rendent intelligibles. Les modalités seront reprises jusqu'à ce qu'un sens concluant émerge et qu'une saturation théorique soit apparente.

La réduction des données correspond au choix des variables opérationnelles et à la codification des données sous ces variables opérationnelles. En recherche qualitative, on entend par variable opérationnelle la typologie retenue pour catégoriser l'information contenue dans le texte (Goetz et LeCompte, 1981; Marshall et Rossman, 1989; Tesch, 1991). La typologie retenue dépend de la question, des objectifs et de la stratégie de recherche. Dans le cas de la présente recherche, il s'agit d'une typologie basée sur un agencement de concepts issus de la revue de documents et clarifiés par le cadre conceptuel.

Une fois l'ensemble des textes décortiqué et les portions de textes indexées, le travail du chercheur consiste à s'assurer qu'il possède bien le plus vaste éventail possible de perceptions sur chaque dimension étudiée. Le fait de chercher le plus grand éventail possible de perceptions et de couvrir le plus de facettes possible sur le sujet étudié constitue une excellente tactique pour atteindre une représentativité cohérente des opinions sur le terrain (Miles et Huberman, 1994). Pour atteindre cette représentativité des opinions sur le terrain, les études suggèrent de questionner plus d'une fois chaque participant et de recruter, s'il le faut, de nouveaux participants susceptibles d'éclairer de nouvelles avenues; cette procédure devrait être poursuivie jusqu'à la saturation théorique, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il y ait redondance d'informations (Glaser et Strauss, 1967; Guba, 1978; Hind, Chaves et Cypress, 1992; Patton, 1990). Dans le cas de la présente étude, avec les dix participantes par village, on a pu atteindre une redondance d'informations au moins deux fois par opinion.

Concernant la gestion des données, un système de gestion informatisée a été utilisé pour créer les variables opérationnelles, pour gérer les transcriptions d'entrevues, pour tirer des conclusions et pour prendre des décisions sur la poursuite de l'étude. Partant du principe qu'un bon système de gestion des données devrait permettre de rendre cohérent et systématique le processus de collecte, de stockage et de reprise des données (Miles et

Huberman, 1994; Richards et Richards, 1994; Tesch, 1991), il fallait trouver un logiciel qui convienne à toutes ces opérations. Le logiciel NUD.IST a été employé pour la gestion des données. L'acronyme NUD.IST signifie *Nonnumerical Unstructured Data Indexing Searching Theorizing* (Richards et Richards, 1994). Bien que le logiciel ait permis de gérer les données, l'analyse se fait par le chercheur.

5.9 PERTINENCE DE L'ÉTUDE, ÉTHIQUE ET ÉCHÉANCIER

Les résultats de cette étude contribueront à mieux orienter les programmes de lutte contre le paludisme et à aider ainsi à réduire la gravité de la maladie (mortalité et complications) au niveau d'une couche vulnérable de la population. Elle permettra également de proposer des voies et des moyens pour renforcer la collaboration entre la médecine moderne et la communauté, ce qui ne peut qu'être bénéfique aux soins de santé primaires. Elle permettra enfin d'attirer l'attention des pouvoirs publics, du personnel de santé et des communautés sur la nécessité et la possibilité d'une prise en charge adéquate de ce problème de santé prioritaire.

Les femmes ont librement consenti à être interviewées, et l'enregistrement des entrevues s'est fait avec leur accord. Aussi, après la collecte des données, les premiers constats ont été présentés aux autorités sanitaires de la région qui sont les propriétaires de la recherche. Un premier rapport a été immédiatement déposé à l'OMS, aux différentes institutions sanitaires régionales, au cercle et à l'École de médecine. Ces résultats ne seront pas publiés sans leur consentement.

La collecte des données sur les comportements de prise en charge est très complexe. C'est pourquoi il a été évité toute intervention directe de soins et examens de laboratoire pour ne pas influencer leur comportement. Aussi, il n'y a pas d'éthique voulant piquer systématiquement les enfants alors que leurs parents ne les considèrent pas malades, surtout que la stratégie est de ne pas interférer directement sur les façons de faire des familles devant un épisode de maladie. Par ailleurs, le programme national malien de lutte contre le paludisme reconnaît et inscrit en bonne place la prise en charge des cas de paludisme simple à domicile et reconnaît aussi l'efficacité du traitement traditionnel des cas de paludisme simple. Mais dans le souci d'éviter tout incident majeur (aggravation des cas de fièvre), une fois la fièvre de l'enfant signalée par la mère, les guides et l'équipe se rencontrent chaque jour pour se rassurer de l'état de l'enfant, et si, au cinquième jour, la mère ne déclare pas l'enfant guéri, nous la rencontrons. Ceci a permis, entre autres, de déceler les cas graves qui n'ont pas pu être gérés par la famille. Ces précautions ont aussi permis de régler les problèmes qui

pourraient faire une entache sur l'éthique de notre recherche. Durant notre passage dans le village, les femmes et les enfants malades ont bénéficié de soins primaires et des conseils et références au besoin.

C'est ainsi que, durant la période de la recherche, certaines femmes ont eu des petits problèmes de santé qui ont été traités à nos frais. Durant la période de recherche, un seul enfant d'une des femmes de notre échantillon a été malade et dont le traitement a nécessité une hospitalisation avec des transfusions de sang. Il s'agissait d'une malnutrition suite à un sevrage brusque (la mère s'est rendue compte de sa grossesse alors que l'enfant était nourri au sein). La famille concernée a été assistée dans tous ses frais (soins, nourriture en ville, transport), surtout que c'est l'équipe qui a décidé d'amener l'enfant à l'hôpital, forçant ainsi la main aux parents, qui auraient préféré soigner l'enfant au village (convaincus de l'efficacité de leurs recettes traditionnelles ou par peur des frais liés au déplacement).

En plus d'être présente aux cérémonies organisées dans les villages, la chercheuse a participé financièrement et matériellement (don de tissus, d'habits, etc.) aux activités sociales, telles que baptêmes, mariages, décès, fêtes religieuses, pour mieux être intégrée dans la communauté. Ces petits cadeaux étaient très appréciés par les familles. Ceci a permis de rendre des services aux femmes d'une part, mais aussi de comprendre la structuration socio-économique des deux communautés et d'être très acceptée par les populations d'autre part. Ces actions ont rendu l'équipe très proche des femmes, ce qui a permis de bénéficier de leur confiance et de les amener à mieux s'exprimer.

Cette recherche a nécessité plusieurs rencontres avec les mères. Pour encourager ces femmes, il leur a été donné régulièrement du savon. Ce choix a été fait pour les raisons suivantes : les conditions d'hygiène des femmes et des enfants sont très difficiles, ce qui fait que la gale est très répandue. Avec le savon, les femmes peuvent se laver, laver les enfants et les habits. Aussi, les chefs de famille ne pouvant le monopoliser pour d'autres fins, il sera directement utilisé par les femmes.

Les études sur le terrain se sont déroulées sur une période de dix mois (voir l'annexe 9). L'étude a été réalisée grâce à l'appui financier et technique de l'OMS, de la Direction régionale de la santé de Sikasso et de l'École de médecine de Bamako.

5.10 MÉRITES DE LA STRATÉGIE DE RECHERCHE

Toute stratégie de recherche a des points forts et des points faibles. La stratégie utilisée pour la collecte des données s'est montrée particulièrement adaptée au contexte de l'étude pour plusieurs raisons, dont, entre autres :

- Elle repose sur la relation de confiance qu'il faut établir entre les femmes et les membres de l'équipe de recherche (enquêteurs, guides communautaire et chercheure déjà connus dans la région). Le fait qu'il y ait une confiance en l'équipe de chercheurs a permis d'obtenir une meilleure véracité des réponses pour une plus grande validité des données. Issus du milieu, les enquêteurs et la chercheure ont une meilleure capacité de comprendre les réponses. Si les réponses leur semblaient aberrantes ou si les femmes hésitaient dans leurs réponses, l'équipe pouvait les noter, en rediscuter avec elles et les corriger, s'il y avait lieu.
- L'utilisation d'entrevues, de discussions et de débats a permis de mettre à profit la grande capacité de communication des participantes. Considérant qu'une des forces des sociétés africaines est la tradition orale, ces méthodes de collecte de données utilisées permettent d'augmenter les chances d'obtenir des données exhaustives et valides.
- Le fait que ce soit des femmes qui soient choisies par une recherche où toutes les participantes sont invitées à exprimer librement leur opinion sur un sujet qui est souvent réservé aux hommes favorise une forme d'émancipation des femmes dans le milieu traditionnel, parce qu'on leur reconnaît un égal droit de parole et de détention du savoir. Ceci les a encouragées à s'exprimer davantage pour donner le meilleur d'elles.
- Les trois passages faits à des moments différents ont aidé à mieux pénétrer les cas et à avoir une saturation d'informations. Cette méthode a permis de créer une atmosphère de familiarité et de confiance. Par cette méthode il était possible de revenir sur certaines parties pour mieux clarifier les idées, mieux circonscrire les informations recherchées. Elle a aidé à parfaire la maîtrise de l'outil de la recherche (les entrevues) par les enquêteurs et donc d'aller à fond dans les entrevues sans harasser les femmes pour tirer le maximum d'informations dans des temps de plus en plus courts (parce qu'on cerne mieux ce qu'on veut comme information). Ainsi, on est arrivé à réduire les bavardages qui écartent les femmes du sujet, et les femmes se confiaient plus à nous. Par ailleurs, on comprenait mieux les façons de parler et la signification des expressions à la fois verbales et gestuelles.

- Cette méthode a permis aux femmes d'apprendre à faire plus attention à leurs enfants, à faire des efforts pour ne pas oublier ce qui arrive à leurs enfants. Il y a un regain de confiance en elles parce que, selon elles, c'est la première fois qu'une équipe de recherche s'intéresse de façon directe à leurs connaissances et à leurs façons de faire. Cette fois-ci, il leur a été donné la possibilité d'expliquer les causes et les origines des maladies (domaines réservés aux hommes et aux très vieilles personnes).
- Elles ont surtout aimé qu'on fasse confiance à leurs connaissances, plutôt que de venir leur fournir des informations seulement pour leur montrer que toutes leurs connaissances et leur comportement sont incorrects. « Tout ce qu'on fait est mauvais devant les personnes instruites et les hommes », nous ont-elles confié au cours des groupes de discussion. Elles considèrent que les « personnes instruites » (en parlant du personnel de santé) viennent toujours pour leur dire ce qu'il faut faire sans chercher à savoir ce qu'elles pensent, font et pourquoi elles le font.
- Les deux villages : le fait d'effectuer la recherche dans deux villages avec des caractéristiques physiques, géo-climatiques et socio-culturelles semblables et ayant également des spécificités distinctes permet de mieux préciser les facteurs qui pourraient intervenir dans le processus de prise en charge des enfants.
- Le double enregistrement et la double transcription des entrevues : chaque entrevue étant enregistrée sur deux appareils différents et transcrite par deux personnes différentes, cela nous a permis d'éviter les problèmes techniques liés aux appareils (mauvais enregistrement, panne pendant un enregistrement, etc.) et de recueillir des informations les plus conformes possible à ce qui a été dit par les mères en Bambara.
- Le groupe de discussion après les entrevues individuelles : ceci a permis aux femmes de se retrouver sans que ce soit pour travailler manuellement. L'atmosphère était tellement détendue que l'arrivée du personnel de santé et des guides n'a pas freiné les discussions.
- La validation par les paires : elle a été réalisée par les collègues de l'INRSP et par l'École de médecine de Bamako.
- Le fait qu'une femme médecin de même origine (africaine) vienne demander des informations sur leurs connaissances de la maladie et donc apprendre auprès d'elles était une première. Cette approche a créé des liens très forts entre chercheuse et femmes, de sorte que, à la séance d'adieux, toutes ont pleuré. La présence d'une femme chercheuse avec une telle approche a permis aux interviewées de faire beaucoup de révélations jugées

secrètes sur leur statut socio-économique et leurs opinions sur certaines situations, dont leur frustrations devant leur non-scolarisation et celle de leurs enfants, les discriminations dans les familles, etc.

- La présence dans les équipes de recherche de femmes non étrangères qui s'impliquent réellement dans la recherche sécurise les femmes dans les villages, ce qui permet une plus grande ouverture des femmes au dialogue. Cette collaboration aura, pour conséquence, une collecte d'informations plus fiables et une meilleure prédisposition des femmes à adhérer aux recommandations issues des résultats de recherche.

5.11 CONTRAINTES DE LA STRATÉGIE DE RECHERCHE ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Si la stratégie de recherche a des mérites certains, sa réalisation est contraignante et difficile. Certaines de ces contraintes sont les suivantes :

- La double transcription : bien que très importante, elle demande beaucoup plus de temps à la fois pour la saisie et pour la relecture et les comparaisons et surtout pour les re-écoutes lors qu'il y a des discordances entre les deux versions. Cette méthode demande une grande disponibilité et une bonne ambiance de travail pour les transcripateurs (pas de susceptibilité ou de manque de confiance entre le chercheur et les enquêteurs qui font la transcription).
- Les observations indirectes, nécessitant régulièrement le déplacements des uns et des autres (enquêteurs et guides), sont très contraignantes. Cette méthode d'observation à distance demande une bonne volonté et une adhésion complète à la stratégie de ces derniers. Cette complicité entre les enquêteurs-guides et le chercheur n'est pas facile à entretenir. Il a fallu trouver des moyens de motivation pour compenser le temps que ces personnes ressources ont consacré à la recherche, surtout durant certaines périodes de l'année où ils sont très occupés.
- La non-disponibilité de fonds durant les six premiers mois sur terrain a été une contrainte qui aurait pu être préjudiciable à la réalisation de la recherche. Heureusement, le directeur de la DEAP de l'École de médecine a fait des avances de fonds durant cette période.

TABLEAU 1 : Profil des femmes de Pimpéréna

âge	gestes	Statut de la femme et éducation	place du mari	prof/mari
739ans	10/2dcd	analph., monogamme, 4 ^e sur les 24 femmes dans la concession, elle a la charge de deux vieilles qui sont des maratres de son mari.	pas chef, pas fils direct du chef avec huit aînés qui sont les fils du chef; mère et père sont décédés.	cultivateur
729ans	6/3dcd	anaphab., monogamme. Avant-dernière femme dans la concession sur les sept en activité, la plus jeune étant la femme du fils du chef et venant juste de se marier. Elle est considérée comme jeune.	troisième et dernier petit frère du chef de famille. Il y a les mères des autres hommes mais pas la sienne. Biens collectifs et gérés par le chef de famille.	cultivateur
725ans	5/0dcd	analph., monogamme.	fils aîné du chef de famille et sa mère vivante	cultivateur
723ans	4/1dcd	anaph. polygamme; 1 ^{re} 2 chez son mari et 3 ^e sur les six femmes en activité; responsable de la cuisine devant le vieux; présence de deux belles-mères dont la sienne; accouché au centre de santé. - «la femme n'est rien sans son mari, c'est lui qui prend toutes les décisions; même dans l'au-delà, c'est le mari qui répond de sa femme»	fils aîné du chef et trois petits frères; père et mère sont vivants. champ collectif; le vieux récupère tout le revenu donner le prix des cigarettes.	cultivateur
730ans	8/1dcd	analph., polygamme 1 ^{re} 7/2; originaire d'un village à côté; 22 femmes dans la concession. - niveau d'occupation maximum, même quand l'enfant est malade - mère du mari est là et règle tout; une autre vieille dans la concession.	chef de famille, présence de frères; champ collectif. Il gère tout et est souvent absent pour de courtes durées. Mais il ne délègue presque pas quand il est absent. Tout le monde l'attend pour la prise de décision.	cultivateur
742 ans	10/4dcd	analph., polygamme 1 ^{re} 7/2; 3 ^e 1/2 femmes - belle-mère connaît les médicaments - ne connaît pas les médicaments	fils du chef avec des aînés et des plus jeunes; responsable des hommes qui vont au champ; père est chef de famille et gère tout; champ collectif.	cultivateur
730ans	4/1dcd	primaire, monogamme, en remplacement de grande soeur décédée; un premier enfant né hors mariage; casse le bois pour vendre et fait la couture; traite les enfants par des recettes traditionnelles.	chef de famille; beaucoup de frères; femmes plus âgées; champ collectif.	cultivateur
727ans	6/1dcd	analph., monogamme.	pas fils du chef avec des aînés qui sont fils du fils.	cultivateur
725ans	6/3dcd	analph., monogamme; trois femmes plus âgées et deux moins âgées; la famille est grande; au total neuf femmes et seulement six se partagent les travaux domestiques. Les trois autres sont les belles-mères qui sont très vieilles.	pas fils du chef de famille; petit frère du beau-père est chef; il est deuxième dans la famille, il a un grand frère et des petits frères; père et mère décédés; champ collectif et pas de biens personnels, le chef garde toute la récolte et les autres biens.	cultivateur
730ans	7/2dcd	analph., monogamme; quatre femmes dont deux vieilles qui sont les épouses du chef de famille et une femme du fils du chef qui est plus âgée que le mari.	n'est pas chef de famille et est souvent absent de la concession; sa mère est décédée.	cultivateur

TABLEAU 2 : Profil des femmes de Bougoula-Hameau

âge	geste	statut de la femme et éducation	place du mari	prof/mari
36 ans	6/0/dcd	scolarisée (secondaire); monogamme; s'exprime plus librement; a certaines responsabilités; écoute la radio; ne cultive pas, fait commerce.	chef de famille, loin de grande famille; s'occupe de sa famille; donne des responsabilités à sa femme.	infirmier 40 ans
27 ans	9/1/dcd	analph.; polyg.; 1 ^{re} /2, seule avec ses enfants dans la grande famille, le mari vit avec deuxième en ville. - plus âgée que les cinq femmes de la concession - adolescence en Côte d'Ivoire où a appris +rs choses sur le paludisme	chef de famille, mais établi en ville avec 2 ^e épouse; petit frère qui le remplace est garçon de salle au centre de santé.	chauffeur 42 ans
32 ans	10/3/dcd	analph.; polyg.; 2 ^e /2; dernière femme venue dans la concession sur 12 femmes; a vécu longtemps en CI où elle s'était mariée la première fois (ce mari est décédé); ne fait pas partie des associations de femmes - sa belle-mère est présente.	pas chef de famille; 4 ^e petit frère direct du chef sur neuf hommes; fils de l'ancien chef du village décédé; absent; travaille en ville et apporte le gros du budget en famille; chef de famille aveugle; gère médicaments et biens.	chauffeur 45 ans
25 ans	4/1/dcd	analph.; polyg.; 3 ^e /4 épouses; fille de marabout; 1 ^{re} femme malade mentale, 2 ^e pas fait d'enfants, a la responsabilité de tous les enfants; elle joue un rôle important en famille et décide pour les autres femmes.	mari est chef de famille; souvent absent en saison sèche mais présent en saison des pluies pour la culture.	locataire de carrion cultivateur
29 ans	6/1/dcd	analph.; polyg.; 1 ^{re} /2; 2 ^e épouse décédée durant notre séjour; il y a des vieilles femmes fatiguées et les femmes des grands frères qui résident en CI; s'impose sur les élèves de son mari; elles étaient cinq femmes à la cuisine maintenant quatre.	chef de famille; grands frères résident en CI, presque aveugle, mais gère tout; beaucoup d'élèves coraniques et plusieurs petits frères qui font le lien avec l'extérieur (conduire les enfants aux centre de santé par exemple).	marabout 36 ans
25 ans	5/1/dcd	analph.; monogamme, mais reste convaincue que son mari va se remarier; 10 femmes qui font la cuisine; est arrivée après la 2 ^e femme du vieux; est la première femme parmi les épouses des enfants; fait le lien entre les épouses du vieux et les autres femmes. - la famille est très grande, le chef loge des patients malades.	fils du chef de famille; pas autorisé sur sa femme. le père est chef de famille, réputé grand féticheur, très autoritaire, puissant et seul à diriger tout; distribue le travail et les biens; seul à donner la permission de sortir aux femmes (même pour se coiffer). l'équipe n'a jamais eu de contact avec le mari.	cultivateur féticheur 28 ans
32 ans	4/0/dcd	scolarisée (second); monogamme, cinq jeunes femmes dans la cours dont elle est la plus ancienne; plus libre que les femmes dans sa façon de converser et d'être informée, suit le <i>planning</i> familial.	chef de famille. Souvent absent, travaille en ville; famille divisée en ménages qu'il gère; champs collectifs apporte une part importante d'argent.	chauffeur 40 ans
30 ans	10/2/dcd	scolarisée (second); monogamme au début et polyg. au 3 ^e passage; restée longtemps en dehors de la famille avec son mari; suit le programme de planification familiale. - Retour en famille a conduit au 2 ^e mariage du mari; belle-mère est là et dort avec les enfants; très grande, avec plusieurs ménages.	pas chef; premier fils du chef, rentré au village pour l'aider; père est chef du village; champs collectifs et la concession gérée par le père. cuisine n'est pas collective; regroupement des ménages et des femmes autour des femmes du chef.	enseignant 47 ans

42 ans	9/2/dcd	<p>analph.; polyg.; sourde; 1^{re}/2 épouses. Le mari a divorcé une et s'est remarié à une autre; pratiquement abandonnée par le mari;</p> <p>- est mise en quarantaine et exclue de la cuisine en guise de punition;</p> <p>- quatre femmes dont une du petit frère du mari, une de son fils (elle est déjà grand-mère).</p>	<p>chef de famille, dur avec sa femme, démenagé avec 2^e femme dans l'arrière-cours; très autoritaire; le champ est collectif et c'est lui qui gère tout le grenier.</p> <p>ne donne rien à son frère et à fils qui sont des pères.</p> <p>tout passe par lui.</p>	<p>cultivateur</p> <p>52 ans</p>
26 ans	2/0/dcd	<p>scolarisée (primaire); polyg.; 1^{re}/2; est la 7^e dans la concession sur 15 femmes qui font la cuisine à tour de rôle;</p> <p>-deux vieilles femmes dont sa belle-mère à qui elle doit savoir s'adresser.</p>	<p>pas chef de famille; n'a rien à décider; six grands frères; fournit la plus grande partie; grand frère est chef de famille, gère les revenus de la boutique et les récoltes.</p>	<p>boutiquier</p> <p>cultivateur</p> <p>36 ans</p>

CHAPITRE VI RÉSULTATS

Dans ce chapitre sont présentés les résultats selon le devis et les questions de recherche. Successivement seront décrits le profil des femmes, la symptomatologie et le diagnostic du paludisme par elles, les différentes formes du Soumaya, les modèles explicatifs et interprétatifs du Soumaya et la saisonnalité du paludisme simple telle que perçue par les femmes. Les comportements de soins et les canaux de communication et de sensibilisation seront enfin rapportés.

6.1 PROFIL DES FEMMES

Cette section permet de situer les femmes par rapport au sujet d'étude. Elle décrit les caractéristiques socio-démographiques, les caractéristiques de la famille Sénoufo, le statut de la femme et le revenu des femmes et de la famille.

6.1.1 *Caractéristiques socio-démographiques*

L'étude a porté sur 20 femmes Sénoufo âgées entre 25 et 42 ans. Ces femmes sont originaires des deux villages et elles y habitent depuis au moins trois ans. Elles sont toutes mariées selon les coutumes traditionnelles et sont mères d'au moins deux enfants vivants. Le nombre d'accouchements d'enfant vivant à la naissance varie entre deux et onze. Parmi elles, seulement quatre femmes ont tous leurs enfants vivants. Chez les autres femmes, le nombre d'enfants décédés varie entre un et quatre (voir tableaux 1 et 2).

Parmi les 20 femmes, une femme a été instruite à l'école coranique, et cinq autres ont fréquenté l'école française, dont deux sont au niveau primaire et trois au niveau secondaire. Toutes les 20 femmes sont des ménagères; aucune n'a travaillé dans le secteur dit moderne. À l'exception de deux femmes de Bougoula-Hameau (travaillant seulement à la maison), les autres vont cultiver dans les champs proches et lointains, font les potagers à côté du marigot et aux alentours de la concession, font l'extraction du beurre de karité, la préparation du Soumbala (épice faite à partir des graines de néré), le petit commerce et les travaux domestiques dans la concession.

À Bougoula-Hameau, il a été possible d'avoir suffisamment d'informations sur les femmes et sur leur mari grâce aux études antérieures qui ont été réalisées, alors qu'à Pimpéréna, il

existait très peu de données socio-démographiques. La plupart des femmes n'ont pas de papiers d'identification. L'équipe a estimé l'âge des femmes à partir de leur parité et de l'âge auquel généralement les filles se marient. Les tableaux 1 et 2 et le schéma 1a suivants montrent un sommaire des caractéristiques des femmes interviewées et de leur place dans la famille.

Dans les deux villages, nous avons remarqué que la place du mari, dans la hiérarchie de la famille, détermine celle de la femme. Le schéma 1a situe les femmes en fonction de leur position par rapport au chef de famille (pôle de commande et de prise de décision). Normalement, quand le mari est le chef de la famille, sa femme joue aussi un rôle important. Il est possible de savoir la place qu'occupent le mari et, par conséquent, la femme à partir des réponses à certaines questions. Les réponses aux questions suivantes en sont des exemples.

QUAND L'ENFANT EST MALADE, COMMENT TU FAIS?

Si je demande à son père, s'il répond qu'il ne connaît rien, dans ce cas qu'est-ce que tu vas faire? Toi-même qui es là, tu vois ce qui arrive.

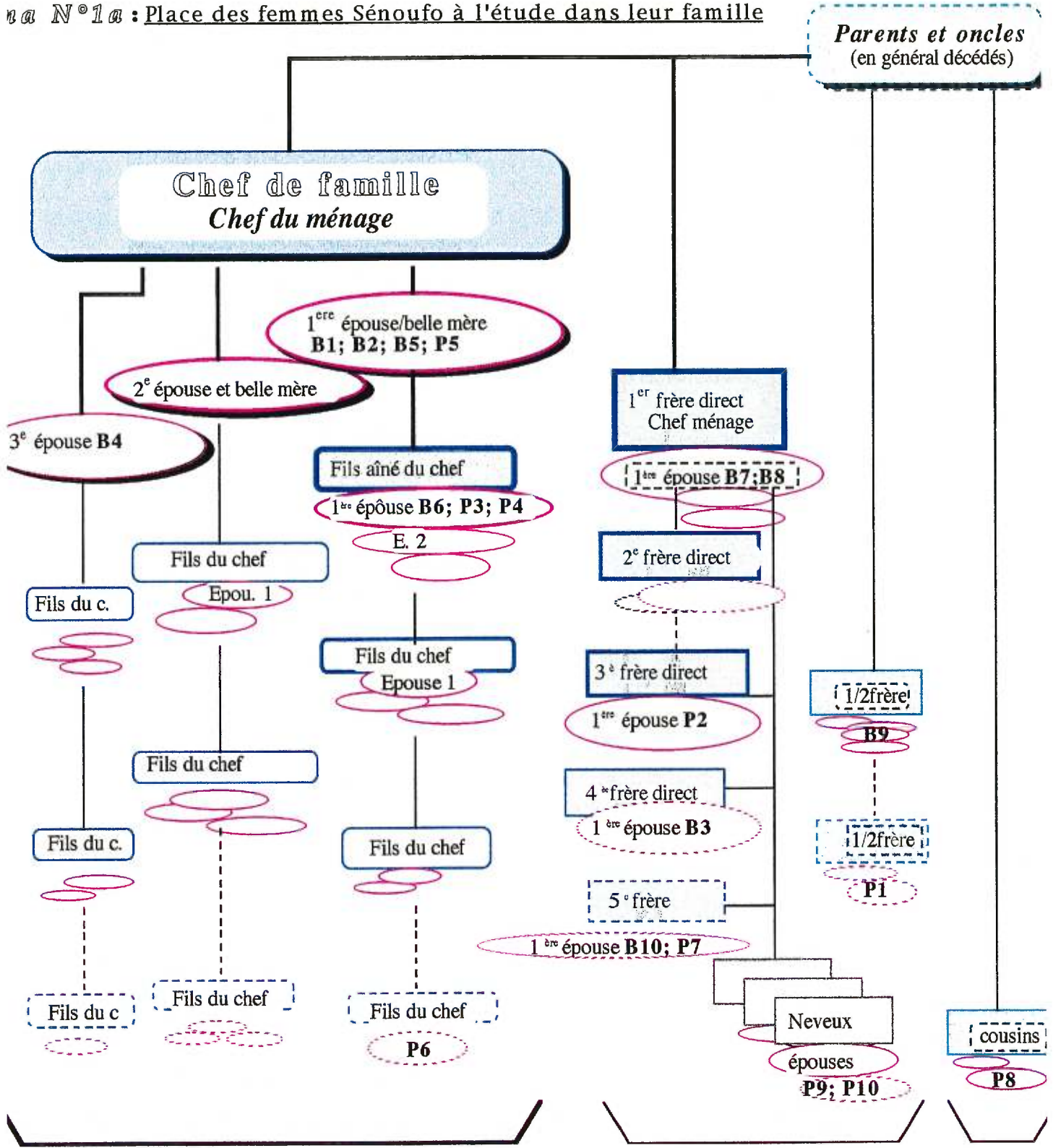
POUR TOUTES LES MALADIES DE TES ENFANTS, TON MARI TE DIT « JE NE CONNAIS PAS »?

Oui et en ce moment, la vieille aussi commence à crier sur moi. Je ne sais pas, moi je suis toujours occupée et le laisse à la vieille.

Ici, le mari n'est pas le chef de famille, il est sous les ordres à la fois de ses frères aînés et des autres épouses du chef (sa mère étant décédée). Dans ce ménage, ce sont les vieilles mères qui s'occupent des enfants. Donc, le mari, étant très bas dans la hiérarchie, ne peut rien connaître et, d'ailleurs, ne doit rien connaître. S'il s'immiscerait directement dans les problèmes de santé de sa femme et de ses enfants, ce serait comme une désobéissance à ses « mamans », d'autant que sa mère n'est plus dans la famille. Souvent, ces mères ne s'occupent pas bien des enfants de celui-ci, et sa femme est considérée comme leur servante. La femme n'a pas non plus le droit de se plaindre du manque d'entretien de ses enfants et elle doit se cacher pour aller chercher les petites recettes et pour laver l'enfant sans attirer l'attention des mamans. Puisque la femme est très occupée par les travaux de la famille et qu'officiellement elle ne doit pas intervenir en cas de maladie de son enfant, celui-ci se retrouve souvent sans traitement.

Cette situation est différente de celle d'une autre femme qui se sent plus responsable, ce, par rapport à la position de son mari comme chef de famille, et le couple vit très loin de la grande famille. La différence dans les façons de faire, loin de la grande famille, est encore plus grande quand la femme est scolarisée. En voici un exemple :

na N°1a : Place des femmes Sénoufo à l'étude dans leur famille



Descendance Directe du Chef

Lignage Directe

Lignage indirecte

QUAND UN DE TES ENFANTS TOMBE MALADE DE PALUDISME, QUELLE SORTE DE TRAITEMENT TU LUI FAIS?

S'il tombe malade, je commence tout de suite le traitement avant même que son père n'arrive. Avant d'en arriver à l'injection, je lui donne du sirop de nivaquine à raison d'une cuillerée le matin et une le soir; s'il commence à vomir, je me dis que la nivaquine n'a servi à rien, je demande maintenant à son père de lui faire une injection.

C'EST TOI-MÊME QUI DÉCIDES DE LUI FAIRE UNE INJECTION OU QUELQU'UN TE DIT QUE TON ENFANT EST TRÈS MALADE. IL FAUT LUI FAIRE UNE INJECTION?

Comme mon mari est de la santé, si je lui en parle, lui comme il n'aime pas les injections, je lui dis d'abord que j'ai procédé à la nivaquine sirop et que cela n'a rien changé au mal et que je voudrais qu'il fasse une injection.

QUAND TU LUI DIS ÇA, EST-CE QU'IL PROCÈDE À L'INJECTION ET COMPLÈTE LE TRAITEMENT?

Oui. Comme ici, il y a que lui et moi, donc je fais ce que je peux avant qu'il ne rentre et après je lui fais le compte rendu. Souvent il dit que j'ai bien fait. Tu sais, une femme doit connaître ses enfants et comment chacun réagit à la maladie, parce que chaque enfant est différent de l'autre.

POURQUOI TU FAIS TOUS CES TRAITEMENTS? POURQUOI DIRECTEMENT LE SIROP DE NIVAQUINE?

Pour contrecarrer le paludisme afin qu'il n'aille pas loin.

TU LUI DONNES LE SIROP DE NIVAQUINE POUR QUE LE PALUDISME NE PARTE PAS LOIN. MAIS IL Y A AUSSI LE CORPS CHAUD, POURQUOI NE TRAITES-TU PAS LE CORPS CHAUD?

Je lutte contre la fièvre en donnant des aspirines.

Mais il a été constaté que, parfois, d'autres critères entrent en jeu pour expliquer le statut réel de la femme dans la famille malgré la place théorique qu'elle aurait pu occuper dans la hiérarchie en fonction de celle de son mari. C'est le cas, par exemple, de la femme (scolarisée) d'un boutiquier de Bougoula-Hameau et de la femme scolarisée de Pimpéréna. Concernant celle de Bougoula-Hameau, étant la première femme de l'homme qui fournit le plus de soutien à la famille, le fait qu'elle soit la seule scolarisée parmi tous les autres membres de la concession (hommes et femmes) et qu'elle n'ait pas eu la chance d'avoir beaucoup d'enfants (seulement deux depuis qu'elle s'est mariée dont le dernier a quatre ans) l'a mise dans une position très loin du pôle de décision (le grand frère du mari).

Quant à la femme de Pimpéréna, elle est l'unique femme⁸ du chef de famille, mais, étant plus jeune que plusieurs femmes et ayant eu le privilège de rester en ville longtemps avec son mari, elle est ségréguée par les autres membres de la famille. Par ailleurs, le mari exerce un fort pouvoir sur elle depuis leur retour au village, pour montrer que c'est lui le chef. Son mari, analphabète, a été rappelé au village pour devenir chef de famille. Ainsi, toutes les règles de jeu dans son propre ménage ont changé. La femme doit se mouler aux nouvelles exigences du village.

6.1.2 *Caractéristiques de la famille Sénoufo et statut de la femme*

Dans la société traditionnelle, *l'enfant et la femme appartiennent au mari et à sa famille donc au chef de famille*. La femme est venue seule et, si elle doit partir, elle ira seule en cas de divorce. Les décisions concernant l'enfant et la femme se font d'abord au niveau du chef de famille et ensuite au niveau du mari. Aussi longtemps que ces deux ne donneront pas d'instructions, l'enfant ne sera pas soigné. Ces extraits de conversation illustrent cette conception d'appartenance de toutes les femmes à la famille de l'homme, à un moment ou à un autre des entrevues :

❶ MAIS POURQUOI TU N'AS PAS DIT CELA À SON PÈRE BIEN AVANT QUE L'ENFANT NE SUPPORTE PAS CETTE NOURRITURE?

Mais il ne m'a jamais crue à cela. Hum! Il ne m'écoute même pas pour cela. Donc quand je suis allée en brousse il lui a donné à manger sans penser aux conséquences. Voici que l'enfant a été malade.

COMMENT TU FAIS ALORS QUAND L'ENFANT EST MALADE?

Moi, je ne peux que dire à mon mari. C'est lui le père de l'enfant qui me dit : Va montrer l'enfant au vieux.

QU'EST-CE QU'IL REPRÉSENTE POUR LUI?

C'est le grand-père de l'enfant No!

MAIS! ET SON PÈRE, JE VEUX DIRE TON MARI? IL N'EST PAS LÀ? HÉ! TON MARI NE PEUT EN AUCUN CAS T'ENVOYER AU DISPENSAIRE AVEC L'ENFANT, OU BIEN C'EST PARCE QU'IL N'A PAS D'ARGENT?

Non, il est là. Mais il ne peut rien faire tant que le grand-père est là. C'est lui qui cherche l'argent et le remet au vieux, mais il faut passer par le vieux, parce que c'est le vieux qui a l'argent et qui dit ce qu'il faut faire de toutes les façons. C'est obligatoire. Ici c'est une seule famille et le vieux de la famille est encore ici.

⁸ Elle a été donnée en mariage en remplacement d'une grande soeur qui était décédée. Donc, aussi bien son mari que plusieurs femmes de la concession sont de loin plus âgés qu'elle.

MAIS, L'ENFANT A ÉTÉ MALADE. TU DIS QUE VOUS L'AVEZ AMENÉ AU TRAITEMENT. CELA S'EST FAIT QUAND?

À vrai dire il a été conduit cette fois-ci au dispensaire, mais seulement au troisième jour. Mais avant cela je reconnais que je ne lui ai rien donné.

TU SAIS QU'IL EST MALADE ET TU RESTES AVEC LUI À LA MAISON COMME ÇA, SANS RIEN FAIRE? COMMENT TU FAIS TOUT CELA? DONC AVANT TU NE SAVAIS PAS QUE L'ENFANT ÉTAIT MALADE? SINON, JE SAIS QUE TU AURAS FAIT QUELQUE CHOSE POUR LUI. MA SOEUR, À TE VOIR SEULEMENT, JE SAIS QUE TU TIENS BEAUCOUP À TES ENFANTS

Si pourtant je le savais qu'il était malade, c'est pour cela que j'ai prévenu le guide. Mais comment veux-tu que je l'amène au dispensaire ou faire autre chose. Ici, le mari a dit qu'il faut l'attendre et personne n'ose en parler. Donc, c'est lui que j'attendais effectivement. Je ne sais pas pour les autres, mais ici, dans cette case, tout ce que la femme fait, c'est l'homme qui le décide. De toutes les façons, si tu vois qu'une femme dépense pour la santé de son enfant cela veut dire que l'homme a été incapable, sinon la santé des enfants appartient aux hommes.

② QUAND VOTRE ENFANT EST MALADE, EST-CE QUE VOUS AVEZ LE DROIT DE L'AMENER TRAITER OU IL FAUT QUE VOTRE MARI DÉCIDE POUR QUE VOUS L'AMENIEZ TRAITER?

À vrai dire si l'enfant est malade, je le dis à son père qui va chercher des médicaments. Maintenant supposons que tu amènes ton enfant en traitement sans avertir ton mari et s'il arrive quelque chose, tu n'auras pas raison n'est-ce pas? Alors! Toi-même, tu sais que l'enfant ne t'appartient pas; ici, l'enfant appartient à l'homme, mais pas à la femme. Est-ce que tu peux le prendre comme ça et l'amener en traitement toi en tant que femme? Toi, en venant chez ton mari, tu n'a pas apporté d'enfant avec toi, est-ce que tu peux dire que l'enfant t'appartient?

EUH! L'ENFANT N'APPARTIENT PAS À UNE SEULE PERSONNE. DONC VOUS ABANDONNEZ VOTRE ENFANT ET LE DONNEZ À VOTRE MARI? MOI. EN TOUT CAS, MON ENFANT N'APPARTIENT PAS À MON MARI SEUL

Moi, je n'ose pas prendre et garder mon enfant. Mais est-ce que toi tu oses faire ça? Tu n'es pas malade par hasard aujourd'hui? Ou bien tu as trop déjeuné ce matin! Il ne faut pas être trop contente jusqu'à dire des choses qui vont te faire tuer.

MOI AUSSI, JE N'ACCEPTÉ PAS DE DONNER MON ENFANT À MON MARI! PARCE QUE MOI AUSSI JE PEUX DIRE QUE QUAND JE SUIS ARRIVÉE, IL N'Y AVAIT PAS D'ENFANTS CHEZ LUI NON? EST-CE QUE VOUS AVEZ TROUVÉ CET ENFANT ICI?

Non, mais ce n'est pas la même chose. De toutes les façons toi, aujourd'hui tu n'es pas normale, tu as envie des bagarres. Tu es mal sortie de ta maison, par le pied gauche peut-être.

CE N'EST QUE LORSQUE VOUS ÊTES VENUE DANS LA FAMILLE QU'ELLE EST NÉE
« NO » (N'EST-CE-PAS)?

Oui, mais elle ne m'appartient pas. Même toi qui parles là tu sais très bien que c'est comme ça partout : chez les peul, les minianka, les bambara, les ghana. N'est-ce pas toi, c'est comme ça partout.

Tu sais, blague à part, tout est pour l'homme. Même la femme c'est à l'homme. On dit que la femme n'est rien sans son mari, c'est lui qui prend toutes les décisions. Tu sais même dans l'autre monde, c'est le mari qui répond à tout ce qui est comme crimes et autres de sa femme. Si la femme doit aller au paradis c'est grâce à son mari. S'il n'est pas content de lui ici, dans l'autre monde, il ne va pas te regarder et là tu iras droit dans l'enfer.

ET CELLES QUI FONT LES PARESSEUSES POUR NE PAS ALLER CULTIVER?

Elles seront frappées par les hommes. Mais, c'est dû au fait que les hommes sont pauvres, sinon la femme est faite pour la cuisine. Mais si les hommes n'ont rien, il faut les aider dans les champs pour avoir quelque chose à mettre dans la marmite. En tout cas, c'est ce que je crois.

Par ailleurs, « *une femme doit attacher sa langue et baisser ses yeux une fois que tu franchis ta petite porte* » est ce que les femmes répétaient souvent. Normalement, une femme ne doit jamais parler de ce qui se passe chez les voisins aussi bien dans sa concession que chez les autres. Elle est censée ne pas le savoir, et chacun doit respecter le périmètre de l'autre. Concernant son mari, elle ne doit pas parler de lui, de ce qu'il fait ou de combien il gagne. Les femmes sont très discrètes, réservées et très travailleuses. Elles sont occupées pendant toute l'année : leurs activités changent selon les saisons, mais leur rythme de travail physique est le même durant toute l'année. Dans leur éducation, il leur est appris que la femme doit travailler et être discrète pour bénéficier des bonnes grâces de son mari dans l'au-delà.

❶ *Je peux dire que la maladie est partout. Mais chacun cherche sa tête, Tu peux savoir ce qui se passe chez toi mais pas chez les autres.*

❷ *Je ne peux pas savoir comment ça se passe entre lui (chef de famille) et les autres femmes; me concernant, je lui dis le mal de mon enfant et il me donne les comprimés.*

Les femmes n'ont presque pas le droit de parler des devoirs et de la place de leur mari. Ce qui fait que, souvent, elles sont gênées par cette question. Elles sont aussi souvent irritées d'en parler, surtout quand leur mari est très bas dans la hiérarchie.

❶ QUEL EST LE RÔLE DE TON MARI DANS LA FAMILLE?

Je ne peux pas connaître mon rôle et connaître celui de mon mari. Je ne peux pas vous mentir. Si tu finis de m'interviewer, tu l'appelleras pour lui

demander. Je ne peux pas mentir. En tout cas si les vieux ont besoin de lui, ils l'envoient.

② **QUEL EST LE RÔLE DE TON MARI DANS LA FAMILLE?**

Ah!, si tu as fini de m'interroger, on l'appelle pour que tu lui demandes; moi, je ne peux pas le connaître! Eh! Si, tu ne veux pas que je mente. Je ne vois pas son rôle, parce que ses grands frères sont environ au nombre de sept personnes; donc quel rôle vous voulez qu'il ait. Il n'a aucun rôle, il ne suit que l'ordre donné par ses grands frères. Même quand les enfants sont malades c'est souvent la même chose.

6.1.3 *Revenu des femmes de la famille*

Généralement, les femmes ont deux sources modestes de revenu, le petit commerce (légumes, soumbara, karité, bois de chauffe, etc.) et l'argent issu des associations appelées localement « *les tons* », qui est un diminutif de tontine. La tontine est une forme d'épargne que les femmes font en faisant des cotisations d'argent liquide ou suite à des travaux champêtres rémunérés. Ces revenus sont utilisés pour acheter les ingrédients (condiments) pour la sauce. Le chef de famille ne fournissant que les grains, il incombe à la femme de trouver la sauce et le bois pour la préparation des repas. D'ailleurs, elles ne considèrent pas cet argent comme un revenu. Toutes les activités leur donnant ces petits revenus sont considérées comme faisant partie du quotidien.

COMMENT TU GAGNES DE L'ARGENT?

Je ne fais rien pour gagner, l'essentiel pour moi, c'est que mon ventre soit plein et celui de mes enfants.

CELA NE MARCHE PAS, TU NE PEUX PAS NE RIEN FAIRE! NE CASSES-TU PAS LE BOIS QUE TU VENDS?

Casser du bois, cela n'est pas un travail. Si tu veux, en partant à Sikasso, je t'en donne pour que tu les casses là-bas. Quelque chose que tu fais un ou deux mois seulement, et après tu passes quelques mois sans y toucher et à faire autre chose, on ne peut pas dire que cela rapporte, ou que c'est du travail. En ville, les femmes gagnent bien et font le vrai travail de commerce. Mais, nous ici, cela te permet juste de payer les condiments pour la sauce.

Par ailleurs, quand les femmes récupèrent cet argent, elles le présentent au mari. Souvent, elles le lui remettent et elles se sentent plus utiles à leur mari.

① *L'argent des tons que nous collectons m'aide beaucoup. Quand j'ai eu cet argent la dernière fois, la grande sœur de mon mari était venue avec un problème financier, je le lui ai donné sans avoir pris même 5 F là dedans. Mon mari allait être sérieusement embêté si cet argent n'était pas là.*

② *Tu sais, aider son mari, cela ne finit jamais entre le mari et la femme. C'est même ce que Dieu veut. Si une femme gagne de l'argent, en plus de payer les condiments, elle pense aussi à son habillement et celui des enfants parce que les hommes s'habillent plus facilement que nous. Tu dois faire cela pour que ton mari n'ait pas honte n'est-ce-pas!*

Il existe deux sortes d'associations de femmes dans les villages : les « tons de cotisation d'argent » et les « tons de culture des champs en saisons des pluies ».

– Les groupes de culture des champs en saison des pluies

Les formes d'associations les plus répandues sont *les groupes de culture des champs en saison des pluies*. Après avoir fini de cultiver pour le mari et la famille, certains chefs de famille, qui ont de grands champs et sont souvent en retard, font appel à l'association des femmes pour les aider. En guise de récompense, les propriétaires des champs donnent une somme modique de 75 à 100 FCFA (à peu près 15 à 20 sous US) aux femmes ayant cultivé. La somme totale de l'argent obtenu durant toute la saison est confiée à une caissière désignée par le groupe. À la fin de la saison, l'argent collecté est partagé dans tout le groupe.

Pendant la saison pluvieuse, ensemble on va dans le champ de quelqu'un qui nous paye et en saison sèche, on partage l'argent. Mais, maintenant on cultive pour nos hommes, l'organisation n'a pas commencé à fonctionner d'abord.

Mais la valeur de l'argent reçu par la femme est tellement insignifiante, que les femmes considèrent cette activité comme un moyen de s'entraider : parce que c'est rentré dans les coutumes, qu'il faut donner un coup de main aux autres familles et que c'est aussi l'occasion pour elles de se retrouver.

Je peux même dire que l'argent qu'on gagne ne te sert à rien. Durant toute la saison dernière, on a gagné chacune 200 FCFA (20 sous). C'est juste que tu ne peux pas refuser les coutumes. Tu sais, les gens-là payent juste celles qui ont participé à la culture, mais comme souvent toutes les femmes ne peuvent pas aller chaque fois, parce que si ton enfant ou toi tu es malade ou tu as un grave problème dans ta famille, nous t'excusons. Donc, nous partageons de façon équitable l'argent obtenu entre nous toutes sans considérer les absences, alors, tu vois que les propriétaires là ne nous donnent rien. Mais, comme il faut aider, sinon ce sont les femmes de leurs familles qui vont souffrir pour tout le travail, sans compter, quand dans votre famille, les autres viennent nous aider si on leur fait appel.

– *Les associations de cotisations d'argent*

Le deuxième modèle d'association est celui des cotisations d'argent. Chaque membre de l'association dépose hebdomadairement un montant d'argent auprès d'une caissière désignée à cet effet. Au bout d'une période (généralement à la fin du mois), l'argent collecté est remis, à tour de rôle, à une femme. Tour à tour, chaque membre du groupe reçoit son lot jusqu'à ce que toutes se soient servies et le circuit se répète. Les membres du groupe sont très solidaires entre eux. Au cours des cérémonies (baptême, décès, circoncision) dans la famille d'un d'entre eux, les autres membres se mobilisent et viennent avec des contributions issues des cotisations pour la circonstance et afin de lui venir en aide. Cette forme de solidarité des femmes est très appréciée et devient de plus en plus répandue. L'argent que la femme gagne lui permet de subvenir aux besoins de la famille, surtout de ses enfants. Très souvent, elles en donnent une partie à leur mari.

QU'EST CE QUE TU FAIS AVEC CET ARGENT QUE TU GAGNES? C'EST BEAUCOUP D'ARGENT!

❶ *Non, ce n'est pas beaucoup, mais ça m'aide beaucoup. Quand j'ai eu cet argent la dernière fois, la grande sœur de mon mari était venue avec un problème financier, je le lui ai donné sans avoir pris même 5 F là dedans; tu imagines, la honte qui se dirigeait sur mon mari si je n'avais pas cet argent!*

❷ *C'est pour aider son mari. Aider! cela ne finit jamais entre le mari et la femme. Même si une femme gagne de l'argent, elle pense d'abord au ventre, après à son habillement et celui des enfants parce que les hommes s'habillent plus facilement que nous.*

❸ *L'homme doit être fatigué pour la femme; mais s'il n'a rien il faut l'aider pour surmonter tout cela; et quand il aura quelque chose, tout le monde sera à l'aise.*

Le revenu de la famille provient de la vente des récoltes de coton, de la pomme de terre, du riz, du mil, des arachides et d'autres récoltes. Mais les femmes ne sont pas informées de la situation financière du mari ou de la famille et ne doivent même pas s'y intéresser. Aussi, elles n'ont aucune idée de ce qu'est fait le revenu familial et, souvent, elles n'en jouissent même pas. Le chef de famille doit assumer certaines dépenses, mais ne prend pas en charge une bonne partie de ces dépenses sous prétexte qu'il n'a rien. La femme se sent obligée vis-à-vis de son mari, et c'est tout naturellement qu'elle utilise toutes ses ressources pour le satisfaire.

