

UNIVERSITE FELIX HOUPHOUET BOIGNY



UFR SCIENCES DE L'HOMME ET DE LA SOCIETE



DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE Institut d'Ethno-Sociologie

MEMOIRE DE MASTER

OPTION SOCIETE, SANTE, ET VIEILLISSEMENT

SUJET:

**SENSIBILISATION ET RESPONSABILITE DES ACTEURS
RURaux DANS LE PROCESSUS DE LUTTE CONTRE LE
PALUDISME EN MILIEU RURAL IVOIRIEN : Cas des
ménages du village de Logaha dans la Sous-préfecture de
Napié**

ETUDIANT

CAMARA Tiori

DIRECTEUR DE MEMOIRE

Monsieur YEO Souleymane, *Maître de Conférences*

Année académique : 2018-2019

CAMARA Tiori

SUJET DE RECHERCHE

**SENSIBILISATION ET RESPONSABILITE DES ACTEURS RURAUX DANS
LE PROCESSUS DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN MILIEU RURAL
IVOIRIEN : Cas des ménages du village de Logaha dans la Sous-préfecture de
Napié**

Directeur de Mémoire : Prof YEO Souleymane



SOMMAIRE

DEDICACE.....	III
REMERCIEMENTS.....	IV
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	V
INTRODUCTION.....	7
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE	11
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	12
CHAPITRE II : CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE.....	38
DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DU CHAMP DE L'ETUDE	47
CHAPITRE I: PRESENTATION DU DISTRICT SANITAIRE DE KORHOGO	48
CHAPITRE II : PRESENTATION DE LA SOUS-PREFECTURE DE NAPIE ET DU VILLAGE DE LOGAHA	54
TROISIEME PARTIE :CONNAISSANCE,ATTITUDES ET PRATIQUES DES MENAGES DANS LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME	59
CHAPITRE I : CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES MENAGES.....	60
CHAPITRE II : COMPORTEMENTS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME.....	65
CHAPITRE III : ATTITUDE ADOPTEE EN CAS DE PALUDISME.....	85
CHAPITRE IV : LES PRATIQUES DES MENAGES EN CAS DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME.....	90
CONCLUSION.....	97
BIBLIOGRAPHIE.....	98
ANNEXES	CI
TABLE DES MATIERES	106

DEDICACE

A mon père CAMARA Zanga
A ma mère TRAORE Dassigué



REMERCIEMENTS

Notre gratitude va spécialement à l'endroit du Professeur YEO Souleymane, Maître de Conférences au Département de Sociologie à l'Université Félix Houphouët Boigny de Cocody-Abidjan, Directeur de l'Institut d'Ethno-Sociologie (I.E.S) à l'Université Félix Houphouët Boigny de Cocody Abidjan, pour avoir accepté de diriger ce travail malgré ces charges administratives. Merci professeur pour vos enseignements, orientations, mais surtout pour votre disponibilité dans la quête du savoir.

Nos remerciements vont également à l'endroit de Docteur BAH Mahier Jules-Michel, Maître-Assistant, au Département de Sociologie à l'Université Félix Houphouët Boigny de Cocody-Abidjan, pour nous avoir suivis à l'élaboration de ce travail.

Nous remercions également, Docteur KACOU Fato Patrice, Maître-Assistant, au Département de Sociologie à l'Université Félix Houphouët Boigny de Cocody-Abidjan, pour l'orientation de ce travail.

Nos sincères remerciements à nos Docteurs, Sorho N'golo Inza, Sanogo Pornan Mourlaye, et devanciers en doctorat Silué Tenena Mamadou et Diobo Emmanuel, pour les conseils et les encouragements renouvelés.

Merci à tous mes parents et amis pour leurs prières, soutiens matériels, financier et moral.

SIGLES ET ABREVIATIONS

- ASC** : Agent de Santé Communautaire
- ASS** : Annuaire des Statistiques Sanitaires
- CHR** : Centre Hospitalier Régional
- CP** : Consultation Périnatale
- CSR** : Centre de Santé Rural
- CSU** : Centre de Santé Urbain
- CSUS-CAT** : Centre de Santé Urbain Spécialisé - Centre Antituberculeux
- CSUS-CRTS** : Centre de Santé Urbain Spécialisé - Centre Régionaux de
Transfusion Sanguine
- CSUS-A/INHP** : Centre de Santé Urbain Spécialisé - Institut National d'Hygiène
Publique
- CSUS-PMI** : Centre de Santé Urbain Spécialisé - Protection Maternelle et Infantile
- CTA** : Combinaison Thérapeutique à base de dérivés Artémisine
- DR** : Dispensaire Rural
- DU** : Dispensaire Urbain
- ESPC** : Etablissement Sanitaire de Premier Contact
- HG** : Hôpital Général
- IEC** : Information Éducation et Communication
- IES** : Institut d'Ethno-Sociologie
- INS** : Institut National de la Statistique
- IPR** : Institut Pierre Richet
- IRD** : Institut de Recherche pour le Développement
- MILDA** : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticides à Longue Durée d'Action
- MU** : Maternité Urbaine
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

- PMI** : Protection Maternelle et Infantile
- PNDS** : Plan National du Développement Sanitaire
- PNLP** : Programme National de Lutte contre le Paludisme
- PSNLP** : Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme
- SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
- SSSU** : Service de Santé Scolaire et Universitaire
- TDR** : Test de Diagnostic Rapide
- TPI** : Traitement Préventif Intermittent
- VA** : Valeur Absolue
- VR** : Valeur relative

INTRODUCTION

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, la lutte contre le paludisme se limitait essentiellement au diagnostic et au traitement des malades en Côte d'Ivoire.

A partir des années 50, des opérations de lutte antivectorielle ont été effectuées dans des zones pilotes (Abidjan, Bouaké, Man et Korhogo). Suite à cela en 1996, la lutte contre le paludisme a été inscrite au tableau des maladies prioritaires du Plan National du Développement Sanitaire (PNDS) ce qui s'est traduit par la création du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) par arrêté N°133 MSP/CAB/du 09 mai 1996. Ce qui a permis, à la Côte d'Ivoire dans les années 1997 à 1999 de bénéficier, de l'appui du plan d'accélération de la lutte antipaludique dans la région africaine de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Par la suite, un plan d'action a été élaboré pour la mise en œuvre d'interventions prioritaires dans des districts sélectionnés (prise en charge des cas, promotion de la moustiquaire imprégnée d'insecticide, mobilisation sociale / IEC, surveillance, suivi et évaluation). Toujours dans cette même veine, l'année 1999 en Côte d'Ivoire est marquée par son engagement dans l'initiative mondiale « Faire reculer le paludisme », et dans cette même appréhension de la lutte, elle adhère à la déclaration et au plan d'Abuja sur la lutte contre le paludisme adopté par les chefs d'Etats africains le 25 Avril 2000. Au sortir de ces engagements, le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) en 2005 a adopté une nouvelle politique nationale de lutte contre le paludisme qui s'est traduite par l'introduction des Combinaisons Thérapeutiques à base de dérivés d'Artémisine (CTA) pour le traitement des cas de paludisme simple et du Traitement Préventif Intermédiaire (TPI) à la Consultation Périnatale (CP) pour la prévention du paludisme chez les femmes enceintes.

En 2006, dans le cadre des nouveaux objectifs d'Abuja sur l'accès universel adoptés par les chefs d'Etats africains, la Côte d'Ivoire a élaboré un plan stratégique 2006-2016 sur la base duquel, elle a bénéficié successivement des Rounds 6 et 8 du Fonds Mondial pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Au regard de la lutte contre le paludisme, il convient de relever également que le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) travaille avec tous les autres programmes impliqués dans la protection de la santé mère et enfant dans le cadre de la stratégie accélérée de suivi et du développement de l'enfant.

Au regard de tous ces programmes et stratégies de lutte contre le paludisme, il ressort que la question de la santé de la population constitue une grande préoccupation pour les pays du Tiers-Monde comme la Côte d'Ivoire. Parmi les maladies qui affectent ce pays, le paludisme reste une maladie endémique bien en zone urbaine qu'en zone rurale.

En effet, le paludisme est l'une des graves maladies qui fait des centaines voire des milliers de victimes quotidiennement. Au-delà des conditions climatiques favorables à l'émergence de l'épidémie, les conditions de précarité constituent aussi des déterminants clés à cette affection. De ce constat, les populations et surtout celles en zones rurales vivent dans des conditions propices à la reproduction excessive des moustiques, agent vecteur principal de la propagation du paludisme. A contrario, elles ne disposent pas de moyens adéquats pour se protéger. Elles n'ont ni l'éducation, ni les ressources leur permettant d'avoir accès à des soins appropriés. Dans la perspective d'une stratégie de lutte préventive, la médecine moderne préconise l'utilisation de la Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA) dans les ménages. Cette politique vise une protection individuelle efficace contre les moustiques et par conséquent contre le paludisme.

En vue d'une pérennisation de cette politique de lutte préventive, et afin que les différentes cibles et acteurs sociaux s'en approprient cette lutte, l'Etat procède à la mise en place éventuel d'une politique de sensibilisation nationale. Cette sensibilisation est relative à l'Information, l'Education et à la Communication (IEC). Afin de la renforcer, l'Etat procède également à des campagnes de distributions et sensibilisation sur l'utilisation adéquate de la moustiquaire imprégnée.

Cependant, la lutte contre le paludisme fait face à l'heure actuelle au défi de l'émergence et de l'expansion de la résistance aux principaux outils disponibles curatifs (médicaments) ou préventifs (lutte anti-vectorielle). Aussi, la lutte contre l'élimination des sites susceptibles à la prolifération des moustiques, reste une question liée au comportement individuel et collectif des populations destinataires aux programmes de sensibilisation dans le milieu rural de Napié en général et en particulier dans le village de Logaha. De ce fait la problématique d'appropriation des messages de sensibilisations est au cœur de cette présente étude.

Dès lors, comment la communauté villageoise, notamment les ménages s'en approprie cette lutte ? il serait opportun d'aborder le problème en orientant notre réflexion sur la sensibilisation et responsabilité des acteurs ruraux dans le processus de lutte contre le paludisme en milieu rural.

Ce choix a pour but d'analyser la question de l'appropriation des messages de sensibilisation par les ménages en milieu rural, toutefois en tenant compte de leur niveau de connaissance sur le paludisme. La réalisation de cette étude revêt d'un caractère éminemment important pour la communauté rurale globale.

En effet, l'étude nous permettra d'identifier leurs connaissances, attitudes et pratiques en matière des activités de lutte contre le paludisme. Dans l'optique de bien mener cette étude nous avons axé notre travail autour de trois grandes parties.

D'abord, cette première partie consacrée au cadre théorique et méthodologique permet de construire notre problème d'une part et d'autre part en fonction de la nature de notre problème, de choisir les techniques de collectes des données et la méthode d'analyse qui convient.

Ensuite, La deuxième partie s'intéresse à la présentation du cadre de l'étude. Nous présentons la sous-préfecture de Napié qui est notre champ géographique et nous y décrivons le village de Logaha dans toutes ses caractéristiques.

Enfin, la troisième partie est relative au cadre de présentation de nos résultats. C'est le lieu où nous analysons, à travers quatre séquences nos objectifs de l'étude. D'abord, nous y présenterons les caractéristiques sociodémographiques des ménages. Ensuite, les attitudes des ménages en matière de lutte contre le paludisme. Dans la troisième séquence, nous mettons en exergue l'état des comportements des ménages dans la lutte contre le paludisme. Et comme quatrième séquence décrire les pratiques dans les ménages en matière de lutte contre le paludisme.

PREMIERE PARTIE :

**CADRE THEORIQUE ET
METHODOLOGIQUE**

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

Le cadre théorique nous permet de mettre sur pied la démarche à suivre dans notre étude. Il est aussi le processus par lequel, se caractérisent l'observation et la vérification des données scientifiques à partir du monde empirique. Ici, le cadre d'étude se structure d'abord, autour de la justification du choix du sujet, de la problématique, de l'hypothèse et du modèle d'analyse. Ensuite, les objectifs de la recherche, la revue de la littérature, l'approche conceptuelle. Et enfin le champ de référence théorique.

I. Justification du choix du sujet

L'analyse selon Macé (1991) : « le succès ou l'échec d'un travail de recherche dépend en bonne partie du choix du sujet de l'étude ». Dans le cadre de notre mémoire de Master, option société, santé et vieillissement, nous avons choisi de travailler sur le sujet suivant « Sensibilisation et responsabilité des acteurs ruraux dans le processus de lutte contre le paludisme en milieu rural Ivoirien : cas des ménages du village de Logaha dans la Sous-préfecture de Napié ». La justification du choix du sujet se fera en trois volets, qui comportent nos motivations personnelles, ainsi que les intérêts sociaux et scientifiques.

1. Motivations personnelles

Notre engouement pour la réalisation de ce travail de recherche se justifie de prime abord, par le fait qu'il constitue un exercice pratique qui nous permet de jauger et d'approfondir notre culture sociologique.

Ensuite, en notre qualité d'étudiant en sociologie option société, santé et vieillissement, nous nous sommes intéressés à ce sujet parce que associée à une étude dans le nord, nous a permis de relever que le milieu rural est une zone vulnérable à l'endémie palustre du fait de la pauvreté et des conditions de précarités. De ce fait le rôle de ces acteurs ruraux dans le processus de lutte contre le paludisme attire notre attention.

Enfin, notre appartenance au groupe ethnoculturel Gôr, constitue un facteur déterminant dans le choix de ce sujet. En effet, cette appartenance nous est apparue comme un élément susceptible de faciliter l'accès à cette communauté qui représente l'un des acteurs clés de notre étude. Ainsi, loin d'être un facteur de subjectivité pouvant entacher la scientificité de ce travail, notre proximité avec la communauté constitue un atout pour la compréhension du phénomène à l'étude.

2. Motivations sociales

Ce travail de recherche est utile non seulement pour la compréhension de la problématique d'appropriation des messages de lutte contre le paludisme dans la localité de Logaha, mais aussi pour d'autres localités du pays.

Comme conséquences, la présente étude pourrait mettre en exergue le niveau de connaissance et l'adoption de comportement nouveau dans la lutte contre le paludisme. De plus impacté la vie quotidienne des populations dans la mesure où elle vise à réduire le taux de morbidité et de mortalité dans la population en générale, mais en particulier chez les sujets vulnérables que sont les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

Au terme de cette recherche, les analyses serviront aux prestataires de soin, qui pourront s'en inspirer pour résoudre la problématique d'appropriation des messages de lutte contre le paludisme.

3. Intérêt scientifique

Le lourd fardeau persistant du paludisme affecte considérablement les communautés. En termes économiques, il retarde le développement national. Sur le plan personnel, les effets sur les familles et les communautés sont dévastateurs. Un important progrès dans la réduction du paludisme ne peut être réalisé, sans considération pour le rôle que doit y jouer le plus concerné par la maladie, à savoir la communauté.

Selon Muhe (2002), « la participation éclairée de la communauté aux interventions pour faire reculer le paludisme est une clé au succès des programmes et la communauté doit y être guidé par le système de santé ».

L'intérêt de cette étude est de contribuer à l'amélioration des stratégies de lutte contre le paludisme par l'adoption de comportement nouveau.

II. Problématique

Le réchauffement du climat accentué par les activités anthropiques, a des effets néfastes sur l'homme notamment sur sa santé. Dans son rapport sur la santé dans le monde en 2002, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), montre que le changement climatique était en 2000 responsable de 2,4% des cas de diarrhée dans le monde et de 6% des cas de paludisme dans certains pays à revenu intermédiaire. Aussi, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), précise que la répartition spatiotemporelle des maladies à transmission vectorielle devrait s'étendre en raison des températures plus favorable qui entraîneraient des modifications de la dynamique des maladies à transmissibles (OMS, 2010).

Ces différentes modifications amplifient les risques d'exposition aux maladies à transmission vectorielle telles que la bilharziose et le paludisme (Kumaresan J. et Sathiakumar N. ; 2010) qui sont des affections "eau-dépendantes" représentant les deux premières endémies parasitaires mondiales (OMS, 1999 ; Hotez et Kamath, 2009).

Ces affections parasitaires sévissent dans divers environnements éco-géographiques y compris les zones arides et semi-arides des franges Nord et Sud de la bande du sahel, et affectent majoritairement les personnes en Afrique au Sud du Sahara.

En ce qui concerne notre étude sur le paludisme, il convient de dire que c'est une maladie parasitaire nécessitant un vecteur (Gentilini, 1993). Le parasite est un protozoaire de type plasmodium et le vecteur est l'anophèle. La transmission de la maladie se fait par une pique de l'anophèle (principalement entre le coucher et le lever du soleil) dont la reproduction nécessite du sang, de l'eau et de la chaleur.

Endémique dans 104 pays, le paludisme est l'un des principaux problèmes mondiaux de santé publique qui pèse sur les économies (sachs et malaney, 2002) et

la population à risque est estimées à 3,4 milliards (OMS,2014). En 2012, le paludisme a été à l'origine de 62700 décès avec 90% enregistrés en Afrique (OMS, 2013), pour la plupart parmi les enfants.

Le paludisme reste la première cause de morbidité avec une incidence de 104,54 pour 1000 dans la population générale et 389 pour 1000 chez les enfants âgés de moins de cinq ans¹. Dans les pays africains l'endémie du paludisme représente 25 à 35% des consultations, 20 à 45% des admissions à l'hôpital et 15 à 35% des décès hospitalières (OMS, 2013). Alors que le paludisme est une maladie que l'on peut parfaitement prévenir et traiter, sa transmission continue de progresser à travers le monde et constitue un fardeau très lourd, notamment pour les pays d'Afrique Subsaharienne.

Le rapport 2011 de l'Organisation Mondiale de la Santé sur le paludisme classe la Côte d'Ivoire parmi les 10 États les plus touchés au monde par cette endémie (Kpaï et *al.*, 2016). Les conditions climatiques et hydrographiques prévalant sur toute l'étendue du territoire national, sont favorables au développement de l'endémie palustre. L'eau est un facteur capital de prolifération du paludisme et le changement climatique de ces dernières années a créé un environnement favorable au développement de cette maladie, notamment en Afrique de l'Ouest.

En effet, depuis les années 1970, l'Afrique de l'ouest est sujette d'augmentation de température, de baisse de la pluviométrie moyenne, avec un décalage des saisons pluvieuses et des pluies intenses (Kouakou et al.2007, Tall et al.2012) contribuant ainsi au maintien de maladies vectorielles. Dans la ville de Korhogo dans la région Nord de la Côte d'Ivoire, l'analyse des données pluviométriques a montré ces dernières années que les perturbations climatiques de la zone dues à de fortes pluies ont entraînés au cours de la période 2006-2007, le remplissage et l'engorgement des baffons. Ces perturbations depuis ont occasionné la résurgence dans cette ville et ses villages environnant de maladie vectorielle liées

à l'eau telle que le paludisme (Boko et al, 2010). Toutefois l'absence, d'hygiène et d'un programme rigoureux d'assainissement des villes et des campagnes permet aussi la multiplication des moustiques. Cette maladie constitue elle seule 50% des causes de consultations dans les structures sanitaire de Korhogo (Tanoh et al, 2012).