QUEL EST LE REVENU DE LA FAMILLE?

Je ne sais pas, je ne suis pas un homme; moi, je ne peux pas connaître cela.

EST-CE QUE LE REVENU DE VOTRE FAMILLE VOUS SUFFIT?

Moi, je peux dire que le revenu ne suffit jamais.

COMMENT ON PARTAGE LE BÉNÉFICE?

C'est le vieux qui prend tout et souvent leur donne le prix de cigarette.

6.2 SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Le Soumaya est considéré comme la maladie la plus fréquente chez les enfants et même chez les adultes. C'est ainsi qu'à chaque fois qu'un enfant est malade, la première chose à laquelle les femmes pensent est le Soumaya, parce que, selon elles, le corps chaud est toujours présent. C'est l'évolution de la maladie qui permet de faire le diagnostic différentiel. Les extraits d'entrevues qui suivent illustrent la façon de diagnostiquer le Soumaya selon les mères :

① *On parle du Soumaya dans plusieurs maladies, parce que plusieurs maladies commencent par le corps chaud, mais après diagnostic, on trouve que ce n'était pas du Soumaya à la fin. Tu sais, le Soumaya ne vient jamais sans corps chaud, mais il y a aussi beaucoup d'autres maladies qui s'accompagnent de corps chaud, sans compter que le paludisme s'attrape sous différentes façons. C'est pour cela que les gens pensent toujours au Soumaya d'abord.*

② *Comme l'enfant était couché, c'est pour cette raison que j'ai pensé que c'est le Soumaya, même si après on observait que c'était d'autres maladies. Si tu as l'enfant qui a le corps chaud, c'est pourquoi j'ai pensé au Soumaya.*

③ *La maladie dont je viens de décrire et qui a tué mes enfants est très fréquente ici, mais parce que chez nous, on traite toutes les maladies de Soumaya, j'ai dit que c'était le Soumaya. Mais quand j'ai amené le dernier à Sikasso pour consultation à l'hôpital, les docteurs ont conclu qu'il était atteint de pneumonie.*

④ *Pour nous, chaque fois qu'un enfant est souffrant, nous disons que c'est le Soumaya, même s'il y a une autre maladie en dessous, la première des choses, nous disons que c'est le Soumaya, même si tu le montres à une autre personne à ce stade, elle te dira le Soumaya. D'ailleurs, chez nous en Afrique, toutes nos maladies s'appellent Soumaya.*

EH BIEN! C'EST BON À SAVOIR! DONC, TOUTES LES MALADIES D'AFRIQUE SONT LE SOUMAYA?

Enfin, tout début de maladie est appelé Soumaya avant qu'on ne sache ce que c'est. C'est pourquoi quand un enfant est malade, nous lui donnons les médicaments contre le paludisme en premier. Si tu vois que la maladie persiste, on assimile à autre chose que le Soumaya. Raison de plus, si l'enfant a la fièvre on lui donne des médicaments contre le Soumaya d'abord. C'est ainsi que cette fois-ci encore, j'ai pensé au Soumaya, mais en essayant de prévenir l'aggravation de la maladie; parce que l'on dit souvent « mieux vaut prévenir que guérir », j'ai donné la nivaquine et l'aspirine⁹.

Plusieurs signes et symptômes sont rattachés au Soumaya par les femmes. Selon leurs observations, chacun de ces signes est classé selon son importance, sa fréquence, son ordre d'apparition et la présence d'autres symptômes. C'est ainsi que les signes suivants sont les plus fréquemment observés par les femmes.

6.2.1 La fièvre

La présence de la fièvre (corps chaud) au cours d'un épisode du Soumaya, c'est comme une évidence pour toutes les femmes interviewées. C'est pour cela que certaines femmes ne la citent même pas parmi les manifestations du paludisme. Elle est considérée comme omniprésente dans les cas de Soumaya. Il n'y a pas de Soumaya sans corps chaud, aux dires de toutes les femmes.

Dès qu'il y a fièvre, on suspecte le Soumaya. C'est un signe évocateur du début du paludisme. Souvent, le traitement antipalustre est institué. S'il guérit les symptômes, on conclut que c'est le paludisme.

SON SOUMAYA-LA, TU DIS QUE TU L'AS RECONNU AVEC LES VOMISSEMENTS ET LES TREMBLEMENTS. MAIS SELON TOI, SON CORPS ETAIT-IL CHAUD?

Mais oui, c'est la première chose. Chez nous une fois qu'on a le corps chaud on attribue ce corps chaud au paludisme, est-ce que tu vois! Ça c'est obligatoire. Quand on est malade de Soumaya, on a obligatoirement le corps chaud. Le paludisme en tout cas ne vient jamais sans corps chaud. Mais il y a aussi beaucoup d'autres maladies qui s'accompagnent de corps chaud. Le paludisme s'attrape sous différentes façons, mais si ça ne commence pas par le corps chaud, à un certain moment, le corps finira par devenir chaud. Quand on dit toujours que c'est le paludisme c'est parce qu'on a le corps chaud. Une fois que l'enfant a le corps chaud nous, nous pensons que c'est le paludisme. Nous le traitons avec les comprimés contre le paludisme, après cela nous lui donnons des produits traditionnels et si ça calme, nous disons

⁹ Rappelons que ces phrases nous proviennent d'une femme qui a étudié jusqu'en seconde et dont le mari est enseignant. Elle parle couramment français.

que c'est le paludisme. Le corps chaud existe toujours dans le Soumaya. Chez nous, nous pensons comme ça, chaque fois qu'on a le corps chaud, c'est d'abord le Soumaya. Nous attribuons tout au Soumaya à cause de cela.

Cependant, il y a des fièvres qui ne sont pas palustres; cela dépend de leur évolution et des signes qui l'accompagnent. Il est parfois arrivé que nous soyons avisées du début d'un épisode du Soumaya, mais qu'après les mères nous disent qu'il s'agissait d'une fièvre simple ou d'une autre maladie. Nous avons réalisé une entrevue en saison sèche à Bougoula-Hameau et une en saison des pluies à Pimpéréna en guise d'exemple où, au départ, les mères ont pensé au Soumaya, mais où ensuite, elles ont conclu que c'était une autre maladie. Pour l'une, c'était un rhume, et pour l'autre, c'était une simple fièvre, parce que l'enfant peut en faire pour toutes sortes de raisons. Voici quelques réflexions des femmes sur les différences entre le Soumaya et le corps chaud.

MAIS EST-CE QUE TOUT CORPS CHAUD VEUT DIRE PALUDISME?

Il arrive que le corps devienne chaud sans que ça soit le paludisme. Mais quand l'enfant vomit, c'est que c'est le paludisme. Si l'enfant a le corps chaud suivie de vomissements, je conclus que c'est le Soumaya, sinon le Soumaya est différent du corps chaud « farigan ». Pour nous, quand l'enfant vomit et a le corps chaud, nous pensons qu'il fait le Soumaya mais, quand il ne vomit pas et a seulement le corps chaud, nous disons qu'il fait la fièvre « farigan ». Tu peux retrouver que l'enfant a le corps chaud, mais ne vomit pas. On appelle cela fièvre (Farigan). Mais s'il vomit, on parle de Soumaya. Selon moi, sa maladie cette fois-ci était seulement la fièvre. J'ai remarqué que son corps était chaud et j'ai conclu que c'est la fièvre. À vrai dire, le corps chaud du Soumaya est plus grave que celui de cette fois-ci. Mais aussi, si on a le Soumaya et qu'on le traite avec les médicaments contre lui, le corps n'est plus chaud; mais si c'est une simple fièvre ou si c'est autre chose, le corps se chauffe davantage.

POURQUOI CETTE FOIS-CI TU AS DIT QUE CE N'EST PAS DU SOUMAYA?

Je ne t'ai pas dit que les fièvres ne sont pas les mêmes. On peut avoir une simple fièvre, sans que ce ne soit du Soumaya. Comme il fait fréquemment le paludisme, dès que son corps devient chaud seulement, je déduis d'abord que c'est le début du paludisme. Mais dépendant de comment le corps chaud évolue et s'il s'accompagne de vomissements, je conclus que c'est le paludisme. Mais cette fois-ci, je dis que c'est au début que j'ai pensé au Soumaya, sinon, son corps était chaud, sans vomissements. C'était une simple fièvre, il n'y a pas de vomissements et il n'a pas gardé le lit. Tu sais, chez nous, comme souvent l'enfant a le corps chaud, selon moi c'était seulement une fièvre.

DONC SELON TOI, COMME CE N'ÉTAIT PAS LE SOUMAYA, C'ÉTAIT QUOI ALORS?

La nuit, il a eu le corps chaud, je lui ai donné de l'aspirine et la fièvre a baissé. Le lendemain, il a continué de jouer. C'est pour cela que j'ai déduit

que ce n'est pas le paludisme. Sinon, si c'est le paludisme, même si tu lui donnes de l'aspirine, si la fièvre baisse, par la suite, il va vomir. Cette fois-ci, il a quand même de la diarrhée qui a accompagné la fièvre après. La nuit suivante, j'ai remarqué que son corps est chaud, son nez bouché et j'ai déduit que c'est le rhume qui est la cause de ce corps chaud, cette fois-ci, sinon, il n'avait rien d'autre. Il n'a pas gardé le lit, alors que d'habitude s'il a le Soumaya, son corps est chaud, il vomit plusieurs fois. Maintenant, à cette période de saison sèche, aucun de mes enfants n'a eu de fièvre jusqu'à ce niveau.

6.2.2 Les vomissements

Pour toutes les femmes, la confirmation du diagnostic du paludisme se fait de façon systématique par la présence de vomissements chez un enfant fébrile. Dès que l'enfant vomit, alors qu'il a le corps chaud, il n'y a plus de doute pour elles, c'est le Soumaya, surtout en saison des pluies et si ces vomissements sont jaunes. Elles considèrent que même le personnel de santé reconnaît le Soumaya par ces signes-là.

POURQUOI AS-TU PENSÉ AU SOUMAYA? COMMENT AS-TU SU QUE C'ÉTAIT LE SOUMAYA?

❶ *Pour moi, les fièvres ne sont pas les mêmes. L'enfant peut avoir une simple fièvre sans que se soit le Soumaya. Mais quand c'est le Soumaya, en plus de la fièvre on vomit.*

❷ *Non, il était bien portant avant de s'endormir. Il avait d'ailleurs mangé. Le matin, il s'est réveillé malade, le corps chaud. Il vomissait et a refusé de manger. Nous sommes allés au dispensaire, ils ont dit que c'était le paludisme.*

❸ *Toute la journée, il n'avait rien. Il s'est couché et s'est réveillé avec le corps chaud. Je me suis dit qu'il était malade. C'est comme ça qu'au courant de la journée, son corps devenait de plus en plus chaud. La nuit, il a commencé à vomir, j'ai dit que c'était vraiment le Soumaya, le lendemain, je lui ai donné des médicaments que son père a amenés, parce que là il n'y avait plus de doute.*

❹ *Mon fils-là, s'il a le paludisme, son corps n'est jamais chaud au début. Il commence toujours à vomir d'abord, ensuite le corps commence de chauffer, je sais qu'il a le paludisme. Il fait aussi la diarrhée avec cela.*

❺ *Il a vomi et la couleur était jaune en cette saison des pluies et son corps était chaud, cela ne peut être que le Soumaya.*

❻ *Parce que j'ai vu qu'il avait le corps chaud suivi de vomissements. Si l'enfant dit qu'il a mal à la tête, le corps chaud et suivi de vomissements, cela est évident que c'est le Soumaya.*

⑦ *C'étaient les deux jumeaux, j'avais dit que c'est le Soumaya parce qu'ils vomissaient et leurs corps étaient chauds; l'infirmier nous a prescrit de la nivaquine. Si son corps devient chaud accompagné de vomissements, c'est le Soumaya.*

⑧ *Ah! chez nous, si tu as le corps chaud et tu n'as pas vomi, on conclut que c'est la fièvre; mais si tu vomis on déduit que c'est le Soumaya. S'il vomit tout de suite, il aura le corps chaud et c'est le Soumaya qui commence.*

MAIS MOI, SI JE VOMIS TOUT DE SUITE, JE N'AURAI PAS LE CORPS CHAUD!

C'est parce que tu n'as pas de paludisme, sinon ton corps deviendra chaud.

6.2.3 *Les maux de ventre, la diarrhée et la constipation*

Les maux de ventre, cités comme signes du paludisme, sont même considérés par certaines femmes comme étant le premier symptôme annonciateur du début du paludisme. Pour certaines mères, tout comme la fièvre et les vomissements, les maux de ventre sont omniprésents.

La diarrhée est considérée comme signe accompagnateur du Soumaya. Lorsque le Soumaya est accompagné d'une diarrhée, cette dernière est perçue par les mères comme un signe de bon pronostic. Au cours d'un épisode du Soumaya, l'apparition de la diarrhée annonce la fin de la maladie. *Les femmes considèrent que l'enfant élimine le Soumaya à travers la diarrhée.*

Par contre, *la constipation* est considérée comme un signe de mauvais pronostic. Sa présence effraie les femmes parce que c'est elle qui est responsable de la coloration jaune des yeux et des urines. Elle est aussi présente parmi les facteurs déclencheurs (causes immédiates) du Soumaya et, si elle persiste au cours d'un épisode, elle peut aggraver la maladie et entraîner la mort. C'est pour cela que le traitement du Soumaya comporte souvent un laxatif.

① *Oui, dès qu'il a mal au ventre, je pense au Soumaya. Dès qu'il me dit qu'il a mal au ventre, cela veut dire que c'est ça qui commence. Il a ses maux de ventre à tout moment. Son paludisme commence toujours par le ventre.*

② *Comme la maladie de l'enfant s'accompagne toujours de maux de ventre, alors afin de préciser la nature de la maladie je lui donne la nivaquine. Si c'est seulement les maux de ventre, la nivaquine ne servira à rien; mais si c'est le Soumaya, la maladie se calme tout de suite. C'est ainsi que cette fois-ci encore, j'ai pensé au Soumaya, mais en essayant de prévenir l'aggravation de la maladie; parce que l'on dit souvent "mieux vaut prévenir que guérir", j'ai donné la nivaquine et l'aspirine.*

③ *Il m'a dit qu'il a mal au ventre jusqu'à l'heure comme ça, après vers 14h, il a commencé à vomir et son corps devenait chaud. Les maux de ventre sont très fréquents pour lui quand il fait son Soumaya. Souvent cela commence par ça. Il m'arrive moi-même d'avoir des maux de ventre quand j'ai le Soumaya.*

④ *Après avoir mangé ce mélange, il se tordait souvent, en disant qu'il avait mal au ventre. Comme souvent, quand on a le Soumaya, on a mal au ventre, ça c'est généralement le paludisme, je lui ai donné de la tifomycine, comme il est allergique à la nivaquine, il s'est senti mieux.*

6.2.4 Coloration des yeux, des urines et des vomissures

Les yeux et les urines rouges ou jaunes sont aussi des signes du Soumaya souvent cités. Ce changement de couleur est même considéré comme le signe d'un Soumaya qui peut devenir grave. Devant la coloration jaune ou rouge, les femmes s'inquiètent toujours et font plus attention à la maladie. C'est le vrai grand Soumaya, selon elles.

Par contre, quand l'enfant vomit du jaune, on pense qu'il est en train d'évacuer le Soumaya de son ventre et qu'après il va se sentir mieux. Les vomissements jaunes et la diarrhée ont la même connotation de bon pronostic, tandis que les yeux jaunes et la constipation vont dans le sens contraire.

① *Si le Soumaya t'attrape, tes yeux deviennent jaunes, là on sait que tu as le vrai Soumaya. Au cours de la nuit, il crie, il sursaute en disant mon nom.*

② *La couleur de ses vomissements était jaune, et je me suis dit qu'elle a réellement le Soumaya. En ce moment, souvent elle tremble, le corps devient chaud, l'odeur de l'urine aussi change. Elle avait le corps chaud et elle vomissait. Elle a vomi plus tard après avoir bu de l'eau et les vomissements étaient jaunes.*

TU DISAIS QUE TU REGARDES LES YEUX DE L'ENFANT POUR RECONNAÎTRE LE PALUDISME? EST-CE QUE CHAQUE FOIS QUE L'ENFANT A LES YEUX JAUNES ÇA VEUT DIRE QU'IL A LE PALUDISME?

En tout cas chez mes enfants, surtout celui qui fait la 4^e année, il le faut; je regarde ses yeux d'abord, si ils sont jaunes, c'est qu'il a le paludisme. La couleur de ses yeux change; pour lui c'est généralement l'ictère. Si c'est l'ictère, ses yeux sont tout jaunes et si c'est le paludisme blanc, les yeux sont blancs. C'est pour cela que pour moi, je pense que ces deux sortes de paludisme attrapent mon enfant. Si je lui ouvre les yeux et je vois que la paupière d'en bas est blanche, je dis qu'il fait un début d'ictère. Quand je dis ça au docteur, il me demande comment je l'ai su; je lui explique que c'est à travers les yeux. J'attends dire que c'est le « palu chronique » qui se transforme en ictère.

6.2.5 *Sensation de soif intense*

Boire en pleine nuit est un signe annonciateur du Soumaya. Selon les femmes, le Soumaya donne une envie de boire à tout moment, surtout la nuit. Mais cette eau ne reste pas dans le ventre, elle est vomie toute chaude et il s'ensuit des vomissements jaunes. L'enfant se réveille et demande à boire. C'est souvent à cette occasion que la mère constate que son corps est chaud.

❶ *Il s'est réveillé avec le Soumaya. Je le reconnais par le fait qu'il me demande à boire la nuit. Dès qu'il y a ça, je sais que c'est son Soumaya qui arrive.*

❷ *J'ai vu qu'il s'est réveillé en pleine nuit en disant qu'il a envie de boire, je lui ai donné à boire. Avant le matin, il a redemandé à boire, je lui ai donné encore à boire de l'eau. Mais cette fois-ci, dès qu'il a bu, il a commencé à vomir et j'ai constaté son corps très brûlant, je me suis dit que c'est le Soumaya. Je ne sais pas la quantité de viande qu'il a mangé et puis il n'avait rien en ce moment. Mais quand il s'est réveillé pour boire j'ai compris qu'il était malade de Soumaya.*

6.2.6 *Les autres signes*

Les signes tel que les *maux de tête*, les *frissons* (« tremblements », « gelottes »), l'*apathie* (« paresseux », « ne joue plus », « est couché en plein jour ») et l'*anorexie* (« refus de manger ») sont cités comme étant des signes ou des conséquences du Soumaya.

❶ *Dès son réveil du lit il tremblait déjà comme s'il avait froid; je lui ai donné à manger, il n'a pas voulu après il a commencé de vomir du liquide jaune et son corps était très très chaud. Il a eu la diarrhée aussi.*

❷ *Le Soumaya s'est manifesté en cette saison des pluies par des maux de tête, le corps chaud, le manque d'appétit, ses yeux étaient jaunes et les vomissements jaunes. Il mangeait très peu et il devenait très paresseux.*

❸ *Il se plaignait de la tête et du ventre avant même que je ne constate son corps chaud. Après il a vomi et fait de la diarrhée. Ensuite, son corps et sa tête devenaient chauds et ne se refroidissaient pas, les vomissements étaient jaunes, ça c'est le Soumaya*

❹ *Quand la diarrhée persiste d'une certaine manière et s'il a le corps chaud, on dit que c'est le paludisme. Je dis que c'est le paludisme qui a entraîné la diarrhée. Il fait le paludisme sans diarrhée, mais c'est plus dangereux. Quand j'ai vu qu'il avait fait de la diarrhée, j'ai compris que son paludisme allait vite s'arrêter.*

6.3 LES DIFFÉRENTES FORMES DU SOUMAYA

Les femmes de Bougoula-Hameau et de Pimpéréna distinguent deux formes du Soumaya : *l'accès aigu* et la *forme latente* ou *Soumaya qui dort dans le corps*. Cette notion de chronicité de la maladie perçue par les femmes est très importante. *Le Soumaya est une maladie chronique* que les femmes appellent communément **palu chroniqué** (du français : paludisme chronique).

En fait, elles disent que *le Soumaya de la saison des pluies ne finit jamais*, que c'est lui qui se réveille en saison sèche, quand le soleil frappe les enfants, quand ils mangent certains aliments (que l'enfant n'a pas l'habitude de manger ou qu'il mange en excès, ou de la nouvelle récolte), au cours de l'harmattan avec le vent froid et le soleil, etc. Aussi, c'est lui qui est réveillé lors des saisons de pluies suivantes par la pluie, la fraîcheur, etc. C'est ce que les femmes expliquent en disant :

Vraiment pour nous, quand on fait le paludisme, une fois que ça va mieux, nous pensons que la maladie est guérie. C'est après que ça revient, le malade rechute, sinon pendant ce temps précis où il ne se plaint pas, nous disons que la maladie est guérie, mais après on se rend compte que c'est un simple repos. Mais le paludisme ne finit jamais, surtout qu'il commence en saison des pluies.

POURTANT, IL NE PLEUT PAS MAINTENANT?

❶ *Il ne pleut pas maintenant, mais la fraîcheur de l'hivernage reste sous la peau jusqu'à présent. Le prochain hivernage trouvera toujours cette fraîcheur sous la peau. Donc l'hivernage va trouver cette fraîcheur sous la peau, et quand le soleil de la saison sèche tape fort, on a le paludisme. Donc, le paludisme ne nous quitte pas du tout. Il guette l'enfant et peut se réveiller tout le temps. On reste avec le paludisme après pour tout le temps sauf si tu trouves un très bon médicament pour te guérir.*

❷ *Le paludisme ne vient pas tout de suite après avoir reçu le froid chez certaines personnes, mais un jour après ou plus tard l'enfant peut avoir le corps chaud du paludisme. Donc il peut se promener longtemps avec le paludisme et un jour il tombe malade.*

SELON VOS REMARQUES, À QUEL MOMENT VOS ENFANTS FONT EN GÉNÉRAL LE PALUDISME?

Vraiment pour nous, quand on fait le paludisme, une fois que ça va mieux, nous pensons que la maladie est guérie. C'est après que ça pouvait rechuter, sinon pendant ce temps précis nous disons que la maladie est guérie. De toutes les façons, souvent il fait chaud, souvent il fait froid, LE PALUDISME NE FINIT JAMAIS.

Il est connu dans les études que, mal traité, le paludisme peut durer longtemps, vu la longévité de certains parasites. Cette constatation des femmes corrobore ainsi la documentation, surtout quand on sait que le Soumaya est souvent pris en charge de façon incomplète aussi bien dans les structures de santé modernes qu'à domicile. Cette notion de chronicité de la maladie est tellement importante que toutes les explications qui entourent le Soumaya paraissent construites à partir de cela.

6.4 MODÈLES EXPLICATIFS ET INTERPRÉTATIFS DU SOUMAYA

Les femmes distinguent deux formes de Soumaya autour desquelles se sont bâties toutes les théories explicatives de ladite maladie : *l'accès aigu* et la *forme latente* ou *Soumaya qui dort dans le corps*. C'est le premier accès aigu du Soumaya de l'enfant qui va se transformer en forme latente dans le corps après le traitement. Il sera réveillé (soulevé, provoqué) par des facteurs pour redevenir aigu. Ainsi, les mères considèrent qu'il existe des éléments qui sont à l'origine du Soumaya dans sa première manifestation chez l'enfant et des causes immédiates qui déclenchent la maladie, c'est-à-dire des éléments qui la réactivent dans l'organisme. Les femmes font une nette différence entre l'origine du Soumaya, c'est-à-dire d'où vient la maladie à son début, ce qui a amené la maladie de leurs enfants et les causes immédiates (facteurs déclenchants) qui ont réveillé le Soumaya déjà dans le corps. Voyons les explications d'une mère sur cette différence :

DONC, SELON TOI, IL N'Y A PAS DE CAUSE POUR SON PALUDISME-CI.

Si!, il y a une cause tout comme il n'y a pas de cause; je m'explique :

– la cause peut être les moustiques, les fruits et le lait;

– la non-cause est due au fait qu'il est né avec le paludisme, parce que j'avais le paludisme durant tout le temps que j'étais enceinte de lui. Ça c'est la vraie origine du paludisme chez lui.¹⁰ Donc c'est la rechute de ce paludisme tout le temps par les choses plus haut citées. Tout ce que j'ai pu retenir c'est que cet enfant est paludéen. On peut le traiter, mais cela ne peut pas empêcher son paludisme, surtout en cette saison des pluies.

ET PENDANT LA SAISON SÈCHE, QUELLE EST LA CAUSE DE SON PALUDISME?

Son paludisme est dû au fait qu'il est né paludéen¹¹

¹⁰ Il est intéressant de noter la certitude avec laquelle les femmes expriment leur conviction dans leur croyance par rapport aux origines du paludisme.

¹¹ Cette maman est scolarisée et a utilisé le terme « paludéen » pour dire que son enfant a le paludisme dans son corps parce qu'il est né avec son paludisme.

Le Soumaya est considéré comme *une maladie chronique* (palu chronique). Une fois qu'on a eu le Soumaya, il ne finit pas. Il se calme et il se réveille régulièrement. Du moment qu'il s'est installé dans le corps, il attend les conditions favorables pour se soulever. Il n'est pas rare d'entendre des mères dire qu'elles n'ont pas remarqué l'origine du Soumaya, mais qu'elles connaissent les causes immédiates qui ont soulevé l'épisode du Soumaya en présence.

À partir de ce concept de chronicité de la maladie se dégage un modèle explicatif global du Soumaya duquel chaque femme puise des sous-modèles explicatifs selon les cas et les circonstances d'apparition de la maladie. Les origines et causes du Soumaya sont perçues comme étant multiples; elles agissent dans un ordre temporel de la séquence causale selon le moment de leur intervention dans l'apparition de la maladie. Ce modèle explicatif du Soumaya est construit à partir d'un ensemble d'origines et de causes spécifiques parfois exclusives même si elles se juxtaposent souvent.

Les femmes intègrent les origines et les causes du Soumaya dans le modèle avec des explications ethno-étiologiques qui incluent des théories climatiques, thermiques, congénitales, alimentaires, divines et même épidémiologiques. Toutes ces théories sont mises ensemble avec des liens parfois très complexes entre les multiples éléments mis en cause (voir le modèle explicatif global du paludisme au schéma 6).

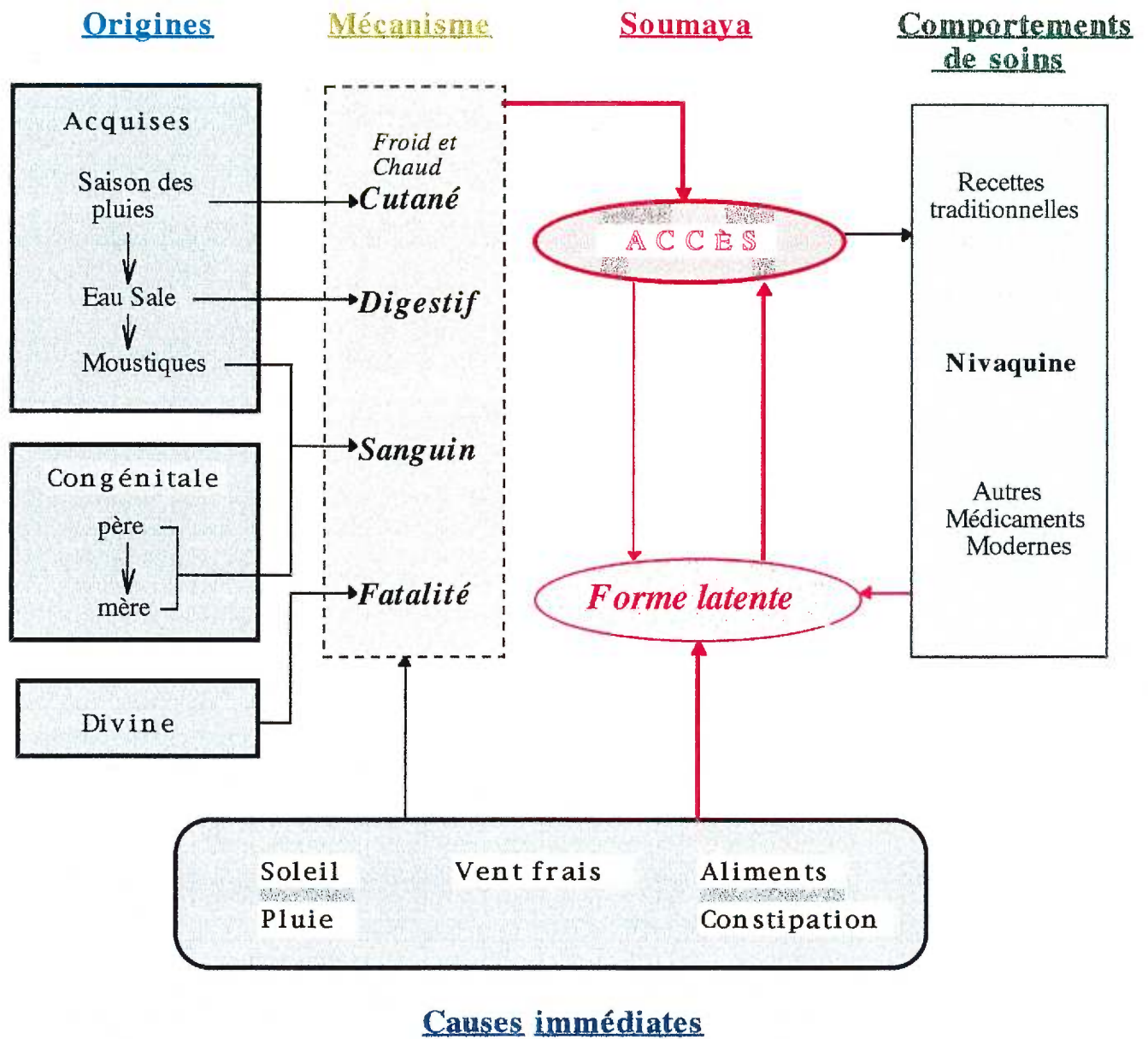
6.4.1 *Les origines*

Les femmes distinguent des *origines* du Soumaya, c'est-à-dire celles qui auraient amené la maladie dans le corps pour la première fois et ayant entraîné le premier accès aigu du Soumaya. Les origines du Soumaya peuvent être classées en trois catégories : les origines *acquises*, *congénitales* et la volonté de *Dieu*. Il s'agit des causes premières et lointaines qui ont été identifiées lors du tout début de la maladie, et la femme utilise pour cela le verbe *attraper* (voir le modèle explicatif globale du paludisme au schéma 6).

6.4.1.1 *Origines acquises*

Il a été répertorié trois principales origines acquises qui peuvent donner le Soumaya. Ce sont la pluie, les moustiques et l'ingestion d'eaux sales. Ces origines peuvent devenir par la suite des facteurs déclenchants (causes immédiates) du Soumaya latent au cours des épisodes suivants.

Schéma N°6: MODELE EXPLICATIF GLOBAL DU PALUDISME



6.4.1.1.1 *La pluie*

Que ce se soit en dehors de tout épisode de fièvre présumée palustre ou devant un Soumaya en saison des pluies, les femmes incriminent très souvent la pluie comme origine du Soumaya. C'est l'origine du Soumaya la plus citée par les mères (voir les tableaux 3 et 4). Elle est à l'origine du Soumaya à cause de *la fraîcheur de son eau et du vent froid* qu'elle entraîne. *C'est la rencontre dans l'organisme de la fraîcheur de la pluie et de la chaleur provenant de diverses sources (interne du corps ou du soleil ou de tout autre source) qui donne le Soumaya.* L'eau froide et le froid ainsi que la chaleur traversent la peau pour interagir dans le corps de l'enfant. Cette théorie thermique est la plus citée par les femmes et dont il découle un sous-modèle explicatif (voir schéma 7 suivant).

Selon les mères, quand la pluie mouille l'enfant (alors qu'il est sur le dos de sa mère ou en train de jouer), l'eau et la fraîcheur pénètrent dans son corps jusque dans les os : « l'enfant prend froid ». Le passage de l'eau et du froid se fait par voie transcutannée (par la peau ou par les pieds en marchant sur le sol humide). À partir de ce moment, plusieurs mécanismes de contact entre ce froid et la chaleur extérieure ou intérieure pour aboutir au Soumaya sont émis :

❶ *Quand l'eau monte dans le corps, elle rencontre la chaleur interne de l'organisme qui se dégage, il y a déséquilibre, le corps devient chaud (si l'enfant n'est pas fort pour le neutraliser) et c'est le Soumaya qui commence directement.*

❷ *Le corps emmagasine l'eau et la fraîcheur dans le corps. Une fois qu'il y a soleil après la pluie (en général très chaud), il chauffe l'eau dans le corps ensuite il y a contact entre cette chaleur et la fraîcheur emmagasinée. Il en résulte le corps chaud et c'est le Soumaya qui commence.*

❸ *Après être trempé par la pluie, l'enfant a le froid dans son corps. Dès qu'il rentre dans la case, il va se réchauffer auprès du feu de bois. Cette chaleur rentre en contact avec le froid dans le corps et c'est tout de suite le Soumaya qui commence. L'enfant a le corps qui chauffe, il grelotte, vomit.*

❹ *Au lieu de se réchauffer auprès du feu, la mère lave l'enfant à l'eau chaude; cette chaleur rejoint la fraîcheur dans le corps et c'est le chaud qui gagne le combat. L'enfant commence son Soumaya.*

❺ *En saison sèche, c'est la pluie que l'enfant a gardé dans son corps pendant l'hivernage qui est en cause. Quand le soleil est très chaud, il tape l'enfant et il chauffe l'eau dans le corps qui se traduit par la fièvre. C'est le Soumaya qui débute. Mais généralement, la première crise de Soumaya commence en saison des pluies. Durant la saison sèche, le soleil réveille plutôt le Soumaya.*

TABLEAU 3 : Les causes et origines par passage à Pimpéréna et à Bougoula-Hameau

édu	Premier passage (sans fièvre)		Saison sèche (avec fièvre)		Saison des pluies (avec fièvre)	
	origine	cause	origine	cause	origine	cause
ana	pluie : eau-vent et soleil, début et fin s. pluies : palu ne finit jamais	arachides, fruits frais; - soleil et pluie		- haricots mal cuits mangés en excès		habitude : Karité et fruits de saison, mais cette fois soupe tête vache trop mangé repas rare (1/an)
ana	ne connaît pas	soleil et pluie; vent et soleil s. sèche : plus soleil se lève, plus il vomit, plus le corps devient chaud; froid aggrave		- viande bœuf : pas habitué de manger (repas rare), eau fraîche bu a aggravé	- pluie avec son vent frais	
ana	la pluie : naître pendant s. pluies : palu de s. pluies ne finissent pas	-soleil et pluie - soleil s. sèche	Dieu		- pluie avec son eau fraîche et air froid	
ana	ne connaît pas	- pluie, fraîcheur - soleil s. Sèche		pois terre bouillis et le soleil a aggravé		- lait frais : 1 ^{re} fois manger
ana	la pluie : soleil et pluie	- soleil : quand soleil monte le corps se chauffe, quand il se couche, il se refroidit		viande poulet pas habitué de manger (repas rare)	- pluie : fraîcheur et se réchauffer au feu	
ana	pluie : vent frais et soleil; pluie et se laver avec l'eau chaude : S'il y a quelque chose c'est le soleil de l'hivernage	pluie et laver avec eau chaude; soleil s. sèche; soleil et pluie		galettes au lait en poudre	- pluie : boue et vent frais	
sec	- moustiques via eau sale, ordures - pluies : froid	- soleil en toute saison et constipation		- Achéké-banane plantain frite : 1 ^{re} fois et soleil a aggravé	- pluie : fraîcheur cette fois-ci	
ana	- pluie	- vent frais et soleil : s. sèche		- couscous-lait mangé en excès et 1 ^{re} fois		riz sauce arachides et viande chèvre mangé en excès : viande chèvre et palu ne s'entendent pas

ana	- pluie; froid et vent frais; fin de s. Pluies : palu ne finit jamais	fruits au début, pluie et vent frais	—	— lait en poudre 1 ^{re} fois manger	—	— lait en poudre bu de trop
ana	- ne connaît pas; au moment du froid on l'attrape	eau sale après et la pluie aggrave	—	- tô-sauce feuille baobab-soumbala : mangé en excès	—	—
sec	moustiques; boire eau sale; pluie; climat change brusquement : soleil-pluie-soleil	—	né paludéen pris de la mère	- lait frais vache bu en excès + mangue, karité = mélange fruits et lait	paludéen né : mère l'a eu pdt grossesse; est sûre qu'il a rechuté pqc pas moustiques cette fois-ci	karité et lait frais : étant paludéen le lait a réveillé palu et karité a aggravé. le karité aussi soulève le paludisme
ana	ne connaît pas. mais le palu ne finit pas	huile et sucrerie en grande quantité; vent, pluies; travaux durs	*****	*****	paludisme ne finit pas	viande chèvre : paludisme et viande chèvre ne s'entendent pas
ana	- pluie	- vent frais pluie - aliments sucrés	*****	*****	- pluie : fraîcheur - moustiques	—
ana	- Dieu	- mangue aggrave - fraîcheur pluie	*****	*****	possible pluie, pqc 1 ^{re} saison sous la pluie	—
ana	- connaît pas. - C'est Dieu	- constipation - manger en excès en s. sèche : haricot sur tô	- Dieu	—	- pluie : humidité et fraîcheur	—
ana	- pluie : vent frais - moustiques	—	- ne sais pas réellement	- mais vent frais peut réveiller	pluie et soleil : cette fois on peut penser aux moustiques aussi	fruits : mangues
sec	- pluie : humidité; sol froid - moustiques - eau boisson sale	- beaucoup fruits et aliments sucrés surtout en s. sèche - soleil (s. sèche)	*****	*****	- pluie	—
sec	pluie : froid + boue; moustiques	- mangues vertes - eaux sales	—	alternance soleil chaud jour et vent frais soir	vraie pensée c'est fraîcheur de pluie + saleté l'eau pluie	—
ana	- père l'a contaminé	- eau froide pluie et se chauffer/feu - pluie puis soleil ardent et boire assez d'eau fraîche	*****	*****	elle a eu de son père	- pluie
pri	- pluie : vent froid	—	*****	*****	— pluie	—

N.B. : *** = pas eu de fièvre présumée palustre déclarée par la mère durant la saison sèche.

TABLEAU 4 : Récapitulatif des origines et causes à Pimpéréna et à Bougoula-Hameau

éd	origines		sèche s. pluies	causes immédiates		saison pluies
	1 ^{er} passage	1 ^{er} passage		saison sèche	saison pluies	
ana	- pluie : eau-vent fais et soleil Déb/fin S. pluies : le palu ne finit jamais	_____	_____	- arachides et fruits frais; soleil et pluie	- haricots mal cuits et mangés en excès	- habitude : Karié, fruits de saison mais cette fois-ci c'est la soupe tē vache. Il a trop mangé : repas rare
ana	- ne connaît pas : mais plus le soleil se lève, plus il vomit plus le corps devient chaud	_____	- pluie : eau et vent frais	- soleil et pluie - vent et soleil S. sèche; - froid aggrave	- viande bœuf : pas habitué de manger (repas rare) - l'eau fraîche buc a aggravé	_____
ana	- la pluie : naître en S. pluies; paludisme de la S pluies ne finissent pas	- Dieu	- pluie : eau fraîche et air froid	- soleil et pluie - soleil en s. sèche	_____	_____
ana	ne connaît pas	_____	_____	- pluie, fraîcheur - soleil s. Sèche	- pois terre bouillies - soleil a aggravé	- lait frais : 1 ^{re} fois d'en manger
ana	- la pluie : (soleil et pluie)	_____	- pluie : fraîcheur et se réchauffer au feu	- soleil : quand soleil monte, corps chauffe, il se couche corps refroidi	- viande de poulet : pas habitué de manger (repas rare)	_____
ana	- pluie : vent frais et soleil - pluie et laver avec l'eau chaude : S'il y a quelque chose c'est soleil en S. pluies	_____	- la pluie : boue et vent frais	- pluie et laver avec eau chaude - soleil S. Sèche - soleil et pluie	- galettes mélangées au lait en poudre	_____
sec	- moustiques via l'eau sale, ordures - pluies : froid	_____	- pluie : fraîcheur cette fois-ci	- soleil en toute saison - constipation	Achéké et banane plantain frite : 1 ^{re} fois d'en manger et le soleil a aggravé	_____
ana	- pluie	_____	_____	- vent frais et soleil : s. sèche	couscous au lait mangé en excès et la 1 ^{re} fois	- sauce arachides viande de chèvre mangé en excès viande chèvre palu ne s'entendent pas
ana	- pluie : froid et vent frais de fin de s. Pluies : palu ne finit jamais	_____	_____	- fruits au début, - pluie : vent frais	lait en poudre 1 ^{re} fois d'en manger	- lait en poudre bu de trop
ana	- ne connaît pas : mais, au moment du froid on attrape palu	_____	_____	- eau sale après pluie aggrave	tô avec sauce feuilles Baobab et sombala mangé en excès	_____
ana	- moustiques; eau sale de boisson; pluie; climat qui change brusquement (soleil- pluie-soleil)	_____	- pluie : connu : né avec mère avec palu durant grossesse	_____	- lait frais vache bu en excès tout temps; - mangues et karié = mélange fruits et lait	- karié et lait frais mélangés * étant paludéen : lait qui a réveillé et karié a aggravé; karié aussi souleuvre (deux toèmes de paludisr
sec		né avec paludis me				

ana	- ne connaît pas paludisme ne finit pas	****	paludisme ne finit pas	- huile et sucrerie - vent des pluies (- travaux durs)	****	viande de chèvre : palu et cette viande ne s'entendent pas
ana	- pluie	****	- pluie : fraîcheur	- vent frais, pluie - aliments sucrés	****	_____
ana	- Dieu	****	possible pluie, pq l saison pluie où il a été mouillé	- mangue aggrave - fraîcheur Pluie	****	_____
ana	- connaît pas - C'est Dieu	- Dieu	- pluie : humidité et fraîcheur	- constipation - manger en excès en S. sèche : haricots	_____	_____
ana	pluie et moustiques	—	- soleil et pluie	_____	- vent frais peut réveiller en s. sèche	fruits : mangues
	- pluie : humidité sol + froid dans le corps	****	- pluie	- beaucoup fruits et aliments sucrés surtout s. sèche	****	_____
sec	- moustiques - eau boisson sale			- soleil s. sèche		
	- pluie : froid + boue - moustiques - eaux sales	—	- moustiques sont nombreux mais cette fois-ci, vraie pensée c'est la fraîcheur de la pluie et saleté de l'eau	- fruits : mangues pas mûres - eaux sales	- alternance soleil très chaud journée et vent frais soir	
sec						
ana	- père a contaminé	****	- elle a eu de son père	- eau froide pluie et se chauffer/feu	****	- pluie
				- pluie ensuite soleil ardent, boire assez d'eau fraîche		
pri	- pluie : vent froid	****	- pluie	*****	_____	_____

N.B. : **** = pas d'épisode de soumaya déclaré par la mère durant la saison sèche.

— = ne connaît pas l'origine ou la cause de l'épisode de Soumaya.

MAIS POURQUOI LA BRÛLURE DU FEU NE DONNE PAS LE SOUMAYA? POURTANT C'EST LA MÊME CHALEUR.

Oui, mais la brûlure du feu est différente de celle du soleil. Le feu ne peut pas t'empêcher de faire la cuisine. Ce n'est pas la même chose du tout. Il y a une chaleur qui est obligatoire. Mais si elle te donne la maladie, tu vas mourir.

DONC LE SOLEIL CONTIENT QUELQUE CHOSE QUI EST TRÈS IMPORTANT POUR LE PALUDISME?

Rien. S'il y a quelque chose c'est le soleil de l'hivernage et la pluie est à l'origine de tout cela.

TU VIENS DE DIRE QU'APRÈS LA PLUIE ENSUITE LE SOLEIL C'EST LE SOUMAYA. QUEL EST LE LIEN ENTRE LE SOLEIL ET LE SOUMAYA?

Tu ne peux pas voir à l'oeil nu la fraîcheur ou le soleil entrer dans le corps. Mais pourtant ces deux réunis donnent le Soumaya.

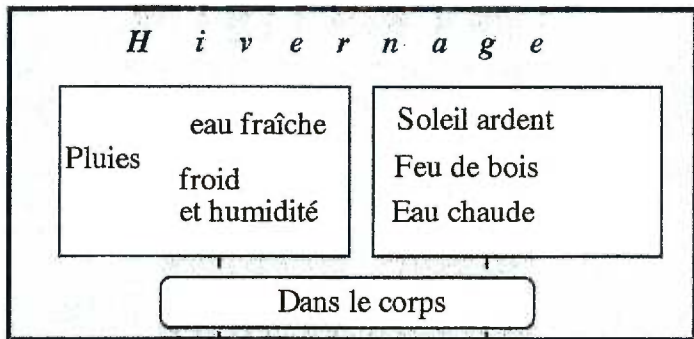
Toutes les femmes concluent souvent leurs récits par : *le Soumaya de la saison des pluies ne finit jamais*; c'est lui qui se réveille en saison sèche, quand le soleil frappe les enfants, quand ils mangent certains aliments (que l'enfant n'a pas l'habitude de manger ou qu'il mange en excès, ou de la nouvelle récolte), au cours de l'harmattan avec le vent froid et le soleil, etc. Aussi, c'est lui qui est réveillé lors des saisons de pluies suivantes par la pluie, la fraîcheur, le soleil, etc.

En définitive, les théories thermiques et climatiques sont les plus citées dans l'apparition du Soumaya. Toutes les explications convergent vers des théories thermiques et climatiques selon lesquelles *les soudaines variations de température du corps de chaud à froid, ou inversement, ou de soudains changements climatiques compromettent l'habileté du corps à résister aux maladies fébriles comme le Soumaya*. La citation suivante d'une mère illustre bien cette notion :

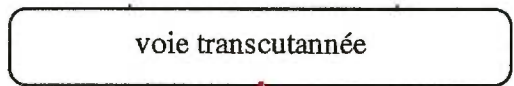
Pendant la saison des pluies, je l'attribue au climat, les enfants supportent mal le climat, c'est ce qui les rend malades un changement brusque de température. Si je vois que mon enfant a la fièvre et qu'il vomit, avec la diarrhée, ou des boutons sur le corps, en général c'est quand le soleil disparaît pour faire place à la pluie et ensuite s'il y a soleil. Là, le corps devient chaud, il vomit et tu te dis tout de suite que c'est le Soumaya.

Schéma N°7: Sous-modèle explicatif:
la pluie à l'origine du soumaya

Origines



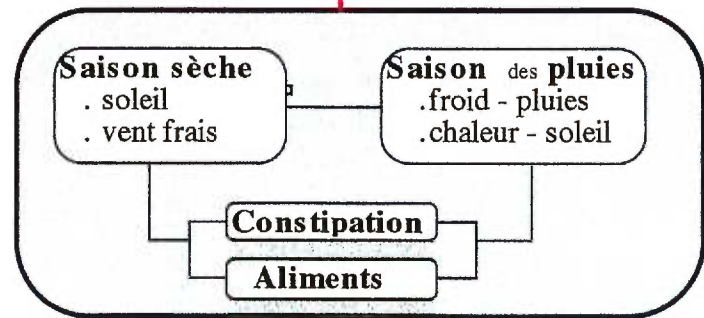
Mécanismes



Soumaya



Causes immédiates



6.4.1.1.2 *Les moustiques*

Le moustique a été cité spontanément (lors de la première entrevue en dehors de tout épisode) comme origine probable ou additionnelle du Soumaya par cinq femmes, dont quatre de Bougoula-Hameau et une de Pimpéréna.

À la fin de la série des entrevues, nous avons cherché à savoir si les autres femmes connaissaient le moustique dans l'apparition du Soumaya. À Bougoula-Hameau, presque toutes les mères interviewées avaient entendu parler du moustique, alors qu'à Pimpéréna, plus de la moitié n'en avaient jamais entendu parler. Les femmes ont un sous-modèle explicatif de cette origine du paludisme (voir schéma qui suit).

Mais pour toutes ces femmes, le moustique n'est pas la seule origine du Soumaya, il en est qu'une parmi tant d'autres et devant les épisodes du Soumaya déclarés par ces femmes, le moustique n'est pas mis en cause. Elles l'énumèrent en même temps que les autres origines. Selon les femmes, le moustique donne le Soumaya par l'intermédiaire du sang en y injectant sa chaleur ou ses liquides ou alors le Soumaya lui-même. Dans le tableau qui suit (tableau 5), nous récapitulons toutes les explications et le niveau des croyances des femmes par rapport au moustique. Il s'agit plus d'une notion de contamination par le moustique, soit :

- en prenant la maladie dans les ordures et les eaux sales;
- en inoculant un liquide qu'il a en lui;
- en inoculant le sang malade de quelqu'un d'autre;
- en suçant le sang en grande quantité.