Les catégories constituées des enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes sont particulièrement les plus vulnérables à cette affection. Les cas de décès dans les couches sociales sont dans la plupart des cas la résultante de ses complications et touchent principalement ces couches de la société. En ce qui concerne la population en générale, le paludisme contribue à l'affaiblissement de l'organisme et par conséquent réduit la force de travail des personnes actives.

Malgré l'avènement des programmes nationaux de lutte, les motifs de consultations dans les formations sanitaires s'élèvent à 43%, et 50% de perte de revenu agricole en milieu rural (OMS-Côte d'Ivoire, 2013). De ce fait, ce présent travail portant sur la lutte contre le paludisme résulte d'une étude qui s'est déroulée du 29 août au 22 octobre 2016, dans le district sanitaire de Korhogo, plus précisément dans les localités rurales appartenant au département de Korhogo. De ce fait, notre choix s'est porté sur le Sous-Préfecture de Napié plus précisément dans le village de Logaha. Il en ressort comme constats que la lutte contre l'élimination des sites susceptibles à la prolifération des moustiques reste une question liée aux comportements individuels et collectifs des populations, de plus une situation singulièrement inquiétante où les comportements vis-à-vis de cette maladie (le paludisme) ne révèlent que très peu une prise de conscience effective de ses dimensions. Autrement dit, aucune stratégie de lutte interne dans les ménages n'est mise en place.

Pour atteindre les objectifs de contrôle du paludisme, le système sanitaire fait recours à un réseau des services de santé de premier échelon et à un hôpital général

de référence (HGR). Cependant, la mise en œuvre des stratégies pour le contrôle du paludisme dans un contexte de soins de santé primaire ne pourrait produire de bons résultats si la communauté n'est pas associée aux activités qui la concernent directement. Parlant de la communauté, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dit : « les soins de santé primaires mettent les familles et les collectivités au centre du système de santé. En mettant l'accent sur l'appropriation à l'échelon local, ils font honneur à la capacité d'adaptation et à l'ingéniosité de l'esprit humain et ouvrent la porte aux solutions que les collectivités créent, s'approprient et entretiennent. » (OMS, 2008). Si des études foisonnent en matière de lutte antipaludique, peu font état des connaissances, attitudes et pratiques dans les ménages en cette matière, et globalement, la connaissance serait évaluée seulement à 50%, les bonnes attitudes à 77,6% et les bonnes pratiques à 23% selon une étude menée en 2000 au Bénin, par Kiniffo et Coll.

Dès lors, l'examen des activités antipaludiques menées jusqu'ici montre que peu de place et d'attention ont été accordées au rôle actif que la communauté en générale et plus particulièrement les ménages pourraient jouer dans la prévention et le traitement des cas du paludisme. Au regard de ce qui précède, qu'en est-il des ménages de Logaha ciblés par ces programmes de lutte contre le paludisme ? Une interrogation que nous nous posons dans le cas des ménages ruraux. Dès lors, les ménages de Logaha jouent-ils un quelconque rôle dans la lutte contre le paludisme ?

Leurs connaissances sont-elles suffisantes pour leur permettre d'adopter des attitudes et pratiques favorables à la lutte contre le paludisme ?

Afin de répondre à ces interrogations centrales de notre recherche, nous nous appliquerons à cerner un ensemble de questionnements spécifiques à savoir :

-Quels sont les caractéristiques sociodémographiques des ménages ?

-Quels sont les attitudes adoptées par les ménages en matière de lutte contre le paludisme ?

-Quel est le comportement individuel et collectif des ménages dans la lutte contre le paludisme ?

-Quelles sont les pratiques auxquels font recours les ménages en cas de lutte contre le paludisme ?

Après les considérations qui précèdent, il convient de passer à l'élaboration des hypothèses et à la construction du modèle d'analyse.

III. Objectifs de recherche

Les objectifs sont des déclarations affirmatives qui expliquent ce que le chercheur vise, cherche à atteindre. Selon Tremblay et Perrier (2006), les objectifs d'une recherche scientifique se divisent en deux parties : l'objectif général qui exprime l'intention générale du chercheur ou le but de la recherche et les objectifs spécifiques qui précisent les opérations ou acte que le chercheur devra poser pour atteindre les résultats escomptés.

1. Objectif général

Cette étude vise à analyser le comportement des acteurs ruraux par rapport aux connaissances, attitudes et pratiques dans le processus de lutte contre le paludisme à Logaha.

2. Objectifs spécifiques

De manière spécifique, il s'agira de :

2-1) Identifier les caractéristiques sociodémographiques des ménages ;

2-2) Décrire les attitudes adoptées par les ménages en matière de lutte contre le paludisme ;

2-3) Déterminer le comportement individuel et collectif des ménages dans la lutte contre le paludisme ;

2-4) Décrire les pratiques auxquelles font recours les ménages en cas de lutte contre le paludisme.

IV. Hypothèse et modèle d'analyse

L'hypothèse peut être envisagée, comme une proposition de réponse anticipée que le chercheur formule à sa question spécifique de recherche. Selon Macé et Petry (2000), « c'est une présomption non gratuite portant sur la relation entre deux termes qui selon les cas peuvent être des concepts ou des phénomènes. Elle procure à la recherche un fil conducteur particulièrement efficace dans la mesure où, elle est formulée, elle remplace la question de recherche dans sa fonction, même si celle-ci doit rester présente à l'esprit ».

1. Hypothèse de recherche

La responsabilité des ménages dans la lutte contre le paludisme dépend des connaissances acquises dans les messages de sensibilisation.

2. Modèle d'analyse

Selon Raymond Quivy et Luc Van Campenhout : « le modèle d'analyse consiste au prolongement naturel de la problématique en articulant sous une forme

opérationnelle les repères et les pistes qui semblent finalement retenues pour présider au travail d'observation et d'analyse » (Raymond et al, 2006).

3. Identification des variables, des dimensions, et des indicateurs

La démarche sociologique suppose le recueil d'informations empiriques dont la nature varie en fonction des questionnements et des terrains choisis par le sociologue : il peut s'agir d'informations relatives à des individus ou des groupes, à des pratiques ou des opinions à des interactions sociales ou des objets matériels. Dans la mesure où ces informations désignent des traits de la réalité qui varient d'un cas à un autre, elles sont communément appelées « Variables ». Une variable permet d'exprimer, et donc de rendre explicite les similitudes ou des différences entre individus ou situations enquêtées. Après une telle définition, notons qu'il existe une variable indépendante dont on essaie de mesurer et de comprendre l'information sur la variable dépendante.

Dans le cadre de notre étude l'hypothèse émise est : la responsabilité des ménages dépend des connaissances acquises des messages de sensibilisation en matière de lutte contre le paludisme. Cette hypothèse présente deux variables, une dite dépendante (responsabilité des ménages) et l'autre indépendante (connaissances acquises des messages de sensibilisation). Ce qui se traduit par le tableau suivant :

Tableau 1 : Opérationnalisation des variables

Variables	Dimensions	Indicateurs
Responsabilité Des ménages	Idéologique	-S'acquitter d'une moustiquaire imprégnée
	Sociale	-fréquence d'assainissement du cadre de vie. -Assistance en cas de paludisme par l'Agent de santé communautaire (ASC) -Capacité à prendre en charge en cas de paludisme
	Économique	-Itinéraire thérapeutique (moderne ou traditionnelle)
Connaissances acquises des messages de sensibilisation	Idéologique	-Représentation du paludisme -Nosologie du paludisme
	Sociale	-Délimitation de la pratique des cultures de case et parcs à proximité des logements -Suivis du protocole de l'utilisation de la moustiquaire et de son entretien
	Symbolique	-fréquence de participation aux messages de sensibilisation -fréquence des centres de santé consultée en cas de paludisme -Suivis des consultations prénatales chez les femmes enceintes.

Source : notre enquête

Notons que la responsabilité des ménages est observable à travers trois dimensions. Il s'agit de la dimension idéologique, sociale et économique.

-La dimension idéologique se résume dans l'indicateur suivant : Posséder une moustiquaire imprégnée d'insecticide.

- La dimension sociale : fréquence d'assainissement de l'environnement, Capacité à prendre en charge en cas de paludisme, assistance par l'agent de santé communautaire (ASC).

-La dimension économique : itinéraire thérapeutique (moderne ou traditionnelle). S'agissant de la variable connaissances acquises des messages de sensibilisation, elle est observable à travers la dimension idéologique, sociale et symbolique.

-La dimension idéologique : représentation du paludisme, et nosologie du paludisme.

-La dimension sociale : Délimitation de la pratique des cultures de case et parcs à proximité des logements, suivis du protocole de l'utilisation de la moustiquaire et de son entretien.

-La dimension symbolique : fréquence de participation au message de sensibilisation, fréquence des centres de santé consulté en cas de paludisme, et suivis des consultations prénatales chez les femmes enceinte.

V. Revue de la littérature

Que la recherche soit entreprise pour apporter un éclairage nouveau sur une question pour construire un corpus explicatif, pour approfondir une analyse, elle fait, dans tous les cas, progresser la connaissance sous un aspect ou dans un domaine inédit. Cependant, avant de découvrir ou d'affirmer qu'il s'agit bien d'inédit, le chercheur doit faire le point sur le sujet qu'il étudie, explorer le champ (intellectuel), où il veut travailler, considérer les constructions théoriques déjà énoncés dans le domaine car aucune recherche, aussi originale soit-elle, n'est isolée

par rapport à un signifiant. Elle se rattache toujours à un contexte de sens; à un ensemble idéal (théories, lois, concepts, données scientifiques) que le chercheur découvre par une recherche documentaire très vaste puis par une analyse (Formarier et Poirier-Coutansais, 1986).

1. Les caractéristiques sociodémographiques et statut des enquêté(e)s

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques des enquêtés revêt d'un caractère important, du fait de l'utilisation de ces informations dans l'explication des niveaux et tendances de la fécondité, la mortalité infanto-juvénile, la contraception, la nutrition et la santé familiale pour ne citer que celles-ci. Les informations recueillies portant sur les caractéristiques essentielles des enquêtés telles que l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'étude, la profession, l'éducation, le niveau d'instruction nous oriente sur leur prise de décision, leur choix thérapeutique en cas de maladie.

Dans leur étude sur l'utilisation des services de santé au Burkina Faso, (Sauerborn et al, 1994) montrent que l'âge fait partie des facteurs déterminants de la demande de soins. Ainsi, plus les individus sont âgés, plus ils contractent des maladies dont le traitement nécessite des interventions spécialisées de la médecine moderne. L'impact positif et significatif de l'âge sur la demande de soins apparaît également dans les travaux (d'Awomo et Tsafack, 2012) au Cameroun et de Qian et al en Chine.

Cependant, (Audibert M. et Mathonnat J., 1999) ont aussi estimé un effet non significatif de l'âge sur le recours à l'automédication chez les Senoufos de Côte d'Ivoire. Par contre la probabilité de recourir à l'automédication pour soigner un enfant est plus forte que pour un adulte en milieu rural ivoirien (Dor et al, 1988).

En ce qui concerne le sexe, plusieurs études s'accordent sur le fait qu'en moyenne les hommes de préférence accèdent plus aux soins de santé que les femmes (Nayaran, 1997). Par contre, au Bangladesh, en Inde et en Côte d'Ivoire, les femmes ont plus de chance d'accéder aux structures de soins et bénéficient plus des dépenses privées ou publiques de santé (Begun et Sen, 2000). Chez les Senoufos de Côte d'Ivoire, les femmes ont plus recours à l'automédication traditionnelle que les hommes (Audibert, M. et al., 1999). La notion de distance justifie souvent le choix des femmes à accoucher à domicile plutôt que dans un centre de santé. Cette observation est faite en Ouganda (Amooti-Kagua et Nuwama, 2000).

En abordant l'aspect éducation, il faut noter qu'il est généralement admis qu'une bonne éducation de base, suivie d'une culture personnelle dans le domaine de la santé, peut augmenter le recours aux soins de santé. L'éducation est, dans la littérature, l'un des facteurs les plus corrélés à la bonne santé. Au Pakistan, par exemple, l'éducation de la mère est le facteur le plus important dans la détermination de la survie des enfants (Agha, 2000).

L'éducation peut influencer directement la nature de la demande de soins de plusieurs manières ; elle peut exercer un effet non déterminable a priori (favorable ou défavorable) sur le recours à l'automédication : en favorisant l'accès à la connaissance, elle peut amener les personnes d'un niveau scolaire élevé à utiliser elles-mêmes les médicaments sans prescription ; en agissant sur la productivité et le revenu, elle peut exercer un effet négatif sur l'automédication dans un contexte où les contraintes financières jouent en défaveur de l'automédication.

Il est indéniable que le niveau d'instruction est l'un des facteurs favorisant l'utilisation des services de santé et l'état de santé des populations. Selon (Grossman, 1992), une augmentation du niveau d'éducation est supposée accroître proportionnellement les produits marginaux des soins médicaux et du temps

disponible du consommateur. Les individus les plus éduqués sont aussi les producteurs de santé les plus efficaces (Tantihardouin, 1994). Ainsi, ce sont ceux dont le niveau d'instruction est le plus élevé qui utilisent le plus les services de santé.

Le niveau d'instruction des individus est aussi un facteur discriminant quant au choix du type de soins ; il joue sur la probabilité de recourir au secteur de soins privé de santé au Nigeria et au Ghana (Akin, J.S., et al., 1995), mais son effet sur le choix thérapeutique chez les Senoufo de Côte d'Ivoire est non significatif (Audibert, M. et al., 1999) de même qu'au Bénin (Bolduc, D. et al., 1996). En définitive la lecture de ces auteurs nous a permis de comprendre que les caractéristiques sociodémographiques tels que, l'âge, le niveau d'instruction et le statut de l'enquêté influence sa prise de décision et son choix thérapeutique. En d'autr terme, les messages de sensibilisation doivent tenir compte de ces caractéristiques pour élaborer leur stratégie de sensibilisation.

2. Les attitudes des ménages dans la lutte contre le paludisme

Emile Durkheim a introduit en 1898 l'idée de représentation collective et a fixé à la psychologie sociale la tâche d'étudier les représentations sociales. Pour lui les premiers systèmes de représentation que l'homme s'est fait du monde et de lui-même sont d'origine religieuse. Cette assertion est tirée de son ouvrage « les formes élémentaires de la vie religieuse. Notons également qu'il distingue les représentations collectives des représentations individuelles car « la société est une réalité sui generis, c'est-à-dire qu'elle a ses propres caractéristiques qu'on ne retrouve pas sous la même forme, dans le reste de l'univers. Une telle définition met en exergue que la représentation d'une maladie diffère d'un individu à un autre. D'un groupe social à un autre. L'étude faite par la psychologue Jodelet

Denise (1984), sur la représentation du corps humain et de la maladie mentale, pour elle la représentation sociale est une forme de pensée sociale. Cette analyse nous permet d'identifier un ensemble de pratique sociale orientée vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social. En plus de l'analyse psychologique, nous pouvons aborder celle faite par l'anthropologie sociale.

En effet, pour Raimon Massé (1995), la santé et la maladie sont liés à la culture. Ainsi, il existe dans chaque société, un savoir fonder sur la tradition. Les comportements des individus en société ne sont donc pas conditionnés par les systèmes de santé officiels et de savoir médical. Cela nous permet de comprendre qu'il existe un savoir populaire de la maladie. Ce savoir peut être lié aux différentes manières de vie, de ressentir la maladie. Ce savoir part donc du principe d'expérience vécu. En somme, l'analyse sociologique stipule que la maladie est un fait social et que sa représentation sociale part d'une construction sociale. Il existe donc des déterminants sociaux qui favorisent cette construction sociale. Ces déterminants sont d'ordre social, environnemental, et économique.

3. Les comportements individuels et collectifs des ménages dans la lutte contre le paludisme

Les comportements individuels et collectifs en vigueur dans le quotidien de la population enquêtée sont liés aux caractéristiques socio-démographiques de cette population. Avec l'âge qui oscille entre 20 – 60 ans l'utilisation effective et correcte de la moustiquaire par la population enquêtée se présente comme une difficulté. Cette difficulté est le plus ressentie dans le cas des ménages disposant de natte ou même de paille comme unité de couchage dans la lutte contre le paludisme. Ces literies posent un problème de déplacement lorsque dans la nuit, le

membre du ménage sexagénaire ressent le désir de satisfaire un besoin biologique. A cela, s'ajoute la gêne, soit par étouffement, soit par démangeaisons, procurée par la moustiquaire sur cette catégorie d'individus. Le niveau d'instruction (d'analphabètes) influence également le comportement de la population de la zone d'étude dans la lutte contre le paludisme.

Par ailleurs, la population rencontre un problème face au moustique et à son moyen de lutte à savoir la moustiquaire. Ce problème se manifeste par la difficulté que les enquêtés ont à détecter le moustique en tant qu'agent pathogène qui transmet le paludisme. Dès lors, il y va de soi que le moyen efficace pour lutter contre le moustique à savoir la moustiquaire ne sera pas utilisé correctement. Entre autres raisons évoquées pour justifier cette mauvaise utilisation, l'étouffement, les démangeaisons, les éruptions cutanées et la chaleur. Du fait de son insuffisance dans des ménages disposant de plusieurs unités de couchages, l'accentuation de la couverture des ménages en moustiquaires reste incontournable dans la lutte contre le paludisme. Même si des progrès ont été constatés dans ce sens, la proportion de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) dans le Nord du pays est de 73,1% (MICS, 2016). Quant au pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire pour chaque deux personnes qui ont dormi dans le ménage la nuit dernière, la même source révèle qu'il est de 38,8%. Cette étude sociologique réalisée en 2016 révèle que 68,4% des ménages enquêtés disposent de moustiquaires.

Face au moustique, vecteur du paludisme, chacun développe une perception qui lui est propre. Cela se remarque à travers les individus qui bien que disposant de moustiquaire, à cause de la chaleur et cherchant "l'air", dorment d'abord dans la cour avant d'utiliser à une heure tardive la moustiquaire. Une telle attitude favorise la propagation du paludisme, car, les moustiques ont la latitude de piquer à leur guise cette personne. Le paludisme en plus d'être un problème de santé publique

apparaît aussi comme un problème de cognition collective et individuelle. Tous les problèmes liés à sa survenue, à son traitement et à sa prévention découlent des connaissances de la population sur le mécanisme et le mode de transmission du paludisme. Connaissances jusque-là marquées dans l'esprit de certains individus par des considérations selon lesquelles le paludisme serait causé par le soleil, la consommation excessive de sucre, les fruits (mangues, karité...) et d'huile. Selon un enquêté : « *le soleil donne le paludisme. Le paludisme est la maladie du soleil* ». Un autre pousse un peu plus loin la réflexion, pour lui : « *le fait de trop consommer les aliments sucrés peut occasionner le paludisme* ». A sa suite, un autre renchérit en ces termes : « *l'huile donne aussi le paludisme. Je pense que nous devons aussi nous méfier de sa consommation* ». Cette méconnaissance des causes du paludisme peut s'expliquer par le fait que ces individus se réfèrent à la tradi-thérapie, parce que faisant confiance à cette médecine. A côté de cette catégorie de personne, se trouvent des individus qui parviennent à lier le paludisme au moustique. C'est ce que dit cet enquêté : « *ce sont les moustiques qui nous donnent le paludisme. Lorsque les moustiques te piquent, les boutons apparaissent sur ton corps et ça provoque des démangeaisons. Tu vas te gratter le corps. A ce moment, le corps va te faire mal et la gorge va devenir amère, puis tu auras toujours des envies de vomir* ».