Certaines femmes considèrent même que le paludisme est contagieux et que la contagion se fait via les moustiques. Voici quelques exemples d'explication :

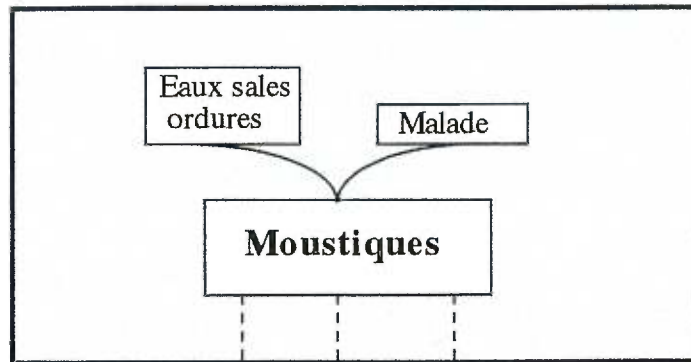
❶ *Comme toi, tu sais que s'il y a des ordures, des eaux sales, des feuilles, il y a des moustiques. Si tu entends paludisme, cela veut dire moustiques. J'ai appris aussi que si le moustique pique un malade de paludisme et pique après un homme bien portant, il le contamine immédiatement; comme le paludisme est contagieux.*

❷ *Les moustiques nous piquent en injectant un liquide qui donne le Soumaya. Ils nous contaminent de leur Soumaya.*

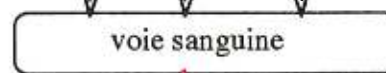
❸ *Les moustiques se posent sur les eaux sales ensuite ils les introduisent dans le corps des gens et après ils prennent le sang des malades qu'ils échangent contre le sang des personnes saines.*

*Schéma N°8: Sous-modèle explicatif:
les moustiques à l'origine du Soumaya*

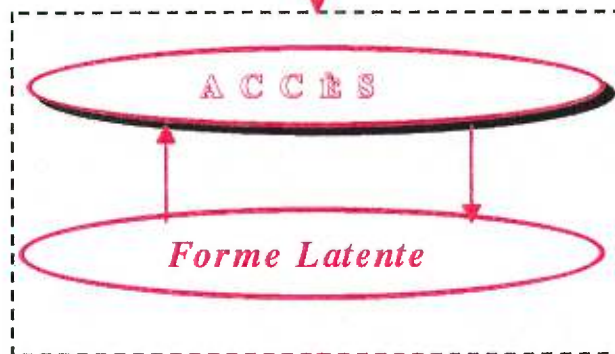
Origines



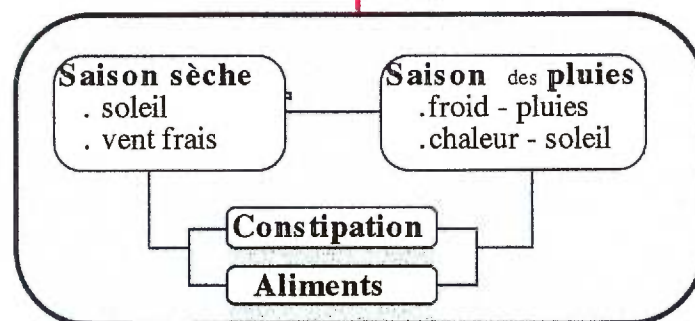
Mécanisme



Soumaya



Causes immédiates



④ *Quand le moustique te pique, il t'envoie la chaleur de son corps pour te donner le Soumaya.*

⑤ *Il suce le sang d'un malade et le déverse directement sur la personne saine. Aussi, quand le moustique s'assoit sur les ordures ou l'eau sale, il prend le paludisme de là et le transmet aux personnes.*

⑥ *Ils se mettent sur les eaux sales et après ils viennent te piquer ou ils piquent un malade de paludisme, après ils viennent te piquer, automatiquement ils transmettent le paludisme. Ils le contaminent immédiatement, comme le paludisme est contagieux.*

⑦ *Nos lieux ne sont pas propres, quand les moustiques quittent ces lieux et après, ils nous piquent, ils donnent le Soumaya.*

⑧ *Les maîtres d'école ont dit qu'il donne le Soumaya en piquant une personne malade de Soumaya et piquer une personne saine : si le moustique est rassasié, il déverse son sang sur le bien portant qui à son tour attrape le Soumaya.*

Mais entre entendre parler du moustique et croire qu'il est à l'origine du Soumaya, il y a un grand décalage. De façon générale, les femmes ne croient pas à l'incrimination du moustique dans l'apparition du paludisme. Dans le tableau 5 se trouvent tous les commentaires des femmes sur les moustiques. Plusieurs parmi elles ont exprimé très clairement leur non-acceptation des liens pouvant exister entre les moustiques et le paludisme avec des propos du genre :

SELON VOUS, EST-CE-QUE LES MOUSTIQUES DONNENT LE SOUMAYA?

① *Je ne l'ai pas remarqué et le cas ne m'est pas arrivé d'abord.*

② *Les moustiques me piquent tous les jours, donc je serai à l'hôpital toujours. Je ne crois pas du tout. je n'ai pas cela dans la tête en tout cas.*

③ *Si les moustiques pouvaient rendre malades, tout le village en serait malade; parce que les moustiques sont nos compagnons, nos voisins fidèles durant toute la saison; je ne crois pas.*

④ *Si tu n'as pas été atteinte par cette voie, tu ne peux pas dire que c'est vrai. En tout cas, cela ne m'est jamais arrivé à moi ou à mes enfants.*

⑤ *Les moustiques sont plutôt emmerdants. Le jour où il ne pleut pas, on ne peut pas dormir à cause d'eux. ils piquent partout; quand ils te touchent, tu vas abandonner tout ce que tu es en train de faire pour les chasser d'abord.*

⑥ *Non, même s'il y a les moustiques qui te piquent, mais tellement que tu es fatiguée tu ne sens rien en dormant, comment veux-tu les accuser en ce moment? Moi, je n'avais pas fait attention à leur présence dans ce sens.*

D'autres femmes ont fait indirectement comprendre qu'elles n'étaient pas sûres de ce qu'elles ont appris, en donnant des réponses comme : *les maîtres ont dit, c'est possible, c'est possible, mais je ne sais pas.* (voir tableau 5)

Bien que certaines femmes (scolarisées le plus souvent) disent croire que le moustique peut donner le paludisme, durant les deux épisodes du Soumaya de leurs enfants, elles ne l'incriminent pas du tout comme origine du paludisme. De toutes les femmes, une seule (non scolarisée et ayant vécu en Côte d'Ivoire) a incriminé le moustique au cours d'un épisode du Soumaya en saison des pluies, mais elle l'a associé à une autre origine. Pour cette dernière, c'est l'association de la pluie et des moustiques qui a rendu malade son enfant :

Quand il pleut, le sol est humide, tous les os ressentent cette humidité, et cela réveille le Soumaya, alors que les moustiques l'ont piqué toute la nuit en injectant un liquide qui donne le Soumaya. Ces deux-là réunis, tu crois que l'enfant ne va pas se coucher? C'est obligatoire, il sera malade de Soumaya.

6.4.1.1.3 Les eaux sales

Cette origine a été particulièrement évoquée à Bougoula-Hameau. Il s'agit de femmes scolarisées qui ont eu à vivre quelque temps en dehors du village. Elles ont constaté que les sources d'eau pour la boisson et la préparation des repas sont mal entretenues. Les eaux consommées sont sales, et la saleté donne la maladie du Soumaya. Elles trouvent que Bougoula-Hameau est un village très sale. Selon leurs remarques, pendant l'hivernage, *l'eau à Bougoula est plus froide et plus impure* que là où elles étaient, et cela peut provoquer le paludisme parce *qu'elle contient la maladie*. L'eau de Sikasso-ville, par exemple, est plus propre que l'eau qui est bue au village parce que, en ville, l'eau est entretenue : l'eau du robinet est traitée, et les puits sont couverts. Le schéma 9 qui suit est le sous-modèle explicatif qui en découle. Les femmes considèrent aussi que les eaux sales amènent les moustiques qui y prennent le Soumaya et le transmettent aux personnes.

6.4.1.2 Origine congénitale

L'enfant est né avec le Soumaya qui lui a été transmis par son père ou par sa mère. La contamination se fait par voie sanguine. Si seulement deux femmes ont cité cette origine, dans les explications de plusieurs autres femmes, surtout de celles qui disent ne pas connaître l'origine, on retrouve cette notion. Pour elles, leurs enfants souffrent du Soumaya depuis leur naissance parce que probablement il sont nés avec la maladie.

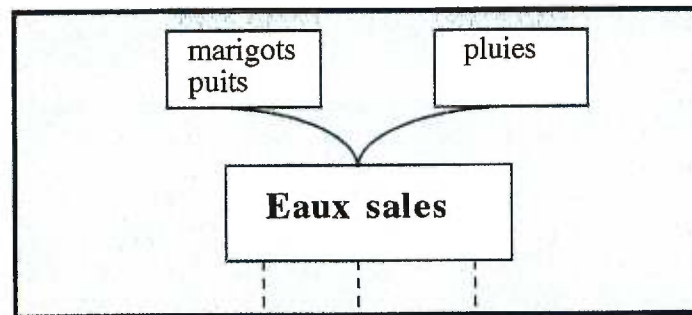
TABLEAU N° 5 : Explications et niveau de croyances des femmes sur les moustiques à Pimpérène et Bougoula-Hameau

Édu	*cite spon tamment	entendu parler	croit donne paludisme	incrimine lor de l'épisod	commentaires
anal	non	non	non	non	Jamais entendu, si pouvait rendre malade, tout le village en serait malade; ne crois pas
anal	non	oui	C'est possible	non	S'ils te sucent le sang jusqu'à un certain degré, cela devient le Soumaya; mais, je ne l'ai pas remarqué pour croire
anal	non	oui	non	non	Entendu par équipe de Bamako, mais si pas été atteinte par cette voie, ne peut pas dire que c'est vrai. En tout cas, cela ne m'est jamais arrivé, parce que si tu as déjà le Soumaya et le moustique te pique, on ne peut pas déduire que c'est lui
anal	non	oui	non	non	Première fois d'entendre l'histoire de moustiques provoque le soumaya par équipe de Bamako. Je ne vois pas de lien entre les deux. Entre nous, quelque chose qui te pique peut-il donner le soumaya? Euh, je ne vois pas comment
anal	non	non	non	non	Ah!, je n'ai jamais entendu. Je sais que s'il piquent les gens ça fait des boutons et même des plaies. Mais quant à dire qu'ils donnent le Soumaya, ça je ne sais pas
anal	non	non	non	non	Je ne l'ai pas entendu. Les moustiques sont très nombreux quand les semences poussent. Ils emmerdent beaucoup en nous piquant. Ça te fait mal. Sinon quoi d'autre! Je ne vois pas
sec	oui	oui	oui	non	Il suce le sang d'un malade et le déverse sur la personne saine. Aussi, quand le moustique s'assoit sur les ordures ou l'eau sale, il prend le paludisme de là et le transmet aux personnes
anal	non	non	non	non	Même s'il y a les moustiques qui te piquent, mais tellement que tu es fatiguée tu ne sens rien en dormant.
anal	non	oui	non	non	
anal	non	oui	non	non	
sec	oui	oui	oui	non	Ils se mettent sur les eaux sales et viennent te piquer ou piquent un malade de palu après viennent te piquer automatiquement ils transmettent le palu. Ils contaminent immédiatement comme le palu est contagieux
anal	non	oui	oui	non	S'il pique un malade et te pique après, il te transmet la maladie. Tu attrapes cette maladie obligatoirement
anal	non	oui	oui	oui	S'il te pique en injectant un liquide dans ton corps, tu as du travail! Cette place s'enfle, démange et tu as le Soumaya
anal	non	oui	non	non	J'ai surtout remarqué que sa piqûre provoque des boutons sur le corps de certains enfants. Mais dire que ça donne Soumaya, je ne l'ai pas remarqué et le cas ne m'est pas arrivé d'abord
anal	non	oui	non	non	J'ai appris, mais je ne l'ai pas considéré, sinon les moustiques me piquent tous les jours, donc je serai à l'hôpital toujours je ne crois pas du tout. je n'ai pas cela dans la tête en tout cas
anal	oui	oui	oui	non	Quand le moustique te pique, il t'envoie la chaleur de son corps pour te donner le Soumaya; ou bien il se pose sur les eaux sales et les introduit dans le corps des gens; après il prend ce sang du malade qu'il échange contre le sang des personnes saines
sec	oui	oui	oui	non	Nos lieux ne sont pas propres, quand le moustique quitte ces lieux et après nous pique, il donne le palu
sec	oui	oui	les instruits ont dit	non	Les maîtres d'école ont dit qu'il donne le Soumaya en piquant une personne malade de soumaya et piquer une personne saine. Si le moustique est rassasié, il déverse son sang sur le bien portant qui à son tour l'attrape
anal	non	non	non	non	
pri	non	oui	C'est possible, je ne sais pas	non	En réalité, je n'ai pas fait attention que le moustique peut donner le palu. Donc, je ne peux pas l'affirmer

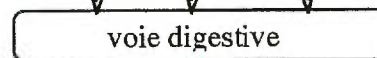
N.B.: * = il s'agit des femmes qui ont cité spontanément le moustique comme origine du Soumaya en dehors de tout épisode de fièvre palustre lors du premier passage en saison sèche.

*Schéma N°9: Sous-modèle explicatif:
les eaux sales à l'origine du Soumaya*

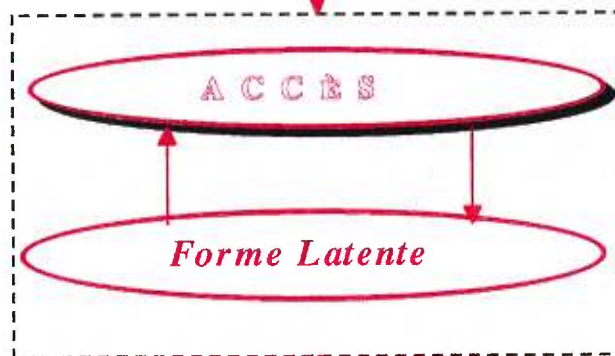
Origines



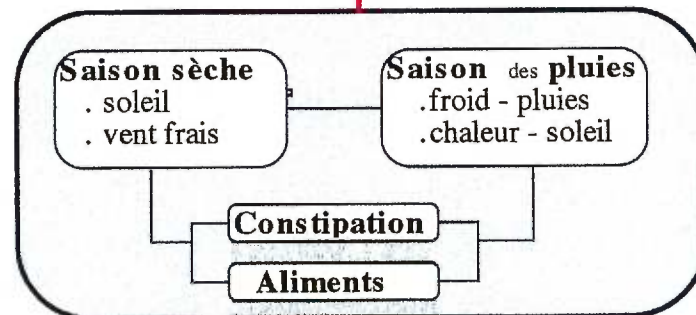
Mécanisme



Soumaya



Causes immédiates



Dans la société traditionnelle, il est considéré que c'est une partie du sang du père qui circule dans le corps de l'enfant. C'est ainsi que si le père est un malade connu du Soumaya, il peut le transmettre au cours du transfert d'une partie de son sang à son enfant pendant sa conception. Certaines femmes considèrent que c'est leur mari qui les a contaminées parce qu'avant le mariage elles ne souffraient pas du Soumaya.

Du côté de la mère, c'est surtout quand elle fait son Soumaya durant la grossesse qu'elle le transmet directement au fœtus, et l'enfant naît ainsi avec la maladie. Dans le schéma 10 suivant est montré le sous-modèle explicatif congénital. Tout enfant qui présente un ictère néonatal est étiqueté comme étant né avec le paludisme.

DONC, SELON TOI, EN CE MOMENT QU'EST-CE QUI EST À L'ORIGINE DE SON PALUDISME?

① *Tu sais c'est différent, parce que j'avais bien dit au cours de la première entrevue que le paludisme est souvent dû aux moustiques et à la fraîcheur de la pluie, mais à ce moment-ci, où il a eu son paludisme, il n'y a plus de moustique et pas de fraîcheur. Pour moi, présentement il n'y a pas de moustiques, ni de vent frais, mais comme il est naturellement paludéen, je crois que la maladie est venue comme ça. Il avait déjà le paludisme, puis, il est paludéen. D'habitude, il prend le lait, mais il me semble que cela a coïncidé avec son paludisme et aussi il avait mangé quelques mangues et du karité. Donc, tout ceci mélangé, lui a réveillé son paludisme. Ce petit est né avec le paludisme, parce que j'avais le paludisme durant tout le temps que j'étais enceinte de lui. Donc c'est la rechute de ce paludisme tout le temps par les choses plus haut citées. Tout ce que j'ai pu retenir c'est que cet enfant est paludéen, et toutes les causes citées ne feront que réveiller son paludisme. On peut le traiter, mais cela ne peut pas empêcher son paludisme, surtout en cette saison des pluies où il y a beaucoup de causes qui le soulèvent.*

② *Elle a eu le Soumaya de son père. Quand celui-ci te dit qu'il a froid, c'est le Soumaya qui commence. C'est lui qui m'a contaminée moi-aussi, sinon moi, je ne souffrais pas comme ça du Soumaya.*

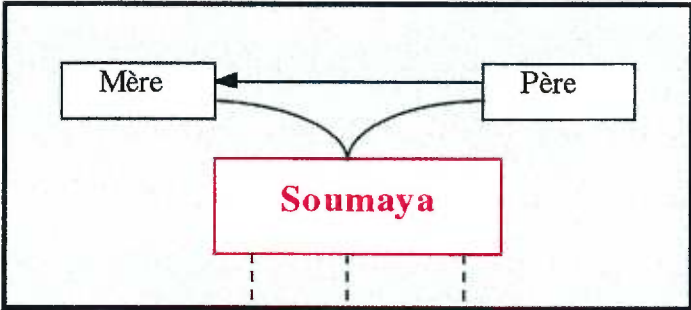
6.4.1.3 Dieu

Deux femmes de Bougoula-Hameau ont parlé de Dieu, dont l'épouse du marabout. Selon elles, seul Dieu peut rendre malade et programmer le moment de l'apparition de la maladie, sa durée et sa gravité. *Chaque maladie a son temps, c'est-à-dire que si le moment prévu par Dieu est venu d'avoir le Soumaya, l'enfant sera malade.* Mais c'est uniquement en saison sèche qu'elles incriminent Dieu, saison au cours de laquelle elles ne trouvent pas une origine facilement explicable. En saison des pluies, elles ne pensent pas à Dieu parce que l'explication de la maladie leur apparaît plus évidente. En effet, chacune de ces deux femmes donnent des explications autres que Dieu dans l'apparition du Soumaya en saison des pluies.

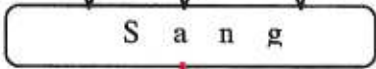
Schéma N°10: Sous-modèle explicatif Congénital:

les parents à l'origine du Soumaya

Origines



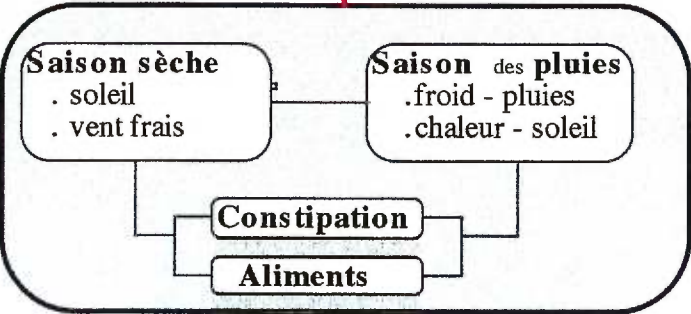
Mécanisme



Soumaya



Causes immédiates



QU'EST-CE QUI A PROVOQUÉ SON PALUDISME?

❶ *Je ne sais pas cela. Sûrement que c'est le moment pour lui de tomber malade qui est arrivé, c'est pour cela.*

Selon moi, quand on doit tomber malade, on n'y peut rien contre la maladie. On peut se coucher sain et se réveiller malade le matin. C'est Dieu qui l'a rendu malade. Selon moi, Dieu est le seul responsable.

EH!, POURTANT TU ÉTAIS PRESSÉE DE VACCINER TES ENFANTS ALORS! TU A PEUR DE MOURIR OU QUE TES ENFANTS MEURENT?

De toutes les façons, ils vont mourir quand le Bon Dieu le voudra.

❷ *Moi, je crois que si tu portes l'enfant sous l'air frais, c'est ce qui le rend malade et nous pensons au paludisme. Mais, pour cette fois-ci, vraiment, je n'ai pas remarqué. Il faut être franc, si tu n'as pas fait quelque chose. Comme ça après votre entrevue, je pourrais observer après, sinon, cette fois-ci, je l'ai pas fait. Vraiment, je ne sais pas comment c'est arrivé. Nous avons vu qu'elle avait le corps chaud et qu'elle était malade.*

COMME TU DIS QUE TU NE SAIS PAS CE QUI A PROVOQUÉ LE CORPS CHAUD ET LES BOUTONS DONT TU AS PARLÉ D'OÙ EST-CE QU'ILS SONT VENUS?

Cela est venu de Dieu.

QUELLE ÉTAIT ALORS L'ORIGINE DE CES DEUX PALUDISMES PRÉCÉDANTS?

Cela n'a pas une autre origine que le vent frais qui souffle. Tu sais, comme je te l'ai toujours dit, depuis sa naissance, je le porte au dos et travaille avec lui sous le vent frais, il ne consomme pas de produits médicaux, il est obligé d'être malade. Si l'enfant naît pendant la saison des pluies et qu'il passe toute la saison sans prendre de médication; ensuite tous les jours, avec sa mère, ils se lèvent très tôt le matin et vont au champ après les travaux ménagers. Cet enfant tombera malade obligatoirement grâce au vent frais.

6.4.2 *Les causes immédiates*

Les causes immédiates sont des facteurs ayant soulevé les accès subséquents en réveillant le Soumaya en latence dans l'organisme. Il s'agit des facteurs qui déclenchent le Soumaya que l'enfant a déjà dans son corps. Les femmes retiennent le plus souvent les causes immédiates de l'épisode du Soumaya. Les causes immédiates sont souvent recherchées dans l'environnement immédiat de l'enfant. Elles sont liées à un événement qui s'est produit quelques heures, en général, avant l'accès. Plusieurs facteurs sont incriminés : les aliments, la chaleur, la fraîcheur, le soleil, la pluie, etc. Ils peuvent agir seuls ou combinés, les uns potentialisant l'effet des autres. Les femmes utilisent à ce moment les expressions suivantes : le Soumaya est *provoqué* par..., le Soumaya est *réveillé* par... ou le Soumaya est *soulevé*

par... Aussi, avant qu'il soit réveillé, les femmes remarquent des signes précurseurs du Soumaya; à ce moment elles disent que le Soumaya *guette* l'enfant.

Il a été identifié des circonstances fondamentales qui font que certains facteurs déclenchent le Soumaya :

- certains aliments que l'enfant mange pour la première fois (l'organisme de l'enfant n'étant pas habitué à cette nouvelle incursion d'éléments étrangers)¹²;
- le fait de manger en excès certains aliments;
- un événement non pathogène peut déclencher la maladie, car elle est en latence dans le corps. *La maladie guette l'enfant*, attendant une opportunité pour se manifester. Dans ce cas prévaut l'idée que chaque maladie a son temps, c'est-à-dire si le moment est venu d'avoir le Soumaya;
- le Soumaya est systématiquement perçu comme étant réveillé par certains comportements, tels que consommer de la viande de chèvre, se réchauffer après la pluie ou encore boire du froid alors qu'on vient d'être chauffé par le soleil. Une personne considérée comme impaludée ne doit jamais adopter ces comportements perçus à haut risque.

❶ *Le repas qu'il a mangé là a trouvé qu'il avait déjà le Soumaya dans son corps. Tu sais, quand tu as une maladie cachée, si tu manges un repas et que tu tombes malade, on dira que c'est ce que tu as mangé qui t'a rendu malade alors que ça a coïncidé avec ton Soumaya et la moindre des choses autre que ce repas pouvait réveiller son Soumaya; je te dis bien n'importe quoi que tu as même l'habitude peut le soulever.*

❷ *En ce moment de vents frais et de pluies, dès que l'enfant tousse, il n'a pas d'appétit. Je conclus que c'est le Soumaya qui le guette.*

6.4.2.1 *Les aliments*

Les aliments sont en tête de liste parmi les facteurs qui réveillent le Soumaya. Certains aliments sont particulièrement reconnus comme étant incompatibles avec le Soumaya (antagonistes au Soumaya). Les femmes disent que *ce sont des aliments qui ne s'entendent pas avec le Soumaya : des totems du Soumaya* aussi bien chez les enfants que chez les adultes. Toute personne tomberait malade à chaque fois qu'elle consommerait ces aliments. Les aliments qui entrent dans cette catégorie sont :

¹² Cette notion de corps étranger dans l'organisme de l'enfant semble aller dans le sens du principe d'immunisation.

– *La viande de chèvre* : Elle est pratiquement réputée comme aliment qui réveille le Soumaya partout dans les deux villages et même en ville. Toute personne porteuse du Soumaya doit l'éviter à tout prix, *parce qu'il n'y a aucun sacrifice possible pour empêcher la crise si elle en mange*, selon les femmes.

① *Il en a l'habitude de manger du riz. Mais il en a mangé en excès du riz avec la sauce d'arachide et la viande de chèvre. Même une grande personne, si tu manges ce repas en excès, ça peut réveiller le Soumaya, tu vois. La viande de chèvre et le Soumaya ne s'entendent pas.*

② *J'ai pensé que comme il était allé chez le féticheur, il a dû manger la viande de chèvre, qui réveille son paludisme. Le palu et la viande de chèvre ne s'entendent pas.*

QUELS SONT LES PROBLÈMES ENTRE LE PALUDISME ET LA VIANDE DE CHÈVRE?

Ce n'est pas une question de problèmes, le totem du Soumaya c'est la viande de chèvre. Selon mes remarques, si le Soumaya te guette, si tu manges la viande de chèvre, cela réveille le Soumaya à coup sûr.

– *Le lait* : Selon les constatations des femmes, qu'il soit frais, caillé ou en poudre, le lait de vache est un aliment particulièrement mal toléré par les porteurs du Soumaya.

① *Comme il aime beaucoup le lait et il le boit nuit et jour. Le lait frais de vache, je le bouillis pour le lui donner. Moi, j'ai réellement pensé que c'est le lait qui l'a rendu malade. Même une grande personne, si tu prends le lait en excès et tout le temps, il peut réveiller le paludisme. Même moi, personne adulte, si je le consomme régulièrement, ça me donne le paludisme. Je crois que cette fois-ci, le lait a coïncidé avec le paludisme parce je te l'ai toujours dit cet petit est un paludéen connu, il avait déjà le paludisme. D'habitude, il prend un peu de lait, mais il me semble que cela a coïncidé avec son paludisme.*

② *Selon moi, il a mangé du couscous au lait et le lendemain, j'ai constaté son paludisme. Le couscous nouvellement préparé mais consommé la nuit avec le lait frais. Je pense plus au lait frais. Selon moi, s'il boit le lait et qu'il n'a pas l'habitude cela lui provoque le Soumaya. Il ne connaît pas le lait, parce qu'il n'a jamais bu du lait frais, c'est sa première fois. C'est le lait, sinon il a l'habitude de manger du couscous avec la sauce. Pour moi, le lien est qu'il n'a pas l'habitude. Nous savons ici que le lait et le Soumaya ne sont pas d'accord. Il soulève toujours le Soumaya.*

③ *Quand je lui ai donné le lait en poudre que j'ai acheté au village, ici, il a commencé à faire la diarrhée ensuite les vomissements. Son corps était chaud, je me suis dit que c'était le paludisme. Pourtant j'ai mis le lait dans l'eau chaude. Comme il a mangé le lait, c'est ce qui a soulevé le paludisme de cette fois-ci.*

MAIS L'ENFANT N'A JAMAIS BU LE LAIT?

Elle n'avait jamais bu de lait en poudre. Mon enfant n'est pas habituée à prendre le lait en poudre.

POURQUOI TU LUI AS DONNÉ DU LAIT. ALORS QUE TU SAIS QU'ELLE N'EST PAS HABITUÉE?

Elle a trois ans, je veux la sevrer, c'est pourquoi je lui ai donné ce lait.

ET TOI, QU'EST-CE QUI EST À L'ORIGINE DE SON SOUMAYA CETTE FOIS-CI?

④ *Selon mes constatations, c'était le paludisme. J'ai remarqué qu'il y a un repas qui le rend malade dès qu'il le mange. Ce sont les galettes mélangées au lait en poudre. S'il mange ça seulement, il tombe malade du paludisme, cela lui provoque son Soumaya. C'est un enfant, s'il mange, il ne s'est pas à quel niveau il faut se limiter. Il veut manger trop, ça le dérange. Il ne sais pas quand est-ce qu'il doit arrêter de manger. Il a mangé de trop ce mélange. Et j'ai observé que dès qu'il mange ce mélange ça le dérange, mais, j'étais en brousse, et son père lui a donné ça, comme il ne savait pas que ça le rend malade. Quand je suis revenue, il me l'a dit. Si je dois lui donner le lait frais, je le bouillis d'abord. Le mil en tant que tel ne le rend pas malade, mais c'est la manière dont les galettes sont préparées qui peut rendre malade. Il peut manger les galettes comme cela seules, sans le lait, il ne tombe pas malade. Le lait seul aussi si je le bouillis, ne le rend pas malade, il faut qu'il le mette sur les galettes pour qu'il réveille son Soumaya. Tout le monde a un repas qui le fait souffrir s'il le mange. Mais cela depuis le bas âge, on ne le remarque pas. Mais quand tu grandis et que tu le remarques, tu le sauras. Sinon, pour Kléssigué, j'ai fait la remarque suivante : il peut manger les galettes simples sans problème, mais une fois qu'il les mange avec du lait, ça réveille son Soumaya. Quelle que soit la saison s'il mange ce mélange, il tombera malade de paludisme.*

DONC LE SOUMAYA EST COUCHÉ DANS LE VENTRE ET C'EST LE MÉLANGE QUI L'A REVEILLÉ?

Si une fois le mélange mangé, il y a palabre et tu tombes malade. Alors c'est lui qui t'a fait palabre et c'est lui qui a gagné.

DONC IL Y A EU "PALABRE" DANS LE VENTRE?

Oui.

– **Les huiles et les aliments gras, les oléagineux** : Ceux-ci, tels que le karité, les arachides fraîches, sont systématiquement contre-indiqués chez les paludéens. Il existe une connotation toute particulière sur les huiles et les aliments gras. Tout comme la viande de chèvre et le lait de vache, il y a une croyance populaire très forte sur les méfaits des huiles et des aliments gras chez les personnes jugées paludéennes. Ce sont des aliments qui soulèvent ou aggravent le Soumaya. Toutes les femmes qui les ont cités avaient le même point de vue. Ces phrases sont donc celles qui revenaient souvent :

Oui, d'ailleurs nous sommes en saison où le Soumaya est très fréquent. L'enfant qui mange le fruit de karité, ça le rend malade. Si tu vois qu'un enfant a le Soumaya maintenant, c'est souvent dû aux fruits du Karité ou aux fruits de la saison.

– **Les sucreries** : Les aliments sucrés et le sucre sont aussi réputés pour leur pouvoir de réveiller le Soumaya. Partout dans la sous-région, les personnes sont unanimes sur les imputations causales des sucreries et des huiles. Celles-ci sont plus dangereuses en saison sèche.

① *Les aliments tels que l'huile et les sucreries. Donc si tu manges l'huile ou de la sucrerie et que cela trouve que tu as le corps chaud, donc il y a augmentation de température, c'est-à-dire que ça soulève le Soumaya. Mais, il faut les manger en grande quantité. Si l'enfant mange beaucoup d'huile ou de sucre, quelques jours après il se couche de temps en temps suivi d'une fièvre. Après, son premier vomissement sortira l'huile ou le sucre mangé et ensuite le reste du vomissement sera le liquide du Soumaya avec une couleur jaune. En résumé, si l'enfant mange beaucoup d'huile ou sucre, son corps devient chaud, il devient calme, il ne joue plus, il se couche, après il vomit avec une couleur jaune et cela je conclus que c'est le Soumaya. Si l'huile sort et l'eau qui coule après devient jaunâtre, cela implique que c'est le Soumaya. Ce sont des aliments qui réveillent le paludisme, cela en toutes les saisons, mais c'est plus grave en saison sèche.*

② *Le Soumaya se trouve dans le ventre et ce sont les aliments sucrés qui peuvent banalement provoquer (réveiller) le Soumaya. Tout le monde connaît ça que le Soumaya et les aliments très sucrés ne s'entendent pas.*

– **Certains fruits** : Les plus redoutés sont les mangues (vertes ou mûres) et la banane. Certaines femmes rapportent qu'il faut toujours attendre que les fruits soient arrosés par les premières pluies (appelé la pluie des mangues) en fin de saison sèche et début de saison des pluies avant d'être consommés, sinon ils réveillent le Soumaya.

① *Il avait mangé quelques mangues et du karité. Donc, tout ceci mélangé, lui a réveillé son paludisme. Ici, les mangues sont abondantes et quelques fruits comme le karité. Avec ce mélange de fruits, cela peut réveiller le paludisme aussi. Même quand on mange une seule, ça rend malade au tout début de son apparition.*

② *En ce qui me concerne, il y a les mangues et d'autres fruits (néré, karité) qui sont partout et la pluie. Quand tu tombes malade, tout le monde dira que ce sont les mangues que tu as mangées. J'attribue cela aux fruits à leur début, à la pluie et au vent frais.*

③ *Pour moi, ce sont les aliments sucrés, les fruits comme les bananes qui provoquent le Soumaya. Quand tu manges beaucoup alors que tu as déjà le Soumaya que ça le soulève.*

④ *Les mangues vertes, les eaux sales peuvent soulever le Soumaya à chaque fois. Mais pour le problème de mangues mûres est très relatif. Ça peut être la saison des pluies ou en saison sèche donc cela dépend de l'état de l'enfant.*

– *Les nouvelles récoltes en début ou fin de saison des pluies* : Le ventre a perdu l'habitude d'être en contact avec ces nouveaux aliments, et ainsi leur consommation réveille généralement le Soumaya. Toutes les femmes ont dit pratiquement la même chose sur ces nouveaux aliments :

① *Le Soumaya est très fréquent au moment où les enfants mangent les arachides fraîches et les fruits frais, les maïs, les mangues, qui réveillent (soulèvent) le paludisme. Ce sont les nouvelles récoltes dont le corps n'est plus habitué. Aussi les arachides sont grasses.*

② *Quand les mangues commencent, le tout début, si tu les manges, l'estomac n'en est pas habitué, elles te rendent malade, mais au fur et à mesure que tu les manges, l'estomac s'habitue et ça ne rend plus malade.*

Par ailleurs, tout aliment que l'enfant n'a pas l'habitude de consommer ou qu'il mange pour la première fois est toujours souleveur, provocateur du Soumaya, constatent les mères.

Elle a mangé la viande de poulet la nuit, le matin, elle avait le corps chaud; J'ai trouvé qu'elle avait le corps chaud la nuit, je l'ai montré à ma belle-mère qui m'a dit d'attendre jusqu'au matin. Le matin j'en ai parlé à mon mari. C'est lui qui a dit que c'était le Soumaya. Elle n'est pas habituée. C'est la première fois réellement qu'elle en mange. Nous mangeons rarement la viande de poule. Elle avait trop mangé. Elle avait déjà le paludisme, la viande de poulet l'a soulevé. Quand le soleil tape fort et qu'après, il y a un peu de fraîcheur, cela aggrave le Soumaya.

Aussi, tout aliment peut réveiller le Soumaya si l'enfant le consomme en excès, même le tô (qui est le plat traditionnel quotidien fait à base de farine, de mil ou de maïs) ou le couscous.

SELON TOI, POURQUOI TON ENFANT A EU LE SOUMAYA CETTE FOIS-CI?

① *Si tu as le paludisme dans ton corps et que tu manges le couscous, il pourrait réveiller ton paludisme. Selon moi, s'il se trouve que le Soumaya te guette et que tu viens manger du couscous mélangé au lait surtout en excès, cela soulève le Soumaya.*

② *Le tô. Il avait mangé le tô.*

DONC, D'HABITUDE, IL NE MANGEAIT PAS LE TÔ, POUR QU'IL SOIT MALADE CETTE FOIS-CI?

Il le mange d'habitude. c'est parce que la sauce était avec les feuilles de Baobab et du soubala qu'il en a trop mangé. Le tô a soulevé son paludisme alors qu'il avait déjà le paludisme.

CE N'EST PAS MAINTENANT QUE LE TÔ PEUT LE RENDRE MALADE; OU IL A MANGÉ AUTRE CHOSE QUE TU IGNORES QUI LUI A DONNÉ LA DIARRHÉE

Le tô a coïncidé avec le paludisme. Il avait déjà le paludisme que l'on ne savait pas et que la diarrhée a réveillé en lui. L'enfant avait le Soumaya déjà dans son corps et c'est cette nourriture qui a réveillé le Soumaya.

EST-CE QUE, S'IL MANGE LE TÔ EN SAISON DES PLUIES, IL VA TOMBER MALADE?

Si cela coïncide avec un paludisme, il sera malade; sinon, il ne le sera pas.

C'est aussi le cas des aliments mal préparés. Le haricot est souvent cité dans cette catégorie. Selon les femmes, les enfants en raffolent : c'est un repas que les enfants mangent sans limite chaque fois qu'il est préparé en famille. *Les enfants ont le Soumaya très souvent au lendemain des cérémonies* parce qu'ils mangent beaucoup d'aliments qui se préparent rarement à la maison et qui sont mal préparés ou mal conservés.

CE PALUDISME-CI, ELLE L'A EU COMMENT?

① *Je ne sais pas comment elle l'a eu; mais selon ma pensée, cela était dû aux haricots. Le haricot n'était pas bien cuit, elle a pleuré qu'elle voulait les manger, ses aînés lui en ont donné et elle a continué à en manger jusqu'à la fin de la cuisson totale. C'est ce qui a provoqué le paludisme selon moi. Tu sais que beaucoup de nos maladies sont attrapées comme ça. Les aliments mal cuits-là, dès que les enfants en mangent seulement, ils tombent malades. Sinon, d'habitude, on mange le haricot et cela ne fait rien. Moi, je n'ai pas fait attention à ce lien entre ce paludisme et les haricots que l'enfant a mangés. Peut-être la prochaine fois, sinon je n'ai pas fait attention à ce lien. Mais, pour moi, le haricot a provoqué des troubles dans le ventre et provoquer ainsi le paludisme. Le haricot est un aliment qui, si tu le manges sur le paludisme, il soulève ton paludisme que tu sois grand ou jeune. Et s'il est mal cuit c'est encore plus grave. Beaucoup de nos aliments sont mal cuits, le feu est grand mais l'aliment est mal cuit. Cela va de soi, si tu manges un aliment mal cuit ça te rend malade en réveillant le paludisme. Tu ne sais pas que le Soumaya peut donner la diarrhée aussi.*

QU'EST-CE QUI A DÛ PROVOQUER CE SOUMAYA?

② *Je peux dire que j'ai constaté trois choses :
Premièrement : – Le repas que je lui ai donné à la veille qui a provoqué ce Soumaya: des pois de terre bouillis. Quand il a mangé, il a eu des ballonnements, le corps chaud et des vomissements, il s'est couché le matin et n'a pas voulu jouer, alors que c'est un enfant qui aime jouer. Je me suis dit*

que c'est le paludisme qui s'est réveillé. Je ne lui avais jamais donné des pois de terre depuis qu'il est né. Quand l'enfant mange quelque chose qu'il ne supporte pas, ça le rend malade. Je pense que ça ne lui va pas.

Deuxièmement : – En plus des pois bouillis, le soleil l'a tapé très fort. Le soleil chauffe le corps et ça a aggravé.

QUEL EST LE LIEN ENTRE LE POIS DE TERRE, LE SOLEIL, JUSQU'À PROVOQUER LE SOUMAYA DE L'ENFANT?

En réalité, je ne connais pas ce lien. Si tu manges une nourriture pour la première fois et qui ne convient pas à ton ventre et tu sors pour t'amuser sous le soleil et par la suite ton corps devient chaud donc c'est sûrement ce qu'il a mangé qui a provoqué la maladie.

Troisièmement : – Avec la chaleur de la grossesse et l'enfant à côté, comment ne pas être malade? Cela est impossible, il ne peut qu'être malade de Soumaya. Je suis enceinte et il ne peut pas rester loin de moi. Je l'ai toujours sur le dos.

Toutes ces circonstances d'incrimination des aliments peuvent se juxtaposer au cours d'un épisode du Soumaya. Aussi, l'effet d'un aliment peut potentialiser celui d'un autre et donc aggraver le Soumaya. Il arrive souvent que l'on nous dise que le Soumaya s'est réveillé quand l'enfant a mangé *en excès* un aliment, *pour la première fois* ou qu'il *mange très rarement*. La citation suivante démontre ce genre de situation :

Il a mangé de la viande de boeuf, la nuit, il a demandé à boire et son corps est devenu chaud, il a commencé de vomir, et j'ai pensé à son Soumaya. Quand on est pas habitué à manger quelque chose, si tu le manges, ça pourrait provoquer un malaise. Son père a acheté de la viande de boeuf, je l'ai préparée et on a mangé ça la nuit; et son Soumaya a recommencé. Nous ne mangeons pas la viande régulièrement ici, ce qui fait qu'il l'a mangée seulement quelques fois. Donc, comme le Soumaya le guettait, quand il a mangé la viande ayant déjà le Soumaya sous la peau, elle soulève le paludisme. Concernant l'eau qu'il a bue, dont j'ai parlé, c'est la viande qui a provoqué l'envie de boire et c'est la viande qui a commencé à le rendre malade. Donc on peut dire que la viande et l'eau qu'il a bues sont les deux causes de son Soumaya. Pour un premier temps, c'est la viande qui est partie soulever le Soumaya, ils n'ont pas pu s'entendre et l'eau fraîche qu'il a bue est partie se mêler pour aggraver. Il y a eu un désordre. Conclusion, c'est le Soumaya qui remporte. Toi qui es malade, tu es obligé de rester couché et laisser l'eau, la viande et le Soumaya se battre.

6.4.2.2 *Le soleil (et les autres sources de chaleur)*

Que ce soit en saison sèche ou en saison des pluies, *le soleil constitue une menace permanente à cause de la chaleur*. Les autres sources de chaleur, telles que *le feu de bois* et

les *bains d'eau chaude*, ont le même effet que le soleil. La chaleur provoque des variations de température du corps compromettant l'habileté de l'organisme à résister au Soumaya.

Le soleil chauffe la peau, le corps et tout le corps contient notamment le Soumaya qu'il va donc réveiller.

À lui seul, il peut réveiller le Soumaya ou l'aggraver. Les femmes disent que, généralement :

Quand l'enfant a le Soumaya, plus le soleil se lève, plus l'enfant vomit et le corps devient de plus en plus chaud.

D'autres ont constaté aussi ceci :

Face à un Soumaya qui commence, quand le soleil monte, le corps est chaud et quand il se couche, le corps est froid.

Une autre citation qui revient souvent :

S'il y a quelque chose de mauvais dans le Soumaya, c'est le soleil.

ou encore :

Cela est dû au fait que quand la pluie te tape et que tu viens te réchauffer au feu, le Soumaya t'attrape. C'est ce que nous pensons. Quand le Soumaya te guette aussi, tu ne dois pas t'asseoir à côté du feu, sinon cela aggrave le Soumaya. Donc la fraîcheur s'est ajoutée au Soumaya.

Le soleil peut réveiller le Soumaya en rencontrant la pluie et la fraîcheur en hivernage. Particulièrement en saison sèche, le soleil peut aussi aggraver le Soumaya réveillé par les aliments. Quand l'enfant reste au soleil et qu'il mange, cela réveille le Soumaya.

Le dimanche dernier, nous sommes allés au marché de Sikasso. J'ai acheté du Achéké avec de la banane plantain frite pour lui. Comme, j'étais au marché et qu'il n'y avait pas d'ombre là-bas, le soleil était très chaud et haut. Cela a chauffé son corps. le soleil l'a tapé d'abord, son corps est devenu chaud et c'est après qu'il a mangé cet aliment pour la première fois, donc, après il a fait la diarrhée et les vomissements. Depuis qu'il a mangé cet aliment, il a commencé à vomir et à faire la diarrhée, j'ai dit que c'est le Soumaya. J'ai acheté de la nivaquine avec les marchands ambulants que je lui ai donnée; la fièvre et la diarrhée avaient baissé. C'est sa première fois de manger cela et le soleil n'a fait qu'aggraver la situation.

6.4.2.3 *L'harmattan*

L'alternance du vent sec et froid (la nuit, en début et en fin de journée) et du soleil très chaud dans la journée durant cette période soulève le Soumaya. Cette période est très réputée comme étant dangereuse pour les enfants. Selon les femmes, tous les enfants tombent malades du Soumaya dans les familles. Et même les adultes ne sont pas épargnés durant cette période.

❶ *Partout où tu passes, tu trouveras une marmite de médicaments sur le feu et un enfant qui grelotte, un autre qui vomit. Cette période arrive juste après la saison des pluies et coïncide avec l'apparition des nouvelles récoltes. C'est pour tout cela qui aggrave la situation. Les enfants tombent comme des mouches.*

❷ *Quand le soleil tape fort dans la journée et qu'après, vers le soir, la nuit et le matin surtout, il y a de la fraîcheur et du vent, cela rend malade de paludisme.*

❸ *C'est après son réveil que j'ai constaté, réellement, l'apparition de son Soumaya. Mais je pense que c'est L'ALTERNANCE DU SOLEIL TRÈS CHAUD ET LE VENT FRAIS DU SOIR. Le soleil est chaud et tape fort le jour et le petit soir, le temps devient frais avec du vent, cela provoque (réveille) le paludisme et on prend froid; parce que actuellement, il n'y a pas de moustiques, ni de fruits ici pour que je dise que ce sont eux.*

❹ *Selon moi, il fait très CHAUD TOUTE LA JOURNÉE ET LE SOIR IL FAIT FRAIS, cela peut être la cause de son Soumaya, parce que actuellement, il n'y a pas de moustiques, ni de fruits. Les enfants jouent sous le soleil la journée; le soir, si tu ne les protèges pas tôt, ils tomberont malades. Ce que je connais, pour le paludisme ce sont : les fruits, la fraîcheur de la pluie et les moustiques. Mais il n'y a pas de moustiques chez ma belle-mère et chez moi présentement. c'est possible qu'on les rencontre dans d'autres chambres, mais chez nous, non! Tu peux aller le constater toi-même, c'est propre et rien ne traîne : pour ça, je n'ai pas honte, je fais le maximum. À vrai dire, il n'y a rien dans cette chambre qui peut amener les moustiques; si tu veux bien, on peut visiter la chambre. En réalité, dans cette chambre, on ne garde ni le restant des nourritures, pas d'eau sale, rien vraiment.*

6.4.2.4 *La pluie*

Autant la pluie peut être à l'origine du Soumaya, autant elle peut le réveiller au cours des saisons sèches et des pluies suivantes, par les mêmes mécanismes. Les femmes pensent aussi que les eaux sales après la pluie aggravent le Soumaya, étant donné que les enfants pataugent dedans.

❶ *Pour nous c'est la pluie. Quand elle te tape, tu attrapes le Soumaya et la pluie l'a tapé, obligatoirement, il serait malade de Soumaya. L'eau fraîche de la pluie qui te tape donne le Soumaya. Quand elle te mouille, le vent frais qui souffle sur le corps, c'est ce qui te rend malade.*

❷ *Cela est dû au fait qu'il refuse de se faire porter sur le dos. Il passe tout son temps à s'amuser en plein air humide et à patauger dans l'eau sous la pluie ce qui a provoqué son Soumaya. S'il s'amuse seul avec l'eau de la pluie, c'est la fraîcheur de cette eau qui monte sur son corps. Par exemple, si tu poses ton pied dans l'eau pendant longtemps, il devient frais et cette fraîcheur monte sur le corps; un jour, il te provoque le Soumaya.*

❸ *Cela est dû à la pluie et au vent frais. S'il pleut et qu'il y ait du vent frais, l'enfant attrape le Soumaya. D'ailleurs, même avec les grandes personnes, si tu es menacé de Soumaya et s'il fait frais, tu attraperas le paludisme. Le Soumaya se trouve dans le ventre et c'est le vent frais de la saison des pluies qui le soulève, selon moi.*

6.4.2.5 *La constipation*

La constipation est souvent citée comme cause ou comme aggravant du Soumaya. Pour les femmes, la constipation est très dangereuse chez un porteur du Soumaya. Elle réveille systématiquement le Soumaya. Dès qu'une personne se plaint de constipation, on la purge. Le paludéen doit éviter la constipation, et certains traitements traditionnels contre le Soumaya visent à donner la diarrhée au malade. À l'opposé, quand le malade paludéen vomit ou a la diarrhée, son pronostic est considéré comme bon. Le malade a alors toutes les chances de se remettre de l'accès, selon les femmes.

6.4.3 *Origines et causes du Soumaya par village et selon le statut socio-économique des mères*

L'analyse montre que ce sont les femmes de Bougoula-Hameau qui ont identifié plusieurs origines du Soumaya. C'est, d'ailleurs, seulement à Bougoula-Hameau que les origines divine et congénitale ont été citées. Comme le montrent les tableaux 3 et 4, si, au premier passage sans épisode du Soumaya, les femmes ont cité plusieurs origines et, en saison des pluies au cours d'une fièvre présumée palustre, elles arrivaient toujours à identifier une origine, tel n'est pas le cas en saison sèche. Durant cette saison, d'abord, peu de femmes ont constaté le Soumaya chez leurs enfants, ensuite, elles leur identifiaient plutôt des causes immédiates déclanchantes de la maladie. C'est durant cette période que les femmes parlent surtout de Dieu.

À Pimpéréna, toutes les autres femmes, excepté la femme scolarisée, n'incriminaient que la pluie comme origine du Soumaya.

Force est de constater qu'il y a une différence entre les deux villages quant aux origines du paludisme. Si, à Pimpéréna, l'origine du paludisme en tout temps tourne autour de la pluie, les femmes de Bougoula-Hameau, par contre, identifient plusieurs origines du Soumaya. C'est à Bougoula-Hameau qu'on a cité les eaux sales, Dieu et l'origine congénitale. Cette richesse en origine selon les femmes de Bougoula-Hameau est certainement attribuable à certains facteurs socio-économiques et environnementaux, dont la scolarisation et la proximité de la ville. Nous discutons de l'influence de ces facteurs dans le chapitre VII.

En ce qui concerne les causes immédiates déclenchantes du Soumaya, elles sont les mêmes dans les deux villages.

6.5 SAISONNALITÉ DU PALUDISME SIMPLE TELLE QUE PERÇUE PAR LES FEMMES

Pour savoir si les femmes discernaient des discriminations étiologiques dans l'apparition de la fièvre palustre qui tient compte de la saison, on a effectué trois passages au cours desquels les femmes ont été interviewées. Le premier passage a été fait en saison sèche et en dehors de tout épisode de fièvre présumée palustre. Le deuxième passage a été fait durant la même saison, mais à la suite d'une déclaration de fièvre considérée palustre par la mère chez son enfant. Le dernier passage a été effectué après une fièvre considérée palustre par la mère chez l'enfant en saison des pluies. Dans les tableaux 3 et 4 se trouvent les résultats des imputations causales selon les saisons sans épisode et devant un épisode de fièvre jugée palustre par les mères. On a aussi cherché à savoir si ces mères faisaient des liens entre la présence des moustiques et les saisons.

6.5.1 *Saisonnalité du paludisme simple*

Comme le montrent les tableaux 3 et 4, la pluie est fréquemment citée par les femmes dans l'apparition du paludisme simple. Elles ont constaté que le tout premier accès du paludisme d'un enfant survient généralement en saison des pluies, mais les épisodes suivants peuvent apparaître à tout moment de l'année. C'est le Soumaya de la saison des pluies qui est réveillé en saison sèche par les aliments, le vent froid et le soleil de l'harmattan. C'est pourquoi, pour tous les cas de Soumaya déclarés pendant la saison sèche, les femmes ne leur ont pas

trouvé des origines mais des causes immédiates (déclenchantes). Elles parlent du réveil du Soumaya à tout moment : « L'enfant est guetté par le Soumaya de façon permanente. »

① *Si la pluie te tape tu as donc reçu de l'eau fraîche et par la suite la chaleur et c'est cette chaleur là qui va se dégager sur ton corps pour provoquer le Soumaya. En termes clairs, si tu es mouillé par la pluie et que tu gardes cette fraîcheur après la pluie vient la saison sèche et c'est cette chaleur qui provoque le Soumaya. On a le Soumaya en saison des pluies. On a aussi le Soumaya en saison sèche qui constitue le restant de la saison des pluies, avec la chaleur.*

② *Son paludisme de la saison des pluies est plus grave, parce qu'il peut avoir une température de 40°C comme je l'ai dit la dernière fois, alors que pendant la saison sèche, ça ne vaut pas du tout 40°C.*

③ *D'après ce que j'ai constaté, c'est pendant l'hivernage, on rencontre beaucoup d'enfants qui ont le Soumaya. S'il sont mouillés par la pluie et après frappé par le soleil, vers le soir, certains enfants commencent à avoir le corps chaud, donc c'est le Soumaya qui arrive. Aussi, le Soumaya est grave en début de la saison des pluies et au moment des grands vents. Je pense que c'est dû au vent frais de la saison sèche et la pluie en saison des pluies. Si tu es la femme d'un paysan, si tu ne vas pas au champ, comment vous allez manger? Donc au champ et sur le chemin de retour du champ, s'il pleut l'enfant est avec toi, sur ton dos et il a froid; c'est pour cela que moi je dis que ça aggrave le Soumaya. Sinon, si le vent frais souffle sur le corps de l'enfant, il tombe malade.*

④ *Pendant l'hivernage, ils ont le Soumaya régulièrement parce qu'il pleut, il fait froid et pendant la saison sèche c'est le soleil. Pendant l'hivernage, si l'enfant joue sous la pluie, il vomit à tout moment et c'est le Soumaya; et pendant la saison sèche, le vent frais et le soleil réveille le Soumaya.*

Cependant, bien que les femmes croient que le Soumaya peut se réveiller en saison sèche, elles reconnaissent que le paludisme est plus fréquent et plus grave en saison des pluies. Elles ont aussi constaté que le Soumaya est moins fréquent et moins sévère en saison sèche. La saison sèche est la période de repos de la maladie pour les enfants. À Bougoula-Hameau, bien que les femmes pensent que le paludisme existe en saison sèche, plus de la moitié des femmes n'ont pas constaté des épisodes du paludisme chez leurs enfants en saison sèche.

SELON VOUS, QUAND EST-CE QUE LE PALUDISME EST SÉVÈRE, À QUEL MOMENT?

Pendant l'hivernage quand la pluie te tape, tu commences à trembler, on sait que c'est le paludisme qui commence. Une période est plus sévère que l'autre. La période des pluies est plus sévère. C'est le paludisme de l'hivernage qui est plus méchant.

TU DIS AUSSI LA FIN DU FROID ET LE DÉBUT DE LA CHALEUR, MAIS CES PÉRIODES SONT DE LA SAISON SÈCHE; ALORS, QU'EST-CE QUE CETTE SAISON CONTIENT QUI PROVOQUE LE PALUDISME?

Nous pouvons l'avoir, le prendre (être contaminé) dans l'eau que nous buvons, parce que nous ne prenons pas soin de l'eau que nous buvons, cela peut provoquer le Soumaya.

Y A-T-IL AUTRE CHOSE ENCORE EN SAISON SÈCHE?

① *Oui, le soleil : lui quand il tape fort, il réveille le Soumaya. En définitive, il y a plusieurs causes du paludisme : pendant l'hivernage, il y a beaucoup d'humidité et de fraîcheur causées par la pluie, il y a aussi les aliments sucrés et les fruits et les moustiques. En saison sèche l'eau que buvons qui n'est pas propre aussi, quand le soleil te tape fort, tout cela peut provoquer le paludisme.*

② *Je précise que mes enfants tombent rarement malades en saison sèche. Cette saison est différente de la saison des pluies. La chaleur est intense, l'enfant tombe rarement malade du Soumaya. C'est pendant la saison sèche que l'enfant se repose un peu du Soumaya. Pendant la saison sèche, il peut avoir mal à la tête, il a le corps chaud de temps en temps, pas plus. Même s'il a le Soumaya en saison sèche mais en ce moment, il ne se couche pas beaucoup. L'enfant me dit qu'il est malade mais il n'est jamais couché.*

Le début et la fin de la saison des pluies sont particulièrement reconnus comme étant les périodes du Soumaya. Tout peut réveiller le paludisme durant ces deux périodes. Ainsi, même les aliments habituellement consommés peuvent réveiller le Soumaya durant cette période. En début et en fin de saison des pluies, le Soumaya est très fréquent et très grave. Selon les femmes, les enfants sortent d'un épisode pour entrer dans un autre, et au moment où un des enfants sort d'un épisode, c'est un autre qui se couche ou alors tous tombent malades au même moment.

POUR VOUS QUELLE EST LA PÉRIODE PENDANT LAQUELLE LE PALUDISME EST FRÉQUENT?

Le paludisme est fréquent quand le froid s'en va et que la chaleur s'annonce en fin de l'hivernage. Quand le froid de la saison des pluies s'en va, c'est le moment où les enfants mangent les arachides fraîches et les fruits frais, le soleil est très chaud avec la chaleur, nous disons que cela provoque le paludisme. En définitive, les causes du Soumaya selon les périodes sont le :

- froid de la fin de la saison des pluies à cause des vents froids et de la pluie;*
- début de la saison des pluies : le moment où les enfants mangent les arachides fraîches et les fruits frais qui réveillent (soulèvent) le paludisme;*
- le soleil est très chaud avec la chaleur après la pluie, nous disons que cela provoque le paludisme;*

De toutes les façons, le paludisme ne finit jamais.

SELON VOUS, LE FROID S'EN VA, LA CHALEUR S'AMÈNE OU LA FIN DE L'HIVERNAGE, LE PALUDISME EST FRÉQUENT, MÉCHANT. MAIS, PENDANT LAQUELLE DES DEUX PÉRIODES CHEZ TES ENFANTS LE PALUDISME EST PLUS MÉCHANT?

❶ *Les deux périodes sont presque les mêmes, mais le moment où les enfants mangent les arachides fraîches, les fruits frais et les nouvelles récoltes (en début et à la fin de saison des pluies) est la période la plus sévère. Elle est très dure pour eux. Les enfants mangent tout ce qu'ils trouvent sous la main, pour nous c'est ce qui fait que le paludisme est fréquent à cette période. Vraiment la PERIODE DES FRUITS EST TRES DURE pour les enfants.*

❷ *Les enfants sont souvent tous couchés en fin de la saison des pluies, j'attribue cela aussi aux travaux effectués pendant la saison des pluies. Ils font trop de travaux durs sous la pluie, alors qu'en saison sèche, ils vont à l'école. En saison sèche, ils ne travaillent pas bien, parce que c'est l'école, et en saison des pluies, ils vont aux champs, conclusion, en fin de saison des pluies, les fatigues accumulées avec le froid dans leurs corps est la cause de leur paludisme. En définitive, le paludisme existe à tout moment. Le paludisme ne finit pas. Avant, on disait que le paludisme était fréquent en hivernage, maintenant c'est à tout moment.*

MAINTENANT, PEUX-TU ME DIRE UN PEU POUR LE SOUMAYA EN SAISON SÈCHE? PARCE QU'EN SAISON SÈCHE IL N'Y A PAS DE PLUIE.

❸ *Oui on a aussi le Soumaya en saison sèche qui constitue le restant de la saison des pluies. C'est la chaleur qui le provoque. Exemple: si tu sors sous ce chaud soleil quelques jours après tu vas réveiller le Soumaya, parce que pendant la saison des pluies, tu conserves le Soumaya et il se déclenche en saison sèche avec apparition des vomissements de la couleur du jaune d'oeuf.*

6.5.2 Saisonnalité de la présence des moustiques

Toutes les femmes, sans exception, ont remarqué que les moustiques sont plus fréquents et très nombreux en saison des pluies. Les moustiques sont très nombreux quand les *semences commencent à pousser*, quand on *commence les récoltes* et quand *il ne pleut pas tous les jours*. Ils sont aussi nombreux sur les ordures mouillées et sur les flaques d'eau. Aux questions concernant quand et où les moustiques sont plus nombreux et pourquoi, les réponses sont principalement les suivantes :

❶ *Les moustiques sont nombreux pendant l'hivernage. Je peux dire qu'ils sont très nombreux quand les semences poussent. On les rencontre nuits et jours partout, même dans les champs. J'ai remarqué aussi que vers la période où les enfants mangent les premières récoltes, période à laquelle il pleut moins, il y a beaucoup de moustiques. Mais, je ne peux pas dire comme vous pourquoi cela. Il y a d'autres qui disent les ordures, la pluie, mais moi, je ne connais pas. En réalité, je ne peux que dire ce que j'ai constaté; mais*

s'il y a assez de moustiques chez toi, cela veut dire que c'est sale. Les moustiques viennent pour l'eau sale et les lieux sales, les feuilles d'arbres et les semences.

② *Le jour où il pleut on ne voit pas assez de moustiques, mais le jour où il ne pleut pas on dirait des mouches ou des abeilles dans la chambre tellement qu'ils sont nombreux.*

③ *Les moustiques viennent pour les ordures, les eaux sales, les lieux sales, les feuilles d'arbres et les semences. Ce sont les ordures qui sont derrière les maisons et les trous d'ordures qui les rendent nombreux. Ils emmerdent beaucoup pendant l'hivernage. En réalité s'il y a assez de moustiques chez toi, cela veut dire que c'est sale.*

④ *Les moustiques sortent pour aller boire les eaux sales, ensuite ils viennent dans la chambre pour chanter à nos oreilles. On ne sait pas d'où ils viennent.*

En saison sèche, les femmes ont constaté qu'il n'y a pas ou peu de moustiques. Ils sont moins nombreux, surtout quand commence le froid, et disparaissent durant toute la période très chaude. Elles pensent que les moustiques disparaissent parce que les ordures sèchent et qu'ils n'ont plus d'endroit où se poser.

J'ai dit la saison des pluies parce que pendant cette période, il y a beaucoup de moustiques, et s'il y a beaucoup de moustiques le paludisme s'attrape facilement. Pendant la saison sèche il n'y a pas de pluie et il y a moins de moustiques. Aussi, les ordures sont sèches, donc ils n'ont pas où se poser pour ensuite attendre les personnes. Pour moi, quand les enfants se promènent dans les eaux sales, les moustiques les piquent ou quand tu balaies et que tu ne ramasses pas les ordures, les moustiques se trouvent là et les piquent; cela donne le paludisme.

6.5.3 Saisonnalité des origines et des causes du Soumaya

Comme le montrent les tableaux 3 et 4, au cours du premier passage, sans épisode du Soumaya chez les enfants, les femmes ont cité toutes les origines et les causes du Soumaya qu'elles connaissaient. On retrouvait, comme origines, la pluie et ses eaux sales, les moustiques, Dieu et l'origine congénitale. Les causes étaient surtout constituées des aliments, du soleil, de la pluie, du vent, etc. En saison des pluies, pour toutes les femmes, l'origine du paludisme était d'abord la pluie et les éléments qui lui sont reliés, même parmi celles qui ont parlé de Dieu et de l'origine congénitale. Ces origines étaient en sus de la pluie. Les causes aussi dérivait souvent des conséquences de la pluie, y compris certains aliments cultivés au cours de cette saison.

En saison sèche, devant quelques épisodes déclarés de fièvre présumée palustre, les femmes ont surtout identifié des causes ayant réveillé un Soumaya qui était déjà là. Seulement trois femmes ont identifié une origine au paludisme de leurs enfants. Deux, parmi elles, ont parlé de Dieu, et la troisième considère que c'est un paludisme congénital. C'est souvent quand les femmes sont devant une situation à laquelle elles ne trouvent pas de circonstances plausibles qu'elles se rapportent à la volonté divine. Quant à l'origine congénitale, on voit bien qu'en saison sèche, il s'agit d'une rechute de la maladie qui est là depuis longtemps.

6.6 COMPORTEMENTS DE SOINS

Les cas de paludisme simple sont ordinairement gérés à domicile. Les femmes ne font pas appel aux guérisseurs ou aux féticheurs, mais s'adressent aux chefs du ménage. Les chefs de famille sont les pourvoyeurs de médicaments pour soigner le Soumaya. Quelques rares fois, l'enfant peut être conduit chez un guérisseur ou au service de soins moderne. Le chef de famille est celui qui décide de ce qu'il faut faire. Il peut décider de soigner l'enfant soit :

- en allant lui-même chercher les médicaments traditionnels en brousse pour les remettre aux femmes en leur indiquant le mode d'emploi;
- en achetant directement des médicaments modernes auprès de vendeurs ambulants et du personnel de santé, sans que l'enfant ne soit examiné par ces derniers;
- en conduisant l'enfant, sur le dos de sa mère (ou de la femme responsable des enfants), au poste ou au centre de santé quand il en juge la nécessité (quand il suspecte autre chose en plus du Soumaya);
- en demandant à un de ses subordonnés de conduire l'enfant chez le guérisseur ou au centre de santé, souvent sans la mère (là aussi, si le chef croit à l'association du Soumaya à une autre pathologie),
- en donnant de l'argent aux femmes pour payer les médicaments modernes et en leur donnant ceux-ci.

Les recettes traditionnelles sont le plus souvent utilisées, associées, très souvent, à quelques comprimés de nivaquine et de paracétamol (de toutes origines, sous toutes formes de nom) et même à des antibiotiques (Konbléni).

6.6.1 *Traitement traditionnel*

Les recettes traditionnelles sont très utilisées. Elles sont très variées et comprennent des feuilles, des écorces ou des racines de plantes amères, mais aussi la cendre du bois de chauffe. Le premier recours devant une fièvre annonciatrice de Soumaya est souvent le

traitement traditionnel, seul ou en association avec la nivaquine. Le chef de famille ou le mari ramène les médicaments de la brousse, que les femmes font bouillir pour faire boire l'enfant malade et le laver avec. Une autre recette très populaire à Pimpéréna est la cendre. Plusieurs femmes l'utilisent dans le traitement du paludisme.

QU'EST-CE QUE VOUS LUI AVEZ DONNÉ COMME TRAITEMENT?

❶ *J'utilise les médicaments traditionnels. Je ne donne rien d'autre que « Togorotogoro ». De toutes les façons, c'est le vieux qui amène les médicaments que je lui donne.*

❷ *J'utilise les médicaments traditionnels, rien d'autre que les médicaments traditionnels que le vieux me dit de faire. Je prends la cendre que je fais bouillir dans l'eau, après refroidissement, je donne cette eau à boire à l'enfant et il se lave avec. Je fais cela, par ce que, quand il aura bu cela et se laver avec il se rétablira. C'est le même traitement que je fais tout le temps, pendant la saison sèche et la saison des pluies. Et si je le fais, le Soumaya s'en va généralement. Je ne mélange rien d'autre avec la cendre.*

MAIS, ÇA C'EST DE LA POTASSE. EST-CE QUE CELA NE REND PAS MALADE?

Non. C'est efficace. Parfois, le grand frère de mon mari qui est là, va chercher les feuilles en brousse pour que je lave les enfants avec, après avoir fini avec la cendre.

❸ *Comme je lui avais donné le comprimé de nivaquine, elle n'allait pas mieux, j'ai fait bouillir les feuilles de « touroubora » que je lui ai donné à boire et puis le laver avec. Dès que je lui ai donné le médicament traditionnel, après elle a fait la diarrhée et ça allait mieux. Le tout aussi selon les directives de ma belle-mère et de mon mari.*

POURQUOI TU LUI AS DONNÉ CES DEUX MÉDICAMENTS?

Pour qu'il guérisse . Tu sais, ça ne s'est pas passé en un seul jour. Quand on est dépassé par les signes de la maladie, on mélange les médicaments. Et puis, il y a le père et la grand-mère.

Durant toute la période de recherche sur le terrain, seule une femme de Bougoula-Hameau a consulté un féticheur (qui se trouve être son beau-frère) pour le Soumaya de ses enfants. Ceci est dû au fait que ses enfants sont souvent dans la famille du féticheur, vivant juste derrière leur concession. Par ailleurs, son mari est souvent absent du village, et c'est le vieux féticheur qui surveille la famille. Sinon, le Soumaya est considéré comme un problème que tout chef de famille est censé connaître et résoudre dans la concession, sans avoir besoin de recours.

6.6.2 *Traitement moderne*

Le traitement moderne est fait, le plus souvent, à partir de comprimés de chloroquine et d'antipyrétiques. Ces médicaments sont fournis soit au centre ou au poste de santé, soit directement par les vendeurs dans leur boutique, soit par des marchands ambulants.

6.6.2.1 *Fréquentation des structures de santé modernes*

Le centre de santé est très rarement fréquenté par les mères et les enfants malades du Soumaya. Le service de santé n'est généralement pas un recours pour le paludisme simple, aussi bien pour les adultes que pour les enfants. Il est fréquenté quand le cas est considéré comme grave ou pour se procurer des médicaments, et c'est généralement le chef de famille ou son envoyé qui amène l'enfant malade au centre de santé, avec ou sans la mère. C'est ainsi que, devant questions concernant la fréquentation du service de santé, les réponses suivantes sont données :

POURQUOI TU L'AS AMENE AU CENTRE DE SANTE CETTE FOIS-CI?

① *Je l'ai amené au centre de santé pour acheter des médicaments.*

② *Mon mari a demandé à son frère de l'amener au dispensaire pour qu'il puisse payer les médicaments au lieu d'aller jusqu'à Sikasso pour juste acheter des médicaments. Donc c'est celui-ci seulement qui conduit les enfants au dispensaire. Dès que l'enfant atteint un an, le vieux désigne un de ses frères pour les problèmes de l'hôpital. Nous, nous ne partons que rarement avec les enfants là-bas. C'est son messenger qui m'a expliqué ce que l'autre a dit de faire.*

6.6.2.2 *Les raisons de la non-fréquentation des structures de santé par les femmes*

Les femmes ont évoqué plusieurs motifs de leur non-fréquentation du centre de santé. La raison fondamentale tourne autour de la perception qu'ont les familles du Soumaya. Le Soumaya est perçu comme une maladie courante et banale qui peut se traiter à la maison. Ce n'est que quand il s'aggrave qu'il faut recourir à une aide extérieure, dont le service de santé. La deuxième raison, non moins importante, serait liée au pôle de prise de décision (chef de famille), surtout que les soins au centre de santé ne sont pas gratuits. C'est le chef de famille qui décide d'envoyer l'enfant au centre de santé et c'est aussi lui qui possède l'argent pour payer la consultation et les médicaments. Les autres causes de la non-fréquentation du centre sont d'ordre des relations interpersonnelles ou d'excès de confiance en soi. Il a été répertorié certaines raisons évoquées par les mères, dont voici quelques illustrations :

❶ *Comme je lui ai donné le médicament traditionnel et qu'il allait mieux, c'est pourquoi je ne l'ai pas amené au centre de santé. Mais si cela dépassait ce stade, les infirmiers nous auraient vus.*

❷ *Non, ce n'est pas parce que nous n'avons pas confiance au personnel du centre. C'est parce qu'ils ne sont pas très malades jusqu'à ce point. Pour nous, cela ne valait pas la peine d'aller à l'infirmierie.*

❸ *Mais, si cela s'aggravait, je l'aurais amené au centre de santé; j'ai vu qu'il était possible de le traiter ici à la maison. Chez nous, il y a des maladies précises pour lesquelles il faut l'amener au centre. Je dit cela parce que si nos hommes ne te voient pas mourir, ils disent que ça peut se guérir.*

❹ *Ici, on n'amène pas toutes les maladies au dispensaire. Si on cherche à amener un malade au dispensaire c'est qu'il est très malade.*

❺ *Parce qu'il n'était plus couché. S'il l'était, je l'aurais amené. Il n'était pas gravement malade. Comme je lui ai déjà donné de l'aspirine et c'était déjà passé. Mais quand l'enfant reste au lit pendant deux jours, il faut que tu te promènes pour trouver quelqu'un qui t'aide. Aussi, pour ce qui s'est passé, tu peux rester avec l'enfant à la maison; sinon, il ne faut pas aller à l'infirmierie pour n'importe quoi, surtout si le médicament qu'on lui a donné l'a guéri. Il s'amusait déjà. Quelqu'un qui s'amuse déjà ne peut pas aller au dispensaire, sinon, que diras-tu si on le voit s'amuser. Il faut aller là, quand le Soumaya devient réellement grave.*

❻ *Parce que la maladie n'a pas duré. Si elle était restée malade plus longtemps, je l'aurais amenée au dispensaire. Pour moi ça ne valait pas le coup d'aller au centre de santé. EH! parce que chez nous si tu soignes l'enfant dès le début de sa maladie et qu'il y a amélioration, on ne l'amène plus au dispensaire. D'autre part, si c'est le Soumaya et que la nivaquine est inefficace, on l'amène au centre de santé.*

SELON TOI, L'INFIRMERIE EST LÀ POURQUOI ALORS?

Quand c'est compliqué tu peux aller à l'infirmierie. Mais un simple Soumaya avec corps chaud! Tu peux lui donner des comprimés et ça passe. Selon moi, ce n'était pas une maladie. Bien sûr que le corps était chaud, mais cela est différent des autres corps chauds. Si la fièvre n'est pas intense, je ne l'amène pas au centre de santé, parce que si je l'amène au centre tout le temps ce n'est pas bon. Avec un peu de comprimés que tu lui donnes dans des cas comme ça, c'est fini, pourquoi perdre du temps et déranger les autres.

ÇA NE VALAIT PAS LE COUP D'ALLER À L'INFIRMERIE, MAIS VOUS ÊTES ALLÉE VOIR LE GUÉRISSEUR?

Ce n'est pas la même chose. C'est plus cher à l'infirmierie que chez le guérisseur. Si tu pars à l'infirmierie et qu'on te demande une certaine somme tu ne peux pas payer alors que chez le guérisseur tu ne paies rien.

VOUS NE L'AVEZ PAS AMENÉE AU CENTRE PARCE QUE VOUS LUI AVEZ DONNÉ LES MÉDICAMENTS TRADITIONNELS. ET POURTANT VOUS VOYEZ QU'ELLE NE GUÉRIT

PAS; N'EST-CE PAS? OU BIEN PENSEZ-VOUS QU'IL N'Y A PAS DE BONS MÉDICAMENTS CONTRE LE PALUDISME À L'INFIRMERIE?

Il y en a, mais je ne suis pas allée là-bas d'abord. Je crois que tu comprends, comme tu connais nos situations, toi aussi étant une femme mariée.

a) Le chef de famille n'a pas ordonné d'y aller. Quand le chef de famille ne dit pas à la mère d'amener l'enfant au centre de santé, elle ne peut pas le faire. Dans le cas contraire, elle se verrait punie et parfois même renvoyée de la concession pour sa non-soumission à l'autorité familiale.

VOUS DITES QUE VOTRE ENFANT SOUFFRE DU PALUDISME, COMMENT VOUS L'AVEZ TRAITÉ?

Quand tu dis à ton mari que l'enfant est malade, il va chercher de la nivaquine, si cela ne le guérit, on va chez les médicaments traditionnels.

POURQUOI TU NE L'AS PAS AMENÉ AU CENTRE DE SANTÉ?

① *Ce n'est pas moi qui dois le faire, c'est son père; parce qu'il m'a donné le médicament et il n'a plus parlé de centre, ce n'est pas moi qui vais le dire. Si tu n'as pas de l'argent, tu ne peux pas aller au centre. Eunh! Toi, tu dis des choses extraordinaires; comment veux-tu que la femme amène son enfant sans le lui dire? Maintenant, supposons que tu amènes ton enfant en traitement sans avertir ton mari et s'il arrive quelque chose! tu n'auras pas raison.*

② *Nous n'amènerons pas nos enfants au dispensaire. Si nous amenons un enfant au dispensaire, c'est que, c'est le vieux qui l'a ordonné, nous ne le faisons jamais de nous-mêmes. Je n'ose pas aller là-bas sans le prévenir, parce que si on donne une ordonnance que le chef de famille ne peut payer. Ah! c'est grave. C'est lui qui banque ou qui cherche le médicament de l'enfant. Dans ces conditions, c'est comme si tu veux montrer sa situation et le faire honnir.*

③ *Non, je ne peux pas l'amener comme ça, parce que si tu amènes l'enfant toi-même en traitement, sans ce que se soit lui qui ait ordonné et qu'on te demande quelque chose ou qu'il arrive quelque chose à l'enfant, tu dois lui en parler, il peut dire non, parce qu'il t'a pas dit d'amener l'enfant en traitement. Et ça, tu auras provoqué les histoires que partout ils diront que tu as tort. Ça c'est plus que grave pour la femme. Ce sont les hommes qui m'ont amenée pour faire mon accouchement au centre de santé, et pour l'enfant aussi, c'est la même chose. C'est lui qui ne l'a pas amené. Ici, tout ce que la femme fait, c'est l'homme qui le décide.*

④ *Si je lui en parle, s'il me trouve ses médicaments, c'est bien, dans le cas contraire, je sors pour aller en chercher; ça je pourrais lui en parler. Si tu lui parlais et qu'il ne fasse rien, tu peux aller; mais si tu ne lui dis rien et qu'après, il y a quelque chose, il va dire que tu l'a amené sans rien lui dire,*

et en ce moment tu auras tort. Vraiment chez nous, quand un enfant est malade, nous le disons à nos maris qui nous disent d'apporter l'enfant à l'infirmier, s'il a les moyens, dans le cas contraire, il va chercher des feuilles lui-même avec lesquelles tu laveras l'enfant.

b) Le personnel peut déposer les médicaments à domicile. À cause du statut social de certaines personnes ou des liens de familiarité qui existent entre les villageois et le personnel de santé, ce dernier fournit ses services même dans les petites ruelles et se fait un devoir de déposer les médicaments au domicile de ses clients.

Quand mon mari a su que l'enfant est malade, il m'a dit de le dire à Adama (du poste de santé). Heureusement, j'ai vu Adama juste quand je suis sortie, je lui ai dit que mon enfant est malade et que mon mari m'a chargée de le lui dire pour qu'il trouve des médicaments. Il est parti au dispensaire et quelque temps après il a apporté. Mais, il s'est trouvé que lui aussi avait dit à Adama le matin avant moi, quand il allait en brousse. Adama est le neveu de mon mari. Donc quand celui-ci lui dit quelque chose, il le fait.

c) Les problèmes avec le personnel de santé. Les femmes sont parfois frustrées par l'accueil que leur réserve le personnel. Il y a des femmes qui ont rapporté être mal reçues et parfois insultées par le personnel, leur disant qu'elles sont sales, mal habillées et que c'est ce qui est à l'origine de leur maladie et celle de leurs enfants.

POURQUOI TU NE L'AS PAS AMENÉ AU DISPENSAIRE?

Je vais rarement au dispensaire, j'ai fait des histoires avec la matrone et depuis je n'y vais plus. Une fois, il y avait une équipe de médecins qui étaient venus ici. Mon enfant avait été très malade même si tu le prenais, tu pouvais le savoir. Le blanc a vu l'enfant, m'a dit de l'amener au centre. Quand je suis allée, la matrone d'ici a crié sur moi et m'a demandé de payer de l'argent, pour les traitements, je lui ai dit que j'habitais tout près, que cela n'était pas un problème. Elle a continué à le faire. Et depuis, je ne pars plus au dispensaire. Si mon enfant est malade, si je connais le médicament, je l'achète, sinon, je vais rarement là-bas. Je dirais même que depuis cette histoire, je ne suis pas allée là-bas.

d) La longueur des ordonnances et la quantité des médicaments. Les femmes considèrent qu'au service de santé, le personnel fait trop de prescriptions. Ce qui rend le traitement cher, et il est difficile au chef de famille d'honorer les ordonnances, alors que le vendeur ambulancier peut vendre un même comprimé ou donner le même médicament à crédit payable par tranche.

TU PEUX NOUS DIRE POURQUOI TU N'ES PAS ALLÉE AU DISPENSAIRE?

Quand on a la poche trouée, on ne peut pas aller au dispensaire et acheter des médicaments.

CE QUE TU AS EU AVEC LE VENDEUR N'ÉTAIT PAS UN CADEAU, TU L'AS ACHETÉ

Deux comprimés et plusieurs comprimés! leurs prix ne sont pas les mêmes.

COMMENT SAIS-TU QUE LE DOCTEUR VA PRESCRIRE PLUSIEURS COMPRIMÉS?

Il va l'écrire parce qu'il sait que l'enfant est malade; et s'il écrit beaucoup alors que le vieux n'arrive pas à trouver l'argent, comment tu vas faire? C'est ainsi que le vendeur était de passage, le vieux l'a appelé pour acheter deux comprimés.

TU N'ES PAS ALLÉE AU CENTRE PARCE QU'IL N'Y AVAIT PAS D'ARGENT?

Oui! parce que l'hivernage est un moment très difficile, aucune culture n'est arrivée à maturité.

e) La présence des vendeurs ambulants. Ils passent de porte en porte et vendent selon la bourse des clients. Ils font même des prêts et des dons de médicaments, dépendant du degré de leur familiarité avec les villageois. Parfois, si le chef de famille doit s'absenter pour longtemps, il donne la latitude à la femme de prendre directement les médicaments avec ces marchands et il les rembourse à son retour. Aussi, il existe une certaine complicité entre les femmes et eux, qui fait que, quand elles ont de l'argent, elles payent des comprimés de nivaquine et paracétamol en cachette pour leurs enfants. C'est surtout les femmes qui ne sont pas proches du chef de famille qui le font, parce que souvent leurs enfants sont laissés pour compte.

COMMENT AS-TU TRAITÉ L'ENFANT?

Cette fois-ci je ne l'ai pas amené en consultation. J'ai seulement acheté des comprimés que je lui ai donnés.

Y A-T-IL DES LIEUX OÙ ON VEND DES COMPRIMÉS? Y A-T-IL UNE PHARMACIE ICI?

Non. le vendeur qui m'a vendu les comprimés n'est pas dans le village, il était de passage. Il se connaît avec le vieux et souvent, donc il passe pour saluer. Et s'il se trouve que quelqu'un est malade, il paye quelques comprimés ou de la pommade pour massages avec lui. Il est très gentil, parce que il lui donne parfois gratuit.

f) Le niveau de scolarisation. Le fait que certaines femmes soient instruites joue parfois en défaveur de la fréquentation du centre de santé pour paludisme simple, parce qu'elles considèrent connaître ce qu'il faut faire. La femme de l'infirmier fait de l'automédication

d'abord avant de s'y référer, malgré son niveau d'instruction et son statut d'épouse d'un personnel de santé. La femme de l'enseignant, elle aussi, fait le traitement test à la nivaquine avant de consulter l'infirmier.

Si elle était restée malade plus longtemps, je l'aurai amenée au dispensaire. Pour moi ça ne valait pas le coup d'aller au centre de santé surtout que j'avais su que c'est le paludisme et mon mari aussi m'a dit de donner cela dès que c'est le paludisme.

6.6.2.3 L'utilisation de médicaments modernes

Si, pour les raisons plus haut citées, les structures de santé sont peu fréquentées pour le Soumaya, par contre les médicaments modernes sous forme de comprimés sont souvent utilisés par les femmes. La chloroquine, les antipyrétiques et antibiotiques sous toutes sortes de noms et de toutes origines (parfois douteuses) sont disponibles auprès de plusieurs vendeurs ambulants ou installés dans les villages. Ils sont utilisés en même temps que les médicaments traditionnels.

La nivaquine est pratiquement connue par toutes les femmes et utilisée pour tout : au début de la maladie, comme traitement test par les unes ou comme complément du traitement traditionnel par les autres. Parfois certaines familles l'utilisent quand le traitement traditionnel échoue. Voici quelques propos rapportés :

La fois dernière, je vous avais dit que c'était pas du paludisme, mais après vous, il ne s'est pas du tout senti mieux. Il n'a pas encore vomit, mais moi j'ai pensé que c'était du paludisme. Nous avons alors cherché de la nivaquine que je lui ai donné et il s'est tout de suite senti mieux.

La nivaquine est utilisée parce que reconnue comme médicament contre le paludisme :

❶ *J'ai pensé au Soumaya, c'est pourquoi je lui ai donné la nivaquine, si c'était une autre maladie, je ne lui aurai pas donné la nivaquine. La nivaquine ne guérit pas une autre maladie. Bien avant aujourd'hui, nous disons que la nivaquine est un médicament contre le paludisme. Nous avons l'habitude d'acheter la nivaquine même avant que l'infirmerie ne soit là.*

❷ *Vous-même, vous avez dit que la nivaquine est le médicament contre le paludisme. Je la mélange avec de l'aspirine. Quand l'enfant attrape le paludisme, si tu le traites à la nivaquine en vain, là tu cherches à faire autre chose. Elle peut traiter pour certaines maladies mais pour d'autres non. Il y a plusieurs sortes de paludismes, Il y a le grand paludisme que la nivaquine ne peut pas traiter. Quand tu as le grand paludisme, tu as mal aux os. La nivaquine ne peut pas traiter ce paludisme. Mais quand le malade vomit avec le paludisme la nivaquine peut traiter cela.*

③ *Après la nivaquine nous cherchons des feuilles et nous les lavons avec ces feuilles bouillies. Ici, nous pensons que c'est la nivaquine qui reste le médicament contre le paludisme.*

④ *S'il tombe malade, avant d'en arriver à l'injection, je lui donne du sirop de nivaquine à raison d'une cuillerée le matin et une le soir; s'il commence à vomir, je me dis que la nivaquine n'a servi à rien, je demande maintenant à lui faire une injection. Comme mon mari est de la santé, si je lui en parle, lui comme il n'aime pas les injections, je lui dis d'abord que j'ai procédé à la nivaquine sirop et que cela n'a rien changé au mal et que je voudrais qu'il fasse une injection.*

La nivaquine est utilisée parce qu'elle est une *pratique d'utilisation et d'acquisition facile*. Selon les femmes, on fournit moins d'effort pour l'acquérir auprès des vendeurs ou du personnel de santé, et son administration ne demande pas d'efforts supplémentaires. La mère ne perd pas de temps à attendre que le chef de famille aille chercher le médicament en brousse pour ensuite chercher le bois et l'eau, préparer le feu, le faire bouillir avant de donner à boire à l'enfant et enfin de le laver. Alors que la nivaquine est pratiquement livrée à domicile et parfois même à crédit, surtout en saison des pluies, quand on sait que le temps et les ressources matérielles sont des denrées rares.

J'ai préféré lui donner la nivaquine parce qu'il y a moins d'effort à fournir; l'autre médicament doit être bouilli, j'ai préféré acheter de la nivaquine, j'étais pressée. Tu sais que souvent on a trop de travail, c'est pour cela que j'ai pris la décision moi-même pour la nivaquine quand le vieux a proposé de voir ce que je peux trouver avec ça. Lui n'avait pas de temps parce qu'il partait pour le champ et comme il m'a donné l'argent, j'ai été chez le boutiquier pour payer les deux comprimés. Actuellement il n'y a pas de temps à perdre, la pluie est là chaque jour et il faut finir de semer son champ.

La nivaquine est aussi utilisée à titre préventif par certaines femmes, surtout les femmes scolarisées.

Qu'il soit malade ou pas, je lui donne de la nivaquine.

TU PARLES ALORS DONC DE PRÉVENTION COMME ÇA? MAIS. EST-CE QUE TU FAIS LES TRAITEMENTS DE LA MÊME MANIÈRE EN SAISON SÈCHE ET EN SAISON DES PLUIES?

Comme je n'ai pas fait des études en santé, j'applique mes connaissances acquises à l'école pour les traiter. Si c'est la saison sèche, je lui donne un comprimé de nivaquine le matin et un autre le soir; mais en saison des pluies je donne un comprimé matin, midi et soir et de l'aspirine.

Le paracétamol et l'acide acétyl salicylique (aspirine), sous toutes les formes et de toutes origines, sont utilisés dans les villages. Les pourvoyeurs de ces médicaments sont surtout les vendeurs ambulants qui, eux-mêmes, s'approvisionnent auprès des commerçants du Nigéria. Toutes les femmes utilisent le DAGA (paracétamol en provenance du Nigéria) pour toutes les douleurs. Selon elles, ce produit est puissant contre les maux de tête et les douleurs articulaires chez tout le monde, et dès que l'enfant le prend, il se calme tout de suite, il ne pleure plus, il recommence à jouer. « C'est le produit fétiche dans les villages. »

L'aspirine, appelée communément *aspirini* par les femmes, est aussi bonne pour la fièvre. Quand il y a corps chaud, l'aspirine peut l'arrêter.

Je lui donne le sirop de nivaquine pour que le paludisme ne parte pas loin, mais il y a aussi le corps chaud. Je lutte contre la fièvre en donnant des aspirines. Mais comme le paludisme est plus sévère pendant la saison des pluies, donc, j'augmente un peu plus les doses en cette période.

Il a été constaté qu'il y avait une certaine confusion entre le paracétamol (forme DCI) et l'aspirine (forme DCI). Les femmes les appellent indifféremment ou « aspirini » ou « paracétamol ». C'est seulement quand elles montrent les contenants des produits que l'on réussit à les discriminer. Aussi, une majorité des familles donnent le paracétamol ou l'aspirine à la place de la nivaquine en pensant guérir le Soumaya parce qu'elles ont constaté que ces produits arrêtent la fièvre. Cependant, elles ont constaté que ces produits n'arrêtent que temporairement la maladie.

Je lui ai donné un comprimé de paracétamol le matin et un autre le soir. Mais seulement, j'ai constaté qu'après la prise du comprimé son corps se refroidit; mais quelque temps après, son corps est redevenu chaud encore.

SON MÉDICAMENT, C'EST ALORS LE PARACÉTAMOL?

Ah!, c'est ce que je lui donne d'habitude.

LE PARACÉTAMOL GUÉRIT-IL SA MALADIE?

Ah!, ça calme et ça reprend.

MAIS POURQUOI TU CONTINUES À LUI DONNER LES MÊMES MÉDICAMENTS, TU NE PEUX PAS LUI DONNER D'AUTRES MÉDICAMENTS? IL Y A LE CENTRE DE SANTÉ DE BOUGOULA À CÔTE DE TOI AUSSI?

Je ne connais pas d'autres médicaments, parce que c'est pas moi qui décide de cela. Concernant le centre, oui, je connais qu'il y a le centre à côté, mais, parce que son père n'a pas donné l'ordre, je ne peux pas l'amener. C'est lui qui vend aussi les médicaments et c'est lui qui décide de quel médicament son enfant va prendre.

SON PÈRE EST -IL AU COURANT DE L'ÉVOLUTION DE SA MALADIE?

Oui, il est bien au courant, c'est lui-même qui donne les comprimés tous les jours.

DONC TOUS LES JOURS TU DONNES UN COMPRIMÉ?

Ah!, s'il se couche le soir, je lui donne un comprimé aussi, donc je lui donne un le matin et un le soir.

C'EST SEULEMENT LE PARACÉTAMOL QUE TU AS DONNÉ?

Oui, uniquement. Mais comment veux-tu que je lui donne autre chose? D'ailleurs passons à autre chose, si tu veux bien.

Des antibiotiques de toutes origines et toutes sortes sont aussi utilisés. Les femmes les appellent « kounbléni », c'est-à-dire la tête rouge. Il s'agit des capsules de tétracycline, de chloramphénicol ou d'ampicilline. Il y a même une femme de Bougoula-Hameau qui utilise systématiquement la tifomicyne (chloramphénicol) en cas de paludisme chez son dernier enfant, sous prétexte qu'il ne supporte pas la nivaquine.

Comme souvent, quand on a le paludisme, on a mal au ventre, ça c'est généralement le paludisme, je lui ai donné de la tifomycine, comme il est allergique à la nivaquine. Chaque fois qu'il prend la nivaquine, il réagit, et mon mari étant infirmier, il m'a dit de ne plus lui donner la nivaquine. Il m'a dit que chaque fois que ce dernier est attaqué par son paludisme, il faut lui donner la tyfomycine. Il me donne la tifomycine pour que je le donne à l'enfant. C'est comme ça que j'ai su. On lui donne de la tifomycine en sirop, pas en comprimé. Maintenant, il ne me dit pas de dose, mais moi, dès qu'il m'a donné le produit, j'ai donné une cuillerée sur le champ et j'ai continué à donner trois cuillerées par jour pendant trois jours. Il allait mieux.

6.6.3 **Comportements de soins selon les villages et le statut des femmes**

Les comportements de soins devant une fièvre palustre simple (Soumaya) sont presque les mêmes chez toutes les femmes, en toutes saisons et dans les deux villages. Quel que soit le statut de la femme, elle suit la décision du chef de famille quand il s'agit de prodiguer des soins aux enfants. Et la décision prise au niveau de la famille ne tient pas nécessairement compte de son niveau de connaissance ou de reconnaissance de la maladie.

6.7 LES CANAUX DE COMMUNICATION ET DE SENSIBILISATION

Le ministère de la Santé a choisi, comme moyen de diffusion des messages de sensibilisation et d'éducation pour la santé, l'audio-visuel (postes de radio, télévision, théâtre) et le personnel de santé. Malheureusement, les messages qui sont véhiculés à travers ces canaux de communication et de sensibilisation ne parviennent pas aux femmes des villages. Les femmes ont déjà rapporté n'avoir jamais eu de conversation avec l'infirmier ou les agents de santé du centre et du poste de santé des deux villages sur ce thème.

Pour ce qui est des canaux audio-visuels, aucune famille dans les deux villages ne disposait de télévision (pas d'électricité). Le théâtre se joue seulement en ville et généralement la nuit. Quant au poste de radio, il y a certains hommes dans les familles qui en disposent et qui sont les seuls à l'écouter. À l'exception de la femme de l'infirmier de Bougoula-Hameau, toutes les autres femmes ont affirmé ne pas écouter la radio. Elles n'ont pas le temps de s'asseoir pour écouter la radio. Ces quelques extraits d'entrevues montrent les réponses données par les femmes sur cette question, s'il y a une radio dans la concession.

VOUS AVEZ UN POSTE RADIO DANS LA FAMILLE?

Je peux dire oui et non, parce qu'il ya bien une radio dans la concession, mais il ne m'appartient pas.

ET POURQUOI? EST-CE QUE VOUS ÉCOUTEZ LA RADIO?

① *Non, en réalité parce que je ne fais que des "va et vient" en travaillant, donc je ne capte rien sauf parfois, les chansons et comme le propriétaire l'allume quand il veut. Tu sais, il appartient au vieux. D'ailleurs, depuis des mois et des mois, je ne l'entends plus bourdonner. À cause de la pauvreté, je pense que ce poste est sans piles.*

② *Non, il n'y a pas de radio dans la concession. Et même s'il y en a, comment veux-tu que je l'écoute? Où je vais prendre ce temps? Je ne pense pas même pas à cela. Aussi, ici, si un homme te vois assise à écouter cela, il va crier sur toi, parce qu'il considère que tu es entrain de gaspiller le temps. Il va te demander si tu n'as rien à faire ou si c'est toi le chef maintenant.*

③ *Pour écouter quelque chose, il faut le voir. Ici, tout le monde se cherche, comment, il va payer une radio.*

④ *Non, Mon mari n'en a pas. Même s'il y a une radio dans la concession, si tu ne l'écoutes pas, cela n'est rien. Parce que tu te trouves loin de la radio tu ne peux pas comprendre ce qu'elle dit.*

CHAPITRE VII DISCUSSIONS

Les discussions ont été organisées à partir des composantes du devis de recherche et des résultats d'analyse des entrevues. Après avoir décrit le processus de diagnostic du paludisme simple par les mères et les comportements de soins, nous avons identifié les facteurs qui entrent en jeu dans la prise en charge. Nous avons ensuite comparé nos données avec ce qui ressort dans les études en la matière.

7.1 DIAGNOSTIC DU PALUDISME SIMPLE PAR LES MÈRES

Les symptômes utilisés par les mères de Bougoula-Hameau et de Pimpéréna pour reconnaître le Soumaya (paludisme simple) sont variés. Tous les signes constatés par ces mères sont souvent reconnus comme étant les symptômes du paludisme par les paludologues. Aussi, les signes digestifs cités sont en conformité avec ce qui est constaté par les médecins et les autres personnels de santé quant à l'existence de la forme abdominale (digestive) du paludisme dans la région. En effet, que ce soit le directeur régional de la santé, le médecin chef du cercle de Sikasso ou les pédiatres de l'hôpital, tous s'accordent à insister sur les manifestations atypiques du paludisme dans le cercle. Leurs expériences les ont conduits à reconnaître que plusieurs enfants, y compris les leurs, ont failli mourir, du fait des erreurs de diagnostic présomptif et de l'orientation des premières prescriptions devant les symptômes typiques de gastro-entérite, voire même des signes de fièvre typhoïde (diarrhées, vomissements, douleurs abdominales, etc. qui étaient aussi aigus que la fièvre). Ce n'est qu'après les examens biologiques qu'ils mettent à l'évidence le paludisme et, selon eux, dès qu'ils administrent les antipalustres, tous les signes digestifs disparaissent. Ce qui montre que les mères de Bougoula et de Pimpéréna ne diagnostiquent sûrement pas à tort le Soumaya devant ces signes digestifs.

Par ailleurs, les femmes considèrent que les fièvres ne sont pas toutes palustres. La fièvre peut accompagner d'autres affections ou encore la fièvre peut être isolée (il s'agit de la fièvre obligatoire pour que l'enfant augmente de taille). Elles font une distinction entre ces différentes fièvres.

Ce constat corrobore ce que l'on retrouve dans les études où les auteurs ont constaté qu'au niveau communautaire, les manifestations physiques sur lesquelles se base le diagnostic du paludisme sont diverses. Ils rapportent que les symptômes les plus communs du paludisme

(fièvre, frissons, vomissements, céphalées, etc.) étaient habituellement reconnus et associés au paludisme par les mères au Liberia, au Mali, en Thaïlande et en Colombie (Doumbo et coll., 1996; Lipowsky, 1992; Traoré, 1992; Foungladda, 1986; Jackson, 1985).

Cependant, il a été constaté que les termes utilisés pour exprimer le paludisme dans les langues nationales sont des notions floues en zone d'endémie palustre. Spencer et coll. (1987) pensent, d'ailleurs, que la difficulté de certaines mères à reconnaître le paludisme infantile est, en grande partie, due au modèle explicatif des maladies fébriles ancré dans leur culture, selon qu'il y ait un terme générique qui couvre un large éventail d'états fébriles dénotés « paludisme » ou la différenciation du paludisme et des autres maladies fébriles dans leur taxinomie (Spencer et coll., 1987).