La négligence de l'entretien du milieu de vie, qui se traduit par la formation de flaques d'eaux, la pratique des cultures de cases, la proximité des enclos d'animaux, l'habitat plus ou moins sombre, sont autant de facteurs qui favorisent la formation de gîtes pour les moustiques et les larves. Cette situation peut s'expliquer par l'ignorance de la population enquêtée du lien entre ses différents éléments et la reproduction des moustiques et la faible sensibilisation à la pratique de l'hygiène.

Aussi, convient-il de relever le détournement de la moustiquaire à d'autres fins. L'utilisation de la moustiquaire comme clôture des parcelles de marécages, des jardins, ou comme emballages lors des récoltes de riz, de coton, ou encore le séchage des récoltes est une réalité dans la zone d'étude. Cette attitude est due à deux faits à savoir la perforation de la moustiquaire ou sa défectuosité.

Au regard de ce qui précède, on se rend compte que la moustiquaire semble servir une cause économique à laquelle le programme de lutte n'avait pas pensé, ce qui pose en partie le problème de la pauvreté de certaines couches de la population. C'est ce qui les conduirait à utiliser les moustiquaires à d'autres fins.

- Démonstration antérieure des caractéristiques individuelles (âge, sexe, niveau d'instruction, profession) pouvant influencer le comportement des personnes.
- Problème face au moustique et à son moyen de lutte proposé à savoir la moustiquaire.
- Paludisme, problème de santé publique, mais aussi problème de cognition individuelle et collective.

4. Les différentes pratiques auxquelles font recourent les ménages en cas de paludisme

L'étude des comportements de recours aux soins s'articule autour de la notion de maladie et de soins. Elle consiste à présenter les caractéristiques et les pratiques thérapeutiques dans un contexte rural. En effet, l'offre thérapeutique est à la fois phénomène médical, social, économique et la notion de maladie couvre de multiples dimensions. Ainsi, l'offre thérapeutique met en exergue deux types de traitement. Le traitement moderne et le traitement traditionnel. En milieu rural le traitement traditionnel est celui le plus sollicité pour les soins primaires. Une telle

orientation de la population vers cette pratique médicale est justifiée à travers le facteur économique. Tel que le manque de moyen financier pour le traitement d'une maladie. Mais aussi, elle se justifie aussi par les questions d'accessibilité géographique des centres de santé. De ce point de vue, les pratiques thérapeutiques traditionnelles s'inscrivent dans un environnement culturel spécifique et se fondent sur une connaissance directe du contexte social. Dans un contexte rural, la prise en charge du traitement du paludisme est plus basée sur les soins à domicile. Une telle étude de comportement peut être analysée à travers plusieurs approches sociologiques.

D'abord, nous avons l'approche déterministe. En effet, les principes fondateurs de la réflexion sociologique pose l'idée d'une détermination sociale des comportements. Ainsi, pour Émile Durkheim (1904), l'action sociale consiste « en des manières d'agir, de penser et de sentir, extérieurs à l'individu, et qui sont douées d'un pouvoir de coercition en vertu duquel ils s'imposent à lui ». Une telle analyse met en exergue que les valeurs, les coutumes et les normes sociales apparaissent comme des moteurs de l'action thérapeutique. Elles servent de guide orientant les pratiques sociales. Il faut aussi relever que plusieurs auteurs ont spécifiquement étudié les déterminants des pratiques thérapeutiques dans les pays en voies de développement. Dans les années 1970, Andersen propose un modèle organisant et hiérarchisant les facteurs explicatifs des déterminants des pratiques thérapeutiques traditionnelles quatre catégories : les facteurs prédisposant (attitudes et connaissances de santé), les facteurs facilitants (revenus, niveau socioéconomique, taille de la famille, instruction, l'état de santé et l'utilisation des services de santé (disponibilité et accessibilité), (Andersen et al, 1972). Ensuite, nous avons l'approche centrée sur l'acteur.

Dans une approche différente mais complémentaire, d'autres recherches se sont centrées sur les déterminants de l'action, en réfléchissant principalement autour du

choix de l'individu. Ainsi, les comportements de recours aux soins sont produits par un acteur rationnel, agissant d'abord en fonction de la perception du rapport entre les avantages et les coûts perçus. L'action thérapeutique est aussi sociale dans la mesure où, du fait de signification subjective que l'individu ou les individus qui agissent s'y attachent, elle tient compte du comportement des autres et en est affectés dans son cours (weber, 1964). En somme le comportement aux recours de soins tient compte du sens subjectif que l'individu se fait de la réalité sociale. Son action est également orientée selon le contexte dans lequel il se trouve. Donc le contexte socioculturel, économique ont un impact sur le choix des individus dans la lutte contre le paludisme.

VI. Définitions des concepts clés de l'étude

Le concept est une abstraction de la réalité et sa définition permet de rendre intelligible ce que l'on veut expliquer. Définir les concepts, c'est ainsi prendre leur sens dans les rapports qu'ils entretiennent avec le terme. Pour Émile DURKHEIM, «la première démarche du sociologue doit donc être de définir les choses dont il traite, afin que l'on sache et qu'il sache bien de quoi il est question » (Durkheim, 1983). Dans le cadre de notre étude, il convient d'étudier les concepts suivants.

1. La sensibilisation

Étymologiquement le concept sensibilisation vient du mot latin « sensibilis », (sensible), qui signifie action d'appliquer au concret. Selon le dictionnaire hachette (2003), ce terme désigne l'action de rendre sensible une chose à quelqu'un, la lui faire percevoir, comprendre. C'est donc, rendre les personnes attentives à un

phénomène donné. C'est également faire évoluer les représentations pour modifier durablement des attitudes, des pratiques sociales. La sensibilisation est également un terme très large en action communautaire pour désigner une étape d'un processus d'intervention au cours de laquelle un ou plusieurs moyens sont mis à contribution afin de favoriser la réflexion et susciter une prise de conscience par rapport au problème social ou besoin commun. C'est aussi de promouvoir des solutions alternatives ou idées nouvelles afin de transformer une situation jugées problématiques ou de répondre à un besoin. En somme la sensibilisation a pour objectif, d'introduire des changements ; c'est-à-dire modifier des comportements, habitudes de vie, pratiques sociales. Dans le cadre de notre étude, la sensibilisation se définit comme l'ensemble des mécanismes mis en place pour informer, orienter, changer les pratiques sociales et comportement des populations dans le cadre du paludisme. Sensibiliser c'est donc l'ensemble des mesures préventives et curatif afin de limiter les dégradations de la santé des Hommes.

2. Lutte

La lutte se définit comme une action contre une force, un phénomène, un évènement, nuisible ou hostile. La notion de lutte renvoie à l'éradication d'un mal, un phénomène. Selon, le dictionnaire hachette (2003), ce terme désigne l'action de supprimer une maladie ou un mal. La lutte implique la participation active de différents acteurs. Elle oriente donc des conduites, des comportements. Dans le cadre de notre étude, la lutte renvoie à l'ensemble des mécanismes pouvant réduire un mal. La lutte implique donc des moyens, des programmes de sensibilisation, mais aussi une implication des acteurs sociaux.

3. La responsabilité sociale

Selon une définition générale, on appelle responsabilité sociale l'impact subjectif d'une décision dans la société. Elle se rapporte généralement aux conséquences potentielles résultant des actions ou de l'inaction des individus, groupes ou entreprises. Une personne, un groupe ou une entreprise peuvent mettre en œuvre des initiatives visant à prévenir ou à corriger des dysfonctionnements, et à mesurer leurs actions en la matière. Le champ de cette responsabilité est celui du développement soutenable, et de l'éthique, incluant donc des aspects sociaux, environnementaux, culturels, mais aussi économiques. Selon (Michel Ogrizek, 2012), l'émergence de cette notion est liée à celle de la notion de risque dans un contexte de mondialisation et de questionnement quant à la surexploitation des ressources naturelles.

Dans un contexte historique et philosophique, la tradition kantienne définit la responsabilité comme une vertu individuelle de conception consciente des principes universels des conduites personnelles de vie, pour Hans Jonas la responsabilité est plutôt une vertu sociale qui serait une sorte d'injonction volontairement acceptée (par altruisme ou égoïsme bien compris) et qui pourrait se traduire sur le modèle de l'impératif Kantien comme : « agit de manière que les effets de tes actions soient compatibles avec la permanence d'une vie humaine authentique sur Terre ». Le dit impératif est connu comme "principe de responsabilité" qui prend une grande importance dans le champ du développement durable et de l'environnement qui prennent en compte les ressources plus ou moins renouvelables liées à l'écologie (ce qui signifie que la responsabilité environnementale est une forme de responsabilité sociale).

Selon une définition sociologique, (Paul Fauconnet, 1920) le concept de responsabilité est lui-même un fait social. Il fait partie du système des

représentations collectives. C'est le résumé abstrait de toutes les manières collectives de penser et de sentir qui s'exprime en détail dans les règles et les jugements de responsabilité. Il faut seulement remarquer que le concept n'est pas nécessairement l'image exacte des institutions positives. Produit de la réflexion, il peut manifester des tendances juridiques et morales qui, dans l'état actuel des choses, ne s'expriment pas dans les institutions en vigueur. D'autre part, il est une interprétation que la conscience collective se donne à elle-même de ses propres tendances, et cette interprétation peut être inadéquate. Le concept de responsabilité est donc une réalité sociale. Dans le cadre de notre étude, la responsabilité sociale renvoie aux actions que mènent les acteurs dans le processus de lutte contre le paludisme.

4. L'acteur rural

Qu'il soit individuel ou collectif, l'acteur désigne en général le support des conduites sociales. Ce terme récurrent du vocabulaire sociologique est toutefois utilisé de façons distinctes selon les conceptions de l'action sociale. Parfois, d'autres dénominations lui sont d'ailleurs préférées.

Quand une conception structurelle ou déterministe prévaut, l'action sociale est envisagée comme la manifestation de structures ou d'interactions. Les sociologues peuvent parler d'acteur (Merton, Parsons, Goffman) ou de sujet (Foucault), au fond, c'est la notion d'agent (Bourdieu) qui s'impose : l'individu agit moins qu'il n'est agi ou bien par les moments et situations ou bien par des logiques extérieures qu'il a intériorisées par la socialisation ou tout effet de domination. Cette incorporation des exigences normatives ou situationnelles dote les individus de dispositions qui régissent les conduites tout en leur donnant l'illusion de se

comporter de façon libre et autonome. À l'extrême, il y a une correspondance étroite entre la subjectivité des conduites et l'objectivité des positions.

Les sociologues qui retiennent plus volontiers la notion d'acteur s'attachent à la part d'autonomie des individus et des groupes. Selon une conception rationnelle ou utilitariste de l'action sociale, l'acteur est envisagé comme étant guidé par la recherche rationnelle de ses intérêts. Les individus choisissent librement parmi des possibles et ont de bonnes raisons d'agir (Boudon). Parfois totale, la rationalité de l'acteur est plus souvent jugée limitée : les systèmes de jeux et d'interdépendance le contraignent à se faire stratège (Crozier). Ainsi, dans le cadre de notre étude nous pourrions définir l'acteur rural, comme l'individu ou la collectivité doté d'une conduite sociale vis-à-vis d'un phénomène social. En somme, c'est la conduite des individus (Hommes et Femmes) en milieu rural de Logaha face au paludisme.

VII. Champ de référence théorique

1. La théorie de l'Habitus

La théorie de l'Habitus développée par Pierre Bourdieu, est l'outil analytique dont nous nous servirons pour appréhender l'attitude, les comportements individuels et collectifs de lutte contre le paludisme par les acteurs ruraux. La théorie de l'Habitus vise le lien entre socialisation et l'action des individus. L'Habitus est constitué en effet, par l'ensemble des dispositions, schèmes d'action ou de perception que l'individu acquiert à travers son expérience sociale. Par socialisation, puis par sa trajectoire sociale, tout individu incorpore lentement un ensemble de manière de penser, sentir et d'agir qui se révèlent durables. Bourdieu pense que ces dispositions sont à l'origine des pratiques futures des individus. Dans le cadre de notre

étude, cette théorie nous permet de mettre en exergue les comportements et pratiques dans le choix thérapeutique du paludisme.

2. La disposition

La définition usuellement retenue pour caractériser le concept non mécaniste de « disposition » est à peu près celle-ci : « avoir une disposition, c'est être enclin à agir de telle ou telle manière dans telles ou telles circonstances » (Emmanuel Bourdieu, 1998). Ainsi le « purisme critique » de Galilée est-il, selon Erwin Panofsky (1992), la propriété fondamentale en fonction de laquelle s'organise tout son comportement, lui conférant sa cohérence et son style propre. Le mot « disposition », souligne Pierre Bourdieu (1972), paraît particulièrement approprié pour exprimer ce que recouvre le concept d'habitus, défini comme système de dispositions. En effet, « il exprime d'abord le résultat d'une action organisatrice présentant alors un sens très voisin de mot tel que structure.

L'existence d'une disposition permet de prévoir que « dans toutes les circonstances concevables d'une espèce déterminée, un ensemble déterminé d'agents se comportera d'une manière déterminée ». Mais les dispositions ne conduisent pas de manière déterminée à une action déterminée : « elles ne se révèlent et ne s'accomplissent que dans des circonstances appropriées et dans la relation avec une situation »

CHAPITRE II : CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

I. Délimitation du champ d'étude

La délimitation du champ d'étude consiste à circonscrire notre étude dans un champ géographique et un champ social.

1. Champ géographique

Le champ géographique nous situe sur les caractéristiques particulières du lieu où se déroule notre étude. Pour la réalisation de notre travail, nous nous sommes rendus dans la région du Poro, au Nord de la Côte d'Ivoire, précisément dans la Sous-préfecture de Napié à 17 kilomètres de Korhogo. Le village retenu dans cette Sous-préfecture est Logaha. Ce choix se justifie par le fait que, qu'il à la distance la plus longue du centre de santé urbain de Napié avec 26 kilomètres. Contrairement aux 6 autres villages dont leur distance varie entre 4 à 16 Kilomètre, de plus le village choisit dispose d'un Agent de Santé Communautaire (ASC) qui assure une assistance en cas de maladie.

2. Champ social

L'étude s'inscrit dans le domaine de la sociologie de la santé. Le champ social a intégré l'ensemble des acteurs sociaux du champ d'étude susceptible de nous fournir des informations sur le phénomène qui nous préoccupe. Situé à 26 Kilomètres de la ville de Napié, la population de logaha se réfère au centre de santé urbain de Napié pour les soins. De ce fait, les acteurs sont les suivants :

- La population (chef de ménage homme et femme)
- L' Agent de santé communautaire
- les prestataires de soins du centre de santé urbain de Napié. Le recours à cette catégorie d'acteurs se justifie pour la simple raison qu'ils sont susceptibles de nous fournir les données relatives à la fréquence d'utilisation des services de santé. Et de même, mettre en exergue leur implication en ce qui concerne la lutte contre le paludisme.

II. Les techniques de collecte de données

Cette étape est consacrée à la recherche documentaire, l'observation et l'entretien.

1. La collecte d'information par la recherche documentaire

Notre attention a été orientée sur des documents écrits, en tant que recherche préliminaire elle nous a permis d'abord de voir si notre sujet de recherche n'a pas été abordé par d'autres études antérieures. Et par la suite, nous a permis d'aller sur le terrain de recherche avec des connaissances relatives à notre sujet. Pour ce fait, nous avons fréquenté la bibliothèque de l'Institut Français. Nous avons eu recours à des ouvrages de méthodologie et à des documents et œuvres spécialisés, c'est-à-dire des mémoires, des revues. Les ouvrages qui traitent de la méthodologie nous ont servi à présenter les diverses composantes telles que le cadre théorique et le cadre méthodologique, a organisé notre travail, c'est-à-dire à savoir procéder à une recherche. Quant aux documents spécialisés, ils nous ont permis de faire un choix de lecture à travers des commentaires publiés. Mais aussi, à positionner notre travail par rapport aux travaux antérieurs qui portent sur des sujets semblables.

2. L'observation

C'est une technique qui nous permet, de nous familiariser avec notre zone d'étude. De manière opérationnelle, elle consiste à regarder sur une période de temps donnée des comportements ou des événements et à les enregistrés. Dans le cadre de notre étude nous avons opté pour l'observation directe. Ainsi, elle nous a permis d'observé le comportement et certaines pratique sociale de lutte contre le paludisme.

3. L'entretien

L'entretien est selon Pinto et Grawitz (1981), un procédé d'investigation utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations en relation avec des objectifs fixés.

La réalisation de cette étude a nécessité l'utilisation de deux types d'entretien. D'abord, les entretiens exploratoires ont été pour nous très utiles dans la construction de la problématique. Les entretiens exploratoires nous ont également permis de prendre contact avec le terrain et de déterminer convenablement l'orientation de l'étude.

Ensuite, viennent les entretiens proprement dits. C'est donc à l'aide d'un guide d'entretien que nous avons collecté nos données. Ce guide se présente sur des thématiques bien définis, tels que la connaissance sur le paludisme, la méthode de lutte, la connaissance sur la moustiquaire, la formation sur la prise en charge et le traitement du paludisme et la sensibilisation locale sur la moustiquaire. Dans le cadre de notre étude, le guide d'entretien est composé de question sémi-directif, qui a pour but de laisser les interviewés de s'exprimer librement. Toutefois, en veillant

à ce que les réponses ne s'éloignent pas des objectifs de la recherche. Dans la pratique, deux guides d'entretien ont été élaborés selon les acteurs suivant :

-Le premier est administré aux ménages en vue d'évaluer leurs connaissances et leurs pratiques sociales dans la lutte contre le paludisme (les femmes et les hommes).

-Le deuxième est administré aux prestataires de soins (ASC, infirmiers, sage femmes, médecins). Afin de cerner leur niveau d'implication dans le processus de sensibilisation.

III. Les instruments de collecte de données

Cette étape s'articule autour du questionnaire et du guide d'entretien.

1. Le questionnaire

Le questionnaire est un instrument de collecte de données quantitative, qui regroupe une série de questions posées en vue de recueillir des informations. Ces questions sont soumises à l'enquêté et s'inscrivent dans l'hypothèse et les objectifs de l'étude. Le questionnaire est composé de questions fermées et de questions ouvertes. Ainsi, pour mieux comprendre et expliquer notre thème de recherche, nous avons subdivisé le questionnaire autour de trois rubriques.