Au Burkina-Faso, Bonnet (1990) avait fait constaté qu'il n'existe pas un discours vraiment homogène sur le paludisme au sein d'une « ethnie », même si l'on observe un ensemble de représentations culturelles communes. Lors d'une observation participante dans un milieu de pêcheurs au Mali, Traoré (1992) a constaté que le terme paludisme est un « fourre-tout ». Les personnes adultes qui se plaignent de maux de ventre, de maux de tête, de maux de dos et d'autres maux sont considérées comme malades du paludisme. Le terme Soumaya est mis dans cette catégorie d'expression par certains chercheurs tels que Traoré (1992), surtout dans des zones cosmopolites et urbaines. Or, du fait que la maladie soit très fréquente et polymorphe, et de l'existence des formes atypiques du paludisme (digestives, anémiantes et hyperglycémiantes), ces signes peuvent bien être des manifestations très évocatrices du paludisme, surtout quand on suit le raisonnement des femmes.

Les femmes de Bougoula-Hameau et de Pimpéréna ont une façon logique et intéressante de diagnostiquer le Soumaya. Chez ces femmes, le diagnostic du Soumaya est d'abord présomptif. Chaque fois qu'il y a fièvre, voire dès qu'il y a malaise chez l'enfant, on pense d'abord au Soumaya. Mais il devient définitif avec l'apparition d'autres signes plus évocateurs pour les femmes. Du fait que plusieurs maladies des enfants s'accompagnent de fièvre, elle pensent d'abord au Soumaya (c'est normal et même recommandé par l'OMS), ensuite, en fonction de l'évolution de la maladie avec le traitement institué, elle confirment ou infirment leur diagnostic. D'ailleurs, Doumbo et coll. (1996) ont trouvé que dans 90 % des cas, le diagnostic posé par les femmes de Pimpéréna était exact après confirmation biologique. Les auteurs expliquent que, hormis des cas d'utilisation abusive des termes « paludisme » et « Soumaya » dans les zones urbaines par les adultes, qui est une vision sociale de la maladie, une excuse, un prétexte social (un fourre-tout), quand les mères diagnostiquent le Soumaya en milieu rural, il y a concordance avec les résultats biologiques.

Il faut rappeler que même le personnel de santé moderne a des difficultés à diagnostiquer le paludisme simple et à le distinguer des autres affections infectieuses et parasitaires, du fait de son polymorphisme. Généralement, le personnel des centres de santé ruraux fait le même raisonnement que les femmes. Pour le personnel de santé dans les dispensaires ruraux, le diagnostic clinique du paludisme repose, très souvent, uniquement sur la présence d'un état fébrile (Bourgeade et coll., 1975). Les établissements de santé sont rarement équipés de laboratoires.

Il est connu que l'accès palustre ne peut pas être défini par un signe pathognomonique, mais par un ensemble de symptômes évocateurs. C'est aussi une maladie opportune qui apparaît à l'occasion de tout dysfonctionnement de l'organisme. Ses manifestations sont diverses, et le diagnostic clinique repose généralement sur l'accès fébrile, principal signe clinique du paludisme-maladie. La courbe de température peut être continue, intermittente, rémittente ou irrégulière et même parfois absente, en fonction de la nature du parasite et de la forme clinique (Hendrickse, et coll. 1971). Les symptômes qui l'accompagnent sont inconstants et souvent trompeurs : céphalées, frissons, courbatures, douleurs articulaires et osseuses, embarras gastrique, nausées, vomissements, parfois diarrhées, toux, pâleur des muqueuses et téguments, vertiges, etc. Rey et coll. (1968) définissent l'accès palustre comme suit : « C'est un accès fébrile avec fièvre irrégulière, accompagné de céphalées, d'arthralgies, de troubles digestifs et de signes pulmonaires chez les plus jeunes; à ce tableau clinique s'ajoute la présence d'hématozoaires dans le sang périphérique à une densité jugée comme suffisante ». Dans leur étude, Benasseni et coll. (1987) considéraient comme accès palustre l'association fièvre et goutte épaisse positive, alors que Baudon et coll. (1984) définissent trois critères de diagnostic de l'accès palustre en zone d'endémie :

- critères cliniques (dont la fièvre);
- critères parasitologiques (dont l'importance de la parasitémie, la prédominance des trophozoïtes jeunes);
- critères thérapeutiques et évolutifs (normalisation de la température entre 24 et 48 heures passées sous traitement spécifique antipaludéen dans les zones où la résistance au médicament n'a pas été décrite).

Après avoir établi les critères de diagnostic clinique et biologique du paludisme, Trape et coll. (1986) avaient trouvé 48,6 % des patients avec la fièvre seule. Chez les autres, la fièvre était accompagnée, de la rhinite (16,2 %), de la toux (16,2 %), de la diarrhée ou de douleurs abdominales (15,3 %), de vomissements (11,7 %) ou de la congestion de la membrane tympanique ou des otites externes (9,9 %).

Bien qu'en zone d'endémie il soit aisé de le suspecter cliniquement, la certitude du diagnostic est apportée par le frottis sanguin ou la goutte épaisse dans une formation sanitaire équipée d'un laboratoire rudimentaire et animée par un personnel compétent (Gazin et coll, 1992). Le diagnostic définitif repose sur l'identification de l'hématozoaire sur frottis mince ou goutte épaisse (Shute, 1988). Cependant, lorsque la clinique est évocatrice, un frottis négatif ne doit pas invalider le diagnostic. Les frottis sanguins sont répétés au cours du traitement pour en vérifier l'efficacité : toutes les 24 heures jusqu'à deux négativations. Il existe aussi d'autres méthodes de diagnostic, mais certaines sont peu adaptées au diagnostic rapide d'accès palustres, d'autres sont onéreuses, et leur sensibilité respective n'est pas supérieure à celle de la combinaison goutte épaisse et frottis.

7.2 LES DIFFÉRENTES FORMES DU PALUDISME

Les femmes ont constaté que le paludisme est une maladie chronique qui se présente sous deux formes. La forme aiguë, durant laquelle l'enfant est malade et présente les symptômes du paludisme. Cette forme nécessite normalement un traitement, sinon elle peut devenir grave et se transformer en d'autres maladies. La deuxième forme est le Soumaya latent, celui qui « dort dans le corps de l'enfant ». Une fois qu'un enfant contracte le paludisme, il en sera malade très longtemps parce que le Soumaya peut rester dans l'organisme de l'enfant : « *Le paludisme ne finit pas, il ne finit jamais* », répètent les femmes chaque fois. En effet, cela pourrait s'expliquer par le fait que l'enfant ne reçoive pas un traitement approprié, et par la réinfestation. Il est démontré que, non traité ou mal traité, le paludisme peut durer longtemps (Eyles et Young, 1951).

Dans une étude à l'éthique plus que douteuse, le *P. falciparum* a été inoculé à 22 adultes atteints de neurosyphilis : leur suivi montre que la durée moyenne d'une parasitémie non traitée est d'environ 220 jours, certaines infections persistant pendant 480 jours. On observe d'abord une parasitémie continue pendant une période d'environ 120 jours, suivie d'une période de parasitémie intermittente de type cyclique. Cette dernière phase explique qu'il est possible de trouver des parasites chez des personnes avec une goutte épaisse précédemment négative sans qu'il y ait eu réinfection (Eyles et Young, 1951).

7.3 TRAITEMENT DU PALUDISME

Généralement, devant un épisode de Soumaya, les comportements de soins adoptés par les femmes sont semblables dans les deux villages. Toutes les femmes utilisent le médicament recommandé par le chef de famille. La combinaison des recettes traditionnelles et des médicaments modernes est la méthode la plus utilisée. La nivaquine (chloroquine) est un médicament très populaire, mais la dose utilisée pour le traitement est toujours nettement en dessous de celle recommandée.

Les observations de Halima et coll. (1995) montrent que les mères ne réagissent pas au paludisme infantile diagnostiqué par une clinique biomédicale, mais à partir d'une explication bioculturelle. Cependant, elles font le même raisonnement que le personnel de santé. Devant une fièvre, elles suspectent toujours le Soumaya et font un traitement test en administrant un comprimé; si la fièvre disparaît ou diminue, elles concluent que c'est le paludisme. À ce moment, elles donnent le deuxième comprimé ou alors continuent le traitement traditionnel contre le paludisme.

7.4 DÉFINITION DE LA PRISE EN CHARGE

Devant la complexité de la situation, les problèmes de prise en charge correcte et rapide des syndromes fébriles chez les enfants de moins de cinq ans se posent tant au niveau des familles qu'au niveau des structures de soins conduisant à la survenue des évolutions souvent graves avec une issue fatale. C'est pour cela que la présomption de paludisme devant une fièvre chez ces enfants par les mères, en période de haute transmission, est très importante pour la prise en charge rapide, mais aussi pour la prise de décision rapide de recourir aux services de soins adéquats. Comme le font remarquer les paludologues, il serait important que les enfants fébriles, dans ces environnements endémiques, puissent avoir une prise en charge adéquate, c'est-à-dire correcte mais aussi rapide. Mais, vue strictement comme elle est définie par l'OMS, la prise en charge ne prend pas en compte toute la composante familiale qui est pourtant celle à partir de laquelle doit démarrer tout le processus et où il se termine. C'est pour cela que la prise en charge devrait être redéfinie comme suit :

- *diagnostic précoce des cas par les mères avec confirmation rapide par le chef de famille;*
- *prise de décision rapide d'entreprendre une démarche de soins;*
- *confirmation rapide du diagnostic de la famille par le dispensateur de soins selon les critères cliniques ou parasitologiques (si disponibles);*

- *traitement approprié, à savoir :*
 - *posologie adaptée de la chloroquine en fonction de l'âge ou du poids;*
 - *observance du traitement pour une durée minimale de trois jours;*
- *identification rapide des signes de complication;*
- *prise rapide de décision de référence des cas graves ou compliqués.*

7.5 ÉCART ENTRE LE MODÈLE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET LES MODÈLES INTERPRÉTATIFS TRADITIONNELS DU PALUDISME

En rapport avec le modèle épidémiologique et tout comme Roger Petit-Jean (1992) Halima et coll. (1995), il a été constaté que les mères de Bougoula-Hameau et de Pimpéréna avaient une connaissance limitée du paludisme infantile, de son origine, de sa prévention, de son traitement et de sa transmission tel qu'il est décrit biomédicalement. Mais elles en avaient une définition bioculturelle comme une affection chronique. Leur définition du paludisme infantile ne reconnaît pas les complications du paludisme. Ainsi, les origines et les causes de l'accès du paludisme simple (Soumaya) sont perçues comme multiples et elles sont toujours recherchées à l'extérieur de l'organisme. Les agents nocifs sont généralement naturels et interviennent selon un mode additif. Certains éléments sont considérés comme déclenchants.

C'est toujours la présence de quelque chose en plus ou en trop ou de nouveau et d'inhabituel qui provoque l'accès du Soumaya (palustre simple). Dès lors se construit un modèle explicatif. C'est ainsi que le modèle explicatif est construit à partir des liens établis entre l'individu, son environnement et ses comportements avec un fond culturel. Les modèles contiennent des connaissances sur les sortes d'épisodes de maladie et sur le traitement approprié. Les modèles explicatifs éclairent la raison pour laquelle les gens réagissent de certaines façons à une maladie donnée. Kleinman (1980) et Young (1987) constatent que les modèles explicatifs sont générés par des individus ayant le même arrière-plan culturel.

Si Zempléni (1985) distingue trois questions importantes dans la recherche du sens (qui ou quoi, comment, pourquoi), Fainzang (1985), par contre, a mis en doute la validité universelle de la distinction entre cause, agent et origine, dans son étude chez les Bisa. Elle identifie des causes premières et des causes immédiates selon leur intervention dans l'ordre temporel de la séquence causale. Les causes premières relèveraient d'une étiologie variable (discours du devin ou en fonction du contexte d'apparition de la maladie), tandis que les causes immédiates relèveraient d'une étiologie constante (discours commun, cadre théorique permanent). Roger Petit-Jean (1992) trouve que, pour l'accès palustre simple perçu comme maladie naturelle et exogène, la complexité des liens existant entre les multiples causes se prêterait bien à une analyse en termes d'origine, d'agent et de cause.

Dans la présente étude, l'analyse des explications fournies par les femmes de Bougoula-Hameau et de Pimpéréna se rapproche plus de la catégorisation de Fainzang. Il a été identifié :

- des origines qui sont considérées comme les causes initiales (pluie, transmission parent-enfant, moustique, Dieu, eaux sales) et qui se rapprochent de ce que Fainzang (1985) a appelé causes premières ou des origines selon Roger Petit-Jean (1992);
- des causes immédiates qui sont des facteurs déclenchants de la maladie. Ce sont celles qui réveillent la maladie qui dort dans le corps (aliments consommés pour la première fois ou en trop, le soleil chaud, le vent, pluie, etc.). Fainzang (1985) les a aussi appelées causes immédiates, et elles correspondent à ce que Roger Petit-Jean (1992) a appelé causes dans sa classification. Ces mêmes agents peuvent aggraver la maladie, tels que le soleil, quand le Soumaya est déjà réveillé par les aliments.

Au total, les femmes de Bougoula-Hameau et de Pimpéréna attribuent **quatre origines** au paludisme, qui sont : la pluie (contact pluie et chaleur), la transmission par les parents, les moustiques et Dieu. Elles lui reconnaissent **plusieurs causes immédiates**, dont les aliments, le soleil, la pluie, le vent froid et la constipation, qui réveillent le paludisme ou l'aggravent. Parmi les origines, la pluie est la plus citée, alors que comme causes immédiates, les aliments et le soleil viennent en tête de liste surtout en saison sèche, et l'alternance de la fraîcheur de la pluie et du soleil, en saison des pluies.

Dans la présente étude en zone rurale de Sikasso, il a été constaté qu'en matière d'étiologie, ce sont plutôt les explications thermiques et climatiques qui viennent en tête des imputations causales de l'accès fébrile palustre par les mères des enfants. Ce qui fut aussi constaté au Kenya (Halima et coll., 1995) et au Nigeria (Ramakrishna et Brieger 1987), alors qu'en milieu urbain de Sikasso, ce sont les aliments qui arrivent en tête de liste.

La pluie et le soleil agissent à tous les niveaux, autant comme origine de la maladie que comme facteur la déclenchant ou la potentialisant. L'attribution du paludisme à une forte exposition au soleil, que ce soit en saison sèche ou en saison des pluies, a aussi été constatée chez les Ibo au Ghana et les Yoruba au Nigéria par Agyepong (1992) et au Sri Lanka par Pinikahana (1992). Cette remarque des femmes est très intéressante parce que le soleil est reconnu comme étant un puissant immunosuppresseur (Giannini, 1992).

Les femmes considèrent que l'hivernage accompagné de l'humidité est particulièrement propice au Soumaya. Celui-ci est d'ailleurs considéré comme nettement plus fréquent pendant l'hivernage, surtout au début et à la fin de la saison (ce qui est démontré pour le paludisme). C'est pour cela que l'harmattan, la période qui arrive presque à la fin de la saison des pluies, est très redouté. Cependant, les explications des femmes par rapport à cette saison ne peuvent pas être mises en relation avec celles épidémiologiques. La plupart des femmes mentionnent des origines et des causes de la maladie autres que le moustique.

Roger Petit-Jean (1992) aussi avait trouvé que les femmes urbaines Sikassoises ayant impliqué des agents assimilables à la fraîcheur humide étaient souvent catégoriques quant à la plus grande fréquence de la maladie pendant l'hivernage. La pluie, le vent (qui précède les averses pendant la saison des pluies), la fraîcheur qui suit ces averses, l'eau dans laquelle les enfants pataugent, l'eau des rizières pour les adultes et les grands enfants sont, le plus souvent, considérés comme facteurs déclenchants d'une maladie qui sommeille. Et elles considèrent que le premier accès de Soumaya a pour origine la pluie.

Pour les femmes de Bougoula-Hameau et de Pimpéréna, les aliments sont des causes déclenchantes d'un paludisme, alors que le modèle explicatif des mères de Kilifi ne s'étendait pas à d'autres déséquilibres, comme les aliments froids-chauds et autres traits humoraux selon Halima et coll. (1995). Par contre, en zone urbaine de Sikasso, la catégorie étiologique formée par les aliments arrivait nettement en tête des origines supposées de l'accès palustre simple par les femmes (Roger Petit-Jean, 1992).

Si en zone urbaine de Sikasso, les moustiques étaient cités par les femmes, dans les deux villages de cette étude, ils n'ont été que très marginalement cités. Cependant, en général, les femmes aussi bien en zone urbaine qu'en zone rurale ne croyaient pas en leur implication directe dans l'apparition du paludisme simple.

En ce qui concerne Dieu, seulement deux femmes en ont parlé. Il s'agit de femmes très proches des marabouts. Le fait que Dieu ne soit pas directement incriminé peut s'expliquer par le fait que les femmes trouvent les causes et les origines du Soumaya (paludisme simple) dans leur environnement. C'est quand il n'y a aucun facteur matériel palpable à incriminer que la maladie est placée dans le royaume divinatoire : la foi et Dieu. Cette opinion fataliste de l'accès palustre, que Roger Petit-Jean (1992) avait aussi constaté en zone urbaine, est celle des femmes qui affirment que le paludisme est « la maladie de Sikasso », c'est-à-dire qu'on ne peut y échapper.

Que ce soit dans l'étude de Roger Petit-Jean (1992) au Mali, dans celles de Bonnet (1986) et Sinzingre (1986) au Burkina-Faso ou dans celle de Halima (1995) au Kenya, pour la plupart des femmes, Dieu, responsable de toute chose, est la cause ultime de toute maladie. Rien de naturel ou de surnaturel ne peut se produire sans sa volonté (ou tout au moins sous son assentiment). Dieu se situe au-delà des origines ethnoétiologiques de la maladie, que Fainzang (1985) qualifiait de causes premières. Ainsi, les origines et les causes immédiates associées au paludisme sont des actes de Dieu que les individus perçoivent comme étant hors de leur contrôle. Blaxter (1990) argumente que si une santé chancelante est largement perçue comme infligée à soi-même, alors l'éducation, la persuasion et l'accent mis sur la responsabilité personnelle devraient être une politique efficace. Mais si la maladie est perçue comme étant principalement en dehors du contrôle de l'individu, les attitudes sociales sont de la plus haute importance.

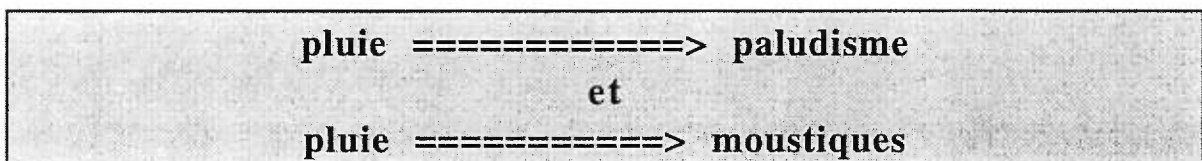
Cependant, devant les épisodes du paludisme simple des enfants durant l'étude, même les femmes qui ont parlé de Dieu ont évoqué d'autres origines et trouvé des causes immédiates de la maladie de leur enfant. Comme quoi, tant qu'elles peuvent avoir une imputation causale naturelle plausible, elles ne parlent pas de Dieu. C'est seulement dans les cas graves et compliqués qu'elles cherchent des explications plus éloignées de l'environnement naturel. Ceci avait été constaté par Pinikahana (1992), qui montre l'importance de la perception ethno-médicale de la maladie. Selon lui, si la malaria est perçue comme étant causée par des manifestations surnaturelles et physiques, les comportements seront orientés vers la recherche de pratiques magico-religieuses pouvant provoquer des délais dangereux de prise en charge.

En définitive, il est possible de constater que les femmes évoquent tous les éléments révélateurs en épidémiologie du paludisme, mais qu'elles leur apportent des interprétations et des explications liées à l'environnement immédiat et au vécu de l'enfant. Elles élaborent des liens entre ces différents éléments de façon très pragmatique. Leurs observations les conduisent à attribuer une partie de la responsabilité de la maladie à des événements climatiques caractéristiques de la saison. Ainsi, elles ont observé que :

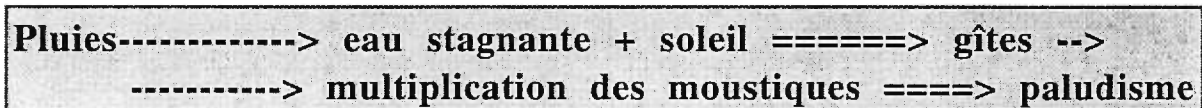
- 1) les moustiques sont plus nombreux en saison des pluies et surtout quand il ne pleut pas pendant quelques jours de suite, avec le soleil qui réchauffe l'eau;
- 2) les moustiques viennent à cause des ordures mouillées et des flaques d'eau autour des cases, durant la saison des pluies;
- 3) les épisodes de paludisme simple sont plus fréquents et plus graves en saison des pluies;

4) les moustiques disparaissent en saison sèche dès que les ordures et les eaux sales se dessèchent.

Si les femmes font le lien entre moustiques et saison des pluies d'une part et pluie et paludisme d'autre part, elles ne font pas de lien entre les moustiques et l'apparition et la sévérité du paludisme durant cette saison des pluies : pluie-moustiques-Soumaya, tous les trois éléments ensemble. Elles ont deux niveaux d'explication qu'elles ne rapprochent pas l'un de l'autre pour établir les liens entre les moustiques et le paludisme (voir schéma 11 suivant) :



Pourtant, tous ces éléments sont importants épidémiologiquement pour expliquer l'apparition du paludisme. Mais les femmes ne font pas le rapprochement que font les épidémiologistes, à savoir :

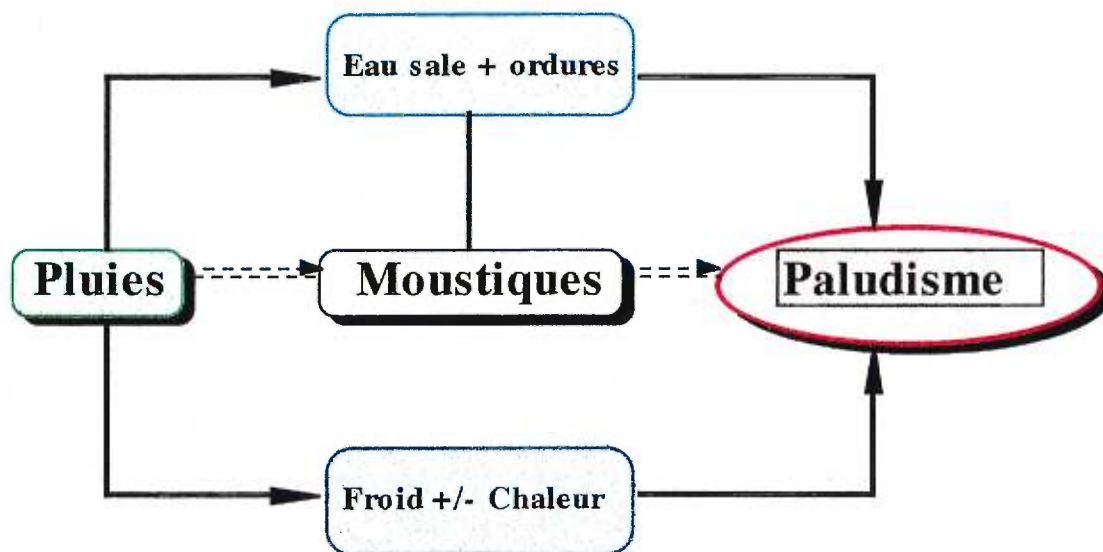


Le schéma 12 suivant montre l'écart entre le modèle moderne et le modèle traditionnel en superposant les explications épidémiologiques et traditionnelles. Les efforts du personnel sanitaire pourraient porter sur le rapprochement des deux concepts auprès des femmes par des illustrations et à partir de leurs propres constatations.

7.6 SENS ET VALEUR DES FACTEURS DÉTERMINANTS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PALUDISME SIMPLE

Plusieurs facteurs interviennent dans l'élaboration des modèles explicatifs et dans le comportement des femmes lors d'un épisode du Soumaya chez leurs enfants. Certains de ces facteurs sont déterminants pour l'intégration des connaissances épidémiologiques dans leurs modèles explicatifs, alors que d'autres facteurs influencent fortement leurs comportements devant le Soumaya. Au niveau des deux villages, les facteurs qui favorisent l'intégration des connaissances épidémiologiques dans les explications de l'apparition du paludisme par les

Schéma N°12: Écart entre modèle épidémiologique et modèle traditionnel du paludisme simple



femmes sont le niveau de scolarisation et les autres formes d'exposition culturelle aux connaissances modernes. Dans cette rubrique d'exposition aux connaissances modernes, nous avons regroupé toutes les autres formes de contacts avec les connaissances modernes qui ont influencé les explications des mères.

À l'opposé, certains facteurs jouent en défaveur de l'intégration des connaissances modernes. Il s'agit surtout des expériences antérieures en matière de paludisme, liées particulièrement à l'âge et à la parité des femmes, du bas niveau dans la hiérarchie familiale avec le fort taux d'occupation et le faible niveau de responsabilité qui en découlent, de la place du mari, du faible niveau économique des familles et de la taille de la famille. Quant aux facteurs qui interviennent dans les comportements de soins, il faut noter surtout la place du mari et celle de la femme dans la famille. Du fait que certains facteurs interviennent à plusieurs niveaux et dans plusieurs sens, il a été plus intéressant d'observer simultanément les comportements de chacun des déterminants qui ont été identifiés. Dans les sections qui suivent, nous avons précisé le rôle de chaque facteur et son niveau d'intervention : explicatif-interprétatif, décisionnel ou traitement.

7.6.1 *La scolarisation de la femme*

Au lieu du terme « éducation », nous avons utilisé le terme « scolarisation », parce qu'il a été constaté durant l'étude l'existence d'autres formes d'éducation dans le village, dont le Coran, l'arabe, l'alphabétisation fonctionnelle en Bambara (dans les zones CMDT) et, pour les hommes, l'enseignement des rites initiatiques. Parmi les femmes interrogées, cinq avaient fréquenté l'école française moderne classique. Il y en avait quatre qui ont étudié jusqu'au niveau secondaire, et une femme a arrêté ses études au niveau primaire.

Au niveau explicatif et interprétatif, ce sont les femmes ayant étudié jusqu'au niveau secondaire qui ont spontanément cité le moustique parmi les origines du paludisme, alors que celle du niveau primaire n'y a pas pensé. Dans leurs explications se retrouvent toutes les composantes matérielles de la transmission du paludisme par le moustique. Mais le niveau de compréhension et d'intégration de ces différentes composantes les a conduites à avoir plusieurs modèles d'explication du paludisme avec le moustique comme intermédiaire entre les sources de contamination et l'homme. Il s'agit d'une véritable organisation des morceaux, de façon à avoir des sources de contamination distinctes avec, comme agent de transmission, le moustique et, comme voie de transmission, le sang. Le moustique prend le paludisme d'un endroit et le transporte pour le donner à une personne. Il est perçu soit comme lui-même porteur de la maladie qu'il a en lui et qu'il transmet, soit comme un intermédiaire dans le transfert de la maladie entre :

- un malade de paludisme et une personne saine;
- les eaux sales contenant le paludisme et la personne saine;
- les ordures porteuses de la maladie et la personne.

Bien que les explications de ces femmes ne soient pas totalement conformes à celles de l'épidémiologie, le fait d'être scolarisées leur a permis d'avoir des connaissances sur une partie du mode de transmission du paludisme impliquant les moustiques. Leurs explications causales dans une succession cohérente de séquences sont incomplètes. Ceci pourrait s'expliquer par *le faible niveau de la scolarité* de ces femmes, qui ne leur permet pas d'assimiler la transmission du paludisme dans sa complexité épidémiologique où les relations de cause à effet entre différents éléments ne sont pas toujours linéaires. Tout un côté du triangle épidémiologique : *le parasite est méconnu* par les femmes. Le processus épidémiologique n'est pas assez pragmatique, visuel ou concret pour être facilement matérialisable et assimilable par les femmes.

Si le fait d'étudier jusqu'au niveau secondaire a permis aux femmes d'avoir des notions élémentaires sur la transmission du paludisme, ce niveau de scolarisation n'est pas suffisant pour acquérir toutes les connaissances sur cette transmission. Ainsi, les femmes ont retenu les informations qu'elles ont reçues et, avec le temps¹³, elles ont gardé plusieurs notions de façon fragmentaire qu'elles interrelient selon les circonstances d'apparition des maladies. C'est la combinaison de toutes ces connaissances qui ont conduit à la construction des modèles de contamination-contagion par le moustique dans la transmission du paludisme. En plus de ces nouveaux modèles explicatifs créés à partir de ces nouvelles connaissances, ces femmes n'écartent pas du paludisme leurs modèles explicatifs traditionnels. C'est ainsi que ces femmes ont un « panel » très important et plus varié de modèles explicatifs que les autres femmes et les paludologues-épidémiologues. Les nouvelles connaissances ne se sont pas substituées aux anciennes croyances des femmes, mais, plutôt, elles sont venues s'y ajouter, et les femmes ont réussi à les intégrer de façon très harmonieuse dans une argumentation crédible sur l'apparition du Soumaya.

La scolarisation est un facteur déterminant important pour l'assimilation des connaissances épidémiologiques et pour leur intégration par les femmes dans l'élaboration des modèles explicatifs du paludisme. Mais, pour que la scolarisation puisse avoir un impact réel sur la compréhension d'un phénomène aussi complexe que celui de processus de transmission du paludisme et pour concurrencer, voire remplacer, les explications pragmatiques et traditionnelles, *il faudrait que les femmes atteignent un niveau de scolarisation plus élevé.*

¹³ parce qu'elles ont quitté l'école depuis plus de 10 ans, mais aussi parce qu'entre temps, elles ont appris des choses sur les conséquences de la mauvaise hygiène du milieu.

paludisme et pour concurrencer, voire remplacer, les explications pragmatiques et traditionnelles, *il faudrait que les femmes atteignent un niveau de scolarisation plus élevé.*

Les programmes de formation du ministère de l'Éducation sont faits de sorte que, pour asseoir des connaissances solides sur la transmission du paludisme de façon concrète et pour les intégrer réellement, il faudrait que les femmes étudient au moins jusqu'au niveau de la terminale (après la douzième année de scolarité normale). Ceci se vérifie parce que la femme du niveau primaire n'a pas retenu ce qui lui a été dit à propos du moustique. Bien qu'elle ait appris que le moustique cause le paludisme, elle ne se souvenait plus de la théorie sur cette transmission. Quant aux femmes du niveau secondaire, au moment où il a été décidé de les sortir de l'école et de les marier, le niveau de connaissance ne leur permet pas d'aller jusqu'au bout de la conceptualisation et de l'appropriation des concepts épidémiologiques.

Un deuxième aspect relié à la scolarisation des femmes est l'acquisition des connaissances sur l'hygiène et la propreté des lieux pour éviter les moustiques. Ceci a ses bons côtés, mais aussi son côté pervers. Nous avons remarqué que les femmes scolarisées expliquent bien comment il faut tenir sa maison et sa cour pour éviter les moustiques et les ordures. Pour le petit périmètre qui leur est alloué, elles consacrent assez d'efforts pour le maintenir propre. Elles traitent les autres femmes de sales et désordonnées. Cependant, le fait de considérer que leurs petits domiciles soient propres les amènent à conclure qu'il ne peut pas y avoir de moustiques : ils ne pénètrent pas dans les chambres propres. Les moustiques ne peuvent se trouver que chez les femmes dans les autres parties de la cour. Ainsi, le moustique est d'office éliminé comme cause du paludisme : il faut trouver d'autres explications, donc, il existe d'autres origines. C'est pour cela que durant les épisodes de paludisme de leurs enfants aussi bien en saison sèche qu'en saison des pluies, elles ont simplement écarté le moustique et ont incriminé d'autres causes, parce que la partie qui leur est allouée dans la concession est propre et qu'aucun moustique ne passe donc par là. Elles se dissocient du reste de la cour qui est sale, avec des ordures et des eaux stagnantes partout.

C'est aussi cette perception de la saleté qui a amené les femmes à croire que le paludisme est à l'intérieur des ordures et des eaux sales (elles contiennent le paludisme) et à générer ainsi des sous-modèles explicatifs avec ces éléments comme origines du paludisme. Cette façon de se valoriser et de concevoir la notion de propreté conduit les femmes scolarisées à s'écarter du modèle épidémiologique au cours d'un épisode de fièvre palustre chez leurs enfants.

Un troisième aspect lié au niveau de la scolarisation est le complexe de supériorité de ces femmes. Elles pensent avoir de l'expérience et bien connaître le paludisme en répétant souvent :

Maintenant que j'ai beaucoup d'enfants, donc beaucoup d'expériences. Aucune femme ne peut pas faire des enfants jusqu'à cinq enfants sans connaître les signes du paludisme de l'enfant.

Cette façon d'avoir confiance en soi les conduit à des comportements qui sont parfois préjudiciables aux enfants. Ce sont surtout les femmes scolarisées jusqu'au niveau secondaire dont les ménages ont duré en dehors de la grande famille ou celles dont le mari travaille en ville (donc très souvent absent) qui se trouvent dans cette situation. Ces femmes ont une certaine forme de responsabilité qui leur a été conférée. Ainsi, du moment qu'elles considèrent avoir appris à l'école et avoir entendu des professionnels conseiller sur le traitement du paludisme et considérant qu'elles ont assez d'expériences en la matière, elles ont tendance à privilégier le traitement moderne. Elles citent la nivaquine (chloroquine), le paracétamol, l'aspirine et même les antibiotiques tels que la tifomycine (le chloramphénicol) comme étant des médicaments contre le paludisme. Mais ces femmes ont un excès de confiance en leurs connaissances et expériences. Selon leurs propres dires, « elles savent ce qu'il faut faire en cas de paludisme ». Elles se procurent des médicaments qu'elles considèrent efficaces pour l'enfant et les donnent à la dose et pour la durée qu'elles jugent normales. Selon elles, chaque enfant a les médicaments qui le guérissent, parce qu'elles ont constaté qu'il y a des enfants qui ne supportent pas certains médicaments (tels que la nivaquine qui donne des démangeaisons) ou des médicaments qui ne calment pas la maladie de l'enfant.

Le quatrième aspect lié à la scolarisation est que les femmes se sentent marginalisées dans la concession. Les autres membres de la famille non scolarisés, y compris le mari et le chef de famille, ont un complexe d'infériorité. Ainsi, elles sont rabrouées et marginalisées. Ceci est surtout constaté quand le chef de famille et le mari n'ont pas fréquenté l'école et quand le ménage se trouve dans la grande famille. L'exemple le plus frappant est celui de la femme du boutiquier de Bougoula-Hameau, la seule femme scolarisée de Pimpéréna. Ces femmes n'ont aucune responsabilité, même sur leurs enfants. Tout ce qu'elles disent est contesté, sous prétexte qu'elles veulent montrer qu'elles connaissent quelque chose alors qu'elles ne sont pas instruites. De plus, on les oblige à se replier sur elles-mêmes.

En conclusion, deux aspects pourraient être importants pour que la scolarisation des filles contribue de façon significative à la prise en charge des cas de paludisme : le niveau élevé de formation et la masse critique de filles/femmes scolarisées dans les villages. C'est moins le fait d'envoyer sa fille à l'école qui compte que celui de convaincre les chefs de famille de la laisser étudier aussi longtemps que possible pour qu'elle acquière les connaissances nécessaires et suffisantes. *En fait, c'est le niveau élevé de scolarité qui pourrait favoriser*

l'intégration des connaissances épidémiologiques et l'élaboration d'un modèle explicatif conforme à ce qui prévaut en épidémiologie. Cependant, le fait d'intégrer les connaissances n'est pas suffisant pour que les femmes adoptent des comportements conformes à ces connaissances qui seront acquises. Les résultats montrent que les décisions de prise en charge dépassent largement la sphère de connaissance de la mère. Ainsi, l'intégration des connaissances épidémiologiques n'est pas une fin en soi dans le processus de prise en charge.

Plus le niveau d'éducation de la femme est élevé, mieux elle comprend le processus épidémiologique; plus elle est confiante dans ses connaissances modernes, mieux elle s'approprie le modèle épidémiologique. Et plus elle est scolarisée, plus le complexe aussi bien de supériorité que d'infériorité mal placé disparaît.

Le nombre élevé de femmes scolarisées permettrait aussi de réduire les complexes de supériorité et d'infériorité, parce qu'elles pourraient mieux se comprendre dans la concession. Ceci pourrait même aider les femmes à être plus proches, plus complices pour entraîner, à la longue, un mouvement pour changer les règles du jeu dans la famille.

La scolarisation est certainement utile, mais elle ne sera jamais suffisante si elle n'est pas collective et généralisée auprès de toute la communauté. En plus de la scolarisation des femmes, il faudrait parallèlement éduquer les hommes. Mais cette généralisation de la scolarisation peut avoir des côtés pervers, dont l'augmentation du niveau d'autorité des hommes et la destruction de l'organisation de vie traditionnelle par l'introduction de la culture occidentale dans les villages. Par ailleurs, dans l'état actuel de la structure familiale où la femme a très peu de place au niveau de la prise de décision concernant la maladie des enfants, la scolarisation des femmes ne peut pas entraîner un changement, tant et aussi longtemps qu'elle n'aura pas un certain pouvoir dans le traitement de ses enfants.

7.6.2 *Les formes d'exposition aux connaissances modernes*

Outre la scolarisation, les femmes peuvent avoir des contacts avec les connaissances modernes qui leur permettent d'élargir leurs connaissances et d'intégrer les concepts épidémiologiques dans leurs modèles explicatifs du paludisme. Ces contacts se réalisent soit durant leurs séjours dans les villes, soit par les canaux de communication du système moderne de santé, soit par l'intermédiaire du mari ou du chef de famille qui, eux-mêmes, sont déjà imprégnés des connaissances modernes. Par ailleurs, on a remarqué que l'éloignement du ménage de la grande famille favorise l'acquisition des connaissances

modernes chez la femme. Nous avons aussi constaté une nette différence entre les deux villages quant au niveau d'imprégnation des connaissances modernes par les femmes, en général, et de celles liées au paludisme, en particulier. En effet, la majorité des femmes de Bougoula-Hameau sont plus informées et ont plus de connaissances sur les théories modernes d'origine et du traitement du paludisme. Dans les sections qui suivent, nous avons répertorié certaines de ces formes d'exposition aux connaissances modernes et leur intégration dans les systèmes dominants de croyances des femmes.

7.6.2.1 *Le séjour des femmes dans les grandes villes*

Le village de Bougoula-Hameau est très proche de la ville de Sikasso, là où les hommes et les jeunes des familles vont travailler ou étudier. Les femmes elles-mêmes vont régulièrement en ville pour toutes sortes de raisons (rendre visite aux autres membres de la famille ou aux familles amies, vendre ou acheter des bricoles, participer à des cérémonies de mariages, de décès ou religieuses, visiter des malades hospitalisés, en consultation pour des problèmes de santé considérés sérieux ou graves, etc.). Aussi, plusieurs ressortissants du village de Bougoula-Hameau habitent la Côte d'Ivoire, et les va-et-vient entre la Côte d'Ivoire et le village sont permanents. Rares sont les femmes de Bougoula-Hameau qui n'ont pas séjourné là-bas. Elles ont des contacts plus fréquents avec les citadins et aussi avec les informations fournies par les services de santé. Ainsi, presque toutes les femmes interviewées avaient entendu parler du moustique dans l'apparition du paludisme.

Le séjour prolongé des femmes en Côte d'Ivoire a eu un réel impact sur l'intégration des connaissances modernes. D'ailleurs, la seule femme qui a incriminé le moustique au cours d'un épisode de paludisme en saison des pluies est une femme de Bougoula-Hameau ayant vécu très longtemps en Côte d'Ivoire. Bien que non scolarisée, celle-ci a spontanément pensé au moustique dans un épisode présent de paludisme (voir tableau 5). Toutes les autres femmes aussi bien de Bougoula-Hameau que de Pimpéréna, scolarisées ou non, n'ont pas pensé au moustique durant un épisode de fièvre palustre aussi bien en saison des pluies qu'en saison sèche.

Les femmes ayant séjourné en Côte d'Ivoire considèrent qu'elles ont acquis leurs connaissances parce que les Ivoiriens sont très ouverts et que le personnel de santé parle plus à ses patients. Elles estiment que la communication est plus aisée là-bas :

❶ *Je vendais au marché quand j'étais en Côte d'Ivoire. C'est ainsi que j'ai appris beaucoup de choses parce qu'entre femmes là-bas, on en causait souvent au marché. Tu sais en Côte d'Ivoire, il est très facile de comprendre le français ce n'est pas la même chose ici.*

② *Quand ton enfant est malade, si tu l'amènes au dispensaire, les gens t'accueillent très bien. Pour le paludisme, souvent ils te donnent les premiers médicaments et t'expliquent tout sans que tu ne leur demandes. Ils ne se fâchent pas aussi, quand tu leur poses des questions. Ça c'est bien. Alors que ici, tout le monde est réservé. Moi, je ne fais même pas partie de leur « ton ». Chacun s'occupe de ses travaux et c'est à peine si on se salue. Euh!*

À Pimpéréna, c'est la situation inverse. Le village est un peu plus éloigné, mais, surtout, l'autorité villageoise est encore très reticente à que ses citoyens aient des activités en ville, aussi bien les hommes que les femmes et les jeunes. Ils s'y rendent rarement et pour des occasions très précises. Ainsi, rares sont les femmes qui ont entendu parler du moustique et elles n'ont aucune explication sur « comment le moustique donne le paludisme ». Ces femmes (hormis celle scolarisée) étaient catégoriques sur leur position, à savoir qu'elles ne croyaient pas du tout à cette imputation causale du moustique. Mais, dans ce village, il y avait quelque chose de très frappant : toutes les femmes exprimaient leur frustration de ne pas être instruites. Les phrases suivantes, qui revenaient souvent, ont beaucoup marqué la chercheuse :

Nous ne pouvons pas savoir cela, nous sommes des villageoises; qu'est-ce que la villageoise noire sait? elle n'a pas étudié, ni rien, elle ne peut pas savoir ce que les moustiques font. « Tu es une boule » quand tu n'es pas instruite. Un analphabète n'est rien sur cette terre. Regarde, vous deux, vous êtes des femmes, mais vous n'êtes pas comme nous ici. Vous avez eu de la chance.

Les femmes sont conscientes des méfaits de l'analphabétisme et du manque de contacts avec l'extérieur du village. Cette situation crée un complexe d'infériorité qui se manifeste dans tous leurs comportements vis-à-vis des étrangers. Elles ont clairement exprimé à l'équipe leur souhait de suivre au moins les cours de bambara qui viennent d'être instaurés il y a un an dans le village. Mais elles n'osent pas le dire aux hommes. Malheureusement, même les filles n'y ont pas accès. Cependant, le fait que les femmes aient ce ressentiment est un bon point de départ, s'il est soutenu par les intervenants politiques.

7.6.2.2 *Présence de structures et d'intervenants socio-sanitaires*

Le village de Bougoula-Hameau dispose d'un centre de santé relativement équipé, depuis plusieurs années, avec des infirmiers et des sages-femmes qui travaillent aussi bien dans le curatif que dans le préventif. Même les matrones sont scolarisées et savent lire et écrire. Par ailleurs, le village a fait l'objet de beaucoup de recherches et a obtenu beaucoup de supports socio-sanitaires, dont le plus important a été l'intervention *du projet IAMANEH*. Ce projet de

la santé de la mère et du nouveau-né est suivi par une cohorte de familles depuis une dizaine d'années et de façon continue. Ainsi, des médecins maliens et suisses, en compagnie de spécialistes en laboratoire et autres disciplines socio-sanitaires, viennent travailler régulièrement au village. Les interventions sont focalisées directement sur les femmes avec des campagnes de sensibilisation auprès de toutes les femmes du village par des médecins et des infirmiers qualifiés. Le paludisme étant un des domaines couverts par le projet, les femmes de Bougoula-Hameau auraient normalement acquis plusieurs d'informations sur les moustiques et sur leur nocivité.

Cependant, le personnel permanent au centre de santé n'a jamais discuté de cette question au cours des consultations régulières des femmes pour le paludisme de leurs enfants. En effet, l'infirmier du centre de santé déclare faire de l'IEC, mais l'analyse des entrevues montre qu'aucune femme n'a reçu des informations sur les origines du paludisme au cours des consultations sur la fièvre palustre au centre de santé. Même son épouse reconnaît ne pas avoir parlé avec lui des origines du paludisme. Ceci montre que c'est surtout au cours des passages des équipes de recherche que les femmes sont informées.

Bien que les femmes aient reçu des informations sur le paludisme et les moustiques, leurs connaissances n'ont pas permis de changer leurs comportements de prise en charge et leurs croyances profondes concernant les origines du paludisme. En effet, les contacts avec les femmes sont sporadiques et orientés plus vers les intérêts des professionnels de santé dans leurs interventions. Les campagnes de sensibilisation ne sont pas continues ou soutenues par des séances de formation continue pour améliorer les connaissances des femmes. Il s'agit généralement de conférences d'informations superficielles au cours desquelles les femmes écoutent mais ne posent pas de questions et les conférenciers ne se préoccupent pas de leur niveau de compréhension.

À Pimpéréna, la situation est inverse. Le village vient d'acquérir un poste de santé qui n'est pas pris en charge par la direction sanitaire du cercle. Il ne bénéficie d'aucun appui et est géré par un couple formé d'un agent technique de santé et d'une matrone, tous les deux alphabétisés en bambara. Ceux-ci ne sont équipés ni intellectuellement ni matériellement pour éduquer les femmes du village. Les quelques recherches qui y ont été menées, principalement par l'École de médecine de Bamako, répondaient à des préoccupations scientifiques orientées vers l'approfondissement des connaissances épidémiologiques et parasito-entomologiques. Les chercheurs communiquent avec le chef du village et les chefs de famille (pas avec les chefs de ménage) pour avoir leur consentement afin de réaliser leurs travaux en toute quiétude. De plus, quand ils font des prélèvements sanguins, ils s'intéressent plus à la maladie (dépistage) qu'aux malades. Ainsi, les contacts entre la

communauté en général et les femmes en particulier, dans le sens de les informer, sont plus rares. C'est le cas de certaines femmes qui se souvenaient avoir vu des gens attraper des moustiques dans leurs concessions, mais elles n'en savaient pas plus. Ceci pourrait expliquer en partie pourquoi les femmes de Pimpéréna ont très peu d'informations par rapport aux femmes de Bougoula-Hameau.

7.6.2.3 *L'éloignement du ménage de la grande famille*

L'éloignement du ménage de la grande famille est un facteur important pour l'acquisition des connaissances modernes. Les femmes qui sont dans des ménages ayant séjourné longtemps dans d'autres villages, loin de la grande famille, étaient plus ouvertes et informées sur plusieurs programmes socio-sanitaires et même sur les actualités politiques et économiques. Elles avaient assez de connaissances sur les maladies de leurs enfants. Ces femmes font plus attention à ce qui se passe autour d'elles et ont un sens de l'observation plus élevé. Souvent, elles sont dans des ménages monogames (ou seule avec le mari, les autres épouses étant restées au village), et les maris sont scolarisés ou travaillent dans des secteurs modernes. Loin de la grande famille, elles sont plus libres et plus proches de leurs propres enfants et de leur mari, qui est le chef unique et direct de la famille. Le mari, étant occupé à des activités en dehors de la structure familiale, donne à sa femme un peu plus de responsabilités vis-à-vis des enfants. Par ailleurs, étant loin de la famille (pas de belle-mère ou de beau-père pour s'occuper des enfants) et responsables de la famille, elles sont obligées de s'informer auprès des connaisseurs et des amis pour mieux assumer leur rôle. Le mari aussi est plus communicatif. La femme a la possibilité de prendre certaines décisions considérées urgentes et de lui en rendre compte à son retour. Dans ce contexte, le mari n'a pas de frère proche à qui déléguer son « pouvoir », parce qu'il se trouve dans des villages très éloignés aussi bien de la ville que du village natal.

Mais, dès que le ménage revient dans la grande concession, toutes les données changent. Dans les paragraphes suivants, nous rapportons trois cas vécus de situations illustrant l'influence de ce facteur. Dans deux des situations, les ménages sont restés longtemps loin des villages et maintenant sont de retour dans la grande famille. Dans le troisième cas, le couple est encore en dehors de la grande famille et très loin du village natal du mari.