Rubrique 1 : les caractéristiques sociodémographiques

Il s'agit d'identifier l'enquêté à travers un certain nombre de variables, telles que l'âge ou l'année de naissance, le statut dans le ménage, le sexe, le niveau d'étude, la profession, le statut matrimonial. Ces caractéristiques nous permettrons de mettre

en exerger l'influence qu'elles peuvent avoir sur la fréquentation des centres de santé en cas de maladie et l'option thérapeutique choisie.

Rubrique 2 : Attitude adopté en cas de paludisme

Rubrique 3 : Comportement individuel et collectif de lutte contre le paludisme

Il s'agit de voir les activités individuelles et méthodes communes de lutte contre le paludisme.

Rubrique 4 : Médecine moderne et médecine traditionnel dans le traitement du paludisme.

2. Les guides d'entretiens

Le guide d'entretien est un outil qui permet d'obtenir des informations sur un phénomène donné, à travers des thématiques biens définis. Dans le cadre de notre étude il se présente de la manière suivante :

Guide d'entretien administré aux hommes et aux femmes du village. Avec pour thématique :

- Connaissance sur le paludisme
- Méthode de lutte
- Connaissance sur la moustiquaire

Guide d'entretien administré aux prestataires de soins

Avec pour thématique :

- Formation sur la prise en charge et le traitement du paludisme
- Sensibilisation locale sur la moustiquaire

3. L'échantillonnage

L'échantillonnage est la technique qui consiste à choisir un groupe d'individus appelé échantillon dans la population mère. Ce dernier ne constitue pas la

population totale du milieu d'étude, mais la population sur laquelle doit porter l'étude. C'est dans ce même sens que s'inscrit N'da (2002), « il n'est toujours possible ni nécessaire d'étudier toute la population à défaut de pouvoir étudier dans leur totalité des ensembles sociaux (société globale, organisations concrètes) de pouvoir atteindre la totalité des éléments ou des unités constitutives d'un ensemble considéré, on se contente d'échantillon, c'est-à-dire d'éléments pouvant représenter l'ensemble de la population ». Il faut toutefois noter qu'il existe deux types d'échantillonnages (l'échantillonnage qualitatif et l'échantillonnage quantitatif).

Dans le cadre de notre étude, dans un premier temps s'agissant de l'échantillonnage qualitatif, nous avons eu recours à la technique d'échantillonnage par choix raisonné. L'échantillonnage par choix raisonné se fonde sur un choix raisonné fait par le chercheur. Ce dernier veut orienter sa recherche sur un type de phénomène ou d'individu qui se distingue des autres. C'est donc une technique qui consiste à faire le choix des personnes capables de lui fournir des informations susceptibles sur son phénomène. Il s'agit donc du choix des personnes ressources, des acteurs clés. De ce fait, cette technique nous a permis d'interroger les personnes ressources suivantes :

- les prestataires de soins de centre urbain de Napié (médecin, sage-femme)
- Un agent de santé communautaire
- les chefs de ménages

Ce choix se justifie par rapport à leur statut et rôle dans l'étude du phénomène. Cela a permis de réaliser les entretiens suivants :

- Deux focus group (un avec les femmes et un avec les hommes) avec des effectives respectives de huit (8) et douze (12) personnes
- un entretien avec le médecin chef
- un entretien avec la sage-femme

-un entretien avec l'agent de santé communautaire (ASC). En sommes nous avons trois (3) entretiens et deux (2) focus groupent. Ces entretiens nous ont permis, à l'aide du guide d'entretien de collecté des mentalités, des opinions et autres déterminants explicatif du phénomène à l'étude. En sommes, vingt-trois (23) personnes ont été interrogées.

Dans un second temps, s'agissant de l'échantillonnage quantitatif, nous avons opté pour un échantillonnage non probabiliste en l'occurrence l'échantillonnage par quotas pour la raison suivante :

La méthode des quotas consiste à obtenir une représentativité suffisante en cherchant à reproduire dans l'échantillon des distributions de certaines variables importantes telles que ces distributions existent dans la population à étudier. Pour la réalisation de notre travail, nous nous sommes axés sur des variables qui ont présidé aux choix de nos enquêtés notamment le statut dans le ménage. C'est-à-dire être chef de ménage (femme ou homme). En considération de tous ces facteurs, la taille de l'échantillon quantitatif s'élève à 33 individus.

IV. Les phases de déroulement de l'enquête

Cette étape se subdivise en deux parties qui sont l'exploitation, et l'enquête de terrain

1. L'exploration

C'est la phase de prise de contact et de reconnaissance du champ d'étude. C'est pendant cette phase que nous avons pris contact avec la population.

2. L'enquête de terrain

Elle a consisté à poser une série de question à un ensemble d'enquêter, pris individuellement selon les critères définis dans l'échantillonnage. Cette phase c'est dérouler en fonction de leur disponibilité sur le terrain.

3. Le dépouillement

En sciences sociales, deux types de dépouillement articulent le travail opéré sur les données recueillies : ce sont le dépouillement manuel et le dépouillement informatique. Nous avons eu recours dans le cas de notre étude à ces deux types de dépouillement.

Le dépouillement manuel a été utilisé pour les informations recueillies par entretien semi-directifs et le dépouillement informatique pour les informations recueillies par voies de questionnaire.

Le dépouillement manuel est généralement plus ou moins long, mais à l'avantage de permettre une meilleure appréciation des réponses recueillies et de procéder à leur catégorisation. Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'un enregistreur numérique. Par la suite, nous avons procédé à des retranscriptions intégrales, puis à une catégorisation des idées. D'où l'usage de l'analyse de contenu. De façon pratique, il s'agit pour chaque question posée de dénombrer et de classer les réponses obtenues par groupes de réponses identiques.

Quant aux informations obtenues par voie de questionnaire, nous y avons appliqué un dépouillement informatique au moyen du logiciel de traitement des données : Sphinx.

4. La méthode d'analyse

Dans le cadre de notre étude, notre choix c'est porté sur la méthode compréhensive. Pour Max Weber et les tenants de l'approche compréhensive, l'explication d'un phénomène social se situe essentiellement dans la signification que les individus donnent à leurs actes. Elle est intérieure et doit être recherchée dans la conscience des personnes. Cette étude nous permettra de mettre en évidence les représentations et les pratiques sociales de la population liée à la sensibilisation de la lutte contre le paludisme.

5. Les difficultés de l'enquête

Les difficultés auxquelles nous avons été confrontés lors de cette étude sont les suivantes :

La réticence dans un premier temps, de certains enquêtés à répondre aux questions pour des raisons d'hierarchies dans la famille. Pour obtenir donc nos informations, nous avons rassuré les enquêtés de la confidentialité des informations et présenter tous les documents administratifs qui attestent la présente étude. Ensuite, nous avons été confrontés à un problème de communication sur le terrain, pour y remédier nous avons eu recours à l'ASC du village pour éclairer certaines questions. Et pour finir, l'un des obstacles était lié au type d'étude, en effet pour certaines personnes cette étude était menée par l'Etat, et il ressortait très fréquemment les difficultés que rencontre le village, s'agissant des questions de l'électricité, d'eau pour le village. Pour y remédier nous avons eu recours à la présentation de la carte étudiante à toutes les personnes qui savaient lire et aux autres ne sachant par lire on se référait à l'ASC.

DEUXIEME PARTIE :

**PRESENTATION
DU
CHAMP DE L'ETUDE**

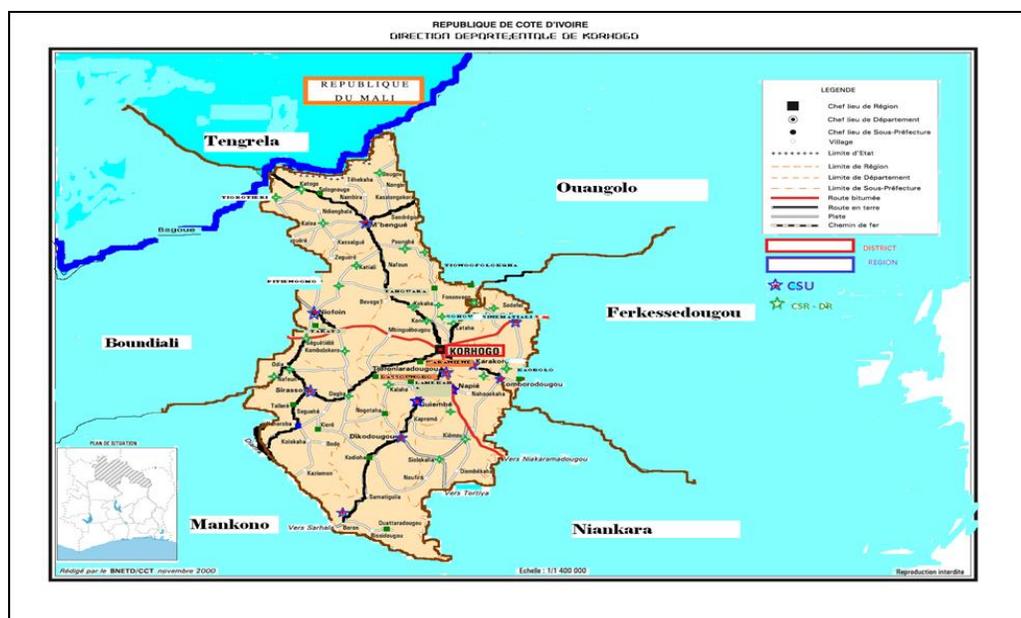
CHAPITRE I: PRESENTATION DU DISTRICT SANITAIRE DE KORHOGO

I. Milieu physique : Élément de la nature

La situation géographique de la zone d'étude et ses caractéristiques physiques, notamment le relief, le climat, le sol, la flore et l'hydrographie constituent les points du milieu physique.

Par rapport à sa situation géographique, l'étude s'est déroulée au Nord de la Côte d'Ivoire dans le district sanitaire de Korhogo faisant frontière avec le Mali et le Burkina-Faso. Créé par l'arrêté N°137/MSPAS/DGSSS du 1er Juin 1994, le district sanitaire de Korhogo est situé dans la région du Poro. D'une superficie de 12 252 Km², le district sanitaire de Korhogo est limité par les départements de Ouangolodougou (Nord-est), Ferkessedougou (Est), Niakara (Sud-est), Tengréla (Nord-ouest), Boundiali (Ouest) et Mankono (Sud-ouest).

Carte 1 : Situation géographique du district sanitaire de Korhogo



Source : Direction départementale de la santé de Korhogo (2016)

Au plan du relief, la région du Poro, bien que plate est parsemée d'inselbergs, tel que le mont Korhogo. En fait, il s'agit d'un vaste ensemble de plateaux, surmontés par endroits de quelques élévations isolées constituées de dômes granitiques et de collines.

Quant au climat, dit de type soudanais, il est marqué par une alternance de deux grandes saisons. Une saison pluvieuse qui s'étend de mai à octobre, avec des pluviométries maximales en juillet et août, et une saison sèche qui s'étend de novembre à avril. Celle-ci est accompagnée par l'harmattan entre les mois de décembre et février ainsi que des pointes de chaleur en mars et avril. La température varie entre 24° et 34° et la pluviométrie annuelle varie entre 1 200 mm et 1400 mm.

La végétation, de la région du Poro appartient également au secteur subsoudanais du domaine soudanais. On y trouve des forêts claires sèches et une diversité de savanes (savane boisée, arborée et herbeuse). La hauteur des arbres varie entre 8 et 12 m. On note en bordure des cours d'eau, la présence de forêts galeries et des bois sacrés aux abords des villages. Ainsi, l'observation des sols montre une large prédominance des sols ferrallitiques.

Pour le réseau hydrographique, on note que le régime hydrique est de type tropical de transition. Les eaux sont drainées par le bassin versant du Bandama, qui a un dense réseau d'affluents.

II. Milieu humain : Données démographiques, ethniques et culturelles

Le milieu humain porte ici sur les données démographiques, les différents groupes ethniques et à la dimension culturelle de la zone d'étude. Selon la Direction départementale de la santé de Korhogo (2016), le district sanitaire de Korhogo compte 803 370 habitants pour une densité de 66 habitants/km².

Tableau 2 : caractéristiques démographiques de la population désignée vulnérable au paludisme

Désignation	Nombre	Proportion
Population totale	803 370	
Enfant de 0-11 mois	25 860	3.21%
Enfant de 6-11 mois	13 898	1.72%
Enfant de 0-59 mois	120 070	14.94%
Enfant de 6-59 mois	111 106	13.82%
Enfant de 12-59 mois	94 210	11.72%
Femme enceinte (FE)	29 653	3.69%
Naissance Attendue	28 241	3.51%
Femme en Age de Procréer (FAP)	196 721	24.48%

Source : Direction départementale de la santé de Korhogo 2016

Au regard de ce tableau, il ressort que les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans représentent 49,14% (394 797 habitants) soit pratiquement la moitié de la population totale (803 370 habitants). A cela, si on ajoute les prévisions en

termes de natalité 3, 51% (28 241 habitants) et de fécondité 24,48% (196 721 habitants), les estimations révèlent 77,13% (619 759 habitants) soit plus de $\frac{3}{4}$ de la population en situation de vulnérabilité au paludisme.

On regroupe habituellement les communautés ivoiriennes, en quatre grands groupes ethniques occupant une partie du territoire. Ainsi, au nord de la Côte d'Ivoire, se concentre les Gür ou Voltaïques dont une partie, les Sénoufo se localisent dans la région de Korhogo. Cohabitent avec eux dans la même zone une minorité de Malinké. Le peuple Sénoufo est lui-même subdivisé en plusieurs sous-groupes. On peut citer entre autres, les Kouflo, les Nafanra, les Fodonon. Un des peuples les plus anciens du pays, le groupe Sénoufo, est avant un peuple cultivateur. Bien que le Sénoufo soit la langue des locutaires, le malinké représente la langue urbaine de communication et de commerce, favorisé en cela par la proximité avec le Mali et quelque peu avec le Burkina Faso.

En ce qui concerne le folklore, plusieurs danses traditionnelles initiatiques ou profanes l'animent. On note par exemple, de nombreuses danses, comme le boloye, le wambélé, les forgerons et le balafon largement répandues.

III. Formations sanitaires fonctionnelles et non fonctionnelles du district de Korhogo

Tableau 3 : répartition des formations sanitaires fonctionnelles et non fonctionnelles du district de Korhogo

STRUCTURES	NOMBRE	FUNCTIONALITE	
		Fonctionnel	Non fonctionnel
Niveau Primaire (ESPC)			
INFIRMERIE SCOLAIRE	9	5	4
SSSU	1	1	0
PMI	1	1	0
CSU	16	16	0
DU	1	1	0
MU	0	0	0
CSR	32	31	1
DR	39	32	7
Total	99	87	12
Niveau intermédiaire (HR)			
HG	0	0	0
CHR	1	1	0
Total	1	1	0

Formation sanitaire spécialisée			
CSUS-CAT	1	1	0
CSUS-CRTS	1	1	0
CSUS-A/INHP	1	1	0
CSUS-PMI	1	1	0
Total	4	4	0
Structure privée et confessionnelle			
CSR confessionnels	1	1	0
Cabinet médical	1	1	0
Infirmierie privée	1	1	0
Officine pharmaceutique	1	1	0
Total	4	4	0
Total général	108	96	12

Source : Compilation faite à partir des données de la Direction départementale de la santé de Korhogo (2016)

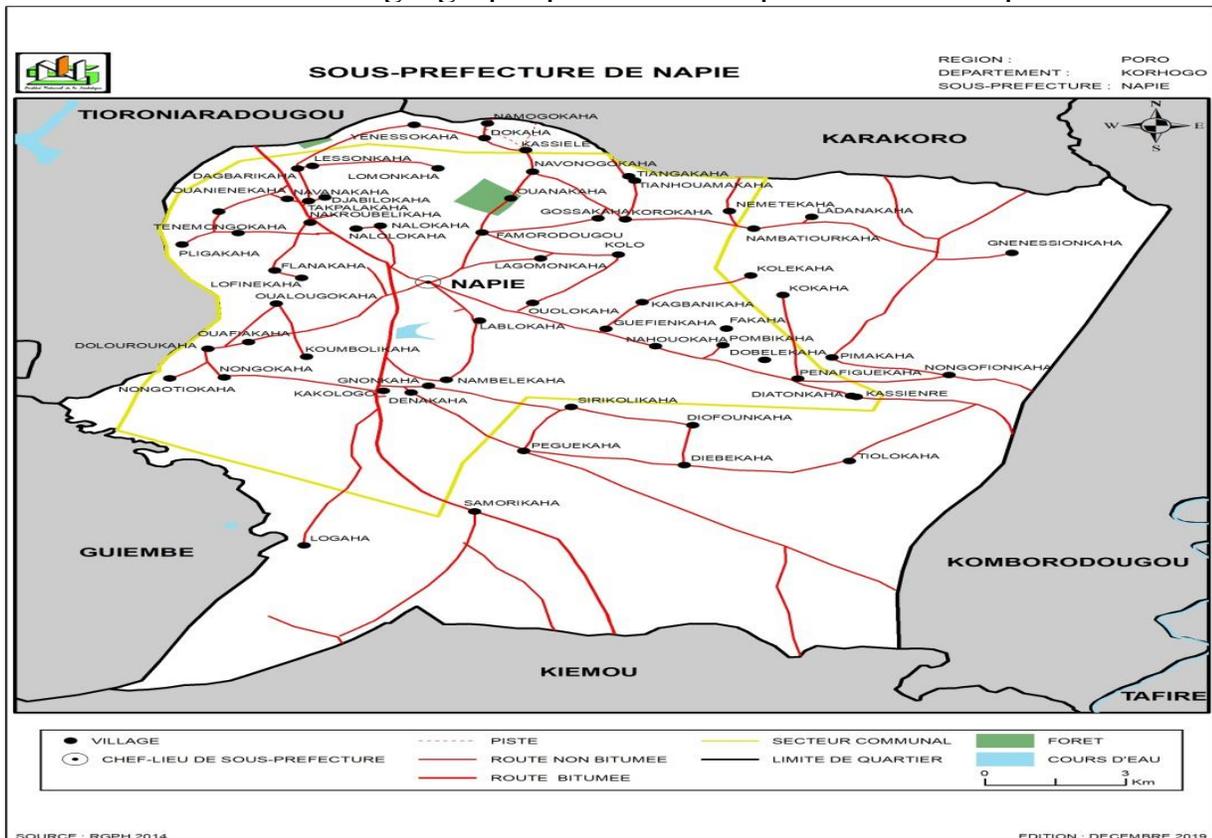
Les données de ce tableau synoptique montrent que le district sanitaire de Korhogo compte 108 formations sanitaires toutes spécialités confondues. Parmi celles-ci, 96 sont fonctionnelles et douze ne le sont pas. La plupart de ces formations sanitaires fonctionnelles qui sont au nombre de 87 ont pour vocation d'offrir des soins de niveau primaire (ESPC). Ce district dispose d'un Centre Hospitalier Régional (CHR) établissement public de référence du district des Savanes, basé à Korhogo.

Quatre formations sanitaires spécialisées existent dans ce district. Quant aux structures privées et confessionnelles déclarées, il y'en a quatre, dont une officine pharmaceutique.

CHAPITRE II : PRESENTATION DE LA SOUS-PREFECTURE DE NAPIE ET DU VILLAGE DE LOGAHA

I. Monographie de la ville de Napié

Carte 2 : Situation géographique de la sous-préfecture de Napié



Source : Institut National de la statistique (2019)

1. Organisation administrative

Napié a été érigé en Sous-préfecture dès 1961. Situé dans la partie Nord, elle fait partie du département de Korhogo. La commune, créée par décret, en 1985 est composée de 54 villages dispersés sur un rayon de huit kilomètres autour du chef-lieu communal. Les plus importants d'entre eux étant concentrés dans le patour Nord de la Sous-préfecture qui appartient pleinement à la « Zone dense ». La partie Sud de la Sous-Préfecture étant, pour sa part à faible densité de la population. Le centre-ville se déploie désormais de part et d'autre d'une pénétrante directement accordée au bitume Korhogo-kanawolo, il rassemble :

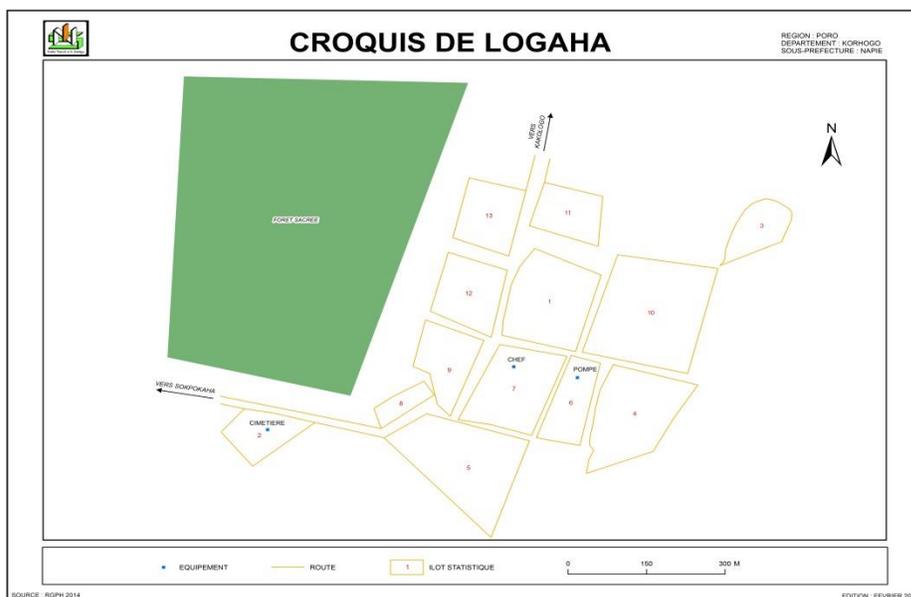
- La quasi-totalité des services administratifs et d'encadrement rural;
- Des logements des agents publics et parapublics en poste;
- D'une mairie;
- Un centre de santé urbain;
- Des structures associatives telles que l'association des femmes des quartiers ou Doh-clubs, prenant l'initiative en matière de sensibilisation et diffusion d'information relative à la santé, l'éducation et les activités génératrices de revenus ;
- Un centre d'animation rurale.

2. Activités économiques

La majorité de la population tire son revenu des principales cultures agricoles, à savoir le coton, l'anacarde, le maïs, l'arachide, les cultures vivrières. En plus de ces activités agricoles, le commerce représente la seconde activité après l'agriculture.

II. Présentation du village de Logaha

Carte 3 : croquis du village de Logaha



1. Organisation et fonctionnement

L'administration d'un village Sénoufo se fait autour de trois principales personnalités à savoir le chef du village (Kaguefôlô), le chef du bois sacré (Sinzanguéfôlô) et le chef des terres (Tarafôlô) (Ouattara 1999 ; Coulibaly, 1978). Ces personnalités sont très écoutées et se reconnaissent au chef de canton. L'organisation sociale, démocratique et égalitaire chez les Sénoufo, est fondée sur les grands lignages matrilineaires (Holas, 1978). Au lignage correspond le village qui est l'unité politique de base. Chaque village (ou quartier pour les villages plus importants) a une origine matrilineaire. Le pouvoir gérontocratique demeure fort et il est aux mains du chef du village, généralement le fondateur du village ou son successeur. Ce chef charismatique règle les différends qui opposent les familles. Il est entouré de certaines personnalités, formant l'assemblée des vieux ; ces derniers sont les chefs des diverses familles qui constituent le village.

A côté de ceux-là, il y'a les notables soumis au système des classes d'âge et puisant leur autorité dans l'initiation du poro, seul organe qui dicte les institutions de la société (Coulibaly, 2005). L'initiation confère le respect d'autrui. La solidarité et l'harmonie entre les populations sont plus qu'une réalité, une nécessité. Même pour refaire les balafons, c'est tout le village qui contribue.

En dehors des trois personnalités, il faut noter l'émergence d'associations féminines informelles qui cultivent la solidarité, notamment dans les activités agricoles, mais aussi lors d'évènement heureux (mariages) comme malheureux (funérailles). Cela les conduit à un certain épanouissement. Éduquées au respect et à la soumission, celles-ci rencontrent des difficultés à échanger avec un homme, surtout un étranger. Ce, surtout en l'absence de leur époux ou d'un parent. L'époux reste au cœur de la prise de décision pour toute situation, notamment la conduite à tenir en cas de maladies (Coulibaly, 2012). Il apparaît donc comme la personne ressource à convaincre pour au niveau de l'unité familiale pour que celle-ci adhère à une initiative externe comme interne. Au niveau de village, la première personne à convaincre, c'est le chef du village. Une fois son quitus acquis, c'est comme si le chemin est largement ouvert et cela donne l'assurance d'une protection à tous les niveaux.

2. Équipement du village

Le village de Logah, est situé à 26 kilomètres du centre de santé urbain de Napié (direction régionale de la santé et de l'hygiène publique Poro-Tchologo). Doté d'un couvert végétal, classé en forêt sacré, d'un fleuve du nom de solomougou qui sert de lieu d'approvisionnement en eau par moment. De même, il dispose d'un cimetière.

3. Répartition de quelques villages selon la distance (en km) au centre de santé le plus proche.

Tableau 4 : Distance du village de Logaha au centre de santé urbain de Napié

Village	CENTRE DE SANTE	DISTANCE AU CENTRE DE SANTE en km
Guefienkaha	CSU de Napié	4
Lagomoukaha	CSU de Napié	inconnu dans notre base
Logaha	CSU de Napié	26
Nongokaha	CSU de Napié	10
Nongotiokaha	CSU de Napié	8
Takpalakaha	CSU de Napié	10
Nalourgokala	CSR de Kiémou	16
Nangakaha	CSU de Dikodougou	5
Bapolkaha	CSU de Guiembe	10
Katiorkpo	CSU de Guiembe	6
Koungniguékaha	CSU de Karakoro	16
Pessikaha	DR de Ballekaha	4

Source : Direction régionale de la santé et de l'Hygiène Publique Poro-Tchologo-Bagoué

Au regard de ce tableau, cinq villages (Guéfienkaha, Nongotiokaha, Nangakaha, Katiorkpo et Pessikaha) sur douze ont une distance relativement inférieure (moins de 10 km) par rapport au centre de santé le plus proche. Les sept autres ont une distance qui oscille entre 10 et 26 km. Les données globales de la Direction départementale de la santé de Korhogo (2016) révèlent que la population à moins de 5 km d'un centre de santé est la plus importante (75%) ; ensuite vient la population entre 5 et 15 km d'un centre de santé (20%) et enfin population à plus de 15 km d'un centre de santé.

TROISIEME PARTIE :

**CONNAISSANCES, ATTITUDES
ET PRATIQUES DES MENAGES
DANS LA LUTTE CONTRE LE
PALUDISME**

CHAPITRE I : CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES MENAGES

Dans le souci de déceler les caractéristiques des enquêtés, nous leur avons administré un questionnaire. Successivement, nous avons cherché à savoir le statut, le genre auquel chacun d'eux appartient (masculin ou féminin), l'âge, l'Etat matrimonial, le niveau d'étude, et la profession. La répartition des enquêtés a été rendue possible par le moyen de tableaux statistiques.

1. Statut des personnes enquêtées

Tableau 5 : Répartition des enquêtés selon le statut

Statut		
	Nb	% cit.
Chef de ménage	26	78,8%
Épouse	7	21,2%
Fils/fille du chef de ménage	0	0,0%
Neveu/nièce	0	0,0%
Total	33	100,0%

Source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

Sur l'ensemble des 33 enquêtés dans cette étude, 78,8% sont les chefs de ménages proprement dit contre 18,2 % qui sont les épouses de chef de ménage. Comme on le constate bien, les chefs de ménage demeurent la priorité de l'étude. En effet, ils sont les seuls habilités à prendre une décision dans le ménage. Dans le cas de notre enquête sur le paludisme, en cas de maladie le chef de ménage est à consulter.

2. Sexe des personnes enquêtées

Tableau 6 : Répartition des enquêtés selon le sexe

Sexe		
	Nb	% cit.
M	21	63,6%
F	12	36,4%
Total	33	100,0%

Source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

Des 33 enquêtés, 63,6% se trouvent être des hommes pour 36,4% des femmes. Cette différence importante dans la répartition par sexe tient aux us et coutumes du milieu d'étude qui font plus facilement des chefs de ménages plutôt des hommes que des femmes. De plus, il est difficile à un étranger d'échanger avec une femme sans la présence ou l'autorisation de l'époux. De cette réalité du terroir, un ASC tire une règle de précaution : *« bien que je sois du milieu, je ne vais jamais parler à une personne seule dans un ménage. Je fais appel aux deux, le mari et la femme pour leur dire ce qu'ils doivent faire pour soigner leur enfant. Pourquoi je fais ça ? Si tu sensibilises la femme pour dire que c'est elle qui est toujours avec son enfant, son mari peut dire est-ce que c'est le travail d'ASC que ce monsieur fait avec ma femme ? Pour éviter tout ça, je préfère m'adresser aux deux ensembles ».*

Cette précaution fortuite va dans le sens de ce que devrait être la spécificité de l'étude : une affaire de ménage sinon même de la femme en raison de l'effet multiplicateur de la sensibilisation dans chaque intervention.

3. Age des personnes enquêtées

Tableau 7: répartition des enquêtés selon l'âge

Age		
	Nb	% cit.
20-29ans	5	15,2%
30-39ans	8	24,2%
40-49ans	5	15,2%
50-59ans	10	30,3%
60- à plus	5	15,2%
Total	33	100,0%

Source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

On remarque que les tranches d'âges de 20 à 29 ans, 40 à 49 ans, et 60 à plus restent constante avec un pourcentage de 15,2 %. Par contre celles de 30 à 39 et de 50 à 59 augmente de 24,2 % à 30,3 %. De cette analyse il ressort que la population en générale dans ce milieu rural est à mesure de prendre des dispositions en ce qui concerne leur santé.

4. Etat matrimonial des personnes enquêtées

Tableau 8: répartition des enquêtés selon le statut matrimonial

Etat matrimonial		
	Nb	% cit.
Célibataire	0	0,0%
Marié à l'Etat civil	0	0,0%
Marié coutumièrement	22	66,7%
Union libre	10	30,3%
Veuf/veuve	1	3,0%
Total	33	100,0%

Source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

Au regard du tableau, la caractéristique commune des enquêtés est d'être marié, soit coutumièrement (66,7%), soit vivre en union libre (30,3 %). Si ce n'est pas le cas, ils l'ont été par le passé au regard des 3,0 % de veufs. A contrario, les réalités socio-culturelles privilégiant ici les unions, le statut de célibataire et de l'Etat civil demeure marginal. En lien avec notre étude, l'Etat matrimonial met en exergue l'union de deux personnes qui en cas de maladie sont les plus susceptibles de jauger l'orientation à suivre pour le bien être de leur famille.

5. Niveau d'étude

Tableau 9 : répartition des enquêtés selon le niveau d'étude

Niveau d'étude		
	Nb	% cit.
Primaire	4	12,1%
Sécondaire	0	0,0%
Supérieur	0	0,0%
Ecole coranique	4	12,1%
Aucun	25	75,8%
Total	33	100,0%

Source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

L'indicateur niveau d'étude montre que les enquêtés sont analphabète, soit 75,8% des répondants, suivis de loin celui des personnes qui ont un niveau d'instruction primaire et coranique, 12,1%. En effet, le niveau d'étude pourrait expliquer l'itinéraire thérapeutique

Que la population choisie. Le manque d'information adéquate sur le paludisme justifie leur comportement en cas de paludisme.

6. Profession

Tableau 10: répartition des enquêtés selon la profession

Profession		
	Nb	% cit.
Agriculteur	33	100,0%
Eleveur	0	0,0%
Commerçant	0	0,0%
Fonctionnaire	0	0,0%
Ménagère	0	0,0%
Total	33	100,0%

Source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

L'analyse de ce tableau laisse voir que les ménages de la zone d'étude est majoritairement des agriculteurs (100 %). L'activité rurale à un impact sur la question de la disponibilité des acteurs ruraux en ce qui concerne le temps qu'ils consacrent à la sensibilisation. En effet, préoccupé aux activités agricoles, leur priorité majeure est celle de pouvoir assurer sa survie alimentaire. De ce fait, ils ne font recours aux centres de santé en cas de dégradation d'état de santé d'un membre du ménage.

CHAPITRE II : COMPORTEMENTS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Comme constaté antérieurement, le paludisme, au plan de la morbidité comme de la mortalité, constitue une menace pour les populations aussi nombreuses que variées à travers le monde. Les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes, les personnes porteuses du VIH ou atteintes du sida, les migrants et les voyageurs sont les catégories les plus exposées, d'où la mise en place de programmes nationaux de lutte contre le paludisme. La Côte d'Ivoire qui s'est inscrite dans cette dynamique consacre une partie de son programme à la prévention tant au niveau des individus que des collectivités.

A ce propos, l'analyse des comportements individuels et collectifs sont incontournables dans la lutte contre le paludisme. Le chapitre qui suit aborde les questions relatives à la connaissance du paludisme, l'hygiène du milieu de vie, aux stratégies d'élimination des gîtes des moustiques et des larves et aux mesures préventives et curatives, chez la population du village de Logaha.

I. Connaissance sur le paludisme

L'analyse des données a permis de mesurer les connaissances des populations sur le paludisme, à commencer par les symptômes.

1. Connaissance sur le paludisme

Tableau 11 : Répartition des enquêtés selon la connaissance du paludisme

Connaissance sur le Paludisme		
	Nb	% cit.
Oui	33	100,0%
Non	0	0,0%
Total	33	100,0%

Source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

Il ressort de ce tableau que la plupart des enquêtés, 31 répondants sur 33, soit 93,9 % disent connaître le paludisme, tandis que 6,1 % l'ignorent.

Dans la mesure où le questionnaire n'a pas abordé les causes du paludisme, cette question a été posée à la population lors des entretiens collectifs réalisés dans le village de Logaha. Dans les échanges, certains enquêtés lieraient la cause au soleil. Pour l'un : « *c'est le fait que nous travaillons dans les champs sous le soleil ardent et cela fait qu'on boit assez d'eau, le fait de boire assez d'eau donne le paludisme* ». Un autre renchérit en disant que : « *le soleil donne le paludisme. Le paludisme est la maladie du soleil* ».

En plus du soleil, les aliments comme le sucre et l'huile, la mangue et l'attiéké, apparaissent au regard de la population comme des facteurs pouvant occasionner le paludisme. En effet, selon un enquêté : « *le fait de trop consommer les aliments sucrés peut occasionner le paludisme* ». Pour un autre, l'une des causes du paludisme est l'huile qui, apparaît comme un aliment à consommer avec modération pour éviter de contracter le paludisme. C'est ce qu'il souligne en ces termes : « *l'huile donne aussi le paludisme. Je pense que nous devons aussi nous méfier de sa consommation* ».

Une autre cause du paludisme ou *gnim* en langue du terroir énoncée par la population, est le vertige qui peut se manifester lors des travaux champêtres. C'est ce qu'affirme un enquêté : « *lorsque tu es en train de travailler et que tu commences à avoir des vertiges, c'est à ce moment que tu te rends compte que tu es atteint du paludisme* ».

Le manque d'hygiène collective peut également engendrer le paludisme « *c'est notre manque d'hygiène collective qui donne le paludisme.* »

Il faut souligner que pour d'autres enquêtés qui apparemment lieraient le paludisme à son vecteur l'anophèle, ils évoquent d'autres signes provoqués par la pique de cette dernière à savoir les éruptions cutanées, les démangeaisons et le

vomissement. Cet enquêté, s'exprimant sur la question révèle que : « *ce sont les moustiques qui nous donnent le paludisme. Lorsque les moustiques te piquent, les boutons apparaissent sur ton corps et ça provoque des démangeaisons. Tu vas te gratter le corps. A ce moment, le corps va te faire mal et la gorge va devenir amère, puis tu auras toujours des envies de vomir* ».

Les populations, dans leurs connaissances du paludisme, ne sauraient le rattacher à une seule cause. Si les moustiques pour elles donnent le paludisme, les aliments en font autant. Maladie à manifestations variables, reconnaître les véritables causes du paludisme reste une équation difficile à résoudre. C'est ce qu'un enquêté relève : « *ce n'est pas une seule cause qui donne le paludisme. Les moustiques peuvent donner le paludisme. Le sucre peut donner le paludisme. Certains aliments peuvent aussi donner le paludisme. Donc, nous on ne sait pas concrètement ce qui donne le paludisme, à vous de nous informer sur ce qui peut donner le paludisme* ».

Affirmer connaître le paludisme et ses causes est-il synonyme de connaître ses symptômes ? C'est ce que l'étude a mis en exergue à travers la session qui suit.

2. Nosologies du paludisme

Tableau 12 : répartition des enquêtés selon leur opinion sur les signes du paludisme

Signe du paludisme		
	Nb	% obs.
Avoir le corps qui chauffe	28	84,8%
Vomissement	1	3,0%
Maux de tête	6	18,2%
Vertige	1	3,0%
Douleurs musculaires	0	0,0%
Total	33	

Source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

Dans ce tableau, 84,8% des répondants trouvent que le signe le plus important pour détecter qu'une personne a contracté le paludisme, c'est avoir le corps chaud, tandis que 18,2 % affirment que, c'est plutôt par les maux de tête qu'on peut savoir qu'une personne souffre du paludisme. Le constat est que la population a une connaissance élémentaire des signes du paludisme. Les entretiens collectifs permettent de mieux percevoir les avis de la population qui ne s'écartent pas fortement des tendances illustrées par le tableau.

Les signes par lesquels il est possible de savoir si une personne a contracté le paludisme sont de plusieurs ordres. En effet, la maladie, une fois contractée, engendre des boutons sur le corps, ce qui favorise des démangeaisons, les vomissements et colore les yeux. C'est ce que laisse transparaître cet enquêté : *« lorsqu'on constate les boutons sur le corps d'une personne, quelle a des démangeaisons, que les yeux deviennent jaune, que la personne vomit jaune alors, on peut dire qu'elle a le paludisme. »*. Sa conception est partagée par un autre, pour qui : *« lorsqu'une personne a le paludisme, elle a des démangeaisons et son corps chauffe également. A partir de ce moment, on peut dire qu'elle a le paludisme et on l'envoie à hôpital. »*.