Le premier cas est une femme scolarisée jusqu'au niveau secondaire et mariée à un enseignant qui a longtemps travaillé loin du village, dans d'autres cercles comme enseignant de brousse. C'est à cause du vieillissement de son père et à la demande de ce dernier qu'il a décidé de revenir dans la concession familiale au village natal. Selon la femme, le temps que le ménage a vécu en dehors du village natal de son mari lui a permis d'acquérir beaucoup

d'expériences et de vivre réellement la vie en couple. Elle pouvait faire des gestes d'urgence et en rendre compte au mari, quand celui-ci rentrait à la maison le soir. Elle est parmi les femmes les plus informées sur les maladies des enfants et leur prévention. Elle connaissait l'accès pernicieux palustre. Aussi, elle était informée sur les bénéfices des espacements des naissances et suivait même un programme de « planning » familial par la prise de contraceptifs injectables. Elle avait des propos du genre « *une mère connaît chacun de ses enfants et peut donc être en mesure de comprendre et de prédire ce qui peut arriver à chacun d'eux* » ou encore « *mon dernier enfant, c'est l'enfant de la dévaluation* », « *avec la conjoncture, il faut faire attention parce que les poches son trouées (il n'y a pas d'argent)* ». Son mari est resté monogame tout le temps que le couple était en dehors du village. Mais, depuis son retour au village, elle ne dort même plus avec ses petits enfants. C'est sa belle-mère qui décide de ce qu'il faut faire. Elle est tenue de prévenir sa belle-mère de la maladie de tous ses enfants et de tout autre événement. Comme, depuis leur retour, elle n'a pas fait d'enfant, la famille a décidé du remariage de son mari. Ce qui fait qu'au moment où commençait l'étude elle était seule chez son mari et que, quand on est venu pour la troisième entrevue, elle avait une coépouse. La famille lui avait donné un sursis, mais elle n'est pas tombée enceinte du fait de la contraception (et hésitait encore à l'arrêter surtout qu'elle avait eu 10 grossesses) et son mari s'est donc remarié sans qu'elle en soit prévenue. Elle expliquait dans les termes suivants les changements survenus depuis son retour en famille :

À vrai dire, je n'ai pas duré dans la famille. Depuis que nous nous sommes mariés, nous étions en brousse, ma dernière fille est venue ici à un an. Nous sommes rentrés il y a trois ans. Je lui montre souvent à sa grand-mère et d'ailleurs, elle dort dans sa chambre. Je ne sais pas grand chose sur ma fille depuis qu'elle dort avec sa grand-mère. Cette fois-ci par exemple, comme elle a été malade la nuit, c'est plus tard le matin que je l'ai su, quand je ne l'ai pas vu dehors et j'ai vu sa grand-mère rentrer et sortir. À un certain moment, j'ai demandé et c'est en ce moment qu'elle m'a dit que la fillette a mal dormi. Madame Diallo, tu comprends que ma belle-mère m'aide souvent, comme vous voyez, elle m'a trouvé une petite soeur (coépouse). De toutes les façons après tous les enfants que j'ai eus, je ne compte pas en avoir maintenant. C'est mon mari même qui m'avait autorisé à rentrer dans le programme de planning familial, parce que quand, j'ai accouché de la dernière, j'ai faillit mourir et les médecins lui ont dit que je dois me reposer. Mais, ici, dès qu'une femme ne fait pas des millions d'enfants, c'est des problèmes. Comme mon dernier enfant tarde à avoir un petit frère, il s'est marié. Mais, je ne me soucie pas pour cela.

Le second cas est celui d'une femme scolarisée jusqu'au niveau secondaire que sa famille a sortie de l'école pour la marier à son beau-frère, en remplacement de sa grande soeur décédée en laissant quatre enfants. Le ménage est resté longtemps en Côte d'Ivoire et à Sikasso-ville

(où elle avait étudié avec l'enquêtrice avant son mariage, qui, du reste, ne l'avait pas reconnue, tellement elle a changé et a l'air de loin plus vieille). Mais, depuis une dizaine d'années, le couple, monogame (actuellement, le mari ayant renvoyé l'autre femme), est rentré au village suite au décès du père du mari, pour devenir chef de la grande famille. Durant tout le temps que le ménage était en dehors du village, le mari n'était pas remarié et il la gâtait, vu les circonstances dans lesquelles il l'avait épousée. « Mon mari me satisfaisait. Il faisait le maximum pour me donner ce dont j'avais besoin », expliquait-elle à l'équipe. Elle faisait la couture et le commerce, elle partait même souvent à Bamako (la capitale) pour ses petites affaires. Mais, depuis qu'ils sont rentrés au village, toutes les choses ont changé, et le mari ne la laisse même plus aller rendre visite à sa mère. Elle n'est plus allée à Bamako et elle va rarement à Sikasso-ville. Il ne lui est même pas permis de participer aux « tons de culture de champs » des femmes du village. Son mari a complètement changé avec elle, sous l'influence de ses nouvelles fonctions dans la famille. Étant jeune par rapport aux autres femmes des autres frères du mari et étant considérée comme instruite et citadine, elle est marginalisée et vit dans des conditions très difficiles. Elle ne peut pas faire valoir ses connaissances aussi bien auprès de son mari que des autres membres de la famille. Aucun de l'entrevue, elle a fourni des explications sur l'origine du paludisme impliquant les moustiques et leurs gîtes, alors que leur cour était pleine d'ordures. Et quand l'équipe lui a demandé pourquoi, voici la réponse qu'elle a fourni et les commentaires qu'elle a eu à faire sur sa situation :

TU AS DIT QUE LES ORDURES APPORTENT LES MOUSTIQUES ET LA DEVANTURE DE TA MAISON EST PLEINE DE SALETÉS (ORDURES, DÉCHETS DE VACHES, MOUTONS, ETC.). MAIS ÇA C'EST TROP!

Ce n'est pas ma faute. C'est pour le « vieux », mon mari tout cela. Il l'utilise pour les champs et comme foin pour ses animaux. Je ne peux pas l'enlever sans son consentement. Je sais que c'est ce qui est à l'origine des maladies, mais même si je le lui dis, il ne va pas m'écouter. Sinon, une fois je lui ai dit indirectement, mais, il a crié sur moi devant les autres en me traitant de tout. J'ai eu beaucoup honte. Maintenant, je n'en parle plus. Madame Diallo, tu sais, la vie dans les villages, c'est difficile. Depuis qu'on est rentré, c'est comme si ce n'est plus le même homme. Il ne faut pas les autres pensent qu'il est faible avec sa femme, donc, il se comporte comme ça. Il faut que je sois comme les autres femmes qui ne sont jamais sorties d'ici, simplement parce qu'elles sont plus âgées que moi, mais aussi, je sais que ce sont ces petits frères qui parlent. Normalement, je suis sa femme, je devais avoir une place dans la famille, mais on me considère comme une étrangère, mes enfants sont très petits. Ses frères frappent les enfants de ma grande-soeur qui est décédée. Moi, je les console pour qu'ils comprennent. Le vieux les a tous sortis de l'école depuis qu'on est ici, parce que les autres enfants de ses frères ne vont pas à l'école. Il faut voir comment ses frères et leurs femmes se comportent avec moi! D'ailleurs, passons si vous avez autre chose à me demander.

Le troisième cas est celui d'une femme ayant étudié jusqu'au niveau secondaire. Avec son mari, ils habitent le village depuis quelques années, mais ils sont originaires d'un autre village. Son mari est fonctionnaire, scolarisé et infirmier du centre de santé. Elle vit seulement avec son mari et ses enfants. Ils reçoivent rarement la visite des membres de la famille du mari. Sa situation est donc à l'inverse des deux premières : elle est encore en dehors de la grande famille. Elle s'exprime relativement bien en français. Elle participe à la vie du couple et s'occupe directement de ses enfants. Il n'y a pas d'intermédiaire entre son mari et elle. Quand elle suspecte une maladie chez un de ses enfants, notamment le paludisme, elle prend la température et donne les médicaments sans attendre son mari. En cas de forte fièvre, elle enveloppe l'enfant dans une serviette froide. Quand l'enfant vomit, elle arrête de donner le sirop et les comprimés pour demander à son mari de donner les médicaments injectables, etc. Il arrive souvent qu'elle suggère à son mari certaines médications quand elle constate des signes d'aggravation. Elle considère qu'elle connaît mieux ses enfants que ce dernier, parce qu'elle est tout le temps avec eux. Elle fait des liens entre les différences de climat des régions qu'elle a habitées et leur influence sur le paludisme. Elle parle de la médecine traditionnelle en vantant ses mérites et en donnant des réserves sur son emploi.

Le couple habite dans les locaux du centre de santé, ce qui donne la possibilité à la femme de voir des femmes du village et leurs enfants malades. D'ailleurs, plusieurs viennent attendre le « Docteur » (en parlant de l'infirmier) chez elle. Elle connaît aussi bien son environnement que les événements quotidiens à travers les petits attroupements au centre de santé. Elle fait souvent de la sensibilisation auprès des femmes qui visitent le centre de santé et qui se confient à elle. C'est la seule femme qui a le temps d'écouter la radio parmi toutes les femmes de notre échantillon. D'ailleurs, l'équipe a toujours trouvé son petit radio allumé avec elle dans sa cour. Durant les entrevues, l'équipe a eu d'elle beaucoup d'informations sur le village. Elle a aidé l'équipe à mieux comprendre le statut de certaines femmes dans le village. Elle parle avec assurance, et, dans ce qui suit, on a répertorié certaines de ces phrases.

Qui parle de famille, parle de la femme. Toute femme qui veut la santé de sa famille doit connaître ses enfants et sa maison. Donc, je connais mes enfants et comment chacun d'eux se comporte avant d'être malade, et je fais les constatations sur le climat partout on est resté.

Donc, je peux te dire qu'il y a une petite différence entre le paludisme d'ici et le paludisme dans les autres régions. J'ai mon garçon qui fait la quatrième année à l'école primaire qui a été malade de paludisme pendant l'hivernage ici; cela a été très dur pour lui. C'est pour cela que je dis qu'il y a une différence. je l'attribue au climat, les enfants supportent mal le climat, c'est ce qui les rend malade; là où nous étions (vers Yanfolila, dans la

Wassoulou) le climat de là-bas et celui du cercle de Sikasso en général sont différents, les paludismes ne sont pas les mêmes.

Selon mes remarques, pendant l'hivernage, l'eau à Bougoula est plus froide et plus impure que là où nous étions et cela peut provoquer le paludisme. Aussi, le temps est plus frais ici à Bougoula qu'à Sikasso-ville; c'est plus dur, la nuit est très fraîche, le matin aussi. Ma petite soeur est venue chez moi ici et les matins elle met un pull-over parce qu'il fait très frais ici.

Si l'enfant tombe malade, avant d'en arriver à l'injection, je lui donne du sirop de nivaquine à raison d'une cuillerée le matin et une le soir; s'il commence à vomir, je me dis que la nivaquine n'a servi à rien, je demande maintenant à lui faire une injection.

C'EST TOI-MÊME QUI DÉCIDE DE LUI FAIRE UNE INJECTION OU QUELQU'UN TE DIT QUE TON ENFANT EST TRÈS MALADE, IL FAUT LUI FAIRE UNE INJECTION?

Comme mon mari est de la santé, si je lui en parle, lui comme il n'aime pas les injections, je lui dis d'abord que j'ai procédé à la nivaquine sirop et que cela n'a rien changé au mal et que je voudrais qu'il fasse une injection.

Nous surveillons tous les deux les enfants. Mais quant au traitement de leur maladie, c'est moi qui sais d'abord que l'enfant est malade et lui, il me donne les médicaments, puis me dit de faire comme ci ou comme ça. C'est ce que je vous ai dit, quant la fois dernière, il a fait la fièvre, j'ai pris la température, elle est était montée jusqu'à 39-40°C, je l'ai enveloppé dans le pagne mouillé. En ce moment, la température a chuté entre temps j'ai fait appeler son père. Comme le petit ne supporte pas la nivaquine, il m'a donné la tifomycine. Comme j'ai l'habitude de donner ces médicaments, je n'ai pas eu besoin qu'il me dicte la posologie, je lui tout de suite donner le médicament. Tu sais, je ne suis pas docteur, mais, tous les jours on apprend quelque chose. Je ne suis plus une enfant, je fais attention à ce que fait mon mari quand il travaille.

EST-CE QUE LES VIEILLES NE T'ONT PAS DIT DES REMÈDES TRADITIONNELS, COMME TON ENFANT NE SUPPORTE PAS LA NIVAQUINE?

Là où nous étions, j'ai connu beaucoup de médicaments traditionnels, mais ils n'ont pas de doses c'est pourquoi je ne les aime pas beaucoup; souvent on demande à ce que tu gaves bien l'enfant, même s'il vomit, tu lui en donnes encore, ça ce n'est pas bon.

Tu me demandes, si quelqu'un d'autre me parle de mes enfants? Non, je n'ai personne pour faire cela. Si tu vois que quelqu'un te parle de ton enfant, c'est dû au fait que tu ne surveilles pas régulièrement ton enfant. Si tu vois que quelqu'un puisse te dire cela, c'est que tes enfants sortent pour aller chez des gens. Ils ne sortent jamais, mes enfants.

Je crois que je dois pouvoir sensibiliser les femmes quant à la prévention du paludisme pour que les enfants ne soient pas atteints. Je le fais d'ailleurs mais, les femmes sont trop occupées ici et les maris ne les aident pas en général.

Il est donc bien évident qu'il y a une nette différence entre les trois cas. Les deux premières auraient probablement été aussi expressives si elles s'étaient retrouvées en dehors de la grande famille. Ce facteur est l'un des plus importants dans le comportement des femmes.

7.6.2.4 *Le niveau de scolarisation et d'exposition aux connaissances modernes du mari ou son exposition culturelle*

Le niveau de scolarisation ou de connaissances modernes du mari est un facteur qui influence les comportements de la femme. Il peut communiquer ses connaissances à sa femme et les faire appliquer par les membres de la famille. Ceci est constaté quand le ménage est loin de la grande famille. Dans ce cas, il prend le temps d'expliquer à sa femme et de discuter avec elle. Il est plus communicatif parce qu'il n'y a personne de sa famille qui puisse le traiter de faible avec sa femme.

Cependant, toutes les connaissances du mari ne sont pas transmises systématiquement à la femme. Ce n'est pas nécessairement parce que l'homme est scolarisé qu'il sort du « pattern » traditionnel voulant que l'homme tienne les femmes en dehors de ses savoirs afin de conserver sur elle son autorité et son pouvoir. Aussi, s'il transmet ses connaissances à ses épouses, il est contraint de les respecter, ce qui peut entraîner des coûts (payer la totalité d'une ordonnance pour une bonne observance, respecter le régime alimentaire, acheter une radio et donner du temps d'écoute à la femme, etc.).

Par contre, si le mari est convaincu et intègre les connaissances modernes, et si celles-ci sont applicables sans nuire à son statut ni déranger ses finances, elles peuvent être appliquées *sous forme d'ordres à être exécutés par les membres de la famille et sans explications*. L'homme étant celui qui décide de ce qu'il faut faire et qui doit fournir les médications, dans ce cas, l'exposition aux connaissances modernes peut avoir des répercussions au niveau du comportement des femmes.

Le niveau de connaissances du mari se répercute donc plus sur le comportement que sur les connaissances de la femme. Par ailleurs, la place du mari est importante, dans la mesure où, s'il n'est pas chef de famille et se trouve très bas dans la hiérarchie, quel que soit son niveau de connaissances, il ne peut pas les communiquer ou les faire prévaloir.

En conclusion, toutes les nouvelles connaissances obtenues suite à l'exposition au monde moderne n'ont pas changé fondamentalement des croyances des femmes. Il s'agit d'une autre forme de connaissances qui s'additionnent à leurs connaissances primaires. *Pour qu'il y ait un véritable passage du système dominant des croyances traditionnelles au système*

moderne (croyance et intégration des connaissances épidémiologiques), le niveau de scolarisation doit être très élevé, et l'exposition culturelle aux connaissances modernes doit se faire de façon continue, sur une longue période et par des canaux de communication adéquats et convaincants.

7.6.3 *Place du mari dans la grande famille*

La place du mari est surtout importante dans les comportements de soins pour l'enfant et donc influe sur l'évolution de la maladie. Le mari n'est pas toujours le chef de famille. Sa place dans la hiérarchie familiale est un facteur déterminant dans le comportement de la femme. Son rôle dans les décisions concernant ses propres enfants dépend de la place qu'il occupe par rapport au chef de famille. La femme se réfère à lui, qui, à son tour, se réfère au chef de famille pour n'importe quel problème concernant les enfants. Plus le mari est haut placé dans la hiérarchie familiale (chef de famille sinon proche du lui), plus vite l'enfant est soigné, parce que la femme est proche du pôle de décision. Plus il est bas dans la hiérarchie, moins il a la possibilité de s'entretenir avec le chef de famille et moins son interférence entre celui-ci et sa femme est efficace. Dans ce cas, la femme a moins de chance de présenter l'enfant malade au chef de famille.

En résumé, tous ces facteurs plus haut cités sont tributaires de la hiérarchie de la famille. Le traitement de l'enfant malade est déterminé par la structure de prise de décision au niveau de la famille et, plus particulièrement, par le chef de la famille.

7.6.4 *Canaux de communication du système moderne de santé*

Les canaux de communication utilisés par le système de santé sont basés sur les émissions de radio et de télévision ou sur les campagnes de sensibilisation de masse. Malheureusement, les femmes des villages n'ont pas accès à un téléviseur. et elles n'ont pas le temps d'écouter les émissions de radio. Aucune femme n'est propriétaire d'une radio, et seules cinq femmes connaissent un membre de la famille qui a une radio dans la concession. Toutes les femmes, à l'exception d'une seule, ont déclaré ne pas avoir le temps de l'écouter. De toutes façons, écouter la radio est considéré comme une activité qui distrait les femmes, les empêchant donc de travailler.

Les équipes sanitaires qui parcourent les villages pour des enquêtes se limitent au niveau des chefs de village et des notables. Ces personnes n'ont généralement pas de compte à rendre aux autres membres de la famille. Quant au personnel de santé sur place, il est occupé à

donner des soins et souvent à culpabiliser les quelques femmes qui ont la chance de les contacter.

Le personnel de santé pensait profiter de certaines cérémonies organisées dans le village pour diffuser son message, tel que rencontrer les femmes au cours des cultures organisées par leurs associations. Mais ces occasions ne donnent pas le temps aux femmes de discuter d'autres choses : il y a tellement à faire, qu'elles sont plutôt pressées de cultiver le maximum de terre et de finir pour pouvoir passer à autre chose. Ces périodes de rencontre ne se prêtent pas à des causeries sur le Soumaya. À la rigueur, on commente sur des événements sociaux passés ou à venir, et comme il est interdit de s'intéresser à ce qui passe chez l'autre, les bavardages sont bien limités. Miser sur ces rencontres pour que les femmes fassent véhiculer les informations ramassées ici et là ne serait que voué à l'échec.

Par ailleurs, le contenu des messages est surtout orienté sur les origines du paludisme en rapport aux moustiques et à l'insalubrité. Il ne fait pas cas de l'observance du traitement, alors que cet aspect rentre plus dans le « pattern » traditionnel qui veut que quand il y a une maladie « naturelle » de type Soumaya, il faut la traiter.

Enfin, les hommes n'écoutent pas généralement ces messages, parce que, souvent, les commentateurs de radio (des femmes le plus souvent) précisent que leur émission est adressée aux femmes. De toutes façons, tout comme faire la cuisine, les hommes considèrent que balayer et rendre propre la concession sont des activités déléguées aux femmes. Ainsi, dès que ces émissions commencent, ils éteignent leur radio pour économiser les piles.

Ces canaux sont donc inappropriés pour rejoindre les femmes, et leur contenu n'est pas adapté à la stratégie de prise en charge correcte et rapide des cas. Le ministère de la Santé doit revoir son système de communication s'il veut rejoindre les femmes.

7.6.5 *Expériences antérieures en matière de paludisme*

Très souvent, les femmes se réfèrent d'abord à la compilation de leurs observations personnelles et des enseignements reçus par leurs proches parents. Ces observations sont confirmées par les constatations de leur entourage. C'est tout ceci qui leur permet d'interpréter les symptômes et de les rattacher au paludisme. Ces observations portent soit :

- sur le vécu par rapport au contexte climatique et thermique;
- sur la nature et le devenir alimentaire.

Dans ce cas, *l'âge de la femme et sa parité* jouent un rôle important. Il a été constaté que plus la femme est âgée et a eu des enfants vivants, plus elle a été exposée au problème de paludisme et plus elle a accumulé de l'expérience sur ce qui a provoqué le paludisme chez ses enfants ou chez les enfants des autres.

À partir donc de leurs expériences, les femmes âgées et ayant eu beaucoup d'enfants construisent certaines théories soutenues par une logique très élaborée. Ces sont ces grandes multipares qui sont très catégoriques quand elles parlent. Elles font très peu de compromis, alors que les jeunes femmes parlent avec moins d'assurance. Elles cherchent à comprendre et sont plus ouvertes à accepter les nouvelles théories.

7.6.5 *Niveau d'occupation et place de la femme dans la famille*

Les femmes sont souvent très occupées, de sorte qu'elles consacrent moins de temps pour observer leurs enfants et sortir du « pattern » traditionnel inculqué ou acquis au fil des années. Elles ont souvent dit que c'est grâce à la présence de cette étude qu'elles ont appris à faire attention, sinon, elles n'auraient jamais observé leurs enfants dans ces petits détails. Elles répètent souvent ce qui suit pour montrer à quel point elles sont occupées et fatiguées le soir :

- ① *Si vous n'étiez pas venue ici nous dire d'observer les enfants pour savoir l'origine des paludisme des enfants, nous ne pouvions pas savoir l'origine de leur paludisme. Avant, quand ton enfant tombait malade, tu disais que c'était le paludisme. Si on te donne des comprimés ou des médicaments traditionnels, tu les lui donnes. C'est maintenant que nous les observons.*
- ② *Parce que comme j'ai dit, je ne remarque pas jusque dans les petits détails. Je vous remercie parce que nous, nous ne faisons pas attention à tout. Et je vois que c'est important.*
- ③ *Je crois que c'est ce que j'ai dit : la paysanne n'a pas l'esprit tranquille, tu cours pour aller au champ, pour revenir à la maison; tu décides de quelque chose le matin, tu oublies d'ici le soir; on n'est vraiment pas tranquille pour faire attention et observer.*
- ④ *Non, même s'il y a les moustiques qui te piquent, mais tellement que tu es fatiguée tu ne sens rien en dormant, comment veux-tu les accuser en ce moment? Moi, je ne fais même pas attention à leur présence.*

Pour montrer les conséquences du niveau d'occupation des femmes, une informatrice nous a rapporté ce qui suit :

QU'EST-CE QUE TU AS CONSTATÉ DANS LE VILLAGE. LE COMPORTEMENT DES AUTRES FEMMES DU VILLAGE, DU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE, C'EST IMPORTANT QUE TU NOUS DISES COMMENT LES AUTRES FEMMES COMPRENNENT TOUT CELA?

Tu vas m'amener à dire quelque chose qui ne me regarde pas! Mais puisque, c'est pour aider à améliorer leur condition, je vais m'efforcer à te le dire.

D'abord, est-ce qu'elles ont même le temps d'écouter la radio, de comprendre. Elles n'ont pas le temps et les moyens. Je peux vous dire que votre manière de comprendre les choses sont très différentes avec ces femmes. On rencontre quelques rares femmes qui sont propres. Mais quand à dire si elles écoutent la radio, je ne crois pas.

Pour ce qui est de la propreté : pas plus tard qu'il y a 15 jours, j'ai appelé une femme pour lui dire ce qui suit : une femme de votre famille ne porte ni habit, ni mouchoir de tête, ni chaussures, or vous faites le soumbala. Ici, les femmes fabriquent généralement du soumbala (un condiment pour la sauce). Si je n'achète pas votre soumbala, il ne faut pas vous fâcher. Elle m'a répondu: « oui, moi, je peux changer, mais pour ce qui est des autres femmes de la famille, il ne faut jamais leur parler comme ça, sinon elles vont te lancer des sales paroles pour rien.

Généralement, les femmes de ce village répondent qu'elles sont trop occupées et n'ont pas le temps d'être propres et aussi, elles disent qu'elles n'ont pas d'habits. À mon avis, on a pas besoin d'avoir beaucoup d'habits pour être propre. Moi, je lui ai donné comme conseil : rendez propres vos maisons vous-même et faites attention à vos enfants, parce que même les enfants de deux à trois ans se lavent par eux-mêmes ici.

Ce comportement de ne pas faire attention à la propreté peut s'expliquer par leur éducation de famille. Parce que, si ton mari est propre, il va s'en dire que tu seras propre. Parce que si chaque jour, il te frappe pour que tu balayer la maison, la cour, tu peux changer. Mais, certaines sont influencées par leurs voisines ou coépouses.

Pour ce qui est de la grandeur de la famille, il peut y avoir jusqu'à 10 femmes et plus dans la famille. C'est des grosses familles avec plusieurs ménages dans une même concession. Dans ce cas, la cuisine se fait à tour de rôle et elles ne sont occupées que par leur fabrication de soumbala et les cultures des champs. Elles partent le matin pour rentrer le soir. Il faut quand-même reconnaître qu'elles travaillent trop et les maris se fichent d'elles. Ils ne voient que leur intérêt. C'est pour cela que toutes les femmes qu'on rencontre se limitent seulement à s'occuper du manger et à leurs occupations, mais jamais de la propreté. Souvent si tu leur demande de se rendre propre, elle te réponse «le temps et la liberté que tu as, tout le monde n'a pas cela. D'ailleurs, il faut me donner un habit, une paire de chaussures fatiguées etc». Ça me fait mal mais, je ne dis rien.

Concernant ce qu'elles gagnent en vendant le soumbala en général, elles complètent le prix des condiments pour le repas. J'ai souvent causé avec les

femmes; je leur est demandé si on leur donnait le prix de condiments les dimanches. Elles m'ont dit que c'est rare. Si le chef de famille donne de l'argent c'est au maximum 400 FCFA (80 sous) pour toute la semaine, je dis bien par semaine. J'ai demandé précisément à la femme qui vient laver les habits pour moi. Donc, elles travaillent ou font le petit commerce pour payer le prix de la sauce. D'autres aussi habillent leurs enfants ou payent les chaussures avec cela.

Il y a même des hommes à Bougoula ici quand l'enfant est malade, ça ne leur dit rien. C'est la femme qui se débrouille et achète l'ordonnance. Mais là aussi, s'il le sait, il crie sur la femme, sans pour autant s'occuper de l'enfant. Donc la femme se cache pour cela. J'ai vu un cas ici, la femme a amené l'enfant rougeoleux au centre et elle était entrain de dire qu'elle n'a pas d'argent pour acheter les médicaments; J'étais devant ma cuisine, je suis venue au près d'elle en disant « toi tu dis que tu n'as d'argent pour soigner ton enfant; il ne faut pas faire ça, l'enfant est trop cher pour cela. Le peu d'argent que tu as, amène ça, le docteur est humain, il pourra t'arranger ». Ensuite, je lui ai demandé si le père de l'enfant était là; elle m'a répondu « oui, il a même des moyens mais il refuse de soigner mes enfants à moi ». J'ai eu vraiment pitié d'elle. Après le traitement, je lui ai donné des conseils en lui disant que même si son mari refusait, si elle peut faire quelque chose, il faut soigner ses enfants. Elle m'a répondu: « tu sais, j'ai une coépouse, c'est elle que mon mari aime; il s'occupe des enfants de cette dernière et moi mes enfants sont à ma charge.

Tout ce que je peux dire, ce qu'elles sont très occupées. Parce que se rendre propre et rendre propre la maison, tu sais ça demande du courage et du temps. Aussi, les femmes de Bougoula ici, souffrent, elles souffrent beaucoup. Mais, toutes celles qui viennent au centre ici, je fais tout pour les approcher et causer avec elles.

Après l'identification de tous ces variables et facteurs intervenant dans la construction des modèles explicatifs et interprétatifs, d'une part, et des facteurs déterminant les comportements de soins, d'autre part, il est possible de construire un cadre théorique plus complet reflétant mieux la réalité. Dans la section qui suit est donc présenté le cadre théorique définitif qui pourrait servir d'analyse et de vérification des propositions de recherches qui seront élaborées.

7.7 CADRE THÉORIQUE DÉFINITIF

Au chapitre IV, nous avons élaboré un cadre théorique préliminaire pour aborder le terrain. Sans cette première structuration des idées, il paraissait très difficile d'avoir un point focal de la thèse et d'orienter notre recherche sur le terrain. Dans ce cadre, des agrégats de variables ont été intégrés et, à partir des extraits des principales études disponibles et des relations entre eux, des projections ont été faites pour préciser les éventuels chevauchements,

contradictions, perfectionnements, redéfinitions et les aspects non investigués qui pourraient être importants pour cette recherche.

Dès les premiers contacts avec les réalités du terrain, les concepts ont commencé à se préciser. Plus la collecte des données avançait, plus les informations obtenues devenaient claires, plus les variables et facteurs clés émergeaient et plus la théorie devenait élaborée, conduisant à une modélisation plus conforme à la réalité. Le modèle construit à la fin de l'analyse des données apparaît plus complet. Certaines variables en sont disparues, d'autres, ont été incorporées, et des liens entre variables et facteurs sont devenus plus clairs.

Il est ressorti, d'une manière générale, que la prise en charge des cas de fièvre présumée palustre à Sikasso présente des caractéristiques essentielles, dont :

- l'environnement épidémiologique marqué par la variation saisonnière de transmission du paludisme;
- l'expression clinique du paludisme, caractérisée par les difficultés de l'identifier de façon univoque et satisfaisante, aussi bien au niveau des services de soins modernes qu'au niveau de la population;
- les moyens de diagnostic à la fois contraignants, pas toujours fiables et surtout pas accessibles au niveau des établissements modernes de santé en zone rurale (centres et postes de santé);
- les explications sur les origines et les causes du paludisme par les mères sont multiples proviennent de leur vécu quotidien et incriminent le contexte climatique et alimentaire;
- le contexte de systèmes médicaux pluralistes d'offre de services de soins, contexte dans lequel le recours thérapeutique se répartit entre différents dispensateurs de services susceptibles d'appartenir à une ou à plusieurs traditions médicales (moderne ou traditionnelle);
- la prise en charge correcte ou la norme définie par l'OMS et telle qu'appliquée par les praticiens ne tient pas compte des variations saisonnières de transmission du paludisme. Le traitement présomptif est prescrit toute l'année, alors que la transmission ne dépasse pas quatre à cinq mois dans la région. Aussi, telle que réalisée présentement, elle ne se fait pas nécessairement à l'égard de la compréhension des prestataires de soins locaux, mais elle répond plutôt à des normes habituellement reconnues au niveau de la communauté internationale et à leurs attentes.

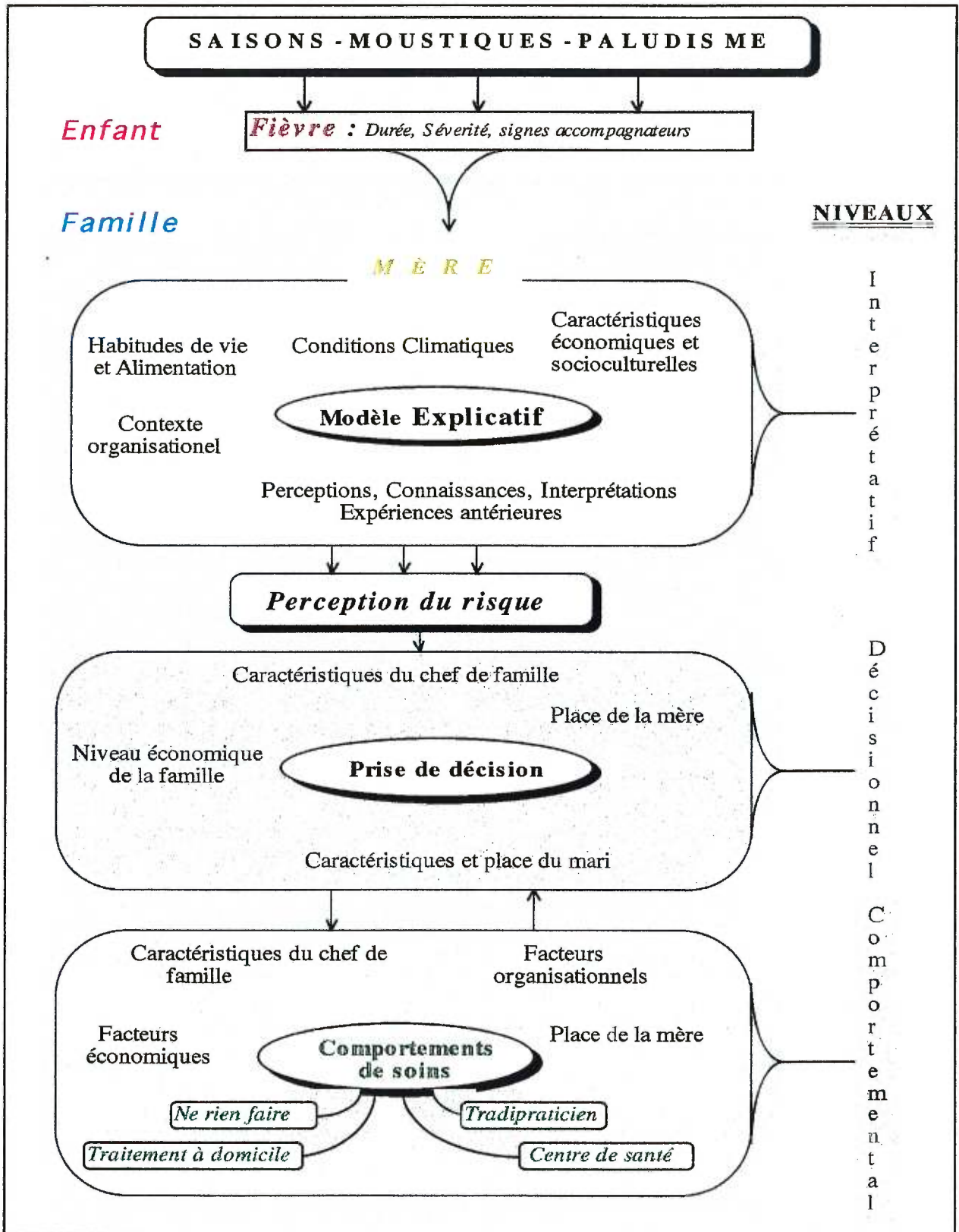
Plus précisément au niveau communautaire, il ressort que les comportements de prise en charge des cas de fièvre présumée palustre de l'enfant par les mères Sénoufo résultent d'un processus séquentiel (la maladie étant le facteur initiateur du processus) , au cours duquel :

- Dans une première étape, il y a reconnaissance du paludisme par la mère et développement de son propre modèle explicatif de l'apparition de problème : il s'agit là de ses interprétations de la fièvre (ou de tout autre symptôme) considérée palustre quant à son origine, à ses causes immédiates et à l'évaluation de sa gravité pour estimer si l'enfant doit être référé au chef de famille ou non en vue d'un éventuel traitement. La mère tire souvent ces origines et ces causes immédiates à partir du contexte climatique ou incrimine certains aliments :
- Dans une deuxième étape, il y a confirmation du diagnostic de la mère et de tout le processus décisionnel de la stratégie thérapeutique dans la hiérarchie familiale. Dans un ordre bien établi et dépendant de la place de la mère dans la famille, l'enfant est montré à qui de droit, c'est-à-dire au chef de famille, après avoir été conduit auprès d'une série de personnes intermédiaires (le mari, la belle-mère, la première épouse, etc.). Devant le problème, le chef de famille évalue la situation et sélectionne la stratégie thérapeutique à adopter en fonction d'un certain nombre de facteurs. En fait, c'est lui qui décide de quoi faire, par qui et comment le faire. Par la suite, la mère suit les ordres dictés par le chef de famille. Il peut arriver même que son rôle s'arrête au début de cette étape, le chef confiant l'enfant à la plus âgée des femmes pour lui prodiguer les soins. La mère se retrouve ainsi exclue du processus de prise en charge.
- Dans un troisième temps, les médicaments sont fournis, et la conduite thérapeutique dictée est suivie par la mère ou par la personne à charge puis évaluée par le chef de famille.

En définitive, ces trois étapes séquentielles de comportements de prise en charge ramènent aux constats de Fournier et de Haddad (1992) sur l'utilisation des services de santé. Aussi, même si la prémisse de départ pour l'étude reste vraie, elle n'était pas suffisante pour expliquer les comportements de prise en charge des mères devant le paludisme de leur enfant. *Il existe tout le contexte familial dans lequel elle se trouve qui intervient de façon très significative.* Concrètement, il est vrai que les modèles explicatifs et interprétatifs du paludisme par les mères sont importants, parce que c'est le point de départ de toute démarche de prise en charge. Les comportements de prise en charge des mères devant un paludisme simple débutent par les interprétations qu'elles font des signes et des symptômes qu'elles sont les premières à constater chez l'enfant. Très tributaires des contextes climatique et alimentaire, ces interprétations entraînent la construction d'un modèle explicatif du paludisme et la conduite à adopter vis-à-vis du recours à la décision de la hiérarchie familiale. Or, pour que l'enfant bénéficie de n'importe quelle forme de prise en charge, la décision doit être prise par la plus haute instance familiale, et le comportement subséquent de la femme en dépend. C'est ainsi qu'il est possible de dire que les comportements de prise en charge dépendent à la fois des modèles explicatifs du paludisme simple et du contexte familial de la mère.

La nature et l'importance respectives des différentes variables et des facteurs reliés à ces étapes ont été recensées pour étayer le deuxième cadre théorique (schéma 13 suivant), afin d'analyser le sens et la valeur des déterminants clés susceptibles d'influencer les comportements de prise en charge de la fièvre présumée palustre par les mères rurales Sénoufo de Sikasso. De ce cadre théorique peuvent être dégagées aussi plusieurs pistes de recherche pour mieux cerner le processus de prise en charge du paludisme de l'enfant chez les Sénoufo.

Schéma N°13: Processus de prise en charge de la fièvre palustre des enfants par les mères selon les saisons et ses facteurs déterminants



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Sur la base du devis de recherche et du décodage des différentes entrevues, il a été possible de réaliser des analyses aussi bien au niveau individuel, qu'entre les individus d'un même village (intra-site) et entre ceux des deux villages (inter-sites). Ces analyses ont permis de formuler des conclusions et des recommandations en terme d'interventions et de dégager des pistes de recherche.

Les résultats des analyses intra et inter-sites montrent que, malgré les différences socio-économiques des femmes et malgré la différence de leurs environnements socio-organisationnels (présence de structure de soins et d'établissements scolaires, nombre de personnes, en particulier des femmes scolarisées et plus en contact avec la ville, etc.), il existe une similitude entre les deux villages, à savoir :

- les mêmes façons de reconnaître la maladie;
- les mêmes imputations causales;
- le même niveau de croyance par rapport aux moustiques;
- des stratégies de soins pratiquement similaires.

À la lumière de l'analyse des différentes entrevues, on a constaté que les mères des deux villages ont une approche pour diagnostiquer le paludisme simple proche de celle recommandée par l'OMS, à savoir l'incrimination du paludisme devant une fièvre. Plus encore, par leurs expériences, elles ont su remarquer et identifier l'existence des formes atypiques du paludisme (formes abdominales avec manifestations digestives du paludisme).

Les résultats montrent que les mères des deux villages discriminent la saison dans l'étiologie du paludisme. Tout comme le système moderne, les femmes considèrent la saison des pluies comme une composante particulièrement importante dans l'apparition du paludisme. Mais leurs façons d'expliquer le rôle de la saison dans l'apparition du paludisme sont différentes. Entre la saison et le paludisme, il y a la boîte noire qui est différemment décodée.

Saison des pluies ==> BOÎTE NOIRE ==> paludisme (fièvre)

Si, au niveau épidémiologique, le moustique et le parasite sont les éléments de la boîte noire, au niveau traditionnel, cette boîte noire est constituée d'autres composantes, dont l'eau froide de la pluie, le soleil, le vent froid, les aliments durant cette saison, etc. Bien que différents

par leur boîte noire, ces deux modèles ont quelques similitudes qui font que les femmes, à la fin, arrivent à diagnostiquer le paludisme.

La différence entre les deux villages se situe au niveau de l'acquisition des connaissances additionnelles sur les origines du paludisme par les femmes de Bougoula-Hameau, à cause de l'ouverture du village sur le monde extérieur. Ces connaissances ont conduit à l'élaboration de plusieurs sous-modèles explicatifs par les femmes de Bougoula-Hameau. Cependant, les nouvelles connaissances acquises sur le Soumaya n'ont pas remplacé leurs anciennes connaissances traditionnelles, elles se sont tout simplement ajoutées à ces dernières. Ce sont ces connaissances additionnelles qui amènent les femmes à avoir un plus grand nombre de modèles explicatifs avec plusieurs origines et causes qui agissent selon un mode additionnel ou juxtaposé. Ainsi, elles se retrouvent devant plusieurs sous-modèles explicatifs de la maladie qui sont souvent interreliés. Malgré cette richesse de modèles explicatifs, les nouvelles connaissances acquises n'ont pas modifié les croyances des femmes vis-à-vis des causes et des origines du Soumaya. Devant un épisode du Soumaya, les mères n'incriminent pas les moustiques dans l'apparition de la maladie. Au contraire, elles affirment directement ou indirectement ne pas croire à son imputation.

L'étude a aussi montré que, dans les villages, la hiérarchie traditionnelle établie au sein de la famille Sénoufo est très forte. Dans cette hiérarchie, le rôle réservé à la femme dans le processus de prise en charge de la maladie de ses propres enfants est très réduit. Plus elle est en bas de la hiérarchie, moins elle est en mesure de prendre en charge l'épisode de maladie de son enfant. Tant que les parents du mari sont vivants, même le mari est un simple exécutant à plus forte raison l'est la dernière femme venue dans la concession. Ainsi, les femmes ont peu ou pas de pouvoir de décision sur la santé des enfants, et ce quel que soit le statut de la femme quand le ménage se trouve dans la grande famille. Dans ce contexte, quelles que soient les connaissances de la femme, elle ne peut pas les faire valoir dans la grande concession.

Du point de vue du traitement, il est aussi ressorti que les femmes des deux villages utilisent les médicaments modernes pour soigner le paludisme. Devant cette situation, la question suivante se posait :

L'utilisation des médicaments modernes est-elle liée à une intégration des données épidémiologiques ou au changement dans leurs croyances?

L'analyse montre également que l'utilisation des médicaments modernes n'est pas liée à un changement des croyances sur les origines du paludisme ou de leurs modèles explicatifs et

interprétatifs. Les femmes le font parce qu'elles ont constaté une certaine efficacité de ces médicaments sur les symptômes et une facilité de leur emploi. Mais ces médicaments ne sont pas utilisés de façon rationnelle pour enrayer l'épisode palustre. Ni la dose ni la durée du traitement ne sont respectées : on traite les symptômes et non la maladie.

Si toutes les femmes reconnaissent le paludisme dans les villages et croient aux vertus de la nivaquine, le fait de ne pas croire et ne pas incriminer les moustiques dans l'apparition du paludisme serait moins dommageable (en terme de mortalité) pour les enfants à condition que les décideurs sanitaires en soient conscients et réorientent leur cible d'interventions. Dans ce cas, il serait plus judicieux d'axer les efforts sur la fourniture de médicaments de bonne qualité et sur le respect de la posologie à suivre pour enrayer l'accès palustre. En effet, malgré le discours dominant actuellement qui montre que la chimiothérapie n'a pas permis de réduire la morbidité et la mortalité par paludisme et qu'il faudrait axer les efforts sur la réduction du contact homme-vecteur, les résultats de cette étude montrent qu'à l'état actuel des choses, les comportements adoptés par les communautés traditionnelles devant le paludisme, à savoir l'administration de médicaments, sont plus proches de la stratégie de prise en charge des cas.

Bien qu'il soit prouvé que la stratégie de lutte reposant sur la réduction du contact homme-vecteur par l'utilisation de supports imprégnés a une conséquence réelle sur la réduction de la mortalité et de la morbidité dues au paludisme, son évidence n'est pas facile à prouver à la communauté à court terme. Les arguments suivants et bien d'autres montrent que la communauté traditionnelle n'est pas prête ni culturellement ni économiquement à s'intégrer à la philosophie de cette stratégie :

- Les femmes et les communautés traditionnelles, en général, considèrent que les moustiques font partie de leur environnement en permanence. Elles ne voient pas comment ils peuvent rendre malade; elles ne croient à cette imputation causale dans l'apparition du paludisme.
- La stratégie requiert une part importante de remise en cause des valeurs traditionnelles liées à la construction et à la structuration de l'habitation : il faudrait que les communautés renoncent à leur façon de structurer la famille. Ce domaine relève du chef du village et des chefs de famille. C'est au chef de prendre des décisions sur tout changement de la conception de l'habitat (case basse sans fenêtres). Dans cette situation, les femmes n'ont aucun pouvoir de décision sur la gestion et le contrôle de leur environnement physique;
- Les conditions climatiques ne se prêtent pas souvent à l'utilisation de moustiquaires et de rideaux imprégnés. De toute façon, les femmes et les enfants passent une bonne partie de leur temps en dehors des cases.

Un autre élément, non moins important, qu'il faudrait préciser auprès des décideurs serait de savoir s'il faut axer les efforts sur l'anophèle ou sur le traitement de la maladie quand elle est bien diagnostiquée. Si on compare les composantes de la stratégie de prise en charge au comportement de la famille devant un épisode de fièvre présumée palustre, on serait tenté de dire qu'il n'est pas nécessaire de remonter jusqu'à l'anophèle pour guérir le paludisme. Les femmes étant capables de reconnaître le paludisme, il faut plutôt trouver des voies et des moyens pour qu'elles puissent avoir accès au bon traitement au bon moment.

Cependant, la réduction du contact homme-vecteur peut être parallèlement envisagée en se fondant sur la nuisance des moustiques reconnue par les femmes. En général, toute la communauté reconnaît que les moustiques sont nuisibles. Par cette porte d'entrée auprès de la population, il est possible, à plus long terme, que les intervenants socio-sanitaires réussissent de la convaincre d'une possibilité de se protéger de leur nuisance d'abord et de la maladie ensuite.

Par la présente étude, nous pouvons croire que si la prise en charge des cas de paludisme par la chimiothérapie n'a pas permis d'avoir les résultats escomptés, c'est parce qu'au niveau de la famille, il y a des facteurs, dont la structure de prise de décision, qui freinent sa réalisation. Les intervenants socio-sanitaires doivent prendre en considération ces facteurs dans la conception de la stratégie, parce qu'elle répond, plus à la logique explicative et à la logique culturelle liées au paludisme en milieu traditionnel actuel.

À voir la stratégie de prise en charge telle que définie par l'OMS, on pourrait la diviser en deux composantes importantes : *le diagnostic rapide et le traitement correct*, la première conduisant logiquement à la deuxième.

- En ce qui concerne le diagnostic rapide, qui était une des premières questions de recherche que l'on posait, il a été remarqué qu'il relève principalement de la femme. Les résultats montrent que les femmes reconnaissent le paludisme. Elles utilisent les mêmes signes et symptômes pour diagnostiquer le paludisme que le personnel de santé. Donc, le problème de prise en charge ne se trouve pas à ce niveau.
- Quant au traitement correct, il a été constaté qu'il répond à un processus reflétant l'organisation interne qui régit le fonctionnement de la famille. Ici, le rôle essentiel revient au père ou au chef de la famille de prendre la décision pour que le traitement se réalise. La mère joue un rôle très secondaire dans cette composante. Les résultats de la recherche ont montré que la non-réalisation d'une prise en charge correcte et rapide des cas de paludisme dépend essentiellement de cette deuxième composante. Il y a un retard, voire

un blocage, dans la fourniture de médicaments de bonne qualité ou en quantité suffisante au niveau de la hiérarchie familiale.

Théoriquement, on devrait s'attendre à ce que le diagnostic rapide du paludisme par la femme conduise directement à un traitement correct. Dans cette logique rationnelle, on part d'un devis construit autour d'un modèle relativement individuel de prise en charge, dans lequel on postule que le diagnostic de la mère est normalement à l'origine des comportements de soins. Or, dans le contexte traditionnel, malgré les convictions que peuvent avoir les mères sur la nature de la maladie de leurs enfants, leurs comportements restent complètement enracinés dans le milieu familial. Le comportement de la mère sort de la simple rationalité : il est plutôt lié à la position dans la famille. Dans ce cas, le comportement est en partie déconnecté de ce qui pourrait être l'expression d'une connaissance ou d'une compréhension individuelle pour se mouler dans la compréhension et le comportement qui suivent une logique de famille. Dans cette logique collégiale, il y a une structure de prise de décision très forte entre le diagnostic rapide fait par la mère et le traitement correcte fourni par le chef de famille. Cette structure de prise de décision constitue un élément déterminant dans le processus de prise en charge des cas de paludisme dans la société traditionnelle. C'est un élément très important qui mérite une attention particulière.

Un autre problème lié à la prise en charge est la non-observance du traitement, la qualité et l'origine des médicaments utilisés par les familles: en plus de la nivaquine et du paracétamol, plusieurs autres médicaments modernes sont utilisés par les familles pour soigner le paludisme. Les centre de santé ne sont pas les seuls à approvisionner les familles en médicaments. Ce problème est une des causes de la chimiorésistance au *PF* dont souffrent les pays endémiques.

Ainsi, en matière d'intervention, pour rendre efficace la stratégie de prise en charge des enfants malades de paludisme, les autorités socio-sanitaires devraient donc se pencher sur cette question et réfléchir sur les actions à entreprendre aux différents niveaux pour alléger cette structure décisionnelle. Pour ce faire, nous avons tenté de dégager quelques pistes d'interventions qui pourraient aider à réduire le retard ou l'insuffisance des soins prodigués aux enfants malades de paludisme. Pour chacune des interventions à envisager, nous avons essayé de les analyser en terme d'avantages et inconvénients.

Au niveau de la famille

Deux axes d'interventions pourraient être à envisager, à savoir les actions orientées vers les chefs de famille et les maris et l'axe d'intervention auprès des mères.

a) Auprès des chefs de famille et des maris. Il est connu que ce sont les chefs de famille qui décident de la prise en charge de la maladie des enfants. Ainsi, quand l'enfant est malade, la mère ne peut rien faire tant et aussi longtemps que le père ou le grand-père ne décident de ce qu'il faut faire. C'est même un délit pour la mère de le soigner, même avec les choses habituelles, sans que cela ne soit dicté par le décideur. C'est lui qui donne le prix des médicaments ou qui donne directement les médicaments. Il dicte la dose et la durée du traitement.

Ainsi, pour que les enfants soient vite et bien soignés, des efforts en IEC et EPS doivent être faits auprès des maris et des chefs de famille. Il faudrait les sensibiliser au fait que leurs enfants peuvent guérir s'ils reçoivent rapidement tous les médicaments. Ils pourraient sauver leurs enfants en donnant aux mères tous les comprimés nécessaires au lieu de seulement un comprimé. Il faut les convaincre qu'un seul comprimé ne soigne pas mais aggrave la maladie. Aussi, leur faire comprendre que, bien soigné, le paludisme peut guérir, contrairement à ce qui se dit dans le village. Du fait qu'ils détiennent le monopole de la décision, si les chefs de famille adhèrent au programme, c'est presque certain que les messages seront appliqués dans leurs familles.