De même, le vomissement induit par le paludisme, a la particularité d'avoir une coloration jaune. Ce qui le dissocie de tout autre type de vomissement. A Cet effet, cet enquêté relève que si : *« la personne vomit, si c'est le paludisme, le vomissement est jaune »*. Un autre renchérit en relevant que : *d'autres personnes ont la nausée et leur vomissement est jaune.*

Les douleurs articulaires et le vertige constituent des signes démontrant qu'une personne souffre du paludisme. Le paludisme a des effets dévastateurs dans le corps humain, c'est la conception d'un enquêté qui affirme que : *« lorsqu'une personne as le paludisme. Elle a le vertige, les articulations lui font mal et elle se sent très mal dans son corps. C'est par ces signes qu'on sait si la personne a le*

paludisme ou pas ». Comme on peut le constater, la connaissance des signes du paludisme est mitigée et la confusion règne dans l'esprit de la population enquêtée quant à la connaissance des signes du paludisme. Quelle est alors leur Hygiène du milieu de vie ?

II. Hygiène du milieu de vie

L'intérêt de cette partie réside dans l'intérêt porté à tout ce qui peut, naturellement par l'action de l'homme, constituer des gîtes pour les moustiques et les larves. Le regard porté sur les équipements adaptés ou non qui seront mis en rapport avec les moyens de lutte contre le paludisme, viennent renforcer cette préoccupation, en quelque sorte l'hygiène du milieu. Tels sont les lieux pour se laver ou se soulager ainsi que pour évacuer les eaux usées et ordures ménagères.

1. Lieu pour se laver

Tableau 13 : répartition des enquêtés selon le lieu pour se laver

Lieu pour se laver		
	Nb	% cit.
Douche interne	0	0,0%
Douche externe	2	6,1%
Dans la nature	0	0,0%
Enclos	31	93,9%
Total	33	100,0%

Source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

Dans la rubrique lieu pour se laver, on note que 93,9% des ménages associent la douche à un enclos à l'extérieur du logement. Et 6,1 % utilisent une douche externe pour se laver. En effet, ces enclos servant de douche, ne reçoivent pas l'entretien qu'il se doit. On observe généralement des étendues d'eaux aux environs de ces clos. Celle-ci (ces étendues d'eaux), sont des sites susceptibles pour la prolifération des moustiques vecteur du paludisme.

2. Lieu d'aisance

Tableau 14 : répartition des enquêtés selon le lieu d'aisance

Lieu d'aisance		
	Nb	% cit.
WC à l'intérieur	0	0,0%
WC à l'extérieur	0	0,0%
Latrines dans la cour	20	60,6%
Dans la nature	13	39,4%
Total	33	100,0%

Source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

Pour se soulager des besoins naturels, une majorité soit 60,6% des enquêtés le font dans les latrines, contre une minorité de 39,4% dans la nature. Contrairement au tableau précédant, la majeure partie des ménages semble adopter un comportement qui vise à préserver leur état de santé. Toutefois, cette conduite sociale doit s'étendre à tous les acteurs ruraux.

3. Mode d'évacuation des eaux usées

Tableau 16 : Répartition selon le mode d'évacuation des eaux usées

Mode d'évacuation des eaux usées		
	Nb	% cit.
Fosses septique	0	0,0%
Dans la nature	30	90,9%
Dans la cour	3	9,1%
Total	33	100,0%

Source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

Et en ce qui concerne le mode d'évacuation des eaux usées, on note 90,9 % des enquêtés disent les déverser à même le sol à tout endroit du village les eaux usées dans la nature.

III. Stratégies d'élimination des gîtes des moustiques et des larves

Ici, il est question de l'existence et de plans d'eau présents dans la zone d'étude, des points de rétention d'eau à proximité des forages, des cultures de case et déchets des animaux, leur impact sur la reproduction des moustiques et des stratégies de protection contre les gites des moustiques et des larves.

1. Existence d'un plan d'eau



Photo 1 : Approvisionnement en eau Fleuve Soloumougou , village Logaha/Napié, Cote d'Ivoire, Enquête de terrain 2018 .

L'un des facteurs favorisant la reproduction des moustiques, demeurent un environnement insalubre. L'environnement insalubre constitue un gîte pour les moustiques et le développement des larves.

Par ailleurs, la présence de plans d'eau à certains endroits, constitue aussi un élément catalyseur de la prolifération des moustiques avec pour conséquences, le taux élevé des cas de personnes atteintes du paludisme.

Tableau 17 : répartition des répondants selon leur opinion sur l'existence de plans d'eau

Existence d'plan d'eau		
	Nb	% cit.
Oui	31	93,9%
Non	2	6,1%
Total	33	100,0%

Source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

Ainsi, le tableau 15 révèle que 93,9% des enquêtés ont affirmé la présence d'un plan d'eau, contre 6,1% ont dit le contraire. Cela sous-entend que ce village abrite un plan d'eau, et que l'utilisation de cette eau doit d'être effectuée avec un ensemble de mesure hygiénique.

2. Points de recueil d'eau pour animaux à proximité des forages



Photo 2: Pompe Villageoise

La création des points de rétention d'eau à proximité des forages constitue l'analyse de cette partie. Sur ce point, 90,9% des enquêtés confirment la présence de ces trous d'eau contre 9,1% des répondants affirmant son contraire.

L'ignorance des populations de la zone d'étude pourrait expliquer la construction de ces trous d'eau à proximité des forages pour abreuver leurs bêtes. Ces

populations ignorent le lien entre ces trous et la reproduction des moustiques avec pour corollaire le taux élevé de prévalence du paludisme dans leur milieu de résidence.

Tableau 18 : répartition des enquêtés selon la présence de trous près de la pompe pour retenir l'eau pour désaltérer les animaux

Point de recueil d'eau pour animaux		
	Nb	% cit.
Oui	30	90,9%
Non	3	9,1%
Total	33	100,0%

Source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

3. Rapport entre plans d'eau et gîtes des moustiques et des larves

Tableau 19 : répartition des enquêtés selon la conscience que ces plans d'eau peuvent constituer des gîtes pour les larves et les moustiques

Gîtes pour moustique		
	Nb	% cit.
Oui	12	36,4%
Non	21	63,6%
Total	33	100,0%

Source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

Pour l'ensemble des agents de santé interrogés dans le cadre de cette étude, la formation des flaques d'eau dans l'environnement d'habitat constitue des gîtes et des sources de reproduction des moustiques. Cependant, les populations interviewées dans le cadre de cette étude, 63,6% des répondants savent que ces flaques d'eau constituent des gîtes pour les moustiques et les larves. Par contre, 36,4% des répondants ignorent que ces flaques d'eau constituent des gîtes pour les moustiques et les larves.

4. Les moyens utilisés pour éliminer les larves et les moustiques des gîtes

Dans la lutte contre les moustiques, certaines populations s'organisent à assainir leur environnement immédiat. Cela passe par l'élimination des gîtes des moustiques et des larves provoqués par la formation des flaques d'eau. Mais cette forme d'initiative prise par certaines populations, reste un leurre pour d'autres. Qu'en est-il alors pour les populations de cette étude quant à l'élimination des gîtes des moustiques et des larves ?

Tableau 20: répartition des enquêtés selon les moyens utilisés pour éliminer les larves et les moustiques des gîtes

Mode d'élimination des gîtes		
	Nb	% cit.
Pulvérisation	2	6,1%
Ependange de pétrole dans l'eau	0	0,0%
Ne prend pas de disposition particulière	31	93,9%
Total	33	100,0%

Source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

En effet, 93,9% des enquêtés affirment "ne pas prendre de disposition particulière" pour éliminer les gîtes des moustiques et des larves tandis que 6,1% des répondants affirment utiliser la "pulvérisation" de ces gîtes de moustique et de leurs larves. Ces réponses dépeignent à priori l'insouciance, la négligence de ces populations sur l'assainissement de leur environnement comme un moyen de prévention du paludisme.

5. Cultures de case, herbes, déjections d'animaux et prolifération des moustiques



Photo 3 : Culture de case, flaqué d'eau et déjections d'animaux.

La particularité de zone d'étude en saison pluvieuse, c'est l'exploitation de tous les espaces disponibles sur un lot, susceptible d'être labourés. Ce type de culture est connu sous le vocable "culture de case²".

Tableau 21 : répartition des répondants selon la conscience que les cultures de case, les herbes et les déchets des animaux attirent plus de moustiques dans le village

Source possible de moustique		
	Nb	% cit.
Oui	17	51,5%
Non	14	42,4%
Ne sais pas	2	6,1%
Total	33	100,0%

Source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

Aussi étroits soient-ils, ces espaces se prêtent à la culture des produits maraîchers (gombo, tomate, piment), des tubercules (igname, manioc, patate) et des céréales (maïs, mil, riz) par les populations. Toutes ces cultures, pour la plupart aux alentours des concessions voire même à l'intérieur de certaines cours, cohabitent avec les herbes qui sont souvent confondus avec les concessions. En plus de ces cultures de case, certaines cours d'habitation sont aussi des parcs pour les bétails

² Culture à proximité des logements. Ces types de culture son rependu en milieu rural surtout pour la culture des céréales et des tubercules.

(bœufs, moutons et cabris) qui font ménage avec leurs déchets. Toutes ces pratiques, constituent des gîtes pour les moustiques et leurs larves avec pour incidence, une prévalence accrue du paludisme.

Cependant, nombreux sont les populations qui ignorent ou pas le lien entre ces agissements (cultures de case, déchets d'animaux) et la prévalence du paludisme. Ainsi, 51,5% des répondants affirment avoir conscience que ces pratiques attirent plus les moustiques tandis que 42,4% des répondants affirment ne pas savoir le lien entre ces pratiques et la prolifération des moustiques. En effet, pour les populations affirment être consciente de l'attraction des moustiques par les cultures de case et les déchets d'animaux mais qui continuent à pratiquer ces cultures, ceux-ci mettent en avant le niveau de revenu bas du ménage et la protection des membres de la famille contre les reptiles errant dans les herbes à proximité des concessions. Le témoignage édifiant de cet enquêté dépeint bien ce comportement : « *nous cultivons autour de nos maisons parce que, non seulement le désherbage est compliqué, les serpents aiment bien les herbes, mais aussi ces cultures maraîchères faites par nos femmes servent à soutenir économiquement le ménage. Si ma femme cultive le gombo ou le dah,³ ça me fait des économies* ».

Pour ce qui concerne les déchets d'animaux, les populations soutiennent que c'est par mesure de sécurité qu'ils aménagent un espace sous forme d'enclos ou parc dans la cour, pour garder leur bétail.

A ces arguments en effet, il serait bien d'ajouter qu'avec la rareté d'espaces cultivables disponibles, ces populations utilisent totalement les quelques rares espaces disponibles aux alentours de leurs concessions pour maximiser leurs récoltes à la fin de la saison.

³ Feuille servant à concocter une sauce appelée 'sauce dâh' cette sauce est très répandue en pays sénoufo.

IV. Mesures préventives de lutte contre le paludisme

1. Renseignements reçus sur les mesures préventives du paludisme

Tableau 22 : répartition des enquêtés selon les renseignements reçus sur les mesures préventives du paludisme

Mesures préventives		
	Nb	% cit.
Oui	14	42,4%
Non	19	57,6%
Total	33	100,0%

Source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

A l'analyse de ce tableau, 19 enquêtés soit 57,6% affirment n'avoir pas été sensibilisés sur les mesures préventives pour éviter le paludisme. Seulement 14 répondants, soit 42,4% reconnaissent avoir reçu des messages de sensibilisation sur ce qu'il faut faire pour éviter le paludisme. Ce faible taux peut s'expliquer par le primat des travaux champêtres sur toutes autres activités.

En effet, les individus passent plus de temps au champ qu'au village. Ce qui fait que même si des sensibilisateurs arrivent pour les entretenir, ils ne trouvent généralement pas grand monde dans le village. La conséquence est que la population conserve ses perceptions sur le paludisme. C'est ce qui emmène certains à toujours croire fermement que le paludisme se contracte à travers le soleil et la consommation d'aliments tels-que l'huile, le sucre, etc.

2. Contenu des informations sur la prévention du paludisme

Tableau 23: répartition des enquêtés selon les informations sur la prévention du paludisme

Contenu des informations		
	Nb	%obs.
Utilisation de la moustiquaire	31	93,9 %
Utilisation de medecine conventionnels	1	3,0%
Me rendre à l'hôpital	0	0,0%
Hygiène collective	1	3,0%
Total	33	100,0%

Source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

A l'analyse, ce tableau souligne que 93,9% des enquêtés affirment qu'on leur a conseillé d'utiliser la moustiquaire. Seulement 3,0% révèle avoir été informé sur la nécessité de pratiquer l'hygiène collective. Ce faible taux apparaît grave. Quand on sait que l'insalubrité du cadre de vie constitue un gîte pour les moustiques et les larves. De plus, les entretiens font ressortir la nécessité d'accentuer les campagnes de sensibilisation. Celles-ci devraient être orientées sur la proximité pour que le taux de prévalence du paludisme connaisse une régression dans cette zone réputée endémique.

C'est ce qu'exprime ce prestataire de soins de santé : « *comme nous avons les conseillers communautaires ou Agents de Santé Communautaires (ASC) ils sont à pieds d'œuvre. Ils nous aident, à travers leur mobilité et leur proximité d'avec la population, ils connaissent le comportement quotidien de la population. Donc, eux ils font les visites à domicile et viennent nous annoncer s'il y a des problèmes* ». Pour un autre, s'inscrivant dans la même dynamique, la sensibilisation doit concerner trois catégories d'acteurs, les leaders communautaires, les ménages et les

prestataires de soins de santé. Selon lui : *« la sensibilisation doit se faire à plusieurs niveaux. Il y'a les leaders communautaires à sensibiliser, après les leaders communautaires, il faut sensibiliser directement les ménages et aussi les prestataires de soins de santé. Donc, je pense que c'est à trois niveaux et peut être aussi les bailleurs pour que la disponibilité des moustiquaires soit effective »*. Ces messages de sensibilisation ont été véhiculés par des différents acteurs. Qui sont-ils alors ?

3. Source de sensibilisation sur le paludisme

Tableau 24 : répartition des enquêtés selon la source de sensibilisation sur le paludisme

Source de l'information		
	Nb	% cit.
Agent de santé	33	100,0%
ONG	0	0,0%
Causeries anodines	0	0,0%
Total	33	100,0%

Source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

Dans ce tableau, 33 enquêtés, soit 100 % disent avoir été sensibilisés par les agents de santé. A cet effet, un enquêté soutient que ce sont les agents de santé qui l'ont sensibilisé sur les méthodes de lutte contre le paludisme. C'est ce qu'il exprime à travers ces expressions : *« ce sont les agents de distribution qui nous ont recommandé cette technique »*.

Ce, lors des consultations soit à l'hôpital, soit pendant les séances de stratégies avancées. C'est d'ailleurs ce qu'affirme un prestataire de soins de santé : *« je pense que la sensibilisation depuis l'année passée se déroule bien, parce que, les années antérieures, les moustiquaires ont certes été distribuées, mais je ne pense pas que*

la population les a utilisé correctement. Maintenant, quand on fait la sensibilisation à la consultation prénatale (CPN) et pendant la vaccination, elle passe par rapport aux années antérieures ».

Comme on peut le constater, si la tradi-thérapeutique demeure encore ancrée dans les mœurs, cela peut s’expliquer par le faible niveau de sensibilisation de la population. Quel est le message qui revient le plus souvent lors des séances de sensibilisation ?

4. Action utilisée pour éviter le paludisme

Tableau 25: répartition des enquêtés selon l’action utilisée pour éviter le paludisme

Action utilisée		
	Nb	% cit.
Utilisation de moustiquaire	31	94,0%
Utilisation de médicaments conventionnels	0	0,0%
Hygiène collective	2	6,0%
Total	33	100,0%

Source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

Dans ce tableau, soit 94% affirment utiliser les médicaments conventionnels pour traiter le paludisme, tandis que 6,0% pratiquent l’hygiène collective. Les médicaments conventionnels apparaissent comme le moyen efficace qui permet de lutter contre le paludisme et, en plus de la moustiquaire dont personne n’a fait cas, l’hygiène collective n’est pratiquée que par une infime minorité de la population enquêtée. Qu’en est-il de la connaissance des enquêtés sur les méthodes communes de lutte contre le paludisme ?

5. Connaissance sur les méthodes communes de lutte contre le paludisme

Tableau 26 : répartition des enquêtés selon la connaissance sur les méthodes communes de lutte contre le paludisme

Méthodes communes		
	Nb	% Cit.
Oui	25	75,8%
Non	8	24,2%
Total	33	100,0%

Source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

A travers ce tableau, 75,8% des enquêtés estiment ne pas avoir de connaissance sur les méthodes communes de lutte contre le paludisme contre 24,2% qui affirment connaître les méthodes communes de lutte contre le paludisme. Ce taux de répondants traduit l'absence de méthodes communes de lutte contre le paludisme.

En quête de solution pour pallier à l'absence de méthodes communes de lutte, la population sollicite de l'aide pour faire face à cette maladie. C'est d'ailleurs ce qu'affirme cet enquêté qui relève ceci : « nous ne disposons d'aucune méthode de lutte contre le paludisme, si ce n'est votre aide ». Un autre renchérit en disant : « il n'existe pas de méthode commune de lutte contre le paludisme ».

De ce qui précède, il ressort que la population ne dispose d'aucune méthode commune de lutte contre le paludisme.

Cependant, la sensibilisation devrait être réorientée et même accentuée. Réorientée, en ce sens que le temps où la sensibilisation se limitait qu'au sein du centre de santé est révolu. Accentuée, parce qu'il est impérieux que, de plus en plus les prestataires fassent des campagnes de proximité pour que les méthodes de lutte contre le paludisme soient connues de tous. A ce propos, les avis de deux prestataires de soins de santé convergent. Pour l'un affirme : « *c'est une sensibilisation insuffisante. Si je me limite ici à la maternité du centre de santé, les femmes qui viennent en consultation prénatale, je leur explique et je leur distribue les moustiquaires ça va se limiter à elles ! Voilà. Celles qui sont restées au village ne comprendront pas de quoi il est question. Quand celle qui est venue en consultation prénatale ira expliquer, elle peut mal interpréter le message, alors que, si on se déplace vers les populations, je pense qu'on pourra bien porter le message* ».

A sa suite, un autre renchérit et montre l'incidence que devait avoir la moustiquaire sur le paludisme, si elle est utilisée selon le protocole. C'est d'ailleurs ce qu'il affirme en ces mots : « *je la juge insuffisante. Insuffisante en ce sens que jusqu'à présent nous continuons d'avoir des taux élevés de cas de paludisme. C'est l'indicateur qui nous permet de juger l'utilisation de la moustiquaire. Si les moustiquaires étaient utilisées convenablement par les populations, il devrait avoir une baisse considérable des cas de personnes atteintes du paludisme* ».

Les plantes locales occupent également une place prépondérante dans les méthodes de lutte contre le paludisme, mais leur action est de courte durée. C'est le cas d'une plante appelée « *napanfoigou* », c'est-à-dire chasser les moustiques en langue locale est utilisée. Une fois placée dans la maison, la plante dégage une odeur qui repousse momentanément les moustiques. Consciente de ce fait, la population est réceptive à toute autre proposition pouvant améliorer leur état de vie. C'est d'ailleurs ce que révèle un enquêté qui affirme : « *Aussi, il existe une plante*

ici qu'on appelle « napanfoigou », c'est-à-dire chasser les moustiques en langue locale. Nous utilisons les feuilles de cette plante pour nous protéger. On en place un peu partout dans la maison, et l'odeur de cette plante chasse les moustiques de la maison. Cette plante est efficace de façon temporaire. Car, quelques heures tard, les moustiques reviennent dans la maison. Notre méthode est peu efficace, nous attendons votre aide ».

Au regard de ce qui précède, la sensibilisation jugée insuffisante explique la prévalence du paludisme dans ce district sanitaire de Korhogo. Qu'en est-il du niveau d'implication des populations dans la lutte contre le paludisme ?

6. Niveau d'implication des populations dans la lutte contre le paludisme

Tableau 27: répartition des enquêtés selon leur opinion sur le niveau d'implication des populations dans la lutte contre le paludisme

Niveau d'implication		
	Nb	% cit.
Élevé	0	0,0 %
Moyen	1	3,0%
Faible	30	90,9%
Ne sait pas	2	6,1%
Total	33	100,0%

Source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

Ce tableau révèle que 90,9% estiment que le niveau d'implication est faible contre 6,1 % trouvent que ce niveau est moyen. L'implication faible des répondants dans l'application des méthodes de lutte contre le paludisme peut être perçue

comme l'un des facteurs qui fait du District sanitaire de Korhogo, une zone endémique.

La lutte contre le paludisme chez les populations enquêtées semblerait être beaucoup plus individuelle que collective. Pour pallier à cette insuffisance, un prestataire révèle la stratégie de son équipe médicale pour emmener la population à plus d'engagement : *« pour lutter, il y'a plusieurs volets, il y'a le préventif et le curatif. Le côté préventif, ce sont les séances de communication pour le changement de comportement qu'on utilise beaucoup. C'est surtout chaque vendredi qu'on le fait ou peut-être un vendredi par mois parce qu'on a plusieurs thèmes à aborder dans le mois. On peut parler de la vaccination et d'autres thèmes. Donc, généralement au moins une fois par mois on parle au moins du paludisme »*. De ce qui précède, il convient de retenir que le niveau faible d'implication des enquêtés dans les méthodes de lutte explique les disparités au niveau des actions communes de lutte contre le paludisme. De plus, il ressort que puisque la sensibilisation n'est pas accentuée, et que la population à ses propres perceptions quant aux méthodes de lutte contre le paludisme, le niveau d'implication de la population est mitigé. Cela peut s'expliquer par le poids des pesanteurs culturelles se traduisent par la référence, comme il a été dit plus haut, à la pharmacopée traditionnelle comme première option de traitement du paludisme

CHAPITRE III : ATTITUDE ADOPTÉE EN CAS DE PALUDISME

Dans ce présent chapitre, il s'agit de savoir, de la tradi-thérapeutique et de la médecine moderne l'option première que les populations opèrent pour le traitement du paludisme, les raisons de ce choix, l'efficacité de ce traitement préféré et de l'attitude adoptée en cas d'échec de ce premier choix.

1. Première option de traitement du paludisme : la tradi-thérapeutique

Bien qu'en Côte d'Ivoire, le paludisme constitue un véritable fléau, représentant le premier motif de consultation dans les formations sanitaires du pays et la première cause de morbidité et de mortalité, le recours à la médecine traditionnelle vient largement en première option avec une proportion de 75,8%.

Tableau 28 : répartition des enquêtés selon le choix en 1^{ère} option du traitement du paludisme

Option de traitement		
	Nb	% cit.
Aller à l'hôpital	8	24,2%
Aller chez le guérisseur	0	0,0%
Me soigner à l'indigénat	25	75,8%
Automédication	0	0,0%
Total	33	100,0%

source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

Cette option est suivie de loin respectivement par "aller à l'hôpital" (24,2%).

L'indigénat terme prosaïque consacrant l'opposition par le passé à la médecine des blancs se révélant ainsi être le choix par excellence de ces populations pour le traitement du paludisme a, du coup, une incidence sur le niveau de fréquentation des centres de santé comme reconnu en quelque sorte par un enquêté : « *Moi personnellement, je ne me rends jamais dans un centre de santé quand je fais un paludisme. Lorsque j'ai le paludisme, je vais toujours voir un vieux pour qu'il me*

donne des médicaments pour me soigner. Parce que lui, il connaît mieux mon corps ».

Un personnel de santé confirme cette attitude des populations et montre même l'opposition entre la médecine traditionnelle triomphante sur la médecine moderne seulement utilisée comme pis-aller. *« Bon, je pense que la médecine traditionnelle est encore présente dans notre aire sanitaire. Certainement, beaucoup de personnes avant de venir ici, auront tout tenté là-bas. C'est lorsqu'ils constatent une aggravation de l'état du malade, qu'ils le conduisent vers le centre de santé. Donc, c'est encore ancré dans les mœurs des populations ».*

Cette thèse de ce prestataire est corroborée, chiffres à l'appui, par celle d'un médecin chef qui insiste toujours sur le poids de la médecine locale et du faible taux de fréquentation de son centre de santé que : *« je pense que les Sénoufos ne viennent pas à l'hôpital. Le taux de fréquentation dans mon centre, quand je l'évalue, c'est autour de 12%. Au niveau national, c'est autour de 20 à 24%. Ce chiffre aussi veut dire que nous n'allons pas tous à l'hôpital. Dans mon secteur par exemple, j'ai une population de 19.468 habitants. En fin d'année quand je fais mes rapports d'activités, je suis autour de 12%. Ça veut dire que le centre est fréquenté à 12%. Donc le niveau est bas, très bas. Mais ici, quand ils tombent malade, ils vont faire canari d'abord, et c'est quand il y a des complications qu'ils viennent nous voir au centre ».*

Un autre prestataire va jusqu'à lier le poids de la médecine locale dans son aire sanitaire à la mystique : *« Ce qui est sûr, la médecine traditionnelle a une emprise sur la médecine moderne, parce que c'est quand la médecine traditionnelle ne marche pas ou qu'ils ont déjà essayé à plusieurs reprises que l'état du malade ne s'améliore pas, qu'ils font recours au centre de santé. Ils préféreraient voir d'abord si ce n'est pas le "petit sorcier" qui a touché l'enfant ».*

Pour un autre prestataire, cette faible fréquentation des centres de santé due en partie, à la préférence de la médecine locale par rapport à la médecine moderne par les populations trouverait son explication ailleurs. Certainement moins subjectif que le premier, il pense que le faible taux de fréquentation des centres de santé : « *dépendrait des périodes. Pour elle, lors des travaux champêtres (saisons de pluie), les populations ne fréquentent pas assez les centres de santé* ».

Somme toute, le faible taux de fréquentation des centres de santé s’expliquerait, en plus de la préférence de la médecine traditionnelle et du manque de moyens financiers, aussi par les saisons de cultures. En période de saison de pluie, favorable aux cultures, les populations se réfèrent rarement aux centres de santé pour des cas de maladie. Donc, il serait très rare, sauf un cas grave, de voir ces populations rejoindre un centre de santé avec un malade en cette période.

2. Justification du choix de la tradi-thérapeutique

La préférence d’un choix dans le cadre du traitement du paludisme prend en compte plusieurs paramètres dont l’efficacité reconnue ou limitée du traitement et le manque de moyens financiers (tableau 24).

Tableau 29 : Répartition des enquêtés selon la justification du choix

Justification du choix		
	Nb	% cit.
Hôpital offre des soins efficaces	2	6,1%
Elle est efficace	16	48,5%
Manque de moyen	15	45,5%
Mauvais accueil	0	0,0%
Total	33	100,0%

source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

Dans ce tableau le choix de l’indigénat comme première option pour le traitement du paludisme, 48,5% des répondants le font pour son efficacité tandis

que 45,5% évoquent "le manque de moyens financiers" qui les poussent vers cette médecine.

3. Mesure de l'efficacité de la tradi-thérapeutique

Ici, il s'agit de l'évolution de l'état de santé du malade atteint de paludisme après le premier traitement administré par la médecine traditionnelle.

Tableau 30 : répartition des enquêtés selon l'efficacité du traitement choisi

Mesure d'efficacité		
	Nb	% cit.
Oui	22	66,7%
Non	2	6,1%
pas totalement	9	27,3%
Total	33	100,0%

source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

Sur les effets attendus du traitement du paludisme à l'indigénat, 66,7% des répondants confirment leur satisfaction contre 27,3% jugeant l'efficacité limitée. La proportion des répondants soutenant l'inefficacité du traitement du paludisme à l'indigénat est de 6,1%.

Bien que certains jugent l'efficacité mitigée et d'autres sans aucun bénéfice, le traitement du paludisme par l'indigénat restera la première option de ces populations comme en témoigne les propos d'une enquêtée résignée à la limite : « *on ne peut plus se soigner du paludisme. Avant, on partait chercher l'eau en brousse dans les sources naturelles, et cette eau naturelle contenait des éléments qui une fois combinée avec les feuilles, guérissait le malade. Lorsqu'on faisait boire ce liquide au malade, il libérait le paludisme à travers son urine et des vomissements. Mais de nos jours, on trouve l'eau dans les villages et elle n'est pas trop riche. Par ailleurs, de nos jours, l'indigénat n'est plus adaptée pour guérir cette maladie chez tout le monde, car certains organismes ne répondent pas à ce type de traitement. Mais quand tu ne disposes pas de moyens financiers, qu'est-ce*

que tu peux faire d'autre si ce n'est prendre le raccourci de "l'indigénat" qui va peut-être te conduire à la mort ».

4. Attitude adoptée en cas de persistance du paludisme

Tableau 31: répartition des enquêtés selon l'option de traitement en cas de persistance de la maladie

Mesure adoptée		
	Nb	% cit.
Me rend à l'hôpital	25	75,8%
Me retoune chez le guérisseur	0	0,0%
retoune à l'hôpital	8	24,2%
Automédication	0	0,0%
Total	33	100,0%

source : Enquête de terrain 2018 (logiciel Sphinx)

En cas de persistance du paludisme et des rechutes, toutes tendances confondues, 75,8% des enquêtés finissent par se rendre à l'hôpital. On trouverait dans ce groupe les adeptes de la médecine traditionnelle. Cette attitude confirme les propos des prestataires qui par expérience ont dit que les malades qui vont chez les guérisseurs leur reviennent toujours, malheureusement dans une aggravation de la maladie.

CHAPITRE IV : LES PRATIQUES DES MENAGES EN CAS DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

La rédaction de ce chapitre a nécessité la jonction de l'approche qualitative rendue possible par le guide d'entretien, les focus groupes. Il s'agit de voir les recettes thérapeutiques endogènes du paludisme chez les populations de la zone d'étude.

I. Connaissance et offre des traitements des tradipraticiens

1. Recettes thérapeutiques endogènes du paludisme

L'une des particularités du traitement des maladies en Afrique est le recours à la médecine endogène en compétition avec la médecine moderne. Elle est importante pour les populations comme c'est le cas en Côte d'Ivoire.

Dans le cadre de cette étude réalisée en milieu rural ivoirien, nous avons déjà vu qu'en premier choix pour le traitement du paludisme, les populations à 75,8% ont recours à l'indigénat, en quelque sorte la pharmacopée traditionnelle (tableau 23).

Dès lors, quelles sont les différentes combinaisons de remèdes qu'offre les tradipraticiens pour le traitement du paludisme ? Quel traitement local les populations utilisent elles-mêmes pour se soigner du paludisme ?

Dans le cadre du traitement du paludisme, il faut signaler que chaque société dispose d'un traitement propre à elle. Cela peut passer par des feuilles cueillies en brousse, des écorces et racines d'arbre et des poudres avec différentes couleurs. Pour ce qui est de la connaissance et d'offre des traitements des tradi-praticiens ou

de la pharmacopée traditionnelle relative à la zone d'étude, diverses combinaisons de traitement du paludisme ont été recueillies. Pour un Agent de Santé Communautaire (ASC) : *« Les médicaments traditionnels utilisés dans le traitement du paludisme sont aussi nombreux que diversifiés. Chaque village a sa méthode pour traiter le paludisme »*. Il a cité l'exemple "des plantes". Mais pour lui : *« le paludisme ne se manifeste pas de la même manière chez les hommes. Chez certains, le traitement du paludisme à base de solutions traditionnelles buvables, prend du temps avant d'agir en mélangeant à ton sang et c'est ce qui entraîne la mort »*. Il poursuit son intervention en faisant une comparaison entre cette médecine et la médecine moderne. Pour lui, *« l'injection est directement en contact avec le sang, c'est ce qui accélère la guérison du malade traité par la médecine moderne. Donc la médecine moderne est très efficace pour traiter le paludisme que la médecine traditionnelle. Concernant la médecine traditionnelle, ce qui peut être efficace, c'est lorsqu'à l'issue de la consommation du liquide, le malade rend par vomissement et urine. C'est ce qui peut le guérir du paludisme, mais si la personne ne vomit pas, son état se stabilise mais ne guérit pas »*.

Se référant à l'époque de ses grands-parents, une enquêtée révèle qu' : *« avant, nos parents utilisaient les excréments des bœufs pour traiter le paludisme. Ces excréments étaient transformés en pâte puis on badigeonnait tout le corps de la personne atteinte du paludisme. Mais de nos jours, la médecine moderne fait que cette pratique ancestrale est abandonnée »*.

Autre remède du paludisme propre au terroir local, c'est la combinaison proposée par cet enquêté lors du focus groups du village de Logaha : *« : Autrefois, on utilisait le "Kananhon", c'est-à-dire, on recueillait les débris du dioxyde de carbone (CO₂) sur les murs des cuisines et on faisait son mélange avec le déchet des bœufs jusqu'à obtenir un mélange homogène. Ensuite on recueillait cette eau après l'avoir filtré. Enfin, on la faisait boire au malade comme traitement du*

paludisme. Certes, c'est difficile à boire, mais lorsqu'on arrivait à boire cette potion, si c'est réellement le paludisme, la personne se remettait rapidement ».

Pour un autre enquêté, lorsqu'il est atteint du paludisme, il avoue utiliser : « *une plante qu'on appelle "zrôme". Je coupe ces racines et je les mets à l'intérieur d'un bidon. Chaque jour, avant de quitter ma maison, je bois un verre. Si je fais une semaine sans en prendre, je vais faire le paludisme dans les jours qui vont suivre. Mais, depuis que j'ai commencé à boire ce médicament, j'ai constaté que ma fréquentation des services de santé a beaucoup baissé ».*

De ce qui précède, il convient de relever que la médecine traditionnelle occupe une place prépondérante dans le traitement des cas de paludisme. Différentes sortes de remèdes sont prescrits aux personnes atteintes de paludisme. Tous ces remèdes relèvent ainsi, de la richesse du terroir en plantes médicinales. Cependant, l'un des reproches fait aux populations par les agents de santé, c'est l'évacuation tardive des malades dans les centres de santé. Car dans la plupart des cas, ces malades sont référés par leurs parents au centre de santé, lorsqu'il y a une dégradation avancée de l'état de santé du patient.

II. APPROPRIATION SOCIO-CULTURELLE DES MESSAGES DE SENSIBILISATION DANS LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

2. Place et importance de la tradi-thérapeutique par rapport à la médecine moderne dans la lutte contre le paludisme

L'étude révèle, chez la population enquêtée, que la tradi-thérapie est la première option de traitement du paludisme. Diamétralement opposée à la médecine moderne qui use de remèdes fabriqués en laboratoires et respectant les canons de la science, la tradi-thérapie s'appuie des traitements fondés sur les connaissances

endogènes, notamment les plantes. Cette connaissance, acquise par le truchement des pratiques médicinales des ancêtres et qui a fait et continue de faire ses preuves, apparaît dans l'entendement de la population enquêtée comme un patrimoine, mieux, un symbole de l'identité culturelle, pour faire face aux endémies de tous genres qui déciment les populations, notamment le paludisme. Deux types de tradi-thérapies se distinguent. La première, relevant d'une recette populaire connue de toute la communauté, se traduit par un certain nombre d'éléments thérapeutiques (feuille, racines, décoction) qu'un individu souffrant peut utiliser pour guérir son mal. C'est le cas des feuilles de nym, de papayer, goyavier, manguiier... connues par un grand nombre de personnes pour ses vertus curatives du paludisme.

La seconde est l'affaire des tradi-praticiens. Parmi eux, certains ont acquis cette faculté par le biais soit d'une inspiration supranaturelle (divinité, don...), soit d'un ascendant qui pratiquait cette activité, soit par une expérience personnelle de la maladie. Dans l'exercice de leur fonction, les tradi-praticiens bénéficient d'un large éventail de connaissance des plantes médicinales, puisqu'en plus de des plantes connues de tous, ils ont la connaissance des plantes et autres remèdes autour desquelles un mystique règne en général. Ils jouissent dans la plupart des cas de pouvoirs spirituels qui les amènent à s'affirmer comme des « médecins complets », parce que pouvant assumer la prise en charge complète de toutes maladies. Leurs prestations intègrent les dimensions physiques, naturelles et mystiques.