Ce type d'interventions pourrait avoir un effet positif sur la morbidité et la mortalité des enfants. Cependant, ces interventions ont des effets négatifs sur les femmes, parce qu'elles donnent encore plus de pouvoir aux hommes. Ce qui entraîne le renforcement de l'effet dominant et de contrôle des hommes sur les femmes.

b) Auprès des mères. On pourrait penser à plusieurs interventions, dont :

- former les femmes à donner les médicaments en respectant la posologie . Pour cela, il faudrait profiter de tout les contacts avec les mères pour passer les messages. Les femmes doivent connaître les médicaments efficaces et leur posologie (quantité et durée). En plus du personnel de santé, les messages peuvent être passés à l'intérieur des associations des femmes lors de leurs rencontres;
- améliorer le revenu des femmes pour qu'en plus d'utiliser leur argent pour payer les condiments, elles puissent dégager de l'argent pour payer les médicaments contre le paludisme. Il faudrait envisager d'utiliser les associations des femmes (les tons) pour

créer une dynamique afin de générer plus d'argent. Une autre façon de générer de l'argent est actuellement en expérimentation dans certains pays comme le Bénin, à Pahou, avec le centre de recherche et de développement en santé (CREDESA). Il s'agit de banques d'épargne communautaires pour aider les femmes à devenir plus autonomes financièrement. Grâce à ces épargnes, les femmes pourraient faire face à leurs besoins personnels et à l'achat des médicaments pour soigner leurs enfants. Ceci permettrait aux femmes d'être moins dépendantes du chef de famille;

- encourager l'éducation des femmes et des enfants (filles et garçons). L'éducation est certainement utile, mais elle ne sera jamais suffisante si elle n'est pas généralisée et surtout adaptée au contexte socioculturel. Bien que l'éducation ne puisse pas donner des effets immédiats, il faut encourager la scolarisation des filles et des femmes dans les villages. Cette recommandation se trouve renforcée par un fait observé au village et qui a marqué l'équipe de recherche : le désir de savoir et de comprendre manifesté par les femmes. Les femmes sont conscientes de l'importance de l'instruction. Toutes les femmes qui n'ont pas été à l'école considèrent que leur ignorance est due au fait de ne pas être scolarisée. C'est un aspect très positif et une sorte de prédisposition des femmes à accepter que leurs enfants et petits-enfants (filles et garçons) soient scolarisés. Elles ressentent une frustration interne qui est étouffée par la structure familiale. Si cette sensation reste soutenue par de bons communicateurs à travers des contacts réguliers pour les sensibiliser davantage au phénomène, le sentiment finira par s'extérioriser de façon plus intense. Cette situation conduirait les femmes à avoir le courage de s'exprimer au « grand jour » pour pousser les hommes à accepter la scolarisation des enfants, surtout des filles. Ainsi, les responsables socio-sanitaires pourraient exploiter cette piste en envoyant le plus de messagers possible auprès des femmes, messagers qui pourraient être en contact direct avec les femmes.

Mais toutes ces avenues conduisent à un bouleversement de la hiérarchie familiale actuelle avec, comme conséquences, la perte du pouvoir de décision de l'homme et le partage du pouvoir et des droits sur l'enfant. Cette façon de voir et de faire ne sera pas facile à faire accepter par les chefs de famille. Cependant, si on engage la lutte par une bonne approche, il suffit de prouver aux hommes que l'autonomie financière et l'éducation de leurs femmes sont un acquis certain pour leur bien-être, à eux et à toute la famille. Réussir ces interventions sans détruire fondamentalement les structures familiales, c'est-à-dire d'en garder les bons côtés est le plus grand défi pour les intervenants socio-sanitaires. C'est là que se trouve la clé de la réussite du système de santé concernant la stratégie de prise en charge. S'il y a une chose qui est sûre, c'est que dès que les femmes auront le pouvoir de décider de soigner leur enfant, elles utiliseront tous les moyens pour avoir et pour administrer les médicaments adéquatement.

Au niveau du village

Loin d'encourager la vente illicite des médicaments dans les villages, nous pensons qu'à l'état actuel (la lutte contre la vente illicite des médicaments étant un problème complexe dans les pays en développement), il faudrait sensibiliser et éduquer les vendeurs installés dans les villages. Les vendeurs doivent connaître les médicaments antipalustres, leur date de péremption et leur condition de conservation. Ils doivent connaître la posologie des médicaments afin de mieux conseiller les familles. Du fait que ces vendeurs constituent les plus gros pourvoyeurs de médicaments, nous ne pouvons pas les ignorer, il faut les impliquer dans le processus de prise en charge.

Au niveau des décideurs politiques et des intervenants socio-sanitaires

Les interventions des décideurs doivent se faire aussi bien au niveau curatif qu'au niveau promotionnel et éducationnel. Cela veut dire que le ministère de la Santé doit revoir en profondeur sa politique actuelle et son programme nationale pour l'adapter aux contextes socioculturel et organisationnel de sa communauté. Pour ce faire, il faudrait, entre autres :

- d'abord s'assurer que le personnel de santé connaisse bien les médicaments et leur posologie pour le traitement correct d'un accès palustre. Une fois que ce dernier est bien formé, il doit véhiculer ces connaissances aux populations de façon permanente;
- organiser le réseau de distribution des médicaments en impliquant les vendeurs dans les villages, afin que les chefs de famille puissent se procurer des bons médicaments et à un coût très abordable pour soigner les enfants. Les systèmes d'acquisition des médicaments doivent être plus souples, plus accessibles et très adaptés aux modes traditionnels de paiement auxquels les communautés sont habituées;
- changer le comportement du personnel de santé local qui a tendance à culpabiliser les femmes chaque fois qu'elles leur font appel;
- rechercher de meilleurs canaux de communication : les messages ne parviennent pas aux femmes par les canaux actuellement utilisés (personnels de santé, audiovisuel). Dans les villages, il existe des systèmes bien organisés pour véhiculer les informations. Le ministère devrait exploiter ces systèmes de communication traditionnels pour faire passer ses messages. Aussi, il peut utiliser les organisations des femmes durant les périodes propices à la causerie pour faire passer les messages;
- réorienter le contenu des messages pour les adapter à la stratégie de prise en charge selon le contexte et les croyances socioculturels des familles;
- élargir leur cible d'intervention aux chefs de familles, aux maris, aux vendeurs, etc., qui sont directement impliqués dans le processus de prise en charge.

Les différentes actions proposées aux différents niveaux nécessitent une implication des autres secteurs de développement pour qu'elles réussissent. Les décideurs sanitaires seuls ne peuvent pas régler ce problème. Il faudrait une réelle implication et une action concertée des intervenants de toutes les disciplines (multidisciplinarité) et de tous les secteurs (intersectorialité) avec une part importante d'implication du chef de famille.

En matière de recherche, plusieurs pistes peuvent être dégagées. Nous pouvons envisager les recherches dans plusieurs axes, dont, entre autres, des recherches :

- au niveau conceptuel : en plus de comparer l'approche épidémiologique et celle des représentations et des modèles explicatifs-interprétatifs, nous pouvons pousser l'analyse à un modèle plus centré sur les signes, les sens et les actions;
- au niveau méthodologique;
- au niveau des interventions cliniques et préventives;
- au niveau de l'IEC.

En rapport avec le cadre théorique d'analyse découlent les propositions de recherche suivantes qu'il serait intéressant de vérifier au cours d'une recherche future à plus grande échelle dans la région pour avoir des résultats plus généralisables et utilisables pour les décideurs.

La première proposition concerne l'identification des comportements de prise en charge de la fièvre chez les enfants de six mois à cinq ans par les mères et la précision de leurs modèles explicatifs et interprétatifs du paludisme simple selon les saisons. La deuxième répond aux facteurs qui pourraient favoriser l'intégration du modèle épidémiologique du paludisme par les mères, et la troisième concerne les facteurs qui pourraient influencer les comportements des mères (favoriser ou freiner) dans la prise en charge des enfants de six mois à cinq ans souffrant du paludisme.

- 1) Les comportements des mères dans la prise en charge de la fièvre présumée palustre de leurs enfants de six mois à cinq ans selon les saisons découlent, dans un premier temps, de leurs modèles explicatifs du paludisme simple. Elles élaborent ces modèles à partir des explications ethno-étiologiques du paludisme simple, qui incluent les théories climatiques et thermiques ou incriminent des aliments.
- 2) L'intégration par les mères des connaissances épidémiologiques dans leurs modèles explicatifs traditionnels du paludisme simple est déterminée par certains facteurs, dont :

a) La présence d'un centre ou poste de santé dans le village. Ceci favorise le rapprochement des services de santé auprès de la communauté ciblée sur la prise en charge du paludisme, dont les enfants de moins de cinq ans. En plus de fournir de soins, le personnel de ces structures, vivant dans les villages, a aussi, comme mandat, d'informer la population sur les origines du paludisme et de promouvoir les moyens de lutte et de protection contre les agents vecteurs. Ces messages sont livrés dans le but d'entraîner des changements dans les explications ethno-étiologiques du paludisme. Nous nous attendons à ce que les mères des enfants de ces villages se réfèrent à des connaissances épidémiologiques qu'elles intègrent dans leurs modèles explicatifs pour faire un rapprochement entre la saison des pluies et les moustiques dans l'apparition de la fièvre palustre.

b) L'éducation des mères des enfants. Durant leur scolarité, elles apprennent les notions élémentaires sur le paludisme quant aux circonstances d'apparition. Ces femmes instruites sont plus inclinées à assimiler et à approfondir leurs connaissances sur l'origine, le mode de transmission et les moyens de lutte du paludisme. Nous pouvons nous attendre à ce que cette catégorie de mères ait des modèles explicatifs et interprétatifs qui intègrent les connaissances épidémiologiques du paludisme.

c) Le niveau économique du ménage. Les mères, dans des ménages issus de couches sociales économiquement favorisées, ont plus de facilité d'accès aux services de santé modernes. Elles ont relativement plus de temps disponible à consacrer à leurs enfants parce qu'elles ont de l'aide pour les travaux domestiques. Elles disposent aussi des moyens et des canaux d'information (radio, rencontre avec les citoyens). Nous pouvons nous attendre à ce que ces mères intègrent le modèle épidémiologique.

d) L'éducation du mari ou sa profession. Les maris instruits ou qui travaillent dans le secteur moderne de l'économie peuvent intégrer le modèle épidémiologique à travers leur entourage. Le fait qu'ils soient influents en tant que chefs de ménage ou de famille, ils peuvent faire imposer leurs connaissances à leur famille. C'est ainsi qu'à force de répéter les théories modernes en famille, les femmes finissent par intégrer le modèle épidémiologique du paludisme parmi leurs interprétations de l'apparition de la fièvre palustre de leurs enfants.

e) L'âge de la mère, sa parité et ses expériences par rapport au paludisme des enfants. Du fait que, dans les sociétés traditionnelles, les représentations sont une reproduction intellectuelle et pragmatique, les femmes dépeignent la sagesse acquise par l'expérience de soins des enfants. Ainsi, plus les femmes sont âgées, plus elles ont eu des enfants et

plus elles ont été confrontées au paludisme simple de leurs enfants. Il est plus difficile pour ces femmes de changer les interprétations traditionnelles faites de la maladie. Aussi, la multiparité augmente la charge de travail et réduit le temps disponible pour être à l'écoute et pour intégrer des messages modernes. Dans ce cas, nous nous attendons à ce que les mères multipares et plus âgées n'intègrent pas les connaissances épidémiologiques à leurs modèles explicatifs traditionnels du paludisme.

3) Les comportements de prise en charge des mères devant un paludisme de leurs enfants sont influencés par certains facteurs, dont :

a) Les expériences des mères sur l'efficacité des services de santé. La réussite des soins fournis aux enfants par les services de santé modernes et les bons contacts entre le personnel et les mères créent un gain de confiance qui renforce l'image de l'efficacité du traitement moderne. Les informations et les messages que ce personnel fournit aux femmes concernant la prise en charge seront plus crédibles. Nous pouvons nous attendre, dans ce cas, à des comportements de prise en charge des mères proches de ceux préconisés par le centre de santé et à ce qu'elles aient une perception du risque du paludisme plus grande devant une fièvre chez leurs enfants durant la période de haute transmission

b) La scolarisation des mères. En plus des connaissances sur les origines et le mode de transmission du paludisme, les femmes qui ont fréquenté l'école sont généralement informées sur les facteurs de risque de mortalité par paludisme chez les enfants. Ces femmes instruites sont plus enclines à avoir des comportements discriminants devant une fièvre des enfants qui tiennent compte des variations saisonnières de la transmission du paludisme et à faire une prise en charge telle que recommandée par les services de santé modernes.

c) La profession et/ou le statut économique des mères. Les femmes qui travaillent dans le secteur dit moderne de l'économie ou en ville sont plus sensibilisées à avoir des comportements de prise en charge des cas de fièvre de leur enfants tels que prescrits par la biomédecine. Ces femmes, souvent éduquées, s'informent davantage sur les circonstances d'apparition du paludisme. Aussi, elles ont accès à plus de revenus qui leur donnent une plus grande autonomie à l'intérieur des ménages. Ces atouts leur donnent des chances de changer les relations familiales traditionnelles. Nous pouvons nous attendre à ce que cette catégorie de mères ait des comportements de prise en charge presque conformes à ceux prescrits par les structures de santé modernes, comportements spécifiques aux variations saisonnières de la transmission du paludisme.

d) Le niveau de connaissances du mari. De par ses connaissances, ses expériences et ses contacts avec un environnement qui véhicule les savoirs modernes, le mari peut faire adopter les comportements de prise en charge tels que dictés par la biomédecine. Tout comme au niveau de l'intégration des connaissances épidémiologiques dans l'explication de l'origine du paludisme, usant de son pouvoir au sein de la famille, il amène ses épouses à avoir des comportements de prise en charge des fièvres palustres de leurs enfants tels que recommandés par le système de santé moderne. Ces mères auront des comportements plus spécifiques aux variations saisonnières de la transmission du paludisme.

e) La priorité par rapport au temps disponible à la nature et au niveau d'occupations des femmes. Les femmes étant très sollicitées par des activités à la fois domestiques et champêtres, surtout durant la saison des pluies, leur niveau d'occupations conduit à une priorisation dans la distribution du temps. Par la hiérarchie qu'elles établissent, elles donnent une plus grande priorité aux activités quotidiennes de survie. Elles ont moins de temps à consacrer aux soins des enfants. Elles n'ont pas de temps pour rencontrer le personnel de santé ou pour écouter les informations et messages fournis par les services de santé modernes. Nous pouvons nous attendre à ce que ces femmes ne se réfèrent pas au modèle épidémiologique de la transmission du paludisme dans leurs modèles explicatifs et dans leurs comportements devant la fièvre palustre de leurs enfants.

f) La place de la mère par rapport au chef de famille. Le chef de famille est le seul à décider des comportements de prise en charge devant un enfant malade. Quels que soient les connaissances et le statut éducationnel et économique de la femme, si elle est très bas dans la hiérarchie elle n'a aucun droit d'agir. Ces comportements dépendent absolument des personnes qui sont plus haut dans le processus décisionnel. Dans ce cas, plus la mère est éloignée hiérarchiquement du chef de famille, moins elle adopte de comportements de prise en charge et moins elle a de connaissances sur les origines du paludisme et sur les comportements à avoir devant la fièvre présumée palustre.

La vérification de ces propositions de recherche pourrait aider à suggérer des moyens de contrôle en manipulant ces facteurs dans la population et à formuler des propositions de solutions qui pourraient être plus adaptées au contexte rural.

En définitive, nous pouvons dire qu'il serait pertinent que le savoir-représentation-modèle explicatif et interprétatif des femmes se rapproche du modèle épidémiologique, mais :

- cette nouvelle organisation ne doit pas se substituer à ce que les femmes savent déjà sur la maladie;

- le discours scientifique curatif et surtout le discours préventif doivent déplacer leur centre de gravité pour se rapprocher de l'univers « représentation » des femmes.

BIBLIOGRAPHIE

Abdullah HS. (1985): «Social aspects of malaria control: A knowledge, attitudes and practices study among the Luo of Karateng, Kisumu district». Unpublished MA thesis. University of Nairobi.

Abel L, Cot M, Mulder L, Carnevale P., Feingold J. (1992). «A major gene controls blood infection levels in human malaria». *Am J Hum Gen* ; 50: 1308-17.

Abosedo OA. (1984): «Self Medication: an important aspect of primary health care». *Social Science and Medicine*, 19 (7): 699-703.

Adekunle C., Filippi V., Graham W. et Onyemunwa P. (1990): «Patterns of maternity care among women in Ondo State, Nigeria», in Hill A.G. (eds) Determinants of health and mortality in Africa *Demographic and health Surveys further analysis no. 10* London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Agyepong IK. (1992): «Malaria: Ethnomedical perceptions and practices in an Adangbe farming community and implications for its control». *Soc. Sci. Med.* 35, 131.

Agyepong, I. A. et Manderson, L. (1994): «The diagnosis and management of fever at the household level in the Greater Accra Region», Ghana *Acta Tropica*, 58, 317-330

Akogbeto M., Ambroise-Thomas P., Gentilini M. et al. (1993). «Le paludisme» *Cahiers Santé Cahiers d'études et de Recherches francophones* ; 3(4): 221-338.

Alonso PL., Lindsay SW., Armstrong JRM. et al. (1991): «The effect of insecticide-treated bed nets on mortality of Gambian children». *Lancet* 1, 1499-1502.

Amselle, J.L. (1985): «Ethnie et espace». *Au coeur de l'ethnie: ethnies, tribalisme et état en Afrique*. / Sous la direction de Jean-Loup Amselle et Elikia M'Bokolo. - Paris: *La découverte*, p.11-44.

Andersen, JG. (1973): «Health services utilization, framework and review», *Health Services Research* 184:184-199.

Annis S. (1981): «Physical access and utilization of health services in rural Guatemala». *Social Science and Medicine* 15d: 515-523.

Atanda HL., Porte J., Bon JC. et Rodier J. (1992): «Place du paludisme dans les syndromes fébriles chez l'enfant sur une population d'un centre médical à Pointe-Noire» *Arch Fr Pediatr* 49: 475-8.

Armitage K-B, Blanton R-E (1991): «Paroxysmal fluctuations in observed parasitemia in *Plasmodium falciparum* malaria» (letter). *Am-J-Med.*; 90 (4) 530-531.

Bagozzi RP. et Philips LW. (1982): «Representing and testing organizational theories»: A holistic construal. *Administrative Science Quarterly*, 27:459-489.

Bartunek, J. (1984): «Changing interpretative schemes and organizational restructuring: The example of a religious order», *Administrative Science Quarterly*, 29

Baudon D., Gazin P., Galaup B., Pelletier-Guinart E., Picq JJ. (1988): «Fiabilité de l'examen clinique des fièvres palustres en zone d'endémie» Ouest-Africaine. *Médecine tropicale* -48(2): 123-126.

Baudon D., Galaup B., Gazin P., Ouédraogo L. (1988): «Une étude de morbidité palustre en milieu hospitalier au Burkina Faso» (Afrique de l'Ouest) *Med. Trop.*, 48(1) 9-13.

Belcher DW., Wurapa FK., Neumann A.A. (1976): «A household morbidity survey in rural Africa» *International Journal of Epidemiology*, 5: 113-120.

Benasseni R. (1986): «La part du paludisme dans la pathologie fébrile; évaluation d'un nouveau paramètre épidémiologique pour la surveillance de l'endémie palustre». *Thèse de médecine*, Université Paris Nord, Faculté de Médecine, Bobigny.

Benasseni R., Gazin P., Carnevale P. et Baudon (1987): «Le paludisme urbain à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)». 3. Étude de la morbidité palustre, *Cah. ORSTOM, sér. Ent. méd et Parasitol.*, XXV (3-4): 165-170

Benefo KD et Parnell A.(1991): «The determinants of breastfeeding practices in Ghana», paper presented at the *Demographic and Health Survey World Conference*, Washington DC, August 5-7.

Benjamin Paul D (1955): «Health, Culture and Community; Case studies of public relations to health programs». N-Y, Russell Sage Foundation, dans *Medecine, Rationality and Experience an Anthropological Perspective Good*, 1994 p.26.

Ben Youssef A. et Wessen AF. (1974): «Utilization of health services in developing countries» - Tunisia *Social Science and Medecine*, 8: 287-305.

Béridogo B. (1982): «Le système de parenté et les rapports sociaux de production chez les Sénoufo Cyigbala du folona», *Thèse de Doctorat de 3ème Cycle*. Université de Paris V.

Berman DA. (1984): «Management of epilepsy»: Therapic aspect. *East Afri. Med Jnl.* 58(6), 389-400.

Berman, PA. (1982): «Selective Primary Health Care»: Is efficient sufficient? *Social Science and Medicine*, 16: 1054-1059.

Bermejo A., and Veeken H. (1992): «Insecticide-impregnated bed nets for malaria control: a review of the field trials». *Bull. Wld Hlth Org.* 70, 293-296.

Bicego, GT. et Boerma, TJ. (1990): «Maternal education, use of services, and child survival: an analysis of data from the Bolivia DHS survey», *DHS Working Papers*, no.1.

Bledsoe CH. and Goubault MF. (1985) «The reinterpretation of western pharmaceutical among the Mende of Sierra Leone». *Soc. Sci. and Med.*, 21(3): 275-282.

Bonnet D. (1990): «Anthropologie et santé publique: une approche du paludisme au Burkina Faso». Pratiques de recherche, *Société, développement et santé*, sous la direction de D.Fassin et Y. Jaffré, Ellipses, Paris, 243- 258.

Bourée P. et Fouquet E. (1992): «Le paludisme». *Soins* No 563/564

Bourgeade A., Rive J., Kadio A., Boppe JL. et Koffi BA. (1975): «Le paludisme, la fièvre et la quinine». A propos d'une enquête menée dans 33 dispensaires ruraux de Côte d'Ivoire. *Médecine d'Afrique Noire* 22 (12)

Bouvier P. (1992): «Cadre conceptuels et aspects méthodologiques de l'enquête de Sikasso, Mali» (Rapport préliminaire et premiers résultats). *Université de Genève; Faculté de Médecine; Unité de Santé Communautaire.*

Bouvier P., Robert C-F., Doumbo O. and al. (1993): «The rôle of anaemia of pregnancy: seasonal variations». À paraître.

Bradley D. (1991): «Malaria: whence and whither». In *Malaria: Waiting for the vaccine* (Edited by Targett G.A.T.) John Wiley and Sons, London.

Breman JG. and Campbell CC. (1988): «Combating severe malaria in Africa children». *Bulletin of the World Health Organisation*, 66 (5): 611-620.

Brewster DR, Kwiatkowski D. and White NJ. (1990): «Neurological sequelae of malaria in children». *The Lancet*. 336: 1039-1043.

Brinkmann, U. and Brinkmann, A. (1991): «Malaria and health in Africa: The present situation and epidemiological trends». *Tropical Medicine and Parasitology*, 42: 204-213.

Bruce Chwatt LJ. (1972): «Paludisme démographie et développement socio-économique en Afrique». OMS, MAL/IRC/72, 2.

Bruce Chwatt L. (1951). *Bull. Wld. Org.*, 4 301.

Bruce-Chwatt LJ. (1963): «A longitudinal study survey of natural malaria infection in a group of West Africa adults». II. *West Africa Medical Journal*, 12, 199-217.

Burgelman, (1983): «A model of interaction of strategic behavior, corporate context and the concept of strategy», *Academy of Management Review*, 8.

Campbell DT. (1975): «Relabeling Internal and the Case Study Research», *Comparative Political Studies*, 8(2): 178-193.

Camus, D.(1991): «La réponse immunitaire de l'hôte et l'adaptation du parasite» *Paludisme: Ellipses/ AUPELF* ; 66-71.

Carneval P, Robert V, Molez JF, Baudon D. (1984): «Faciès épidémiologiques des paludismes en Afrique Subsaharienne». *Études Médicales* ; 3: 123-33.

Catharina Will and Dawn Wood (1993). malaria Home care in South of The Sahara an overview *Preliminary Draft* April 8.

Charman TM., Penali LK., Koné M. (1989): «Le paludisme en milieu urbain et rural: Étude comparative de la parasitémie chez les enfants fébriles». *Médecine d'Afrique noire.*, 36 (8-9).

Chernichovsky D., Meesok O.A. (1986): «Utilization of health services in Indonesia». *Social Science and Medecine*, 23 (6): 611-620.

Chippaux JP., Massougbodji A. Akogbéto M. (1989): «Évaluation du seuil de parasitémie palustre pathogène». Dans: Conférence Internationale, OCCGE Bobo-Dioulasso, centre Muraz, P.A.X.

Chuks EG. and Ezedinachi ENU. (1992): «Malaria parasite density and body temperature in children under 10 years of age in Calabar, Nigeria». *Tropical Geographical Medecine* 44:97-101

Cohen, R. (1985) «Social theory and critical analysis in applied anthropology in collaborative research and social policy» In J. Schensul & S. Stern (Eds.), *Applied Behavioral Scientist*. 29 (2), 249-264.

Cohen, A. B., Greenwood, D. J., & Harkavy, I. (1992): «Social research for social change: Varieties of participatory action research». *Collaboradve Inquirv.* 2, 2-8.

Colbourne M and Wright FM. (1955). *West Afr. Med. J.* 4, 161.

Contandriopoulos AP., Champagne F., Potvin L., Denis JL. et Boyle P. (1990): «Savoir préparer une recherche»: la définir, la structurer, la financer *Les presses de l'université de Montréal*.

Contandriopoulos et al. (1989): «Savoir préparer une recherche»; *Les Presse de l'Université de Montréal*, 197 pages

Cook TD, Cook FL, Mark MM (1982): «Modèles expérimentaux et quasi-expérimentaux en Recherche Évaluative». Dans le Comté R, Rutman L (eds) introduction aux méthodes en Recherche, Évaluative, Québec, *les presses de l'Université Laval.*;105-141.

Cox FEG. (1984): «Malaria Immunity. Indonesian and Sudanese style». *Nature* 309: 402-3

Coz J. (1973): «Contribution à l'étude du complexe An. gambiae. Répartition géographique et saisonnière en Afrique de l'Ouest». *Cah ORSTOM, Sér Ent Méd et Parasitol* ; 11: 3-31.

Crozier, M. et Friedberg, E. (1977): «L'acteur et le système», Paris, *Seuil*

Csete, J. (1993): «Health-seeking behavior of Rwandan women». *Soc. Sci. Med.* 17, 1285-1292.

Coulibaly, S. (1978): «Le paysan Sénoufo». Abidjan: *les nouvelles Éditions africaines*, 245p.

Dabis F., Breman JG., Roisin AJ., Haba F. and ACSI-CCCD team (1989): «Monitoring selective components of primary health care: methodology and community assessment of vaccination, diarrhoea, and malaria practices in Conakry, Guinea». *Bulletin of the World Health Organisation*, 67 (6): 675-684.

Delacollette C. et Barutwanayo (1993): «Mortalité et Morbidité aux jeunes âges dans une région à paludisme hyper-endémique stable, commune de Nyanza-Lac, Imbo Sud, Burundi». *Bull. Soc. Path. Ex.*, 86:373-379.

Delafosse M. (1912): «Haut-Sénégal-Niger. Paris: *GP Maisonneuve et Larose*, tome I

Deming, M. (1984): *Memonrandum*, Department of Health and Human Services, Public Health Services, Center for disease Control, Atlanta, Geogia. p14.

Deming MS. and al. (1985): «The adequaty of home treatment of malaria, Togo, West Africa». *Abstracts of papers presented at the Epidemic Intelligence Service Conference*. Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia.

Deming MS., Gayibor A. Murphy K., Jones TS. and Karsa T. (1989): «Home traitment of febrile children with antimalarial drogs in Togo». *Bulletin of the World Health Organization*, 67 (6): 695-700.

Denis JL. (1988): «Un modèle politique d'analyse du changement dans les organisations. Le cas de l'implantation de la vacation en centre d'hébergement». Montréal, *GRIS, Université de Montréal*.

Diabaté D. (1986): «Analyse des mécanismes de mutations socio-économiques au sein des sociétés rurales Sénoufo du Sud du Mali», *Thèse de 3ème cycle EHSS*, Paris, 529p.

Dicko AA. (1995): «Épidémiologie du paludisme dans la région de Mopti en vue de l'élaboration d'un programme Régionale de lutte». *Thèse Médecine*, Bamako Mali.

Direction régionale de l'Urbanisation et de la construction (1989): «Étude des infrastructures socio-sanitaires de la région de Sikasso».

Direction Régionale de la santé publique, des affaires sociales, de l'hygiène publique et de l'assainissement de Sikasso (1990): «Plan quinquennal de développement socio-sanitaire de la région de Sikasso 1990-1994: récapitulatif des besoins de financements».

Doumbia S. (1989): «Contribution à l'étude épidémiologique du paludisme, des bilharzioses et des parasitoses intestinales dans un quartier péri-urbain de Bamako: Banconi». *Thèse de Médecine*.

Doumbo O. (1992): «Épidémiologie du paludisme au Mali. Étude de la chloroquino-résistance, essai de stratégie de contrôle basée sur l'utilisation des rideaux imprégnés de perméthrine associée au traitement systématique des accès fébriles», 245 pages, *Thèse de Doctorat en parasitologie*. Université de Montpellier II.

Doucet J. et Castanier C. (1970): «Enquête sur les helminthiases et les hémoparasites de la localité d'Atiekwa». *Méd. Afr. Noire*, 17, (11), 843-847.

Drulhe, M. (1997): «Comment mesurer la santé?», *Esprit* N°. 229, Février (pp. 56-62).

Eckmans L. (1991): «Chapitre de pathologie tropicale», *UMT Anvers*.

Eisendhardt, K. (1989): «Making fast strategic decision in high velocity environments», *Academy of Management Journal*, 32.

Ejezie GC., Ezedinachi ENU, Usanga EA. et al. (1991): «Malaria and its treatment in rural villages of Aboh Mbaise, Imo State, Nigeria». *Acta Tropica*. 48: 17-24.

Elo IT. (1992): «Utilization of maternal health-care services in Peru: The role of women's education». *Health Transition Review* 2(1):49-69.

El Rafei M., Lalanne M. (1995): «Programme d'appui à la direction régionale de la santé et des affaires sociales de Sikasso» par «Pharmaciens sans frontières» (action ONG/PVD 1994/292/FR): premier rapport intermédiaire pour la période du premier Avril 1994 au 31 Mars 1995)

Eng E. Naimoli J., Parker AK. et Lowenthal N. (1991): «The acceptability of childhood immunization to Togolese mothers: a sociobehavioral perspective», *Health Education Quarterly* 18(1):97-110.

Eyles, D.E, Young, M.D (1951): «the duration of untreated or inadequately treated *Plasmodium falciparum* infections in the human host». *J.Natl. Malar. Soc.* 10, 327-336

Fabrega H. (1973): «Toward a model of illness behavior». *Medical care*, 11: 470-484.

Fabréga, H. (1977): «Perceived illness and its treatment. A naturalistic study in social medicine». *British Journal of Preventive Medicine*, 31: 213-219.

Fabricant SJ., Kamara CW. (1991): «The financing of community health services in Sierra Leone: Seasonality, socio-economic statut, gender and location factors affecting access to services» *UNICEF Bamako Initiative Technical Report Series* 8: 29.

Fassin D. et Jaffré, Y. (1990): *Société Développement et Santé*. Ellises/Aupelf.

Fay C. (1983): «Biens traces et ancêtres. La dynamique du pouvoir chez les Sénoufo du Folora»; *Thèse de 3ème cycle*, Paris, EHESS, 478p.

Feller-Dansokho E., Ki-Zerbo G., Badiane S. (1994): «Prise en charge, diagnostic et thérapeutique de l'accès palustre simple dans la région de Dakar, Sénégal». *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale* ; 4: 291-300.

Feng YJ. (1988): «Factors associated with the utilization patterns of prenatal and postnatal health care by Chinese women in Taiwan», *Thèse de doctorat*, University of Illinois at Urbana-Champaign.

Fitzpatrick R., Hinton J., Newman,S., Scambler G. And Thompson J., (1984): «The experience of Illness». London: *Tavistock*.

Foster SD. (1991a): «Pricing, distribution, and use of antimalarial drugs». *Bulletin of the World Health Organization*, 69 (3): 349-363.

Foster SD. (1991b): «The distribution and use of antimalarial drugs- not a pretty picture». In malaria: Waiting for the vaccine (Edited by Targett GAT) *John Wiley and Sons*, London.

Foster, SD.(1993): unpublished document.

Fournier P., Haddad S. (1992): «Un modèle d'utilisation des services de santé appliqué aux pays en voie de développement»; fifth Int. Conf. on System Science in Health Care M.K. Chytil, G. Duru, W.v. Eimeren, Ch.D.Flagle, Eds. *Omnipress Publisching*, Prague pp 1157-1160.

Fosu G.(1981): «The disease classification in rural Ghana: framework and consequences for health behaviour», *Social Science and Medecine* 15B:471.

Fungladda, W. and Sornmani, S. (1986): «Health behavior, treatment-seeking patterns, and cost of treatment for patients visiting malaria clinics in Western Thailand». *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 17 (3): 379-385.

Gazin P, Tall F.,Traoré A, Nacro B. (1992): «Morbidity et létalité palustres dans un service de pédiatrie en Afrique de l'ouest», *Cahiers Santé* ; 2: 243-4.

Gesler WM. (1979): «Illness and health pratitioner use in Calabar, Nigeria». *Social Science and Medecine*, 13d: 23-30.

Geronimus AT. (1987): «On teenage childbearing and neonatal mortality in the United States», *Population and Development review* 13(2):245- 279.

Gesler W.M. (1984): «Health in developing countries» *Association of American Geographers*; 64-72.

Giannini, S.H., (1992): «Effects of ultraviolet irradiation on cutaneous leishmaniasis». *Parsit. Today*; 8:44-48

Gilson, L. (1988): «Gouvernement health care charges: Is equity abandoned?». *Evaluation and planning Center for Health Care*, London EPC, Publication No 15.

Gilson L. (1992): «*Value for money? The efficiency of primary health units in Tanzania*». Ph.D Thesis. LSHTM, University of London.

Gish O. (1988): «Who gets what: Utilization of health services in Indonesia». *International journal of Health Planning and Management*,3: 185-196.

Glik, DC., Waard, WB., Gordon A. and Haba F. (1989): «Malaria treatment practices among mothers in Guinea». *Journal of Health and Social Behavior*, 30: 421-435.

Glik DC, Parker K, Mulingande G. and Hategikamana B. (1987): «Integrating qualitative survey techniques». *Int. Q. Commun. Hlth Educ.* 7, 181.

Godard C. (1984): «Fever in childhood: a practising paediatrician's point of view». *Annl Nestlé*; 42: 11-30.

Guiguémdé TR., Toe AC, Sadeler BC, Gbary AR, Ouédraogo. JB, Louboutin-Croc JP, (1992): «Variation of parasite density of *Plasmodium falciparum* in asymptomatic carriers: consequences for malaria chemoresistance studies». *Med-Trop*, vol 52(3), 313-5).

Guillo du Bodan H. (1982): «Contribution à l'étude de la mortalité et de la morbidité chez l'enfant de moins de 5 ans en milieu tropical. À propos d'une étude effectuée dans un secteur de la région de Brazzaville (RP Congo)». *Thèse Doc Med*, Université de Paris-Sud.

Gish O. (1988): «Who gets what: Utilization of health services in Indonesia». *International Journal of Health Planning and Management*, 3: 185-196.

Greenwood BM, BRADLEY A K, Greenwood AM. et al. (1987): «Mortality and Morbidity from malaria among children in rural area of the Gambia, West Africa». *Trans. Roy. Soc Trop. Med. Hyg.* 81, 478-486.

Greenwood, BM. BRADLEY, A K. and al. (1988): «Comparison of two strategies for control of malaria within a primary health care programme in the Gambia». *The Lancet* (i) 1112-1127.

Greenwood, D. J., Whyte, W. F., & Harkavy, I. (1993): «Participatory action research as a process and as a goal». *Human Relations*, 46 (2), 175-191.

Golvan, Y.J. (1974): «*Éléments de parasitologie médicale*» 2ème Édition, Flammarion Médecine-Sciences, Paris

Halima AM, Trudy H and Robert WS.(1995): «Child Malaria treatment practices among Mothers in Kenya», *Soc. Sci. Med.* 40(9): 1271-1277.

Harris, K. (1982): «Prenatal medical care and infant mortality» in *Economic Aspects of Health*, Fuchs, V. (eds), Chicago, Chicago University Press.

Heilscher, S. et Sommerfeld, J. (1985): «Concepts of illness and the utilization of health-care services in a rural malian village». *Social Science and Medicine* 21 (4):469-481.

Heggenhougen HK., Clement J. (1987): «Acceptability of childhood immunization»: *Social science perpectives*. EPC Publication No14 LSHTM, London.

Heller PS. (1982): «A model of the demand for medical and health services in peninsular Malaysia». *Social Science and Medicine*, 16: 267-284.

Hendrickse RG., Hasara AH, Olumide Lo and Akiwnmi A. (1971): «Malaria in early childhood: An investigation of five hundred seriously ill children in whom a 'clinical' diagnosis of malaria was made on admission to the children's Emergency Room at UCH, Ibadan». *Ann Trop Med Parasitol* ; 65(1): 1-20

Holas, B. (1957): « Les Sénoufo y compris les Minianka». - Paris: PUF; 183p.

Homedes, N. et Ugalde, A. (1993): «Patients'compliance with medical treatments in the third world.What do we know?» *Health Pol. Plann.* 8, 291-314.

Hongivivatana T. Leerapan P. and Chaiteeranuwatsiri M. (1985): «Knowledge perceptions and behaviour of malaria». *Center for Health policy Studies*. Mahidol University, Thailand.

Huffman SL., Lamphere BB. (1984): «Breastfeeding performance and child survival». *Population Development Reviews*, Suppl vol 10: 93-116.

Ivora Cano, V. (1991): «Module d'apprentissage de lutte contre le paludisme au niveau du district (Afrique au Sud du Sahara)», *OMS Genève*.

Jackson, L.C. (1985): «Malaria in Liberian children and mothers: biocultural perceptions of illness vs clinical evidence of disease». *Social Science and Medicine*, 20 (12): 1281-1287.

Janzen JM. (1978): «The quest for therapy-Medical pluralism in Lower Zaire: Comparative studies of health systems and medical care». *University of California Press*, Berkeley.

Jasmine, A J, (1992): «La femme qui accouche» Étude des accoucheuses traditionnelles Senufo dans le système de santé du Mali; *Thèse de Doctorat d'anthropologie*

Jayawardene, R. (1993): «Illness perception: Social cost and coping-strategies of malaria cases». *Soc. Sci. Med.* 37, 1169-1176

Jick TD. (1983): «Mixing qualitative and quantitative methods: triangulation in action»: In Van Maanen J. (ed), *Qualitative methodology*. Sage Publications, Berverly Hills, Cal.

Joseph Cuoq, 1984: «Histoire de l'islamisation de l'Afrique de l'Ouest des origines à la fin du XIXème siècle», Paris, *Geuthner*

Kaseje DCO., Spencer HC., Sempebwa, EK. (1987): «Usage of community-based chloroquine treatment for malaria in Saradidi, Kenya». *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 81 (supplement No. 1): 46-55.

Kasilo OJ., Nhachi CBF. and Mutangadura EF. (1991): Epidemiology of household medications in urban Gweru and Harare». *Central Afr. J. Med.* 37, 167

Katon, W. and Kleinman, A. (1981): «Doctor-patient negotiation and other social science strategies in patient care». In *The Relevance of Social Science for Medicine*. L. Eisenberg and A. Kleinman, eds. Pp.253-283. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.

Keith PM., Wickrama KAS. (1990): «Use and evaluation of health services by women in a devaloping country: Is age important?» *The Gerontologist*, 30(2): 262-268.

Kleinman, A. (1980a) «Patients And Healers In The Context Of Culture; An Exploration Of The Borderland Between Anthropology Medicine And Psychiatry», *Berkewley, University Of California Press*.

Kleinman, A. (1980b): «Major Conceptual And Research Issues For Cultural (Anthropological) Psychiatry», *Culture, Medicine And Psychiatry*, 4:3-13

Kendall, C. (1990): «Public health and the domestic domain: lessons from anthropological research on diarrhoeal diseases». In: *Anthropology and Primairy Health Care*. J. Coreil and D.J. Mull, eds pp.253-283. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.

Kloos H. (1990): «Utilization of selected hospitals, health centres and health stations in central, southern and western Ethiopia». *Soc. Sci. and Med.*, 31(2): 101-114.

Koïta O. (1988): «Contribution à l'étude épidémiologique du paludisme le long du tronçon de la route transsaharienne du Mali (Août-Septembre, 1988)»; *Thèse de Doctorat*, p. 26, BAmako, Mali.

Koné Y.F. (1989): «Dynamique de la segmerntation lignagère. Le cas des Sénoufo du Folona (Mali), *Thèse du nouveau régime*, Paris, EHESS

Kroeger A. Zurita A. Perez, Samawiego C., Berg H. (1988): «Illness perception and use of health services in north-east Argentina». *Health Policy and Planning*, 3 (2): 141-151.

Kroeger A. (1983): «Anthrological and socio-medical health care research in developing countries». *Social Science and Medecine*. 17 (3a): 147-161.

Lalonde M. (1981): «Nouvelles perspectives de la santé des canadiens». *Ministère des approvisionnement et services*, Canada.

Lasker J.N. (1981): «Choosing among therapies: illness behavior in the Ivory Coast»; *Social Science and Medicine*, 15A: 157-168.

L'Écuyer, R. (1987): «L'analyse de contenu: notion et étapes», in Deslauriers, J.P. (ed), *Les méthodes de la recherche qualitative*; *Presse de l'université de Québec*, 1987: 49-65.

LeGrand, KT. et M'Baké, CSM. (1993): «Teenage pregnancy and child health and mortality in the urban Sahel», à paraître dans *Studies in Family Planning*

Levy R. (1989): «Epistemology, axiomatics and system theory», *The Canadian Institute for Advanced Research*, Population Health Program, Montreal.

Leslie J. et Gupta RG. (1989): «Utilization of formal services for maternal nutrition and health care in the third world», *International Center for research on Women*. Washington, DC.

Lipowsky R., Kroeger A. and Vazquez, ML. (1992): «Sociomedical aspects of malaria control in colombia». *Social Science and Medicine*, 34 (6):625-637.

Loban K., Polozok E. (1987): «Le paludisme: pathogénie et anatomie pathologique» Paris, *MEDSI, Ed. MIR*, pp. 33-48.

Lochouarn L. (1991): «Le défi de la lutte contre le paludisme en Afrique: place et limite de la lutte enti-vectorielle». *Cahier Santé* ; 1: 277-88.

Loflan J. (1971): «Analyzing social settings», *Belmont, Ca: Wadsworth*.

Logan K. (1988): «Casi como doctor: Pharmacists and thier clients in a Mexican urban context. In *The Context of Medicines in Developing Countries*» (Edited by Van der Geest S. and Whyte SR.) *Kluwer Academic Publishers, Dordrecht* .

Maïga S.: «Paludisme au Mali: quelles approches pour son contrôle?»; *Mali-Santé: Magazine trimestriel d'information générale sur la santé et le médicament*, édité par la *pharmacie populaire du Mali*, No 1, Mai - Juin - Juillet 1994 pp 6-8

Maitai CK., Guantai A. and Mwangi JM. (1981): «Self medication in management of minor health problems in Kenya». *East Afr. Med. J.* %8, 593.

Makubalo EL. (1992): «Malaria and chloroquine use in Northern Zambia». Ph.D Thesis, *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, University of London.

Manderson, L. (1994): «Social Science research and tropical disease». *Med. J. Aust.* 160, 289-292.

Mark MM. (1986): «Validity Typologies and the Logic and Practice of Quasi Experimentation», *New Directions for Program Evaluation*, Fall (31): 47-66.

Massagbodji A., Zohoun Th., Odjo J., Sadeler, BC. (1989): «Fièvre et paludisme à cotonou IV en République populaire du Bénin» *Médecine d'Afrique Noire* , 36 (4) pp 314-317.

Massé R. (1995): «Culture et santé publique: les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé». (Ed) *Gaëtan morin*.

Mayall B.(1986): *Keep children healthy..* Allen & Unwin, London.

M'Baké, C. (1990); «Classes sociales, fécondité adolescente et mortalité infantile: quand la richesse devient un handicap», *Pop Sahel* no. 13, CERPOD.

Mbaké C. et Van De Walle E. (1987): «les facteurs socio-économiques et l'influence de la fréquentation des services de santé», in Pison G., Van de Walle E., Sala-Diakada (eds) *mortalité et société en Afrique au sud du Sahara, travaux et documents no. 124*, UISSP, INED, IFORD, MNHN. Yaoundé, pp 67-84.

Mburu FM., Spencer HC.and Kajese DCO. (1987): «Changes in sources of treatment occurring after inception of a community-based malaria control programme in Saradidi, Kenya». *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 81 (supplement No. 1): 105-110.

McCarthy PL, Jekel JF. (1977): «Temperature greater than or equal to 40C in children less 24 months of age: a prospective study». *Pediatrics*; 59: 663-8.

McCauley AP., West S and Lynch M. (1992): «Household decisions among the Gogo people of Tanzania: Determining the roles of men, women and the community in implementing a trachoma prevention programme». *Soc. Sci. & Med.* 34(7): 817-824.

McKinlay J. (1975): «The help-seeking behavior of the poor» in *Poverty and Health* (eds) Kosa J and Zola I. Cambridge: *Harvard University Press* .

Mckinday, J.B. (1981). Social network influences on morbid episodes and the career of help seeking. In *The Relevance of Social Science for Medicine*. L. Eisenberg and A. Kleinman, eds. Pp.77-111. Dordrecht: *D. Reidel Publishing Company*.

Mechanic D. (1989): «Medical sociology: some tensions about theory method and substance». *J. Hlth. Soc. Beh.* 30: 147-160.

Menon A., Joof D., Rowan KM. et al. (1988): «Maternal administration of chloroquine: an unexplored aspect of malaria control». *J. Trop. Med. & Hyg.* 91:49-54.

Menon A., Joof D., Rowan KM. and Greenwood BM. (1988): «Maternal administration of chloroquine: an unexplored aspect of malaria control»; *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 91: 49-54.

Menon, A. (1991): «Utilization of village health workers within a primary health care programme in gambia». *J. Trop. Med. & Hyg.* 94:268-271.

Miles MB.et Huberman AM. (1984): «Qualitative Data Analysis, Beverly Hills (CA)»; *Sage*.

Miller MJ (1958): «Observation on the natural history of malaria in the semi-resistant West-Africa». *Trans. Roy. Trop. Med. Hyg.* 52, 152-168.

Millman RN. (1967): «Settlement, change and challenge on the Kano plains of Western Kenya». *Dept. of Geography, University of Naerobi* (Mimeo).

Mohseni M. (1979): «Attitutes towards modern and traditional medicine in an Iranian community» *Social Science and Medicine*, 13a: 499-500.

Moret A-L (1989): «Accès de fièvre et paludisme chez les enfants de 2-9 ans; une étude cas-témoin dans un dispensaire du Niger». *Thèse médecine* No 9079, Genève.

Morris, Timothy (1991): «The despairing developer: diary of an aid worker in the Middle East». London: *I.B. Tauris*.

Mosley WH (1985): «Les soins de santé primaire peuvent-ils réduire la mortalité infantile? Bilan critique de quelques programmes africains et asiatiques». In Vallin J., Lopez A. (Ed.): *La lutte contre la mort: influence des politiques sociales et des politiques de santé sur l'évolution de la mortalité*. Paris, *INED, PUF (travaux et documents, cahiers108)*, 105-136.

Mosley WH. (1992): «Les Soins de Santé primaires peuvent-ils réduire la mortalité infantile: Bilan critique de quelques programmes Africains et asiatiques Djakarta (Indonésie)» *Fondation Ford S. D.*

Mshana RN., Boulandi J., Mshana NM., Mayombo J., Mendome G. (1991): «Cytokine in the paragenesis of malaria: levels of IL-I beta, IL-\$, IL-6, TNF-alpha IFN-gamma in plasma of healthy individuals and malaria patients in a holoendemic area». *Journal of clinical & Laboratory Immunology*.34 (3): 131-9.

Mwenesi HRA. (1993): «Mothers definition and treatment of childhood malaria on the Kenya Coast». Ph.D Thesis, University of London, *London School of Hygiene and Tropical Medicine*.

Nchinda TC. (1977): «Household study of illness prevalence and health care preferences in a rural sub-district of Cameroon». *International Journal of Epidemiology*, 6: 235-241

Nichter, M. (1993): «Social science lessons from diarrhea research and their application to ARI». *Human Org.* 52, 53-67.

Nnadi EE., Kabat HF. (1984): «Choosing Health care services in Nigeria: a developing nation». *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 87: 47-57

Oaks S.C., Mitchell VS., Pearson GW. and Carpenter CCJ.(Eds) (1991): «Malaria: Obstacles and Opportunities»: A report of the committee for the Study on Malaria Prevention and Control: Status Reviewand Alternative Strategies. *Division of International Health, Institute of Medicine* Washington DC.

Okafor SI. (1983): «Factors affecting the frequency of hospital trips among a predominantly rural population» *Social Science and Medecine*, 17 (9): 591-595.

- Okelo GBA. (1990): «Prospects in the control of malaria». *East Afr. Med. J.* may, 293.
- Olango, P. And About, F. (1990): «Determinants of Mothers' Treatment of diarrhea in Rural Ethiopia». *Soc. Sci. Med.* 31, 1245-1249.
- Olatunde, A. (1981): «Use and misuse of 4-aminoquinolline antimalarirals in tropical Africa and re-examination of itch reaction to these drugs». *Tropical Doctor.* 11:97-101.
- OMS (1993): Cahiers Santé, paludisme.
- OMS: Relevé épidémiologique hebdomadaire; «la situation du paludisme dans le monde en 1993»; N° 3, 19 Janvier 1996
- Ongore D., Kamunwi F., Knight R. and Minawa A. (1989): «A study of knowlegde, attitudes and practices (KAP) of a rural community on malaria and mosquito vector». *East Afr. Med. J.* 66(2): 79-89.
- Ouattara, T. (1977): «Les Tiembara de Korhogo, des origines à Péléforo Gbon Toulibaly (1962): évolution historique, politique, sociétale et économique d'un Tar Sénoufo». *Thèse de 3ème cycle d'histoire*, Paris I, 415p
- Pattison, C.J., Drinkwater, C.K. and Downham, M.A. (1982): «Mothers' appreciation of their children symptoms». *J.R. Coll. Gen. Pract.* 32, 149-162
- Paireault, C. Et N'Do-Cissé (1988): « Maladie et Poro en pays Sénoufo du sud du Mali». Ministère de la santé et des affaires sociales. *Institut National de Recherche en Santé Publique*; Division santé communautaire, Bamako; 25p.
- Pelto, G.H. and Kendall, C. (1991): «Behavior aspects of acute respiratory infections in children». In: *Acute lower Respiratory Infection and Child Survival in Developing Countries*. A. Gadomski, ed. pp.145-151. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Pene P., Carrie J., Série F. et Aye H. (1967): «Contribution à l'étude de l'épidémiologie du paludisme en zone forestière». *Méd. Afr. Noire* , N° spécial de Juillet, 155-159
- Petersen E.; Hogh, B.; and all. (1990): «A longitudinal study of antibodies to plasmodium falciparum antigen Pf155/RESA and immunity to malaria infection in adulte Liberians». *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.* 84: 339-345.
- Petersen E, Hogh B, Marbiah NT et al. (1991): Clinical and parasitological studies on malaria in Liberian adults living under intense malaria transmission. *Ann-Tro-Med-Parasitol*, 85(6), 577-84.
- Pinikahana, J. (1992): «Socio-cultural factors associted with malaria transmission: A review». *Indian J. Malariol*; 29, 121-6.

Phillips, D.R. (1990): «Health and health care in the Third World». New York, *Lonman Scientific & Technical*.

PRICOR/USAID/Kinshasa (1986): «Étude sur le financement des zones de santé au Zaïre»: *Projet Reach*: 62pp

Priscor (1988): «Malaria treatment: a review of experience in four countries. *Sercice quality assessment series*. Primary Health Care Operations Research. Maryland»: *Center for Human Services*.

Popkin BM et Doan RM. (1989): «Women's role, time allocation and health»; in Caldwell J, Findley S, Caldwell P, Stantow G, Cosford W, Braid J and Broesrs-freeman D. (eds) Health Transition: the cultural, social and behavioural determinants of health . *The proceedings of International workshop*, Canberra.

Pourtois, JP. et Desmet H. (1989): «Pour une recherche qualitative néanmoins scientifique», *Réseaux*, n° 55-56-57:13-35.

Ramakrishna J. and Brieger WR. (1987): «The value of qualitative research: Health education in Nigeria». *Hlth Policy. Plan.* 2:171-175.

Raynal L. (1985): «Use of over-the-counter medicines in rural Matabeleland, Zimbabwe: The case of upgrading the dispensing skill for storekeepers». *Central Afr. J. Med.* 31, 92.

Rey M, Camerlynck P, Diop MI Lafaix CH et Sow A. (1968): «Le paludisme dans l'agglomération dakaroise». *Bull. Soc. Med. Afr. Noire Lgue fr.* 13, 2: 353-365.

Reason, P. (1994a): «Three approaches to participative inquiry». In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds), *Handbook of qualitative research* (pp.324-339). Thousand Oaks, CA: Sage.

Reason, P. (1994b). «participation in human inquiry». Thousand Oaks, CA: *Sage*.

Richard A., Lallemand M., Trape JF, Carnevale P., Mouchet J. (1988): «Le paludisme dans la région forestière du Mayombé, RP Congo, III. Place du paludisme dans la morbidité générale». *Ann Soc Belge Méd Trop*, 68: 317-29

Riley E M, Jakobsen P H, Allens S J, and all. (1991): «Immune response to soluble exoantigens of *P. falciparum* may contribute to both pathogenesis and protection in clinical malaria:evidence from a longitudinal, prospective study of semi-immune African children». *Eur.J. Immunol*, 21 (4) 1019- 25.

Roger-Petitjean, M. (1992): «les maladies d'enfants dans la région de Sikasso (Mali): Évolution des représentations des mères au contact des services de santé: À propos

de quatre pathologies; Mémoire pour l'obtention du diplôme de recherche. *Institut Universitaire d'Études du développement* 1211 Genève, Suisse.

Rogler, L.H.(1989): «The meaning of culturally sensitive research in mental health». Cited by Yach D. (1992). The use and value of qualitative methods in health research in developing countries. *Soc. Sci. & Med.* 35(4): 603-612._

Rondeau, C. (1980): «La société Sénoufo du Sud du Mali (1870-1950). De la tradition à la dépendance». *Thèse de 3ème Cycle*. Université de Paris VII. UER de Géographie et de Sciences de la société. Département d'histoire; 525p

Rooth, I. & Bjorkman, A. (1992): «Fever episodes in a holoendemic malaria area of Tanzania: Parasitological and clinical finding and diagnostic aspects related to malaria». *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg.* 86: 479-482.

Rougemont A. (1992): «Prise en charge rationnelle des problèmes prioritaires de santé; processus décisionnel et consignes permanentes» *Médecine et Hygiène* 50, 2696.

Rougemont A., Breslow N., Brenner E., Moret A.L., Dumbo O., Dolo A., Soula G. and Perrin L. (1991): «Epidemiological basis for clinical diagnosis of childhood malaria in endemic zone in west Africa». *Lancet*, 338 (Nov. 23): 1292-1295.

Rubinstein, R.A. (1984): «Epidemiology and anthropology: Notes on science and scientism». *Communication and cognition*.17:163-185.

Ruebush TK, Breman JG., Kalser RL and Warren M. (1986): «Malaria». *Rev. Infectious Dis.* 8(3):47-59.

Ruebush II, TK. and Godoy, HA. (1992): «ÉCommunity participation in malaria surveillance and treatment in the volunteer collaborator network of Guatemala». *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 46 (3): 248-260.

Sabatinelli G, Lamizana L. (1989): «Le paludisme dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso)». *Urbanisation et Santé dans le Tiers Monde*.ORSTOM éd., collection: Colloques et Séminaires: 187-93.

Safer, M.A., Tharps, Q.J., Jackson, T.C., Leventhal, H., (1979): «Determinants of three stage of delay in health seeking care at a medical clinic». *Med. Care* 17, 11-29.

Salako LA.; Ajahi F., Sowunmi (1990): «A. Malaria in Nigeria: a revisit». *Ann. of Trop. Med and Parasit.*, 84 (5):435-442.

Sene I. (1990): «Le paludisme: aspects épidémiologiques, cliniques et parasitologiques. À propos de 283 dossiers colligés à la clinique des maladies infectieuses du CHU de Fann à Dakar». *Thèse de Médecine*, Dakar, N° 59.

Sevilla-Casas E. (1992): «Commentary: old themes and new directions in malaria studies». In *Advancing Health in Developing countries: The Role of Social Research*

(Edited by Chen L., Kleinman A. and Ware N.). The Health Transition Project, center for Population Studies, Harvard University, Auburn House, New York.

Seeley A. Janet, Kajura E. and Mulder WD. (1995): «Methods used to study household coping strategies in rural South West Uganda *Health Policy and Planning*; 10(1): 79-88 Oxford University Press.

Silva KT. (1991): «Ayurveda, malaria and the ingenous herbal tradition in Sri Lanka». *Soc. Sci. & Med.* 33(2):153-160. ;

Sindzingre N. (1986): «La nécessité du sens. L'explication de l'infortune chez les senoufo». In Le sens du mal, M. Augé et C. Herzlich (éds), Paris, *Archives contemporaines*, 93-122.

Slutsker, L., Breman JG and Campbell CC. (1988): «Strategies for control of malaria in Africa». *The Lancet.* (i):283. ;

Slutsker L, Chitsulo L, Macheso A, Steketee RW. (1994): «Treatment of malaria fever episodes among children in Malawi: results of a KAP survey». *Trop. Med. Parasitol.*; 45: 61-64.

Smith A. and Draper C. (1958): *East Afr. Med. J.*, 36, 99.

Smith L., Kane R. (1970): «Health knowledge and symptom perception: a study of a rural Kentucky country». *Soc. Sci. Med.* 4, 557-567.

Snow RW., Peshu N., Forster D., Mwenesi H. and Marsh K. (1992): «The role of shops in treatment and prevention of childhood malaria on the coast of Kenya». *Transactions of the Royal Society of Tropical Medecine and Hygiene*, 86 (3): 237-239.

Spencer, H. Kaseje DCO., Sempebwa EKN et al. (1987): «Impact on mortality and fertility of a community-based malaria programme in Saradidi, Kenya». *Ann. Trop. Med. Parasit.* 1(2) Supl:36-45.

Stake R. E. (1994): «Case studies». In N. K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds), *Handbook of qualitative research* (pp.236-247). Thousand Oaks, CA: Sage.

Stake, R.E (1988): «Case study methods in educational research: seeking sweet water»; in RE Jaeger (ed.), *complementary methods for research in education*; pp:253-278), Washington, DC: *American Educational Research Association*.

Stanfield JP. (1969): «Fever in children». In *the tropics. Br Med J* i: 761-5.

Stanton B., Black R., Engle P. and Pelto G. (1992): «The théory driven behavioral intervention research for the control of diarrhoeal diseases». *Soc. Sci. & Med.* 35(11): 1405-1420.

Stanton B., Clémens J. (1989): «User fees for health care in developing countries: A case study of Bangladesh». *Social Science and Medicine*, 29 (10): 1199-1205.

Steckler A., McLeroy KR. Goodman RM et al. (1992): «Towards integrating qualitative methods: An introduction». *Hlth Educ. O.* 19(1)1-8.

Stern RC. (1977): «Pathophysiologic basis for symptomatic treatment of fever». *Pediatrics* ; 59: 92-6.

Strauss A., Corbin J. (1990): «Basics of qualitative research», *Sage Newbury Park*.

Streatfield K., Singarimbun, M. et Diamond, I. (1990) Maternal education and child immunization *Demography* 27(3):447-455.

Streatfield, K. et Singarimbun, M (1988): «Social factors affecting use of immunization in Indonesia». *Social Science and Medicine* 22(11):1237-1245.

Stock, R. (1987): «Understanding health care behavior: a model, together with evidence from Nigeria». In: Akhtar, R. (ed) *Health and Disease in Tropical Africa*. London, Harwood.

Sukkary-Stolba, S. (1989): «Oral Rehydration Therapy: Behavior Issues in Child Survival Programs». Washington, DC: USAID.

Taylor, TE. and Molyneaux, ME. (1988): «Cerebral Malaria in children: Presenting features in prognosis». *Malawi Med. O.* 5:3-11.

Tim Freeman & Mark Bradley (1996): «Temperature is predictive of severe malaria years in Zimbabwe». *Transactions of Royal Society of tropical Medicine and Hygiene*

Timéra, M. (1991): «La prescription médicale au Sénégal. L'exemple de Dakar et de sa banlieue». *Thèse de Pharmacie* Dakar, N° 26.

Toe AGR., Guiguemdé TR. & Sadeler BC.(1988): «Évaluation de la densité parasitaire chez des porteurs asymptomatiques de *plasmodium falciparum* dans la région de Bobo-dioulasso». Dans Conférence Internationale, OCCGE Bobodioulasso, Avril, *Centre-Muraz*, P.A.XII.

Touré YT. (1979): «Bio-écologie des anophènes (Diptera-Culicidae) dans une zone rurale de savane soudanienne au Mali: Village de Banambani, Arrondissement de Kati. Incidence sur la transmission du paludisme et de la filariose de Bancolt». *Thèse Doctorat 3ème cycle en biologie animale* (Entomologie) CPS Bamako Mali

Traoré S. (1993): «Épidémiologie du paludisme en Zone de savane sud-Soudanienne au Mali, Le village de Pimpéréna dans la région de Sikasso de Juin 1992 à Septembre 1993». *Thèse de doctorat de Médecine* Bamako, Mali.

Traoré S., Coulibaly SO. and Sidibe MC. (1992): «Comportements et coûts liés au paludisme chez les femmes des campements de pêcheurs dans la zone de Sélingue au Mali». *Unpublished document*.

Trape J-F., Peelman P., Moreault-Peelman B. (1985): «Criteria for diagnosing clinical malaria among a semi-immune population exposed to intense and pernicious transmission». *Trans. Roy. soc. Trop. Med. Hyg.* 79, 435-442.

Trape J-F, peelman P, Morault-Peelman B (1986): «Criteria for diagnosing clinical malaria among a semi-immune population exposed to intense and pernicious transmission». *Transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 79, 435-442.

Tupasi T.E., Miguel C.A., Tallo V.L., Bagasao T.M.P., Natividad J.N., Valencia L.B., de Jesus M.E.G., Lupisan and Medalla, F. (1989): «Child care practices of mothers: implications for intervention in acute respiratory infections». *Ann. Trop. Paediatr.* 9, 82-88.

Udeinya IJ, Schmidt JA, Aikawa M and al. (1982): «Falciparum malaria infected erythrocytes specifically bind to cultured human endothelial cells». *Science*, 213, 555-557

Uyanga J. Rural-Urban migration and sickness health care behavior (1983): «A study of eastern Nigeria» *Social Science and Medicine*, 17 (9): 579-583.

Van de Geest S. and Whyte S. (1989): «The charm of medicines: metaphors and metonyms». *Med. Anthropol.* Q. 3, 345.

Van Morren B, Boerma JT., Sempebwa EKN (1989): «Simplifying the evaluation of primary health care programmes». *Soc. Sci. & Med.* 28(10): 1091-1097.

Vercruyse J, Jancloes M. (1981): «Étude entomologique sur la transmission du paludisme humain dans la zone urbaine de Pikine» (Sénégal). *Cah ORSTOM, sér Ent Méd Parasitol*; 19: 165-178.

Waddington CJ. et Enyimayew, KA. (1990): «A price to pay, Part2: the impact of user charges in the Volta Region of Ghana», *International Journal of Health Planning and Management* 5: 287-312.

Walt, G. (1988): «Community health workers: policy and practice in national programmes: A review and selected annotations». *EPC Publication No. 16. London School of Hygiene and Tropical Medicine*, London.

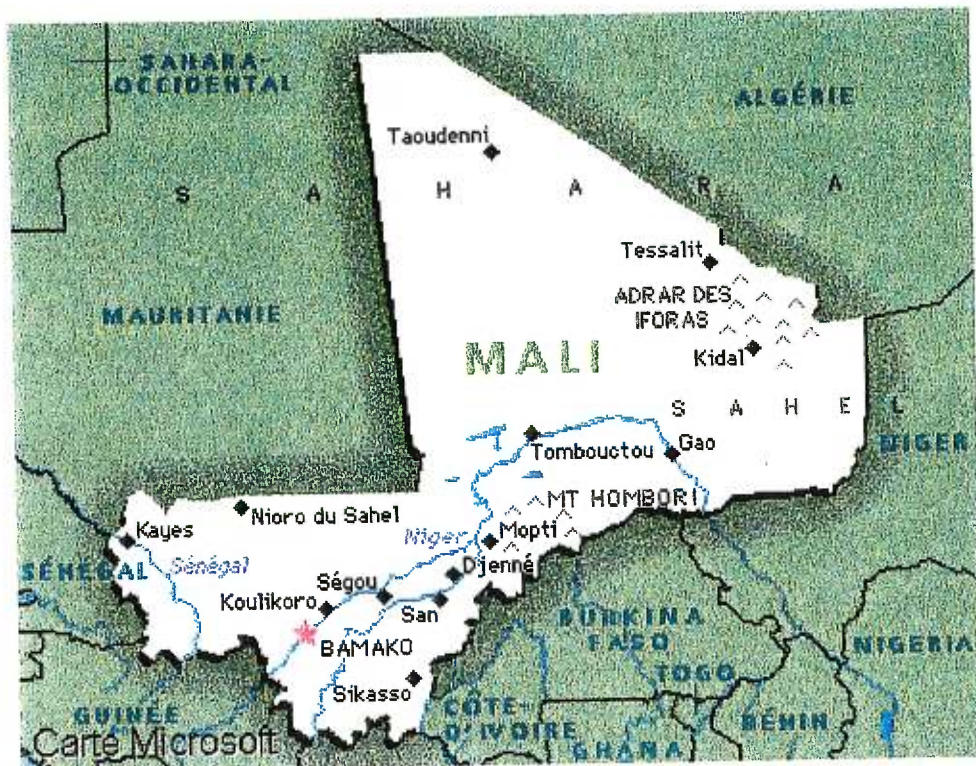
Wilson, Holly S., Hutchison, Sally A. (1991): «Triangulation of qualitative methods: Heideggerian hermeneutics and grounded theory». *Qualitative Health Research*, 1(2): 263-276.

Winch, PJ., Makemba, AM., Kamazima, SR. et al. (1994): «Seasonal variation in perceived risk of malaria: Implications for the promotion of insecticide-impregnated bed nets». *Soc. Sci. Med.* 39(1): 63-75.

World Health Organisation (1986): *OMS Experts Committee on Malaria. Eighteenth Report. Technical Report Series n° 735. WHO Geneva.*

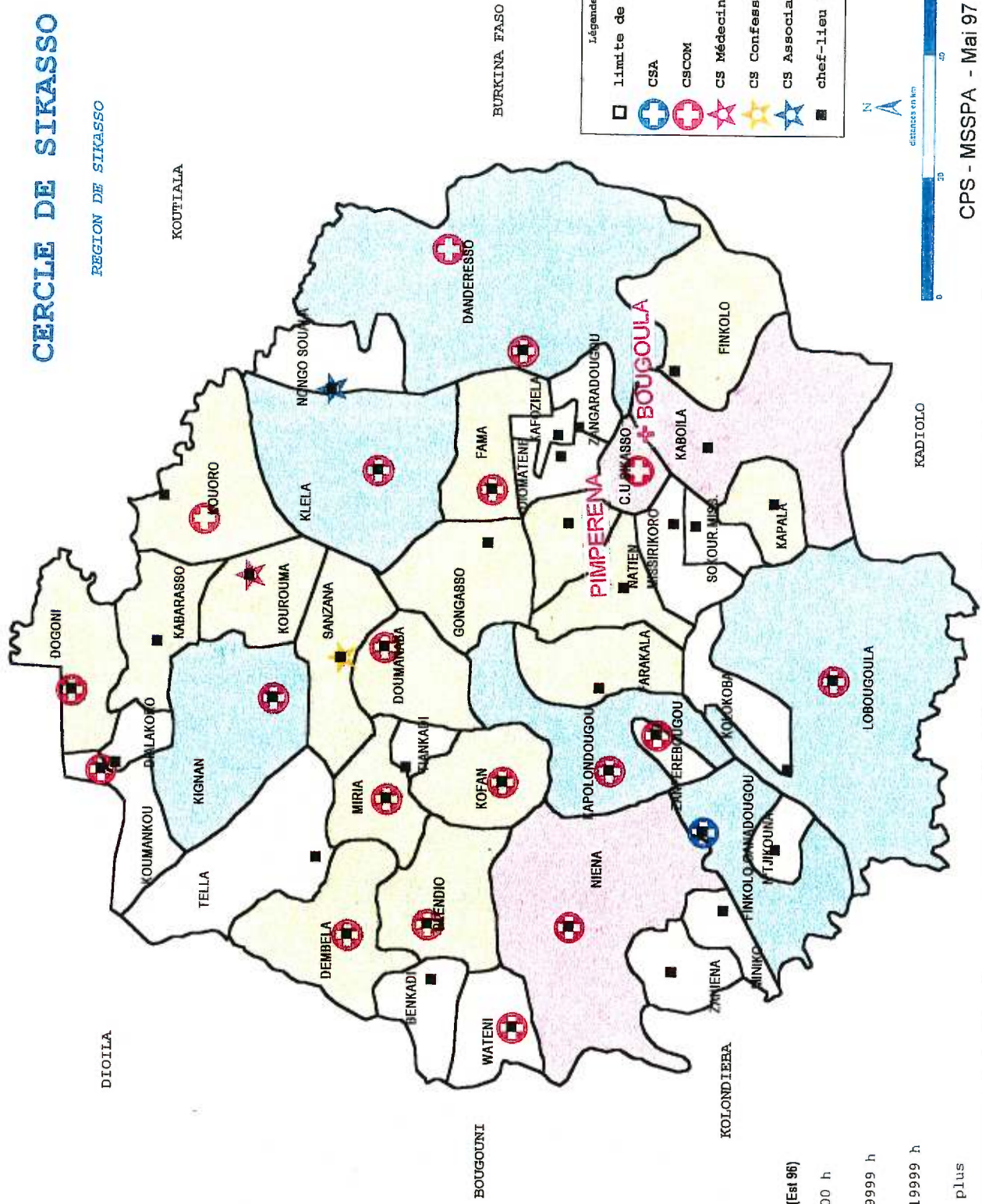
- World Health Organisation (1992): *Weekly epidemiological record* 67: 169-76.
- Wong et All. (1987): «Accessibility, quality of care and prenatal care use in the Philippines». *Social Science and Medicine*, 24 (11): 927-944.
- Yach, D. (1992): «The use and value of qualitative methods in health research in developing countries». *Soc. Sci. & Med.* 35(4): 603-612.
- Yin RK. (1981): «The case study crisis somme answers» *Adm. Sci. Quarterly* 2:58-65.
- Yin RK. (1984): «Case Study Research», Beverly Hills (CA), *Sage*.
- Yin, RK. (1989): «Case Study Research: Design and Methods». Revised Edition. Newbury Park (CA), *Sage Publications* .
- Young, M. D. and Johnson T. H. (1949):*J. Nat. Malar. Soc.*, 8, 247,.

Annexe N°1 : Carte du Mali



CERCLE DE SIKASSO

REGION DE SIKASSO



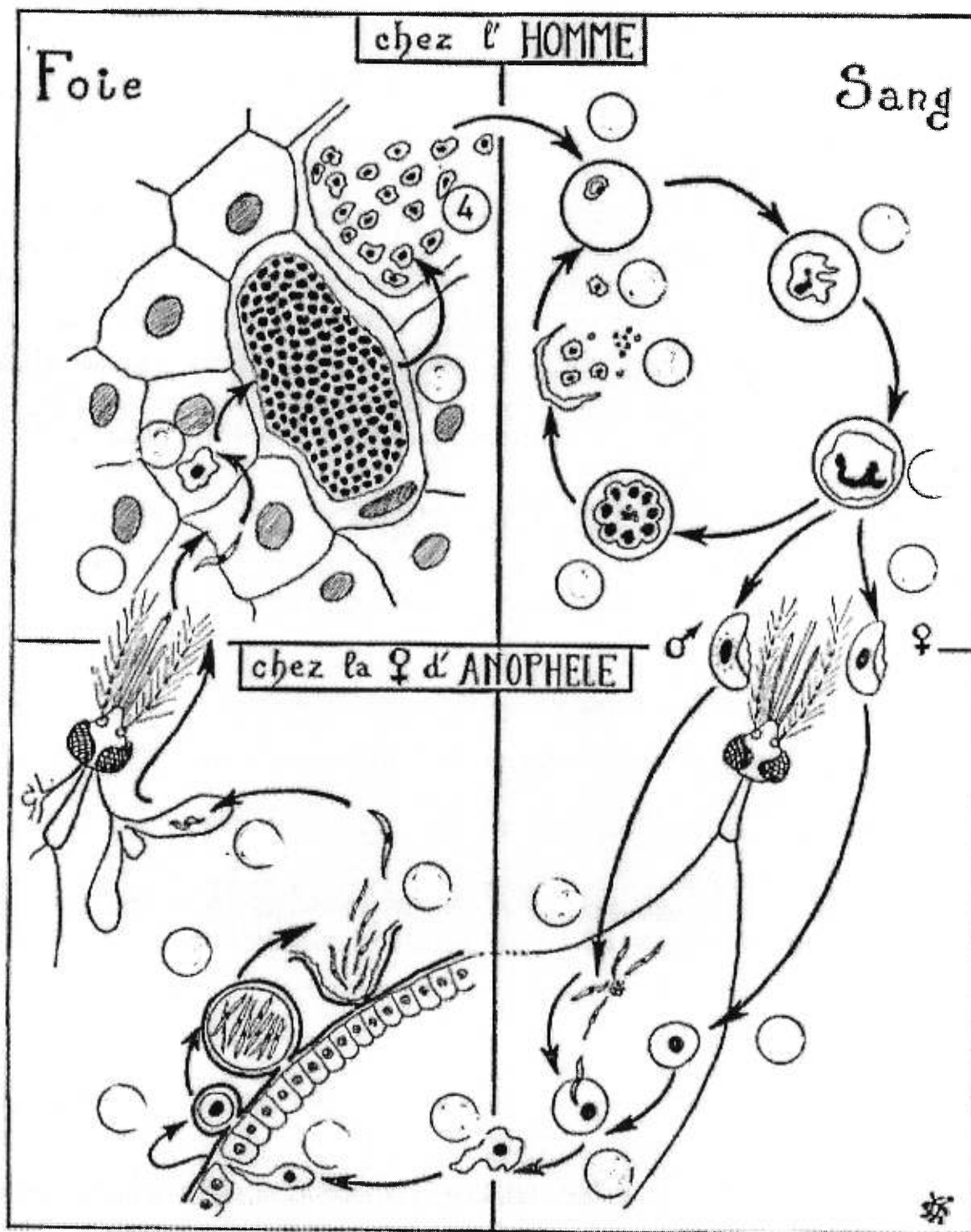
Légende

- Limite de commune
- ⊕ CSA
- ⊕ CSCOM
- ☆ CS Médecin privé
- ☆ CS Confectionnel
- ☆ CS Associatif
- chef-lieu de commune



CPS - MSSPA - Mai 97

Annexe N° 3 : Le trépied classique : agent - vecteur - hôte



(tiré de Golvan, Y.J., 1974, page 306)

Annexe 4 : Processus pour rencontrer les autorités du village

Culturellement, il n'est pas possible d'exposer le problème au cours de la première rencontre. Ainsi, il faut envoyer d'abord une délégation pour prévenir de la visite. Ensuite, passer rapidement saluer de façon informelle le chef de village en compagnie d'au moins un homme habitant dans le village (personnel du petit centre de santé, par exemple). Mais le jour de la rencontre officielle, il est recommandé d'avoir plus qu'une personne, parce que plus les accompagnateurs sont nombreux, plus le chef se sent honoré. Ces guides, pour la circonstance, vous présentent et le chef vous fixe un rendez-vous pour la rencontre officielle. Pour cette rencontre, il faut préparer ce qu'on appelle les « colas de salutation d'usage ». Il s'agit d'une dizaine de grosses noix de cola, du tabac et de l'argent, le tout bien emballé dans des feuilles vertes, du papier et un mouchoir en tissu. Le jour de la rencontre officielle, la délégation qui accompagne le chercheur est reçue par le chef du village entouré de tous les membres de son conseil. Après l'accueil et les salutations, le chef invite tout le monde à s'asseoir (les étrangers ont une place qui leur est réservée et ne s'asseyent que quand on le leur dit explicitement). Le porte-parole de la délégation présente l'équipe, donne le paquet à un membre du conseil et explique le but de la recherche et les attentes du chercheur. Le chef répond par des salutations et des bénédictions. Ensuite, il donne la parole à l'assistante qui pose des questions, et la conclusion est laissée au chef.

Séance de rencontre officielle avec les notables de Pimpéréna

Réunion inaugurée et animée par Moussa Diallo.

Après les salutations d'usage, il a remis le tabac et des calendriers aux vieux.

Il a expliqué le but du travail aux autorités villageoises. Ensuite, un vieux porte-parole de l'assemblée est intervenu pour transmettre le message comme quoi on pouvait être malade du palu par la fièvre, les maux de tête et les vomissements et que c'est ce que nous voulons savoir d'après les femmes du village et leurs comportements pendant les différents épisodes de palu chez les enfants. Ensuite, on a donné la parole à Docteur Diallo. L'intervention de Docteur Fatoumata Binta était demandée pour mieux expliciter les attentes.

Elle s'est d'abord excusée auprès des vieux de son mauvais Bambara et les a remerciés de nous avoir reçu. Elle leur a dit que c'est une façon d'aider nos populations, surtout nos mères, pour qu'elles aident mieux les hommes dans le traitement du paludisme de leurs enfants. Elle est désolée de ne pouvoir travailler avec toutes les femmes, sauf dix. Mais elle

est à la disposition de toutes les autres femmes du village. Les vieux ont beaucoup apprécié la rencontre et étaient très contents que nous venions travailler chez eux.

Quant au choix des dix femmes, les vieux ont décidé de se réunir pour le faire. Quelque temps après, ils sont revenus avec le nom des femmes qui seront prévenues d'avance de la date de notre visite dans les jours à venir pour les entretiens. Le choix des informateurs a été fait en même temps que celui des femmes. Après la réunion avec les vieux, nous nous sommes entretenus avec eux pour leur expliquer leur rôle et la façon de travailler. Eux aussi ont compris comment faire ce travail très facilement. Après tout cela, ils nous ont offert un cadeau – des pommes de terre – et nous en étions très émus.

Nous avons fait les dernières salutations et ils nous ont fait des bénédictions. Nous avons demandé la route et on nous l'a indiquée.

Annexe 5 : Étapes et scénarios de collecte des données

Après les salutations d'usage, présentations de l'équipe et des objectifs de la recherche, l'un des enquêteurs est l'animatrice principale et doit donc diriger l'entrevue. Le deuxième enquêteur et moi suivons pour noter les points abordés, observer l'environnement physique, les façons de répondre et les questions qui paraissent non bien répondues. Par des moyens subtils, nous aidons l'animatrice à questionner sur les points non couverts. Aussi, notre présence serait de veiller à ce que la mère ne se lasse pas de l'entrevue en détendant l'atmosphère par des petites blagues sans pour autant nous éloigner du sujet.

- Les entrevues individuelles avec les mères juste après les épisodes de fièvre présumée palustre en saison sèche et en saison des pluies seront plus faciles : Les femmes nous connaissant et sachant qu'on devait se revoir après l'épisode de fièvre de leur enfant, ces entrevues seront plus détendues et le scénario d'entrevue sera le même.
- Les contacts avec les informateurs clés durant les épisodes de fièvre palustre en saison sèche et en saison des pluies se feront régulièrement. Nous avons expliqué aux mères leur présence et leur rôle dans la recherche. Ils ont pour rôle de nous aviser de l'apparition de la fièvre chez les enfants et de la fin de l'épisode. Ils nous ont informé aussi des faits qu'ils ont remarqués. Les rencontres avec eux se sont faits en dehors du village.
- Consultation des dossiers médicaux et carnets de soins : durant l'entrevue, si les mères déclarent avoir eu des contacts avec les services de santé, nous rapportons toutes les informations notées dans le carnet de soins de l'enfant. Nous les avons ensuite vérifiées au centre de santé pour les cas où les informations étaient disponibles sur l'enfant. Pour les mères qui déclarent ne pas avoir consulté, nous vérifions quand même pour voir s'il n'y a pas eu oubli de leur part ou s'il y a une cause au fait qu'elle ne veuille pas parler de son contact avec les services de santé modernes.

Annexe 6 : La grille de synthèse

Il s'agit de faire un tableau afin de mieux structurer nos codes. Nous avons élaboré une grille de synthèse pour chaque femme. En plus de l'identification de la femme, la grille comprend trois colonnes, dont une pour chaque passage avec les thèmes couverts.

Identification de la mère

- tranche d'âge
- statut matrimonial
- parité
- occupation
- niveau d'activités
- nombre d'enfants vivants
- nombre d'enfants décédés
si oui, de quoi?
- Nombre d'enfants vivants de moins de cinq ans

Informations	Première entrevue	deuxième entrevue	troisième entrevue
Comment la mère a-t-elle identifié la fièvre palustre?			
Pourquoi attribue-t-elle cette fièvre au paludisme?			
Quel est son modèle explicatif?			
Est-ce que le modèle explicatif saison-moustique-paludisme est connu?			
Est-ce qu'elle incrimine la saison dans l'apparition de cette fièvre palustre?			
Comment la saison est-elle perçue par rapport à l'apparition de la fièvre palustre?			

Quelle explication donne-t-on à la saison dans l'apparition de la fièvre palustre?			
Quel est le niveau de perception de la gravité de la fièvre palustre : – en général? – en saison sèche? – en saison des pluies?			
Est-ce qu'elle a perçu un risque d'aggravation lié à la saison?			
Est-ce qu'elle a perçu une plus grande fréquence des épisodes de fièvre durant la saison des pluies?			
Pourquoi a-t-elle décidé de faire un traitement?			
Qui a participé à la prise de décision?			
Est-ce que la saison est apparue comme un facteur important?			
Est-ce que ses attitudes thérapeutiques sont liées à la saison? Autrement dit, existe-t-il une différence dans le traitement d'une saison à une autre?			
Est-ce qu'elle fréquente le centre de santé ou l'hôpital pour la fièvre palustre?			
Ses appréciations sur les services reçus quand elle les a fréquentés.			

Ce qu'elle a appris auprès du système concernant la fièvre palustre : <ul style="list-style-type: none">- Son origine- Sa transmission- Son évolution- Son traitement- La saison- Le moustique			
Quels sont les facteurs qui déterminent la façon de construire son modèle explicatif?			
Qu'est-ce qui a aidé à l'intégration du modèle épidémiologique?			
Qu'est-ce qui l'empêche d'intégrer le modèle?			

Annexe 7 : Le guide d'entrevue

- Salutations d'usage
- Présentation de l'équipe
- Objet de la visite et expliquer clairement que les conversations seront enregistrées et pourquoi
- Les mettre en confiance
- Conversation pour créer une atmosphère détendue sur des faits divers dans le village et en ville
- Conversation sur la famille en général
- Entamer progressivement et tout naturellement l'entrevue à partir de faits très généraux sans que ce soit formel et impressionnant.

Grille d'entrevue

Fiche N°

Village de :

Quartier de :

Date de l'entrevue :

Durée de l'entrevue :

Début :

Fin :

Entrevue N° 1

Nom et prénoms de la mère :

Âge :

Ethnie :

Religion :

Niveau d'instruction :

Statut matrimonial :

Activités principales et secondaires :

Revenu personnel :

Nombre d'épouses du mari :

Nombre de femmes dans la concession :

Existence d'une personne plus âgée qu'elle ou que son mari (belle-mère, beau-père, belles-sœurs, belles-tantes, beaux-frères, etc.) :

Rôle de ces personnes plus âgées dans le traitement des enfants :

Lien entre les différentes femmes dans la concession :

Place dans la famille (première ou n^{ième} femme du chef de famille, du fils, ou autre) :

Rôle dans la famille :

Appartenance à une organisation sociale dans le village :

Nom du mari :

Profession du mari :

Place du mari dans la concession :

Revenu du ménage :

Nature et grandeur de l'habitation :

Nombre de personnes dans la concession :

Nombre de grossesses :

Nombre d'accouchements :

Suivi des visites prénatales lors des grossesses précédentes?

Nombre d'enfants vivants :

Nombre d'enfants décédés :

si oui, de quoi sont-ils décédés :

Nombre d'enfants de moins de cinq ans :

Nom et prénoms des enfants de moins de cinq ans :

—
—
—

De quoi souffrent généralement vos enfants?

De quoi souffrent les enfants de la tranche d'âge qui nous intéresse? (en insistant sur chacun d'eux)

(quand elle va prononcer le Soumaya)

Vous dites que votre (vos) enfant(s) a (ont) souffert de Soumaya?

Quand en a-t-il souffert pour la dernière fois?

(pour chacun de ses enfants)

Pourquoi vous avez pensé au Soumaya pour chacun des enfants?

(pousser la femme à évoquer les raisons, les causes, les origines)

Comment se manifeste le Soumaya?

Comment reconnaissez-vous le Soumaya?

(amener la femme à citer les signes et symptômes du Soumaya)

(elle va parler du corps chaud)

Comment on l'attrape?

et/ou

Qu'est-ce qui provoque le Soumaya selon vous?

(pour pousser la femme à évoquer l'origine)

Le corps chaud est-il toujours présent dans le Soumaya?

Quand est-ce que on attrape le Soumaya?

et/ou

Quand est-ce que le corps chaud de Soumaya est-il le plus fréquent?

Existe-t-il d'autres périodes durant lesquelles le corps chaud de Soumaya apparaît?

(insister sur la période)

À quoi attribuez-vous cette fréquence?

ou

Cette fréquence est liée à quoi?

(va parler de saison)

Pourquoi vous pensez que le corps chaud de Soumaya est plus fréquent à cette période?

Qu'est-ce qui provoque le corps chaud de Soumaya à cette période?

(pour voir le niveau de différenciation des causes et origines selon les saisons)

* Comment ça?

* Expliquez-nous c'est quoi la cause de ce corps chaud :

* Quelles sont donc les origines de ce corps chaud et du Soumaya?

* Quelles sont les causes de cela?

(toutes ces questions pour pouvoir reconstituer le modèle explicatif)*

Expliquez-nous comment cela se déroule, c'est-à-dire de cette cause jusqu'au corps chaud et de là jusqu'au Soumaya durant cette saison-là?

(Reprendre le même questionnaire pour la deuxième saison)

Le corps chaud de Soumaya est le plus grave à quelle période?

Pourquoi il est plus grave à cette période?

Qu'est-ce que vous faites pour soigner la fièvre du Soumaya?

Pourquoi faites-vous ces médications?

Utilisez-vous les mêmes traitements durant les périodes différentes?

(pour voir s'il y a une différence dans le traitement qui soit liée à l'origine ou à la cause qui pourrait orienter dans la notion de perception de saisonnalité du paludisme)

Consultez-vous une personne dans l'appréciation du corps chaud de Soumaya?

Si oui, qui?

Cette personne vous aide seulement dans l'appréciation de la fièvre ou elle participe à la décision de quoi faire?

Est-vous libre de soigner le corps chaud de Soumaya de votre enfant où vous voulez?

Avez-vous déjà conduit votre enfant au centre de santé pour la fièvre de Soumaya?

Si non, pourquoi?

Si oui, pourquoi?

Qui vous a reçue au centre de santé?

Qu'est-ce la personne qui vous a reçue vous a dit concernant le corps chaud de Soumaya de votre enfant?

Vous a-t-il dit ce qui a provoqué le Soumaya?

Si oui, qu'est ce qu'il vous a dit?

Croyez-vous à ce qu'il a dit?

Deuxième et troisième passages

Nom et prénoms de la femme :

Village :

Quartier :

Date :

Entrevue n^o

Durée :

Début :

Fin :

Passage n^o :

Vous nous avez dit que votre enfant vient de guérir du Soumaya?

C'était bien le Soumaya?

Comment l'aviez-vous reconnu?

Pourquoi vous avez pensé que c'est le Soumaya?

Comment cette fois-ci le Soumaya s'est-il manifesté?

(elle va citer tous les signes)

Son corps chaud était-il plus intense que d'habitude?

Aussi, les autres signes étaient-ils plus intenses que d'habitude?

Comment expliquez-vous l'apparition du Soumaya cette fois-ci?

Qu'est ce qui est à l'origine de ce corps chaud et des autres signes (cités) du Soumaya cette fois-ci?

Comment faites-vous les liens entre cette origine et le corps chaud de ce Soumaya?

Expliquez-nous en détail dans quelles circonstances ce corps chaud et les autres signes du Soumaya sont apparus?

(amener la femme à évoquer les causes et origines du Soumaya et à reconstituer le modèle explicatif)

Qu'avez-vous fait?

(amener à citer les traitements donnés et les actes ou gestes qui constitueront ses comportements devant le Soumaya)

Pourquoi avez-vous donné tel et tel traitement ou fait tel et tel acte et geste?

Parce que vous avez pensé à quoi? telle cause ou à telle origine?

(passer en revue les causes et origines citées)

(pousser la femme à expliquer les causes et origines du Soumaya qui l'ont amenée à avoir les comportements plus haut cités)

ainsi, comment pour chaque comportement et signe reconstituer le déroulement et le modèle explicatif du Soumaya par saison)

Est-ce que quelqu'un (e) vous a aidée dans la reconnaissance de l'origine du corps chaud du Soumaya?

Qui est-elle pour vous?

Cette personne a-t-elle l'habitude de vous aider?

Pourquoi?

Comment elle explique l'apparition de la fièvre du Soumaya?

(si possible)

À quoi elle rattache l'apparition du Soumaya?

Si la mère a fréquenté le service de santé :

À quel moment : au début ou quelques jours plus tard?

Pourquoi avez-vous jugé utile d'aller au service de santé?

Qui avez-vous rencontré?

Est-ce que cette personne vous a expliqué comment le Soumaya est arrivé chez votre enfant?

Est-ce qu'il vous a dit la cause de Soumaya?

Si la mère n'a pas fréquenté le service de santé moderne :

Pourquoi n'avez-vous pas fréquenté le service de santé?

Ne poser les questions suivantes que si la mère parle du moustique et à la fin de la troisième entrevue.

Est-ce que vous avez entendu parler du moustique dans l'apparition du Soumaya?

si oui,

Qu'est-ce qu'on vous a dit et qui?

Comment vous expliquez le lien entre le moustique et le Soumaya?

(c = Comment le moustique provoque-t-il le Soumaya?)

Quand est-ce que les moustiques sont plus présents dans votre village?

À quelle période sont-ils plus présents?

Pourquoi sont-ils plus présents à cette période?

Existe-t-il un lien entre cette période et les moustiques et le Soumaya?

Quel serait le lien entre cette période, les moustiques et le Soumaya?

Annexe 8 : Organisation des données et étapes d'analyse

Pour rendre intelligibles toutes les informations collectées, il fallait trouver une méthode simple et facile d'analyse. À travers l'approche de « grounded theory » et grâce au logiciel NUD IST, nous les avons organisées et analysées selon les étapes suivantes :

Première étape

Les entrevues sont retranscrites intégralement puis réduites par une première codification. Ce codage est ouvert et consiste à une lecture fine des données, cherchant à nommer et à étiqueter leur signification. La grille de synthèse a été élaborée pour faciliter cette première lecture. Ainsi, les comportements de la mère sont traduits par des codes, c'est-à-dire des termes qui regroupent différents aspects que Yin (1989) a appelé « thèmes-traceurs ». Au cours de cette première étape, une grande quantité de codes (thèmes-traceurs) seront construits afin de générer des pistes d'investigation sans aucune forme de restriction. Le modèle de codage que nous allons utiliser sera inspiré d'un des modèles de la typologie de catégorie de L'Écuyer (1987). Ce modèle intègre les catégories prédéterminées à partir des études (modèle adapté) et celles générées (soit à partir de nos observations sur le terrain, soit suscitées par les réactions des personnes interviewées). Dans cette optique, le contenu des entrevues des mères est abordé par un processus analytique ouvert et structuré par une codification, à partir des expériences qu'elles vont communiquer, d'abord, en laissant émerger des codes représentant leur logique culturelle. Ensuite ces codes sont organisés en prenant en considération les connaissances théoriques. Ces codes sont ensuite transférés dans le logiciel NUD IST, dans lequel la première étape a été de créer l'arbre de codification. Ensuite, chaque entrevue a été découpée en fonction de ces catégories préalablement définies.

Deuxième étape

Il s'agit du codage axial qui vise à soupeser, à évaluer et à tester nos « codes ». Ainsi, les codes différents qui exprimeront sensiblement la même chose seront regroupés, des terminologies plus évocatrices seront retenues. Les codes ont été organisés autour d'un phénomène central. Ainsi, un sens entre les codes a pris forme. C'est donc à cette étape que nous avons fait un rapprochement entre le contenu des trois entrevues de la mère.

Nous allons tenter de relier une entrevue à l'autre, selon un schéma directeur dans NUD IST. Nous avons isoler les codes selon qu'ils se recourent, qu'ils divergent ou qu'ils ne réapparaissent pas. Ce niveau d'analyse a permis de mettre en relief plusieurs facettes du

comportement de la même mère d'abord et ensuite entre les mères. L'établissement de l'éloquence des codes peut s'effectuer en interrogeant leur degré de causalité, de concordance ou d'opposition. Toutefois, dans notre cas, les *matrices conditionnelles* organisées autour des phénomènes centraux ne seront pas des modèles cause/effet à l'intérieur duquel la signification des codes est figée. Elle correspond plutôt à un exercice à la fois analytique et synthétique visant la compréhension des relations entre les codes. Nous savons que ces relations ne sont pas que causale, elles peuvent être aussi contextuelles, symbiotiques, interdépendantes ou mutuelles.

Si des points de vue conflictuels concernant le même aspect paraissent courants, ils seront revus en profondeur. Cependant, la portée des codes ne découle pas automatiquement de leur redondance. C'est pourquoi, dans le cas d'une expérience comme le comportement de prise en charge de la fièvre palustre d'un enfant, une compilation quantitative des codes d'analyse est inadéquate. Cette dernière se fonde sur l'idée que tel phénomène est important parce qu'il revient souvent, alors que tel autre est mineur pour des raisons inverses. Or, il se peut bien que la mère s'autocensure, si bien que l'importance d'un terme peut très bien être réelle alors qu'il ne revient presque jamais dans l'entrevue.

Par ailleurs, si au cours des entretiens, nous ignorons à quelle catégorie appartient une déclaration d'une femme, cet élément paraîtra dès la première tentative d'analyse. C'est ainsi que chaque grille sera contrôlée par rapport à l'enregistrement effectué, car il est probable que certaines nuances ne nous apparaissent qu'après plusieurs entretiens avec les mères. Nous nous assurerons ainsi de ne pas avoir tiré des conclusions trop rapidement quant aux catégories évoquées.

Troisième étape

À cette troisième étape, nous avons fait le codage sélectif. Là, nous avons établi le schème organisateur principal des données, c'est-à-dire faire ressortir un certain nombre de prototypes de modèles explicatifs avec les facteurs qui y sont impliqués. Par le codage sélectif, les priorités des codes sont établies jusqu'à ce que leur capacité à expliquer, à décrire ou à rendre compréhensibles les déterminants des comportements des mères devant la variation saisonnière de la transmission et de l'expression clinique du paludisme de leurs enfants soit le plus vraisemblable possible. En d'autres termes, nous avons raffiné l'analyse en densifiant les codes d'analyse jusqu'au point où une étroite correspondance entre le terrain et la modélisation conceptuelle soit atteinte. Au cours de cette étape, nous nous sommes assurées de la cohérence, de l'utilité, de la densité et de l'intégrité de notre construction théorique mais aussi de nos limites. Il faut comprendre que la correspondance qui sera faite est partielle, puisqu'une réalité ne peut être modélisée dans toute sa complexité. Notre

objectif est de rendre signifiante et intelligible, sous réserve de sa nature momentanée et contextuelle, la portion de la réalité des comportements des mères qui est investiguée.

Annexe 9 : Échéancier

Activités	Date prévue	Date d'exécution
<u>Préparation de l'étude :</u> – rencontre avec l'OMS et l'équipe de Bamako – visite des villages, entretien avec les responsables, les notables et le personnel	15 au 30/01/1996	22/01 au 04/02/1996 05 au 08/02/1996
– traduction et photocopie du guide – formation des enquêteurs – prétest des outils de collecte de données et correction et réajustement – identification des mères – identification des informatrices clés	01 au 07/02/1996	02 au 11/02/1996
– entrevues avec les mères à Bougoula-Hameaux – transcription – entrevues avec les mères à Pimpéréna – transcription – saisie des transcriptions – première étape d'identification des codes d'analyse	08/02/1996 08 au 12/02/1996 13/02/1996 13 au 17/02/1996 19 au 28/02/1996	12 au 13/02/1996 14 au 15/02/1996 à partir du 16/02/1996 à partir du 19/02/1996
– entrevues auprès des mères à la fin d'épisode dans l'un ou l'autre des deux villages, selon l'apparition de la fièvre présumée palustre durant la saison sèche – transcription – rencontre avec les informatrices clés pour clarification – codification – consultation des dossiers médicaux au service de santé pour les enfants qui y ont été conduits – codification	01/03 au 15/05/1996 15 au 30/05/1996	1 ^{re} , le 21/02/1996

<ul style="list-style-type: none"> – entrevues avec les mères à la fin des épisodes de fièvre présumée palustre en saison des pluies – transcription – rencontre avec les informatrices clés – codification – consultation des dossiers médicaux – codification 	<p>01/06 au 15/09/1996</p> <p>16 au 30/09/1996</p>	<p><i>mai-juillet</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> – visite de supervision des directeurs malien et canadien 	<p>01 au 15/06/1996</p>	
<ul style="list-style-type: none"> – contrôle final des données, collecte des données complémentaires – rencontre avec l'équipe de Bamako 	<p>01 au 15/10/1996</p> <p>16 au 30/11/1996</p>	<p><i>juillet-août</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> – retour à Montréal 	<p>05/12/1996</p>	<p><i>fin septembre</i></p>