De telles personnes exerçant dans un milieu rural comme le district sanitaire, où les populations sont foncièrement attachées à la culture et à l'influence des forces métaphysiques, sont vues comme « des privilégiés », surtout en matière de soins. C'est l'une des raisons qui motive certainement le fort taux d'individus qui choisissent, à l'abord, sans se poser de question, la tradi-thérapie pour faire face au paludisme. L'itinéraire thérapeutique et ses déterminants sociaux sont illustrés par le schéma ci-dessous :

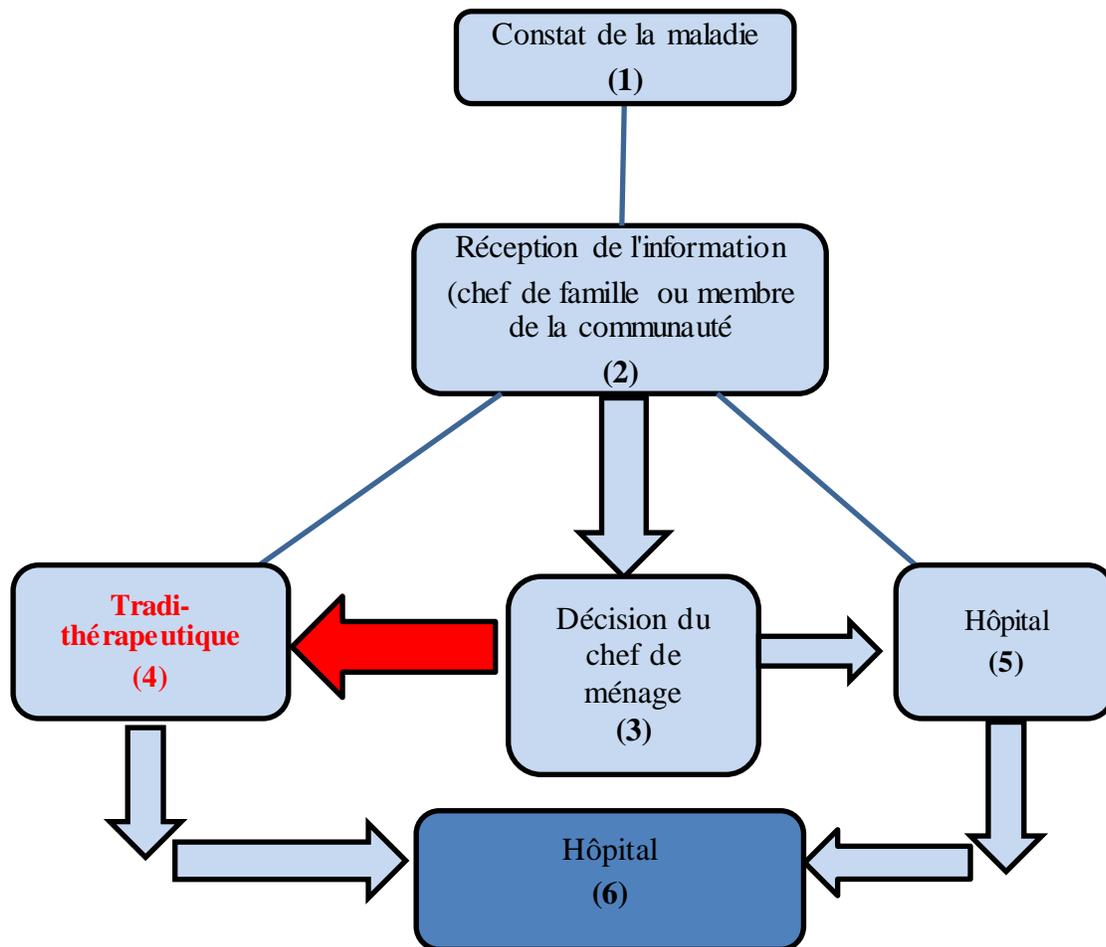


Figure 1 : Itinéraire thérapeutique de la population enquêtée. (Acceptabilité sociologique des stratégies de lutte-anti vectorielle, 2017)

- Constat de la maladie : malade (femme(s), enfant(s), parents de l’homme ou de la femme) ;
- Réception de l’information par le chef du ménage ou un autre membre du ménage/de la communauté ;
- Information du chef de ménage (homme ou femme) – parent disposant de moyens financiers (vivant en ville ou au village) : prise de décision ;

- Tradi-thérapeutique (utiliser d'abord des plantes ou des comprimés sans l'avis d'un médecin (automédication), se rendre chez le tradi-praticien (avec ou sans moyens financiers)) : option de traitement ;
- Se rendre absolument à l'hôpital (s'endetter auprès d'un tiers) : option de traitement ;
- En cas de persistance : se rendre à l'hôpital.

La médecine moderne est utilisée comme dernier recours et dans des situations de pis-aller. A cet effet, le corps médical (unanimité des médecins, infirmiers et sages-femmes) est unanime sur la situation de détresse des cas arrivant au centre de santé. C'est d'ailleurs ce qu'a révélé plus haut, un enquêté : *« Ce qui est sûr, la médecine traditionnelle a une emprise sur la médecine moderne, parce que c'est quand la médecine traditionnelle ne marche pas ou qu'ils ont déjà essayé à plusieurs reprises que l'état du malade ne s'améliore pas, qu'ils font recours au centre de santé. Ils préféreraient voir d'abord si ce n'est pas le "petit sorcier" qui a touché l'enfant ».*

Cette marginalisation de la médecine conventionnelle s'explique par le sempiternel problème de la gouvernance relative à la gratuité des frais de consultation et sur les médicaments tant pour les femmes enceintes que pour les enfants de moins de 5 ans. A divers égards, il est revenu que des patients payent des frais justes ou augmentés surtout dans le cas du paludisme et sa prise en charge gratuite.

- Antagonisme entre les deux mais faveur des traitements fondés sur les connaissances endogènes

Recette populaire connue de tous (feuille, racines, décoction)

Recette des tradipraticiens.

- Médecine moderne utilisée comme dernier recours et dans des situations de pis-aller (unanimité des médecins, infirmiers et sages-femmes sur la situation de détresse des cas arrivant au centre de santé.

Cause de la marginalisation de la médecine conventionnelle : le sempiternel problème de la gouvernance menant paiement de frais justes ou augmentés, corruption... surtout dans le cas du paludisme et sa prise en charge gratuite.

CONCLUSION

Notre étude a porté sur la Sensibilisation et Responsabilité des acteurs ruraux dans la lutte contre le paludisme dans la Sous-Préfecture de Napié. Il s'agissait pour nous d'analyser le comportement des acteurs ruraux par rapport aux connaissances, attitudes et pratiques dans la lutte contre le paludisme à Logaha.

Ainsi, nous avons émis une hypothèse qui a servi de guide dans notre recherche. Nous avons postulé que « la responsabilité des ménages dans la lutte contre le paludisme dépend des connaissances acquises dans les messages de sensibilisation ».

Afin de cerner, les comportements et pratiques nous avons utilisé une double approche méthodologique (qualitative et quantitative). Les données empiriques recueillies ont été interprétées sous l'angle de la théorie de l'Habitus de Pierre Bourdieu.

Au terme de notre analyse, nous sommes parvenus aux résultats suivants :

La question d'appropriation des messages de lutte contre le paludisme, est comme le prévoyait notre hypothèse liée aux connaissances acquises lors des sensibilisations. En effet, les us et coutumes restent des habitudes chez les enquêtés, d'où le choix de la médecine traditionnelle comme premier itinéraire thérapeutique. Le niveau d'instruction impact également leur choix en ce qui concerne la fréquentation des centres de santé. L'activité agricole en plein temps remet en question leur disponibilité aux activités de lutte. Toutefois, le changement de comportement des populations rurales se doit d'un suivi rigoureux avec des stratégies qui tiennent compte des aspects culturels.

BIBLIOGRAPHIE

Alexandra, D. et Alphons, M. (2011). *Acceptabilité du traitement préventif intermittent infantile de paludisme au sein du système sanitaire en milieu communautaire au Bénin : acteurs et stratégies*, dans *Sciences sociales et Santé*, vol .29, PP69-94

Depelteau F. (2010). *La démarche d'une recherche en sciences humaines, Méthodes en sciences humaines, 2^e édition de boeck, Presses Université Laval, Canada.*

Chadi, F. (2014). *Le paludisme en Côte d'Ivoire : état des lieux et stratégies de lutte*. Sciences pharmaceutiques

Coulibaly Y S. (1978). *Le paysan sénoufo*, Nouvelles éditions africaines

Delafosse M. (1909). *Le peuple Siéna ou Sénoufo*, Paris, P. Geuthner, 107 p.

Durkheim, E. (1983). *Les règles de la méthode sociologique*. Paris : PUF

Durkheim, E. (1991). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris. Le livre de poche

Données (2016) Direction Départementale de la santé de Korhogo

Dr Kpaï, M. Dr M'Bray. Dr Coulibaly, M. A. Dr Gnamien, N. Dr Wognin, A. (2016). *Rapport d'étude d'utilisation MILDA à Grand Bassam : utilisation des*

Moustiquaires Imprégnées d'insecticides (MII), dans les ménages de la ville de Grand Bassam

Faure Y.A et Labazee P. (2002). *Socio-économie des villes africaines, Bobo et Korhogo dans les défis de la décentralisation*, Karthala, IRD, Paris.

Fardeau économique du paludisme et des bilharzioses : cas des ménages de Korhogo, Côte d'Ivoire. (2017).

Formarier, M. et Poirier, C. (1986). *Le cadre conceptuel dans la recherche*, in Recherches en soins infirmiers, n°4

Jodelet, D. (1984). *Représentations sociale : phénomènes, concepts et théories* in s.Moscovici (ed). Psychologie sociale.Paris.PUF

Le guide des stratégies pour la lutte Malaria Safe. 2011. Roll back, Malaria, Johns Hopkins Bloomberg School of public Health center for communication

Mace, G. et Petry, F. (2000). *Guide d'élaboration d'un projet de recherche*. Les presses de l'université Laval. Québec

Mace, G. (1991). *Guide d'élaboration d'un projet de recherche De Boeck-wesmael*. Bruxelles

Muhe, L. (2002). *Community Involvement in Rolling Back Malaria*. Gneva, WHO

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2016). Rapport sur le paludisme dans le monde 2015 PALUDISME DANS LE MONDE 2015, Genève, Suisse.

Paul N'da. (2006). *Méthodologie de la recherche : De la problématique à la Discussion des résultats, comment réaliser un mémoire, une thèse d'un bout à l'autre*, Abidjan, EDUCI

Paludisme : projet de stratégie mondiale pour l'après 2015

Raimon, M. (1995). *Culture et santé publique*. Edition Gaétan Morin Plan stratégique National de lutte contre le paludisme. (2012-2015). *Révisé Côte d'Ivoire : approche stratifiée de mise à l'échelle des interventions de lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire et consolidation des acquis*

Raymond Quivy et Van Campenhout. (1987). *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 3 éditions l'Harmattan

Responsabilité sociale de l'entreprise. Lutte contre le paludisme : une prise en charge globale, SANOFI, avril 2014.

Serge Paugam. (2010). *Les 100 mots de la sociologie, pages 44 à 102*.

Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2009-2013, Côte d'Ivoire, juillet 2009, 38P

Isabelle, C. *variable*. In Paugam Serge (dir.). *Les 100 mots de la sociologie*, Paris. Presse universitaire de France. coll. « Que sais-je ? »

Annexes

ANNEXE 1 : QUESTIONS ADRESSES A LA POPULATION

1-CARACTERISTIQUE SOCIODEMOGRAPHIQUE

01 Ages ou année de naissance

02 Sexe F M

03 statut matrimonial célibataire marié divorcé veuf
veuve

04 Niveau d'étude primaire secondaire école coranique
Autres à préciser

05 profession Agriculteur éleveur commerçant
Autres à préciser

2-COMPORTEMENT INDIVIDUEL ET COLLECTIF DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

07 connaissez-vous le paludisme ? oui non

08-lorsque vous êtes atteints du paludisme, que faites-vous ?

Me rendre à l'hôpital

Me soigner à l'indigénat

Attendre que ça passe

Automédication

Autres à préciser

09- vous a-t-on dit une fois ce qu'il faut faire pour se protéger du paludisme ?

Oui Non

10 Avez-vous une méthode de lutte commune dans le village ?

Oui Non Ne sais pas

11 Disposez-vous d'une moustiquaire ?

Oui Non

12 A quoi sert la moustiquaire ?

Me protéger des moustiques

Lutter contre le paludisme

13 Généralement quand vous êtes malades, que faites-vous en première option ?

Aller à l'hôpital

Se soigner à l'indigénat

Voir le guérisseur du village

Autres à préciser

14 Pourquoi ce choix ?

Mauvais accueil à l'hôpital

Elle est efficace

Manque e moyen

Autres à préciser

15 Après un premier soin, que faites-vous en cas de persistance du paludisme ?

Me rendre à l'hôpital

Retourner à l'hôpital

Retourner chez le guérisseur

Continuer à l'indigénat

Autres à préciser

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTETIEN ADMINISTRE AUX CHEFS DE MENAGE

1- Connaissance sur le paludisme

01 qu'est ce qui donne le paludisme ?

02 Quels sont les signes du paludisme ?

2- Méthodes de lutte contre le paludisme

03 Quels sont les moyens pour se protéger contre le paludisme ?

04 Avez-vous dans le village une méthode de lutte ?

3-Connaissance sur la moustiquaire

05 La moustiquaire est un moyen moderne pour éviter le paludisme, pourquoi vous ne l'utilisez pas ?

06 Est ce que les médecins vous donnent les informations sur l'utilisation de la moustiquaire ? Comment se fait l'entretien et l'utilisation selon vous ?

ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX PRESTATAIRES DE SOINS

1- Formation sur la prise en charge du paludisme

01 Quelles sont les formations sur la prise en charge du paludisme auxquelles vous avez pris part ?

02 A quand remonte chaque formation ?

03 Les rendez-vous de suivis sont-ils respectés par les patients et les femmes enceintes en consultation ?

2- Sensibilisation locale sur la moustiquaire

04 A quel niveau intervenez-vous dans la distribution de moustiquaire ?

05 quelles sont les périodes de sensibilisation ?

06 que faites-vous concrètement ?

07 comment jugez- vous l'utilisation de la moustiquaire par la population ?

08 comment peut-on expliquer l'utilisation à d'autres fins de la moustiquaire ?

3-Rapport entre acteur impliquer dans le processus de sensibilisation

09 Quel méthode d'approche utiliser vous pour sensibiliser la population rurale ?

10 Sont-elles impliquées dans la campagne de sensibilisation ?

11-Quel sont les difficultés que vous rencontrez dans la campagne

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	III
REMERCIEMENTS	IV
SIGLES ET ABREVIATIONS	V
INTRODUCTION	7
PREMIERE PARTIE :	11
CADRE THEORIQUE ET	11
METHODOLOGIQUE	11
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE.....	12
I. Justification du choix du sujet	12
1. Motivations personnelles	12
2. Motivations sociales	13
3. Intérêt scientifique.....	14
II. Problématique.....	15
III. Objectifs de recherche	19
1. Objectif général.....	19
2. Objectifs spécifiques	19
IV. Hypothèse et modèle d'analyse.....	20
1. Hypothèse de recherche	20
2. Modèle d'analyse	20
3. Identification des variables, des dimensions, et des indicateurs.....	21
V. Revue de la littérature.....	23
1. Les caractéristiques sociodémographiques et statut des enquêté(e)s	24
2. Les attitudes des ménages dans la lutte contre le paludisme.....	26
3. Les comportements individuels et collectifs des ménages dans la lutte contre le paludisme.....	27
4. Les différentes pratiques auxquelles font recourent les ménages en cas de paludisme	30

VI.	Définitions des concepts clés de l'étude.....	32
1.	La sensibilisation.....	32
2.	Lutte.....	33
3.	La responsabilité sociale.....	34
4.	L'acteur rural.....	35
VII.	Champ de référence théorique.....	36
1.	La théorie de l'Habitus	36
2.	La disposition.....	37
CHAPITRE II : CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE.....		38
I.	Délimitation du champ d'étude.....	38
1.	Champ géographique.....	38
2.	Champ social	38
II.	Les techniques de collecte de données.....	39
1.	La collecte d'information par la recherche documentaire.....	39
2.	L'observation.....	40
3.	L'entretien	40
III.	Les instruments de collecte de données	41
1.	Le questionnaire.....	41
2.	Les guides d'entretiens	42
3.	L'échantillonnage.....	42
IV.	Les phases de déroulement de l'enquête.....	44
1.	L'exploration	44
2.	L'enquête de terrain.....	45
3.	Le dépouillement.....	45
4.	La méthode d'analyse.....	46
5.	Les difficultés de l'enquête.....	46
DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DU CHAMP DE L'ETUDE		47

CHAPITRE I: PRESENTATION DU DISTRICT SANITAIRE DE KORHOGO	48
I. Milieu physique : Élément de la nature.....	48
II. Milieu humain : Données démographiques, ethniques et culturelles.....	49
III. Formations sanitaires fonctionnelles et non fonctionnelles du district de Korhogo	51
CHAPITRE II : PRESENTATION DE LA SOUS-PREFECTURE DE NAPIE ET DU VILLAGE DE LOGAHA	54
I. Monographie de la ville de Napié.....	54
Carte 2 : Situation géographique de la sous-préfecture de Napié	54
1. Organisation administrative.....	55
2. Activités économiques.....	55
II. Présentation du village de Logaha.....	56
1. Organisation et fonctionnement.....	56
2. Équipement du village.....	57
3. Répartition de quelques villages selon la distance (en km) au centre de santé le plus proche.	58
TROISIEME PARTIE :CONNAISSANCE,ATTITUDES ET PRATIQUES DES MENAGES DANS LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME	59
CHAPITRE I : CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES MENAGES.....	60
1. Statut des personnes enquêtées.....	60
2. Sexe des personnes enquêtées	61
3. Age des personnes enquêtées	62
4. Etat matrimonial des personnes enquêtées	62
5. Niveau d'étude.....	63
6. Profession.....	64
CHAPITRE II : COMPORTEMENTS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME	65
I. Connaissance sur le paludisme.....	65

1. Connaissance sur le paludisme.....	65
2. Nosologies du paludisme.....	67
II. Hygiène du milieu de vie.....	69
1. Lieu pour se laver.....	69
2. Lieu d'aisance.....	70
3. Mode d'évacuation des eaux usées.....	70
III. Stratégies d'élimination des gîtes des moustiques et des larves.....	71
1. Existence d'un plan d'eau.....	71
2. Points de recueil d'eau pour animaux à proximité des forages.....	72
3. Rapport entre plans d'eau et gîtes des moustiques et des larves.....	73
4. Les moyens utilisés pour éliminer les larves et les moustiques des gîtes...74	
5. Cultures de case, herbes, déjections d'animaux et prolifération des moustiques.....	75
IV. Mesures préventives de lutte contre le paludisme.....	77
1. Renseignements reçus sur les mesures préventives du paludisme.....	77
2. Contenu des informations sur la prévention du paludisme.....	78
3. Source de sensibilisation sur le paludisme.....	79
4. Action utilisée pour éviter le paludisme.....	80
5. Connaissance sur les méthodes communes de lutte contre le paludisme...81	
6. Niveau d'implication des populations dans la lutte contre le paludisme....83	
CHAPITRE III : ATTITUDE ADOPTEE EN CAS DE PALUDISME.....	85
1. Première option de traitement du paludisme : la tradi-thérapeutique.....	85
2. Justification du choix de la tradi-thérapeutique.....	87
3. Mesure de l'efficacité de la tradi-thérapeutique.....	88
4. Attitude adoptée en cas de persistance du paludisme.....	89
CHAPITRE IV : LES PRATIQUES DES MENAGES EN CAS DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME.....	90
I. Connaissance et offre des traitements des tradipraticiens.....	90

1. Recettes thérapeutiques endogènes du paludisme.....	90
II. APPROPRIATION SOCIO-CULTURELLE DES MESSAGES DE SENSIBILISATION DANS LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME.....	92
2. Place et importance de la tradi-thérapeutique par rapport à la médecine moderne dans la lutte contre le paludisme.....	92
CONCLUSION.....	97
BIBLIOGRAPHIE.....	98
ANNEXES	CI
ANNEXE 1 : QUESTIONS ADRESSES A LA POPULATION	CII
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTETIEN ADMINISTRE AUX CHEFS DE MENAGE	CIII
ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX PRESTATAIRES DE SOINS.....	CIV